
RE-INTEGRATIE ERVARINGEN NA OVERSPANNING OF BURNOUT

Een onderzoek naar de ervaringen van werknemers die verzuim(d)en vanwege
overspanning- of burnoutklachten tijdens hun re-integratietraject



Rianne Klinkert

Studentnummer: 3124258

Faculteit Sociale Wetenschappen, Universiteit Utrecht
Masterthesis Sociale Vraagstukken: Interventies en Beleid

Begeleid door: Dr. R. Abma en Dr. M. Peeters-Bijlsma

Tweede beoordelaar: Dr. B. Valkenburg

4 juli 2008

Inhoudsopgave

SAMENVATTING	3
VOORWOORD	4
HOOFDSTUK 1 INLEIDING	5
HOOFDSTUK 2 BESCHRIJVING VAN DE CONTEXT.....	8
2.1 DE ACHTERGROND VAN OVERSPANNING EN BURNOUT.....	8
2.1.1 Het ontstaan van de ziektebeelden overspanning en burnout.....	8
2.1.2 Het klinisch beeld van overspanning en burnout	9
2.1.3 Het stellen van de diagnose overspanning of burnout.....	10
2.1.4 Conclusie.....	11
2.2 ONTWIKKELINGEN IN ZIEKTEVERZUIM- EN RE-INTEGRATIEBELEID.....	12
2.2.1 Ontwikkelingen in ziekteverzuimbeleid	12
2.2.2 Ontwikkelingen in re-integratiebeleid.....	14
2.2.3 Conclusie.....	16
2.3 VISIES OP RE-INTEGRATIE.....	16
2.3.1 Start van het re-integratietraject: Uitrusten of activeren?.....	16
2.3.2 Succesfactoren en struikelblokken tijdens het re-integratietraject.....	20
2.3.4 Conclusie.....	22
HOOFDSTUK 3 THEORETISCHE ONDERBOUWING	24
3.1 HET SYMBOLISCH INTERACTIONISTISCH PERSPECTIEF.....	24
3.2 BELASTING-EN-BELASTBAARHEIDSBALANS VAN PLUG.....	28
3.3 CONCLUSIE.....	29
HOOFDSTUK 4 DOELSTELLING EN VRAAGSTELLING.....	30
4.1 DOELSTELLING VAN HET ONDERZOEK.....	30
4.2 WETENSCHAPPELIJKE EN MAATSCHAPPELIJKE RELEVANTIE	30
4.3 ASW-VERANTWOORDING	31
4.4 VRAAGSTELLING EN DEELVRAGEN	31
HOOFDSTUK 5 METHODISCHE VERANTWOORDING.....	36
5.1 ONDERZOEKSMETHODE.....	36
5.2 BESCHRIJVING RESPONDENTENGROEP	37
5.3 VERLOOP VAN DE INTERVIEWS.....	38
HOOFDSTUK 6 RESULTATEN	40
6.1 BELANGRIJKE PUNTEN RONDOM HET RE-INTEGRATIEPROCES IN HET ALGEMEEN.....	40
6.2 INVLOED VAN RELATIES MET ANDERE PERSONEN TIJDENS HET RE-INTEGRATIEPROCES	44
6.3 BELANGRIJKE PUNTEN TIJDENS DE EERSTE FASE VAN HET ZIEKTEVERZUIM.....	47
6.4 BELANGRIJKE PUNTEN TIJDENS HET RE-INTEGRATIETRAJECT.....	50
6.5 SAMENVATTING VAN DE RESULTATEN	55
HOOFDSTUK 7 CONCLUSIES	58
HOOFDSTUK 8 DISCUSSIE EN AANBEVELINGEN	62
8.1 DISCUSSIE	62
8.2 AANBEVELINGEN.....	63
LITERATUURLIJST.....	66
BIJLAGEN.....	69
BIJLAGE 1 DE BELANGRIJKSTE PUNTEN VAN RECENT ZIEKTEVERZUIM- EN RE-INTEGRATIEBELEID	71
BIJLAGE 2: ITEMLIST INTERVIEWS	74
BIJLAGE 3: SAMENSTELLING RESPONDENTENGROEP IN GRAFIEKEN.....	75

Samenvatting

Twee ontwikkelingen op het gebied van arbeid en gezondheid waren de aanzet tot dit onderzoek. Enerzijds is er een veranderd beleidsdiscours op het gebied van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Waar vroeger gedacht werd dat iemand eerst moest genezen voor het werk hervat kon worden, ligt nu de nadruk op het zo vroeg mogelijk in het herstelproces hervatten van werk. Anderzijds is er een sterke toename van het aantal mensen dat vanwege psychische klachten langdurig ziek wordt. Een groot deel van deze groep heeft last van overspanning of burnoutklachten. Het lijkt waarschijnlijk dat het ziekte- en herstelproces van deze groep anders verloopt dan het ziekte- en herstelproces van mensen die op basis van fysieke klachten langdurig verzuimen. Onderzoek naar dit proces is tot nu toe voornamelijk gedaan op basis van kwantitatieve gegevens. Het doel van dit onderzoek is het schetsen van een beeld van de persoonlijke re-integratie ervaringen van werknemers met overspanning- of burnoutklachten. Naar aanleiding hiervan is de volgende onderzoeksvraag geformuleerd:

Welke invloed heeft het huidige ziekteverzuim- en re-integratiebeleid op het herstelproces en op het re-integratieproces van zieke werknemers met overspanning- of burnoutklachten, in de beleving van de werknemers zelf?

Dit onderzoek bestaat uit een literatuurstudie naar het onderwerp en 22 interviews, gehouden met werknemers die na overspanning- of burnoutklachten een re-integratietraject hebben gevolgd. Een groot deel van de resultaten van de interviews bevestigden de resultaten van bestaande onderzoeken. Er waren echter ook een paar onverwachte uitkomsten:

- Vermijding van de werksituatie lijkt bijna niet voor te komen onder respondenten.
- Een werkgerelateerde behandeling is niet per se beter dan een individueel gerichte behandeling.
- Verplicht contact tussen leidinggevende en werknemer heeft een averechts effect.
- Er wordt veel vaker doorverwezen naar specialistische hulpverlening dan een aantal jaren terug.

Deze uitkomsten worden verklaard vanuit de theorie van het symbolisch interactionisme. De essentie van deze theorie is dat elke betrokkene bij een re-integratieproces zijn eigen interpretatie geeft aan de zaken om hem heen, op basis van eigen ervaringen en op basis van zijn interpretatie van het gedrag van anderen.

Voorwoord

Toen ik in november 2007 op zoek was naar een onderwerp voor mijn masterthesis, volgde ik aan de Universiteit Utrecht bij Ruud Abma het vak Vraagstukken van Arbeid, Ziekte en Gezondheid. Tijdens dit vak discussieerden we veel over de nieuwe kijk op ziekteverzuim en re-integratie die in de loop van de jaren '90 is ontstaan. In cijfers lijkt het stimuleren van een zo snel mogelijke terugkeer naar werk een succes te zijn; in de afgelopen vijftien jaar is het aantal mensen met een arbeidsongeschiktheidsuitkering gedaald van bijna een miljoen naar ruim vierhonderd duizend. Ik werd nieuwsgierig naar de groep van ruim een half miljoen mensen die vroeger een WAO-uitkering gekregen zouden hebben. Zijn al die mensen nu gezond en wel aan het werk? En verloopt dit naar ieders tevredenheid? Daarnaast ken ik in mijn omgeving meerdere mensen die een tijd ziek thuis zijn (geweest), door een psychische aandoening. Ik wist van verhalen dat dit een ingrijpende gebeurtenis voor hen was en vroeg me af hoe deze groep mensen aankeek tegen de WIA-slogan “Werken wie werken kan!”.

Toen ik begon met mijn literatuurstudie richtte ik me in eerste instantie op de vraag of snelle re-integratie nu goed was of niet. Tijdens het lezen over het onderwerp, merkte ik dat dit een erg nauwe manier van kijken was, aangezien er zoveel verschillende factoren mee bleken te spelen die invloed hebben op het succes van een re-integratietraject. Vandaar dat ik mijn onderzoeksvraag in de loop van het onderzoek breder heb getrokken en ben gaan kijken naar alle succesfactoren en belemmerende factoren in de ogen van zieke werknemers.

Het schrijven van deze masterthesis was een leerzame ervaring, maar het interessantste gedeelte van het onderzoek was voor mij het afnemen van de interviews en het horen van veel verschillende, persoonlijke re-integratie ervaringen. Deze verhalen hebben het onderwerp voor mij echt tot leven gebracht. Ik wil iedereen die zijn medewerking heeft verleend aan de interviews dan ook hartelijk bedanken voor het vrijmaken van hun tijd, en voor de openhartigheid waarmee zij hun ervaringen gedeeld hebben.

Daarnaast wil ik graag een aantal andere personen bedanken die mij tijdens mijn onderzoek goed geholpen hebben. Mijn begeleider Ruud Abma voor zijn begeleiding in het afgelopen studiejaar, Mira Peeters-Bijlsma voor haar betrokkenheid bij de onderzoeken van mij en mijn medestudenten, Eline, Mariska en Saskia voor het meelesen en het uitwisselen van scriptietips en –ervaringen en daarnaast Gert Otter van Go-Burnin (www.burnin.nl) en Joke Goslinga van Stichting Trijn van Leemput (www.trijn.nl) voor hun hulp bij het vinden van respondenten.

Tenslotte hoop ik, samen met de mensen die hun medewerking aan dit onderzoek hebben verleend, dat deze masterthesis niet alleen het behalen van mijn universitaire graad tot gevolg zal hebben, maar dat het onderzoek ook bij zal dragen aan meer kennis over het re-integratieproces na overspanning of burnout. Ik wil lezers van deze thesis die vragen hebben over het onderzoek of een mondelinge toelichting zouden willen, dan ook graag uitnodigen mij hierover te mailen. Mijn e-mail adres is rianneklinkert@hotmail.com.

Hoofdstuk 1 Inleiding

Nederland behoorde in de jaren '80 en '90 van de vorige eeuw binnen Europa tot de koplopers wat betreft de omvang van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Eind jaren '70 bereikte het ziekteverzuim in Nederland zelfs een historisch hoogtepunt van 10 procent (Jehoel-Gijsbers, 2007). De oorzaak van de enorme toename van het ziekteverzuim in de jaren '60 en '70 valt te verklaren vanuit de invoering van de Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO) in 1967 (de Boer en Houwaart, 2006). Dit was de eerste uitkering voor iedereen die ziek werd vanuit een arbeidssituatie, die garandeerde dat men een aanzienlijk deel van het eerdere inkomen kon behouden. De relatief soepele ingangseisen voor de WAO in combinatie met een instroom van “verborgen werklozen” (in de eerste decennia van de WAO werden oudere werknemers die moesten worden ontslagen nogal eens in de WAO opgenomen in plaats van in de WW, de Werkloosheidswet, omdat de uitkeringen in de WAO hoger lagen), leidden ertoe dat in de jaren '70 en '80 het aantal mensen met een WAO-uitkering drastisch steeg (de Boer en Houwaart, 2006). Begin jaren '90 naderde het moment dat de WAO een miljoen uitkeringsgerechtigden zou tellen (Hof & Wildeboer Schut, 2003). In de politiek en de rest van de samenleving ontstond het besef dat er iets gedaan moest worden om het aantal WAO'ers terug te dringen.

Achtereenvolgens werd een aantal maatregelen en wetten ingevoerd, die tot doel hadden om de instroom van werknemers in de WAO terug te dringen en de uitstroom van WAO naar werk te bevorderen. Het gaat hier onder andere om de Wet Verbetering Poortwachter (2002), de Wet Verlengde Doorbetaling bij Ziekte (2004) en de Wet Inkomen en Arbeid (WIA, 2006) (Kronenburg-Willems & Pruijssers, 2006). De focus van het beleid met betrekking tot arbeidsongeschiktheid is hierdoor veranderd. Waar in de jaren '70 en '80 de nadruk lag op inkomensbehoud van mensen die arbeidsongeschikt raakten, ligt nu de nadruk op activering van arbeidsongeschikten waar dat mogelijk is. Het doel van deze verschuiving is in de eerste plaats het betaalbaar houden van het sociale zekerheidsstelsel, maar daarnaast leeft ook de overtuiging dat een zo snel mogelijke werkhervatting in het persoonlijk belang van de zieke werknemer is. Daarnaast wordt verzuim steeds meer gezien als gedrag dat niet alleen door het ervaren van klachten, maar ook door andere factoren wordt gestuurd (Verbraak, 2003). De verantwoordelijkheid voor preventie en bestrijding van ziekteverzuim wordt dan ook meer bij de werkgever en de werknemer neergelegd. De slogan van de WIA, de bundeling van nieuwe arbeidsongeschiktheidswetgeving, is heel treffend voor het nieuwe beleid: “Werken wie werken kan!”

Behalve over het toenemende aantal arbeidsongeschikten, was men in de jaren '90 ook bezorgd over de veranderde persoonskenmerken van WAO'ers. In de jaren '70 en '80 was de gemiddelde WAO' nog een vijftigplusser met lichamelijke klachten, veroorzaakt door een leven lang zwaar lichamelijk werk in de industrie. In de jaren '90 nam het aantal jonge, hoogopgeleide werknemers die door psychische klachten arbeidsongeschikt raakten sterk toe (Abma, 2007a). De belangrijkste oorzaken van deze toename zijn volgens deskundigen op het gebied van

arbeidsvraagstukken de veranderde kenmerken van werk, de veranderende sociale rollen die mensen hebben in de samenleving en de toenemende aandacht voor psychische problematiek (Van der Klink, 1995). De grootste veranderingen in beroepen gedurende de afgelopen decennia is de overgang van een grote industriële sector die gericht was op het vervaardigen van producten, naar een grote dienstverlenende sector waarin het contact met andere mensen centraal staat. Dit vereist heel andere vaardigheden van medewerkers dan de productie van goederen. Daarnaast wordt er in toenemende mate flexibiliteit van medewerkers verwacht. Functies zijn minder vast omschreven en zijn steeds meer gericht op vaardigheden in plaats van op kennis. Fusies en reorganisaties leiden binnen veel bedrijven tot toenemende onzekerheid onder werknemers over het verloop van hun carrière. De tijd waarin men een vast beroep koos en dit beroep het hele leven lang uitoefende is voorbij (Sennett, 2000). Naast een meer flexibele loopbaan, hebben mensen in toenemende mate te maken met verschillende sociale rollen en taken die zij moeten vervullen. Waar vroeger mannen fulltime werkten en vrouwen een groot deel van de zorgtaken op zich namen, verdelen partners tegenwoordig vaak werk- en zorgtaken onder elkaar. Hierdoor hebben zowel mannen als vrouwen een grote verantwoordelijkheid op meerdere gebieden in hun leven (Gaillard, 2003).

De bovenstaande ontwikkelingen lijken een toenemende druk te leggen op de mentale flexibiliteit van werknemers. Het aantal medewerkers dat kampt met stressklachten is aanzienlijk. 20 procent van de Nederlandse beroepsbevolking rapporteert werkgerelateerde stressproblemen (Bakker & Schaufeli, 2007). Ook heeft 20 procent van de beroepsbevolking last van een (al dan niet gedeeltelijk werkgerelateerde) psychische stoornis (Verbraak, 2003). Volgens een schatting van arbeidspsychologen zou 10 procent van de Nederlandse beroepsbevolking last hebben van burnoutklachten, 4 procent in zo'n mate dat ze zich eigenlijk onder behandeling zouden moeten stellen (Bakker & Schaufeli, 2007). Deze klachten leiden regelmatig tot langdurig ziekteverzuim. In 2007 werd 34 procent van de WIA uitkeringen uitgekeerd aan mensen met psychische klachten als hoofddiagnose (CBS).

De link tussen psychische klachten en de werksituatie lijkt duidelijk aanwezig. Volgens onderzoek zou 40 procent van het psychisch ziekteverzuim en 44 procent van psychische arbeidsongeschiktheid direct toe te schrijven zijn aan de werksituatie (Verbraak, 2003). Binnen het werkgerelateerde psychische ziekteverzuim wordt 90 tot 95 procent van de gevallen gediagnosticeerd als overspanning of burnout (Van der Klink, 2005).

De twee hierboven beschreven ontwikkelingen zijn de aanzet tot dit onderzoek. Enerzijds is er een veranderd beleidsdiscours op het gebied van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Anderzijds is er een sterke toename van het aantal mensen dat vanwege psychische klachten langdurig ziek wordt. Een groot deel van deze groep heeft last van overspanning of burnoutklachten. Het lijkt waarschijnlijk dat het ziekte- en herstelproces van deze groep anders verloopt dan het ziekte- en herstelproces van mensen die op basis van fysieke klachten langdurig verzuimen.

Het lijkt me interessant om te bekijken welk effect het ziekteverzuim- en re-integratiebeleid van de afgelopen jaren heeft op het herstel- en re-integratieproces van werknemers die langdurig verzuimen vanwege overspanning of burnoutklachten. Heeft regelmatig contact met het werk tijdens de ziekteperiode een positief effect op het herstel? Moeten mensen de ruimte krijgen om eerst een langere periode rust te nemen of werkt het uiteindelijk toch beter om iemand meteen te stimuleren tot re-integratie? En welke invloed hebben de verschillende betrokken partijen, zoals werkgever en artsen, op het re-integratieproces?

In het volgende hoofdstuk schets ik een stuk van de achtergrond van overspanning en burnoutklachten, van het ziekteverzuim- en re-integratiebeleid en van een aantal verschillende visies die er bestaan met betrekking tot re-integratie. Vervolgens beschrijf ik in hoofdstuk drie enkele theoretische modellen die in het onderzoek gebruikt worden. Hoofdstuk vier bevat de doelstelling en vraagstelling van het onderzoek, in hoofdstuk vijf licht ik de methodiek van dit onderzoek toe. In hoofdstuk zes beschrijf ik de resultaten, waarna ik in hoofdstuk zeven en acht tot conclusies en aanbevelingen kom.

Hoofdstuk 2 Beschrijving van de context

2.1 De achtergrond van overspanning en burnout

In deze paragraaf zal ik een kort beeld schetsen van de ontstaansgeschiedenis van overspanning- en burnoutklachten, van het klinisch beeld van overspanning en burnout en de diagnosticering van de klachten. Het doel van de paragraaf is om een beeld te schetsen van de problemen die komen kijken bij het herkennen en diagnosticeren van overspanning- en burnoutklachten.

2.1.1 Het ontstaan van de ziektebeelden overspanning en burnout.

De psychiater-analyticus Freudenberger gebruikte in 1974 voor het eerst de term burnout, in een artikel waarin Freudenberger het “opbranden” van ambitieuze, idealistische hulpverleners in een kliniek voor verslaafden beschreef (Schaufeli, 2007). Deze hulpverleners begonnen met veel enthousiasme aan hun baan, maar door de zware taakeisen en het gebrek aan resultaat raakten zij vaak na een jaar al uitgeput en gedesillusioneerd (Schaufeli & Bakker, 2003). Dit proces vergeleek Freudenberger met het opbranden van een kaars, de medewerkers waren “burnt out”.

Sinds halverwege de jaren '90 constateren artsen steeds vaker de diagnose burnout (Abma, 2007b). Het lijkt erop dat dit niet komt door een sterke toename van bepaalde klachten, maar eerder doordat het onderwerp burnout steeds meer in de belangstelling komt te staan. Tegelijk met deze toegenomen belangstelling is een wetenschappelijke subdiscipline ontstaan die onderzoek doet naar psychische vermoeidheid in de werksituatie. Dit leidt tot een uitgebreidere kennis over burnout en tot een weer verder toenemende belangstelling voor het onderwerp. Een andere reden voor de toename van de diagnose burnout zou kunnen liggen in de betekenis die burnout had voor het imago van mensen met werkgerelateerde psychische klachten. Vanaf de jaren '60 werd de term ‘overspanning’ overgenomen uit Frankrijk als omschrijving van klachten ontstaan door een lange periode van hoge psychosociale druk (Schaufeli & Bakker, 2007). In de jaren '70 en '80 had deze term echter een nogal negatief imago. Overspanning werd gezien als een ziekte voor mensen met een zwakke persoonlijkheid en werd daarom ook niet snel gediagnosticeerd. Burnout echter gaf aan dat de persoon die hieraan leed “opgebrand” was, na lange tijd te hard werken en hier te weinig voor terugkrijgen. Dit maakte van het krijgen van een burnout niet alleen falen, maar ook een soort erkenning van het vrijwillig te veel investeren in het werk (Abma, 2007a). Het is een diagnose waarmee mensen gemakkelijker dan vroeger voor de dag kunnen komen.

Hoewel burnout als verschijnsel in de maatschappij steeds meer geaccepteerd wordt, heerst er onder artsen, psychologen en arbeidsdeskundigen nog steeds veel verdeeldheid over de vraag of burnout een echte diagnose is (Schaufeli, 2007). In de DSM IV (Het Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, uitgegeven door de American Psychiatric Association. In veel landen wordt dit handboek als standaard voor psychiatrische diagnostiek gebruikt.) is burnout niet vastgelegd als diagnose. Burnoutklachten worden vaak meer als een proces gezien, veroorzaakt door andere

aanwezige psychische stoornissen en levensomstandigheden, dan als een aparte psychische stoornis (Verbraak, 2003). Het heeft lang geduurd voordat de reguliere psychische hulpverlening, zoals de GGZ, zich bewust met de behandeling van burnoutklachten bezig ging houden (Van der Klink & Terluin, 2005).

Dit geldt overigens ook voor overspanning. Er is binnen de psychiatrie nog steeds veel discussie of overspanning nu overeenkomt met de DSM IV diagnose “aanpassingsstoornis” (Schaufeli & Bakker, 2007) of dat het ziektebeeld onder geen enkele diagnose te scharen valt (Schmidt, 2001). Door de toegenomen belangstelling voor overspanning en burnout wordt er steeds meer gediscussieerd over de vorm waarin deze ziektebeelden binnen GGZ-instellingen behandeld zouden moeten worden. Dat deze discussie zo laat op gang is gekomen, heeft echter wel gevolgen gehad voor de (h)erkenning van overspanning en burnout klachten, zoals ook uit de volgende paragrafen blijkt.

2.1.2 Het klinisch beeld van overspanning en burnout

Overspanning en burnout laten hetzelfde klinische beeld zien (Van der Klink & Terluin, 2005). Beide uiteten zich in lichamelijke klachten die zeer uiteen kunnen lopen. Voorbeelden zijn chronische vermoeidheid, hoofdpijn, maag/darmklachten, pijnlijke spieren en gewrichten of hartkloppingen. Daarnaast zijn veel voorkomende psychische symptomen gespannenheid, slechte concentratie, prikkelbaarheid, gedeprimeerdheid en een gevoel van tekort schieten (De Rooij, 2004, Hoogduin e.a., 1996, van der Klink, 1995).

Veel arbeidspsychologen zien burnout als een vergevorderde vorm van overspanning. Psychische spanningsklachten worden vaak ingedeeld in drie stadia van verschillende zwaarte (Houtman, Schaufeli & Taris, 2000). Het eerste stadium is dat van spanningsklachten. Mensen ervaren lichamelijke en psychische klachten vanwege een te hoog stressniveau, maar zijn nog wel in staat om normaal te functioneren in hun dagelijks leven. Deze spanningsklachten leiden meestal nog niet tot ziekteverzuim, vandaar dat er in dit onderzoek niet veel aandacht aan dit stadium wordt besteed. Het tweede stadium is dat van overspanning en het derde stadium is burnout. In deze twee stadia zijn de spanningsklachten zo hoog opgelopen dat er vaak wel sprake is van (langdurig) ziekteverzuim.

Onderscheid tussen overspanning en burnout wordt vaak gemaakt op basis van de voorgeschiedenis van de klachten en de mate waarin het psychosociale functioneren van de medewerker is aangetast (Abma, 2007a). Overspanningklachten beginnen meestal enkele maanden of enkele weken voordat iemand daadwerkelijk overspannen raakt. Bij burnout spelen bepaalde problemen vaak al jaren. Ook is er bij burnout vaak sprake van demoralisatie met betrekking tot het werk. Mensen hebben zo lang met klachten doorgelopen dat zij het plezier in hun werk zijn kwijtgeraakt (De Rooij, 2004). In het geval van overspanning heeft iemand vaak moeite met specifieke onderdelen van het werk, en ligt de oplossing op een meer praktisch niveau. In het geval van burnout heeft iemand meestal problemen met de hele rol die hij op zich heeft genomen op zijn werk of thuis. Problemen liggen dan op het gebied van identiteit en wat iemand verder nog in zijn leven wil bereiken

(Van der Klink & Terluin, 2005). Om deze redenen is het herstelproces van burnout vaak een stuk langduriger en gecompliceerder dan het herstelproces van overspanning.

2.1.3 Het stellen van de diagnose overspanning of burnout

Doordat er nog veel meningsverschillen zijn of burnout een diagnostische categorie op zichzelf is of een uiting van andere problematiek, is het voor artsen lastig om een diagnose te stellen. Een probleem bij het stellen van de diagnose overspanning of burnout, of eigenlijk bij het stellen van een psychische diagnose in het algemeen, is dat psychische klachten van een werknemer lang niet altijd door de arts herkend worden. Dit is vooral het geval wanneer een werknemer bij een arts komt met in eerste instantie lichamelijke klachten. Veel mensen met overspanning- of burnoutklachten hebben de neiging om hun klachten te somatiseren (Hoogduin e.a., 1996). Dit wil zeggen dat mensen alleen aandacht besteden aan de lichamelijke klachten die onderdeel uitmaken van het ziektebeeld. Bij psychische spanningsklachten zijn deze lichamelijke klachten echter vaak symptomen van onderliggende psychische problematiek (de Rooij, 2004). Van alle werknemers die langer dan een jaar verzuimden, gaf slechts 6 procent psychische klachten aan als oorzaak voor hun verzuim tijdens een onderzoek waarbij zieke werknemers zelf ondervraagd werden (Verbraak, 2003). Uit een ander onderzoek waarbij werknemers gediagnosticeerd werden volgens de DSM IV, kwam naar voren dat 42 procent van deze groep psychische klachten had. Bij 22 procent speelden alleen psychische klachten, bij 20 procent speelden zowel psychische als somatische klachten (Verbraak, 2003).

Indien er psychische klachten worden gediagnosticeerd, wordt de werkgerelateerdheid van deze psychische klachten nogal eens onderschat. Als zowel de huisarts als de bedrijfsarts betrokken worden bij een zieke werknemer, is er vaak verschil tussen de diagnose die de bedrijfsarts stelt en de diagnose die de huisarts stelt. Bedrijfsartsen concluderen vaker dan huisartsen dat er sprake is van werkgerelateerde psychische klachten, terwijl huisartsen klachten vaker aan de privésituatie van de persoon wijten (Van der Klink & Terluin, 2005). Bedrijfsartsen zijn beter op de hoogte van de werksituatie van een persoon, terwijl de huisarts beter op de hoogte is van iemands privésituatie. Dit heeft gevolgen voor het behandel- en herstelproces bij werkgerelateerde psychische klachten. Zieke werknemers krijgen van hun bedrijfsarts en hun huisarts nogal eens verschillende adviezen met betrekking tot hervatting van hun werk (Van der Burg, Heijdel & Prins, 2005). De bedrijfsarts ervaart de huisarts in die gevallen als versturende factor bij de werkhervatting, omdat de huisarts geneigd is eerst rust voor te schrijven aan medewerkers, terwijl de bedrijfsarts sneller aan werkhervatting denkt. Dat er meestal weinig overleg is tussen huisarts en bedrijfsarts, komt naar voren uit een onderzoek waarin slechts 3% van de zieke werknemers kon melden dat er sprake was geweest van contact tussen hun huisarts en hun bedrijfsarts (Houtman, Schoemaker & Blatter, 2002).

Hoewel bedrijfsartsen sneller melding maken van werkgerelateerdheid van psychische klachten dan de huisarts, erkennen ook bedrijfsartsen werkgerelateerdheid van psychische klachten niet altijd. In 2006 werd in een onderzoek aan 103 bedrijfsartsen gevraagd vijf gestandaardiseerde

casussen op papier te beoordelen. Uit het onderzoek bleek dat privéomstandigheden te zwaar werden gewogen, wat leidde tot de onterechte conclusie dat er geen sprake was van werkgerelateerde klachten. Dit probleem gold niet voor de weging van persoonlijkheidskenmerken. Een ander probleem dat uit ditzelfde onderzoek naar voren kwam, was dat de criteria en definities van psychische beroepsziekten onvoldoende bekend waren binnen de onderzochte groep bedrijfsartsen (Spreeuwens et.al, 2007).

Het lijkt waarschijnlijk dat een late herkenning van overspanning- of burnoutklachten tot een langere ziekteperiode kan leiden. Waarschijnlijk zou behandeling van overspanning en burnout klachten in een zeer vroeg stadium erg effectief zijn, omdat het klachtenbeeld van overspanning of burnout al een tijd lang bestaat voordat iemand zich ziek meldt. Een onderzoek onder medewerkers van de Rabobank laat zien dat preventieve hulp aan medewerkers met een verhoogd risico op langdurig ziekteverzuim goed kan werken bij het voorkomen van ziekteverzuim. Met behulp van een vragenlijst werden medewerkers geselecteerd die op basis van demografische kenmerken, gemeten werkdruk en lichamelijke en psychische gezondheid, een verhoogd risico hadden op langdurig ziekteverzuim. Vervolgens kreeg een deel van de groep een gesprek bij de bedrijfsarts, soms gevolgd door preventieve behandeling. Het deel van de groep die bij de bedrijfsarts langs was geweest, had een jaar later een veel lager ziekteverzuimpercentage (Kant et.al., 2007).

2.1.4 Conclusie

Overspanning- en burnoutklachten worden nog niet erg lang als zodanig erkend. Daarnaast zijn er onder artsen, psychologen en arbeidsdeskundigen veel meningsverschillen over de diagnosticering van de klachten. Ook hebben mensen met overspanning- en burnoutklachten de neiging om hun klachten te somatiseren. Het gevolg hiervan is dat bedrijfsartsen en huisartsen nogal eens verschillende diagnoses bij dezelfde patiënt stellen. Daarnaast is er weinig overleg tussen huisarts en bedrijfsarts. De kans lijkt dus aanwezig dat overspanning- of burnoutklachten niet snel herkend worden, zowel door de patiënt zelf als door de arts waarbij de patiënt terecht komt. Ook kan de patiënt van verschillende artsen tegenstrijdige adviezen krijgen. Wat heeft dit voor gevolgen voor het verloop van het herstelproces? Zou overspanning en burnout sneller te genezen zijn als de klachten in een vroeg stadium herkend worden? En wat is het effect van snelle interventies als de ziekmelding al plaatsgevonden heeft? Op deze vragen wil ik tijdens het onderzoek een antwoord proberen te vinden.

Overspanning en burnout laten een zelfde klachtenbeeld zien, waarbij burnout in het algemeen wordt gezien als een vergevorderd stadium van overspanning. Het is als niet-clinicus moeilijk om een duidelijk onderscheid te maken tussen overspanning en burnout. Daarom heb ik er voor gekozen om tijdens de interviews niet op dit onderscheid in te gaan en het onderscheid tussen overspanning en burnout niet in de resultaten te verwerken.

2.2 *Ontwikkelingen in ziekteverzuim- en re-integratiebeleid*

In de afgelopen jaren is er veel veranderd op het gebied van ziekteverzuim- en re-integratiebeleid. Er is nieuwe wet- en regelgeving gekomen, maar er zijn ook leidraden en richtlijnen ontwikkeld om betrokken partijen te ondersteunen bij een goede implementatie van de nieuwe wet- en regelgeving. In deze paragraaf licht ik de belangrijkste nieuwe wetten, leidraden en enkele specifieke richtlijnen achtereenvolgens kort toe.

2.2.1 *Ontwikkelingen in ziekteverzuimbeleid*

Wet Verbetering Poortwachter: 2002

Het doel van de Wet Verbetering Poortwachter is dat werkgevers en werknemers vanaf de beginperiode van het ziekteverzuim samen zo veel mogelijk inspanning verrichten om de zieke werknemer te laten re-integreren naar een werksituatie (Weijts & Van Duinhoven, 2004, Knol & Langius, 2002). Alle afspraken tussen werkgever en werknemer moeten in een re-integratiedossier worden bijgehouden (www.szw.nl). Na twee jaar beoordeelt het UWV of werknemer en werkgever beiden voldoende hebben gedaan om de werknemer weer aan het werk te krijgen. Als de werknemer in de ogen van het UWV te weinig heeft gedaan, dan kan de werknemer tijdelijk een lagere uitkering krijgen. Heeft de werkgever volgens het UWV onvoldoende moeite gedaan, dan kan het UWV de werkgever verplichten om langer het loon van de werknemer door te betalen. De belangrijkste verplichtingen die de Wet Verbetering Poortwachter met zich meebrengt staan omschreven in bijlage 1.

Verlengde Loondoorbetaling bij Ziekte: 2004

Vanaf 1 januari 2004 is het voor de werkgever verplicht om gedurende een periode van twee jaar minimaal 70% van het loon van een zieke werknemer door te betalen, tot een bepaald maximum. In het eerste ziektejaar geldt daarnaast dat de werkgever minimaal het wettelijk vastgestelde minimumloon moet uitbetalen (www.szw.nl).

Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen (WIA): 2006

Vanaf 1 januari 2006 is de WIA in de plaats gekomen van de WAO. Hiermee zijn de toegangseisen voor de uitkering verscherpt en zijn werkgever en werknemer langer samen verantwoordelijk voor re-integratie. De belangrijkste veranderingen die de overgang van de WAO naar de WIA kenmerken staan omschreven in bijlage 1.

Leidraad Aanpak Verzuim om Psychische Redenen: 2001

Naar aanleiding van de bezorgdheid over het toenemende ziekteverzuim om psychische redenen hebben de ministeries van SZW en VWS de Commissie Psychische Arbeidsongeschiktheid (Commissie Donner I) in het leven geroepen. Na analyse van het proces rondom uitval van arbeid om psychische redenen heeft de commissie in 2001 de 'Leidraad Aanpak verzuim om psychische redenen' ontwikkeld. Deze moet in individuele gevallen van verzuim houvast bieden voor het handelen van werkgevers, werknemers en professionals (huisarts, bedrijfsarts, psycholoog, etc). De manier van werken die in de Leidraad wordt aanbevolen omvat een stappenplan gebaseerd op drie uitgangspunten (Van der Burg, Heijdel, & Prins, 2005):

- Gedeelde verantwoordelijkheid van werkgever en werknemer voor preventie, ziekteverzuimbeleid en re-integratie.
- Gelijktijdige werkhervatting en klachtenbehandeling ('2-sporenbeleid')
- Zo snel mogelijk actie: even rust is goed, maar met rust laten nooit.

De Leidraad biedt een overzicht van praktische stappen, die tot snellere werkhervatting en herstel van de zieke medewerker kunnen leiden. Daarnaast formuleert de Leidraad aanspraken die werkgevers en werknemers op elkaar hebben en beoogt daarmee partijen te activeren tot effectief herstel- en re-integratiegedrag (Van der Klink & Terluin, 2005).

Richtlijn LESA van de NVAB: 2005

Een richtlijn die specifiek is toegepast op de behandeling van overspanning en burnout door bedrijfsartsen en huisartsen is de LESA, uitgebracht door de NVAB (de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde) (Van der Klink & Terluin, 2005). De LESA Overspanning geeft aanbevelingen aan bedrijfsartsen en huisartsen voor de behandeling en begeleiding van mensen met overspanning en (dreigend) ziekteverzuim. De LESA bevat duidelijke afspraken over de inhoud en tijdstippen van de onderlinge afstemming tussen bedrijfsarts en huisarts en over verwijzing. De richtlijn benadrukt tevens het belang van onderlinge samenwerking tussen huisarts en bedrijfsarts. Zie bijlage 1 voor een samenvatting van de belangrijkste punten.

2.2.2 *Ontwikkelingen in re-integratiebeleid*

Subsidiemogelijkheden voor werkgevers:

Het UWV heeft een aantal subsidies in het leven geroepen die het voor werkgevers aantrekkelijk maken om een medewerker met gezondheidsklachten in dienst te houden of aan te nemen. De subsidiemogelijkheden zijn opgenomen in de Wet op de Re-integratie Arbeidsgehandicapten (REA) (zie bijlage 1). Nadelen van deze subsidiemaatregelen zijn dat het net van subsidiemaatregelen nogal complex is en de subsidies lang niet altijd toereikend zijn voor de gemaakte kosten. Daarnaast blijft het feit dat voormalig arbeidsongeschikten gemiddeld twee keer zo vaak verzuimen als overige werknemers een groot nadeel voor werkgevers (Plug, 2006).

Disability Management

De veranderde denkwijze over re-integratie heeft geleid tot een nieuwe managementstijl met betrekking tot ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid, gericht op P&O en HRM afdelingen, die Disability Management wordt genoemd (Plug, 2006). Disability management is een term voor activiteiten van voornamelijk P&O en HRM afdelingen die gericht zijn op de optimale inzetbaarheid van mensen, rekening houdend met hun mogelijke beperkingen. Disability Management richt zich zowel op het behouden van werknemers met gezondheidsproblemen als op het aanstellen van nieuwe medewerkers met gezondheidsproblemen. De managementstijl kan opgevat worden als een vorm van competentie management, gericht op een specifieke groep medewerkers.

Kenmerken van een goed opgezet Disability Management zijn:

- Een heldere visie en missie ten aanzien van de inzetbaarheid van medewerkers.
- Activering van medewerkers om zelf verantwoordelijkheid te nemen voor hun eigen inzetbaarheid (persoonlijke ontwikkelingsplannen).
- Functionerings- en loopbaangesprekken waarin men expliciet aandacht besteedt aan gezondheid in relatie tot arbeid en persoonlijke ontwikkelingsmogelijkheden.
- Competentiemanagement

Re-integratiemogelijkheden voor werknemers:

Naast maatregelen gericht op werkgevers, zijn er ook maatregelen ontwikkeld voor werknemers die zelf graag het initiatief nemen bij hun re-integratie (Plug, 2006). Werknemers die nog in dienst zijn van een werkgever kunnen, als zij zelf de regie willen voeren over hun re-integratie, bij het UWV een Persoonsgebonden Re-integratiebudget (PRB) aanvragen. Het UWV keert dan een subsidie uit die de werknemer, vaak in samenwerking met een re-integratiebedrijf, kan besteden aan zaken als arbeidsbemiddeling, sollicitatietraining, een beroepskeuzetest of het volgen van een cursus of opleiding. Werknemers die niet meer in dienst zijn bij een werkgever kunnen bij het UWV een Individuele Re-integratie Overeenkomst (IRO) afsluiten. Het re-integratietraject dat ze met behulp van een re-integratiebedrijf opstellen, moet dan wel eerst goedgekeurd worden door een arbeidsdeskundige van het UWV.

Het drie-fasen-model van Van der Klink & Terluin

Van der Klink en Terluin (2005) hebben een model ontworpen voor re-integratie naar het werk in 3 stappen. Dit model sluit goed aan bij de tijdsrichtlijn met behandeldoelen die de NVAB heeft opgesteld bij de diagnose overspanning (zie bijlage 1). Van der Klink & Terluin benadrukken echter wel dat procescontingentie altijd boven tijdcontingentie zou moeten gaan. Hiermee wordt bedoeld dat de vorderingen in het herstel van de zieke medewerker zwaarder moeten tellen in het verdere verloop van de behandeling dan de "tijdslimiet" die voor een bepaalde fase staat. Plannen moeten kunnen worden bijgesteld als herstel minder voorspoedig verloopt dan eerst gedacht. De drie fasen van re-integratie zijn volgens Van der Klink en Terluin:

Fase 1: Inzicht- en acceptatiefase

Eerst moet er tijd zijn voor rust en ontspanning. Tevens moet de ziek geworden medewerker accepteren dat hij ziek geworden is en een eerste inzicht krijgen in de aard van de klachten en de mogelijke oorzaken.

Fase 2: Probleem- en oplossingsfase (na ongeveer 4 weken)

In deze fase moet de zieke medewerker inzicht krijgen in de problemen en de mogelijke oplossingen hiervoor.

Fase 3: Toepassingsfase (afhankelijk van zwaarte problemen na ... weken/maanden)

Dit is de fase van het geleidelijk weer oppakken van werktaken. Van der Klink en Terluin benadrukken dat in deze fase nog niet alle problemen die in fase 2 zijn ontdekt, al opgelost hoeven zijn.

2.2.3 *Conclusie*

De bovenstaande maatregelen en richtlijnen hebben meerdere overeenkomsten. Ten eerste stimuleren ze allemaal een actieve aanpak van ziekteverzuim. De verantwoordelijkheid hiervoor wordt zowel bij de werkgever als de werknemer gelegd. Het belang van regelmatig contact tussen alle partijen (werkgever, werknemer, artsen) wordt onderstreept. Daarnaast wordt het belang van samenwerking tussen huisarts en bedrijfsarts benadrukt. Een model waarin naar mijn idee de belangrijkste aandachtspunten tijdens het re-integratieproces goed verwerkt zijn, is het drie-fasen-model van Van der Klink en Terluin. In dit model is er een korte periode tijd voor rust en ontspanning ingebouwd. Vervolgens worden relevante problemen in kaart gebracht, werkgever en werknemer moeten daarna ook daadwerkelijk met de geconstateerde problemen aan de slag gaan.

Wat zou dit veranderde beleidsdiscours nu voor gevolgen hebben voor de manier waarop werkgever en werknemer met elkaar omgaan bij langdurig ziekteverzuim? Ik probeer er tijdens dit onderzoek achter te komen of het ontwikkelde beleid op dit gebied daadwerkelijk het beoogde effect heeft in de praktijk en of het in de praktijk op dezelfde manier toegepast wordt door werkgever en werknemer als in de beleidsstukken staat.

2.3 *Visies op Re-integratie*

Over wat nu de beste en meest effectieve manier van re-integratie na overspanning en burnout is, bestaan veel verschillende meningen. In deze paragraaf zet ik eerst de belangrijkste argumenten uit de literatuur voor en tegen snelle terugkeer naar de werkplek op een rijtje. Daarna beschrijf ik de in de literatuur meest genoemde succesfactoren en struikelblokken tijdens het re-integratietraject zelf. Vervolgens vat ik de paragraaf samen in een korte conclusie.

2.3.1 *Start van het re-integratietraject: Uitrusten of activeren?*

Het recente re-integratiebeleid gericht op een zo snel mogelijke werkhervatting wordt door een steeds bredere groep in de maatschappij gedragen. Toch blijven wetenschappers, artsen, P&O'ers, werkgevers, werknemers en andere betrokken partijen verschillen van mening over wat nu de beste manier van handelen is bij langdurig ziekteverzuim. Zo zijn er professionals die nog moeite hebben met het uitgangspunt dat terugkeer een zorg is van werkgever en werknemer. En onder artsen en leidinggevenden wordt soms nog het uitgangspunt gedeeld dat thuiszitten en rust nemen het beste is voor het herstel van de medewerker (Van der Burg, Heijdel & Prins, 2005). De medische traditie in Nederland is dat er een strikt onderscheid gemaakt wordt tussen ziekte en gezondheid. In het verleden werd altijd gedacht dat een zieke werknemer het beste zoveel mogelijk rust kon houden om snel te herstellen. Pas wanneer iemand helemaal genezen was, kon hij zijn normale taken weer op zich nemen (Abma, 2007a).

Veel artsen zijn tegenwoordig van mening dat herstel altijd geleidelijk verloopt, en dat het voor het herstel juist goed kan zijn om al tijdens het genezingsproces een deel van de oude taken weer

op te pakken (Van der Klink, 1995). Een onderzoek naar werkgerelateerde re-integratiemaatregelen bij verzuim om psychische redenen ondersteunt de visie dat werkhervatting aanmerkelijk sneller plaatsvindt indien binnen de behandeling ook een gerichte begeleiding naar werk gegeven wordt (Blonk, 2006; Bakker & Schaufeli, 2003). Hieronder een de belangrijkste argumenten voor een snelle (gedeeltelijke) werkhervatting uit de literatuur op een rijtje:

➤ *Snelle werkhervatting voorkomt individualisering van de problemen.*

Behandeling van overspanning en burnout waarbij de werknemer zelf hulp zoekt buiten het werk om, betreft vaak psychotherapie of zelfhulpgroepen en richt zich sterk op de individuele belevingswereld van de zieke werknemer. Door op het individu gerichte therapie gaan mensen de oorzaken van hun problemen steeds meer bij zichzelf zoeken. Zo kan het beeld bij de medewerker ontstaan dat zijn klachten zijn eigen probleem zijn en dat hij ook zelf voor een oplossing moet zorgen (De Vries et. al., 2006, Van der Klink & Terluin, 2005). Vaak blijkt uit verhalen van ziek geworden medewerkers echter dat overspanning en burnout veroorzaakt worden door een combinatie van factoren binnen de persoon zelf en factoren binnen de werkomgeving. Het gevaar bestaat dat als de werkgever niet betrokken wordt bij het herstelproces, deze factoren genegeerd worden of dat er niets aan deze factoren gedaan wordt. Onderzoekers vergeleken het re-integratieproces van een groep mensen die cognitieve gedragstherapie kregen, met dat van een groep mensen die een combinatie van stressmanagement training en arbeidsdeskundige interventies, gericht op werkaanpassingen en mogelijkheden voor werkhervatting, ontvingen. Daarnaast was er een controlegroep die geen begeleiding kreeg. De gecombineerde begeleiding door de arbeidsdeskundige bespoedigde de werkhervatting duidelijk meer dan de cognitieve gedragstherapie en geen begeleiding (Houtman, Schoemaker & Blatter, 2002).

➤ *Snelle werkhervatting voorkomt voordelen van de ziekerol op de lange termijn.*

De rol van zieke levert voor mensen naast problemen meestal ook bepaalde voordelen op. Medeleven van de omgeving, de ruimte om meer tijd aan hobby's, het gezinsleven of taken in het huis te besteden zijn voorbeelden van positieve neveneffecten van een langdurige ziekteperiode (Bakker & Schaufeli, 2007). Als iemand weer aan het werk gaat vervallen deze opgebouwde voordelen. Dit kan soms (onbewust) een rol spelen in het herstelproces van een zieke werknemer.

➤ *Snelle werkhervatting voorkomt vermijdingsgedrag met betrekking tot werk.*

Bij ziekteverzuim om psychische redenen, vooral bij burnout, speelt een verminderde arbeidsmotivatie vaak een rol. Mensen hebben de neiging om zaken die ze in het verleden als vervelend hebben ervaren, zoals problemen op het werk, liever te vermijden. Hoe langer iemand ziek thuis zit, hoe groter het vermijdingsgedrag en hoe groter de drempel om weer terug te keren naar de werksituatie. Vermijding is bij overspanning de belangrijkste oorzaak voor langdurig ziekteverzuim (Van der Klink & Terluin,

2005). Als er niets gebeurt om een medewerker tijdens de herstelperiode weer te activeren, is het risico op blijvende arbeidsongeschiktheid bij een normale overspanning 20 procent. Veel mensen kampen met schuldgevoelens vanwege het ziekteverzuim (Van der Heuvel, 2004). Bij werkhervatting zijn deze schuldgevoelens niet direct over, meestal werken mensen in het begin nog niet op hun normale niveau. Productiviteitsverschillen tussen henzelf en collega's zijn vaak duidelijk zichtbaar (Van Duinhoven & Weijts, 2004). Dit kan in het begin leiden tot meer schuldgevoelens en stress, maar werken is volgens Van Duinhoven en Weijts de enige manier om erachter te komen wat men wel en niet kan. Bij werkgerelateerde psychische klachten is werkhervatting juist een voorwaarde voor herstel, omdat men dan in de werksituatie kan oefenen met nieuw geleerde kennis en vaardigheden en kan uitproberen wat wel en niet werkt (Hoogduin et. al., 1996). Mensen die te kampen hebben met overspanning of burnout zijn vaak gewend om teveel hooi op hun vork te nemen. Deels moeten ze hierin afgeremd worden, maar het rustig opbouwen van spanning en hier gezond mee leren omgaan is belangrijk voor het aanleren van een nieuwe manier van werken.

➤ *Door snelle werkhervatting kunnen negatieve ervaringen omgebogen worden.*

Tenslotte hebben veel zieke werknemers door vervelende ervaringen die zij hebben gehad in de werksituatie een negatief beeld in hun hoofd van werken. Alleen door daadwerkelijk aan de slag te gaan kunnen zij weer ervaren dat er binnen een werksituatie ook op een positieve manier met hen kan worden omgegaan (De Vries et. al., 2006).

➤ *Snelle werkhervatting voorkomt dat een werknemer vergeten wordt.*

Ook op het werk zelf is er na een lange periode van ziekte vaak weinig animo meer om een zieke werknemer weer te laten re-integreren. De organisatie heeft zich aangepast aan een situatie waarin de werknemer thuis zit en leidinggevend zijn vaak bang om het nieuw gevonden evenwicht op de afdeling weer te verstoren (Van Duinhoven & Weijts, 2004). Als een zieke werknemer regelmatig in contact blijft met zijn oude werk kan worden voorkomen dat iemand 'vergeten' wordt.

Er zijn dus veel argumenten te vinden die de visie van een snelle re-integratie naar werk ondersteunen. Er zijn echter ook argumenten die vraagtekens zetten bij deze aanpak, of waarmee in ieder geval het belang van een zorgvuldige aanpak naar voren komt. Deze worden op de volgende pagina omschreven:

➤ *Te snelle re-integratie kan averechts werken.*

Ten eerste wijzen hulpverleners op het risico dat een te snelle re-integratie juist averechts kan werken. Bij overspanning en burnout is er tijd nodig om te herstellen, afstand te nemen en een bepaald gedrag of een bepaalde houding te veranderen. Als iemand te vroeg weer begint met werken is er een risico dat diegene opnieuw in ziekmakende patronen terecht komt. Ervaringen van mensen die vroeg zijn

begonnen met werkhervatting bevestigen dit (De Vries et. al., 2006). Een hernieuwde terugval in de oude klachten kan negatievere gevolgen hebben voor het re-integratieproces dan een te rustige opbouw, omdat een terugval erg slecht is voor het zelfvertrouwen van een persoon (Van der Klink & Terluin, 2005).

➤ *Structurele aanpassingen op het werk zijn noodzakelijk.*

Daarnaast werkt re-integratie na werkgerelateerd verzuim alleen op het moment dat er niet alleen bij de zieke medewerker zelf een verandering plaatsvindt, maar ook in zijn werkomgeving. Als er niet gewerkt wordt aan de factoren in iemands arbeidssituatie die hebben bijgedragen aan het ziekteverzuim, is de kans groot dat iemand weer in dezelfde vicieuze cirkel terecht komt (De Vries et. al., 2006). Om dit te voorkomen moet de werkgever niet alleen gemotiveerd zijn, maar ook in staat zijn de arbeidssituatie zo aan te passen dat re-integratie mogelijk is. Veel processen die hebben geleid tot ziekteverzuim, zijn niet zo gemakkelijk te veranderen (Plug, 2006). Denk aan slepende conflicten met leidinggevende of collega's of een constante hoge werkdruk. Een hoge werkdruk lijkt altijd samen te gaan met een kleinere kans op werkhervatting (Houtman, Schoemaker & Blatter, 2002). Het is de vraag of het zin heeft een zieke werknemer zijn werk weer te laten hervatten op het moment dat er nog te weinig veranderd is in de oude arbeidssituatie.

➤ *Het huidige beleid is teveel gericht op terugkeer naar de oude werkgever.*

Tenslotte is het huidige ziekteverzuim- en re-integratiebeleid sterk gericht op terugkeer naar de oude werkgever. Ook bij langdurig ziekteverzuim wordt er maar in een klein deel van de gevallen gekeken naar re-integratiemogelijkheden bij een andere werkgever (Piek e.a., 2008). Het is de vraag of dit altijd de juiste manier is. Soms zijn bepaalde problemen bij de oude werkgever zo geëscaleerd dat ze niet meer opgelost kunnen worden. Mensen die langdurig verzuimen vanwege psychische klachten, zijn na een jaar ziekteverzuim over het algemeen positiever over hun gezondheid en hun re-integratiekansen dan mensen die verzuimen vanwege lichamelijke klachten (Verbraak, 2003). Wel zijn mensen met psychische klachten negatiever over re-integratie bij hun oude werkgever en over de re-integratie-inspanningen van die oude werkgever. Volgens Verbraak (2003) is bij conflicten op de werkvloer terugkeer naar de oude werkgever vrij zeldzaam. Ook kunnen vooral mensen met burnoutklachten gedesillusioneerd zijn geraakt in hun oude werk en hun motivatie voor hun oude baan zijn verloren. Een nieuwe start bij een andere werkgever of soms in een heel ander beroep kan een dan een keerpunt zijn in het ziekteproces en in levensstijl (De Vries et. al., 2006, De Rooij, 2004). Na een burnout komen mensen nogal eens tot een functieverandering (Marek, Maslach en Schaufeli, 1993).

2.3.2 *Succesfactoren en struikelblokken tijdens het re-integratietraject*

Wat zijn de belangrijkste succesfactoren en struikelblokken bij tijdens het re-integratietraject? Welke randvoorwaarden moeten er binnen een organisatie aanwezig zijn om re-integratie van een zieke werknemer kansrijk te maken? Hieronder beschrijf ik de belangrijkste punten uit de literatuur.

➤ *Betrokkenheid en steun vanuit de hele organisatie.*

Volgens Bakker en Schaufeli (2007) is het belangrijk dat het re-integratiebeleid breed gedragen wordt binnen de organisatie. Er moet betrokkenheid en steun voor zijn in de hele organisatie, ook binnen het topmanagement (Verbraak, 2003). Bij een re-integratietraject waarin sociale ondersteuning vanuit de werksituatie een centrale rol speelt, is het belangrijk om goed te kijken naar het soort sociale ondersteuning dat aanwezig is en hoe deze vanuit de organisatie versterkt zou kunnen worden (Marek, Maslach & Schaufeli, 1993). De manier waarop er tegen een zieke werknemer wordt aangekeken heeft grote invloed op het re-integratieproces. Op dit moment is er nog veel negatieve beeldvorming bij werkgevers en leidinggevenden over het in dienst nemen of hebben van mensen met psychische klachten (Van der Burg, Heijdel & Prins, 2005). Vaak zijn leidinggevenden bang dat het re-integratietraject een negatieve invloed zal hebben op de werkomstandigheden van collega's. Die zouden zwaarder belast kunnen worden of zich achtergesteld kunnen voelen (Van Duinhoven & Weijts, 2004). Bij het verbeteren van de beeldvorming is niet alleen de invloed van de werkgever van belang, maar ook de houding van collega's en leidinggevenden. Het is belangrijk dat conflicten met collega's en leidinggevenden uitgepraat zijn voor iemand weer begint met werken. Een leidinggevende zou het re-integratietraject met collega's op de afdeling moeten bespreken. Zo weten collega's waar ze aan toe zijn en wat er al wel en niet van iemand verwacht kan worden. Ook raken collega's op deze manier meer betrokken bij het succesvol maken van het re-integratietraject (Van Duinhoven & Weijts, 2004).

➤ *Interventies zowel gericht op werkgever als op werknemer.*

Daarnaast moet er een focus zijn op zowel het acceptatie- en herstelproces van het individu als op de acceptatie en het scheppen van randvoorwaarden in de omgeving van de persoon (Klink & Terluin, 2005). Een combinatie van op de organisatie gerichte maatregelen en op de training van individuele medewerkers gerichte maatregelen blijkt het meest effectief te zijn (Verbraak, 2003). De mate waarin een werkgever bereid is om aanpassingen op de werkplek te verrichten heeft een grote invloed op het re-integratieproces (Bakker & Schaufeli, 2007). Als de oorzaken van het ziekteverzuim niet worden aangepakt, is de kans immers groot dat de zieke medewerker opnieuw in een ziekmakende situatie belandt.

Er zijn een aantal cijfers bekend die deze aanpak waarbij zowel werkgever als werknemer betrokken worden om bestaande problemen op te lossen, ondersteunen. Bij een activerende begeleiding in samenwerking met de huisarts is de herstelkans van overspanning erg groot. De

gemiddelde herstelduur na overspanning bij een activerende begeleiding is 7 weken (Van der Klink & Terluin, 2005). De helft van de patiënten is binnen 6 weken weer volledig aan het werk, driekwart is na drie maanden weer volledig aan het werk en na een half jaar is 95 procent weer volledig aan de slag. Als in de activerende begeleiding ook de werkgever betrokken wordt, zijn de herstelkansen zelfs nog beter: 80 procent was na drie maanden weer aan het werk en 100 procent was na 6 maanden weer volledig aan de slag.

➤ *Goede communicatie tussen betrokken partijen.*

Een goede communicatie tussen alle partijen is een van de randvoorwaarden voor een succesvolle re-integratie. Uit onderzoek blijkt dat medewerkers het zeer waarderen als leidinggevenden geregeld contact onderhouden met zieke medewerkers, zowel tijdens de eerste herstelperiode als tijdens de werkhervattingperiode (Van de Heuvel et. al., 2004). Ook is er meer duidelijkheid en onderling begrip als de bedrijfsarts de spreekuurverslagen terugkoppelt aan de leidinggevende. In de praktijk blijkt de communicatie tussen de leidinggevende en de werknemer nog niet altijd op rolletjes te lopen. Werknemers met psychische problemen voelen zich niet altijd serieus genomen (Van der Burg, Heijdel & Prins, 2005, Cremer, Komduur & Vinke, 2002). Er wordt voor hun gevoel door de leidinggevende niet genoeg aandacht besteed aan hun klachten. Bij grote organisaties is het aan te raden om een coördinator aan te stellen die het re-integratieproces bewaakt en overlegt met alle betrokken partijen (Bakker & Schaufeli, 2007). De voortgang van het re-integratieplan moet regelmatig geëvalueerd worden. Hierbij is het belangrijk dat een werkgever geen valse verwachtingen schept; als het duidelijk is dat een medewerker niet meer in de organisatie of in zijn huidige functie kan werken, dan moet dit zo snel mogelijk besproken worden. Dit voorkomt voor de zieke medewerker een hoop onduidelijkheid en onnodige teleurstelling (Van Duinhoven & Weijts, 2004).

➤ *Begeleiding van leidinggevenden bij het re-integratieproces.*

Hoewel leidinggevenden een grote verantwoordelijkheid hebben bij de aanpak van verzuim om psychische redenen, moeten of kunnen zij niet altijd zelf goed met de problematiek aan de slag gaan. Leidinggevenden vinden het vaak moeilijk om psychische problematiek onder hun medewerkers bespreekbaar te maken. Bovendien vinden veel leidinggevenden het herkennen van psychisch verzuim moeilijk en weten of durven zij niet een verzuimgesprek te voeren met de werknemer (Van der Burg, Heijdel & Prins, 2005). Juist bij deze lastige problematiek moeten leidinggevenden de hulp kunnen inroepen van deskundigen, zoals een bedrijfsarts of psycholoog (Houtman, Schoemaker & Blatter, 2002). Uit evaluaties van deze begeleiding in de GGZ en in de Thuiszorg, bleek dat leidinggevenden veel steun hadden aan individuele of groepsbegeleiding bij de aanpak van verzuim om psychische redenen (Van de Heuvel et. al., 2004).

➤ *Een snel consult bij de bedrijfsarts en snelle start van een hulpverleningstraject.*

In de vorige paragrafen is al het belang van snelle herkenning van de klachten en snelle hulpverlening benadrukt. Ook Verbraak (2003) noemt het belang van een adequate diagnose of risicoanalyse bij een vermoeden van overspanning of burnout. Uit onderzoek blijkt dat het hebben van meer dan twee contacten met de bedrijfsarts in de eerste vier weken na de ziekmelding gepaard gaat met een grotere kans op werkhervatting (Houtman, Schoemaker & Blatter, 2002). In dit licht is het opvallend dat ruim 30 procent van de langdurig zieke werknemers in de eerste vier weken geen consult met een bedrijfsarts heeft gehad. Verder is het opmerkelijk dat weinig werknemers die langdurig verzuimen om psychische redenen, contact hebben met een hulpverlener die is gespecialiseerd in de behandeling van psychische klachten. Het aantal werknemers dat contact heeft met een behandelaar neemt wel toe in de loop van het eerste ziektejaar, maar na vier à vijf maanden verzuim ontvangt maximaal één op de vijf werknemers een specifieke behandeling (Houtman, Schoemaker & Blatter, 2002). Het lijkt erop dat werkgevers hun medewerkers niet zo snel naar de bedrijfsarts sturen en dat bedrijfsartsen lang aarzelen met het doorverwijzen naar specialistische hulpverlening. Van Duinhoven en Weijts (2004) noemen als mogelijkheden voor werkgevers om re-integratie van zieke werknemers te bevorderen door psychische hulpverlening in te schakelen, het aanstellen van bedrijfsmaatschappelijk werk, het aanstellen van een vertrouwenspersoon binnen het bedrijf, afspraken met psychologen of psychiaters zodat werknemers met klachten snel terecht kunnen, coaching van medewerkers door externe bureaus, mediation (bemiddeling en conflictoplossing) en het inschakelen van re-integratie bedrijven.

2.3.4 *Conclusie*

Er ontstaat onder artsen steeds meer steun voor het idee om al met re-integratie naar werk te beginnen tijdens het herstelproces. Een voordeel hiervan is dat interventies niet alleen gericht zijn op individuen, maar ook op de werkomgeving zelf. Verder kan met een snelle start van werkhervatting voorkomen worden dat een zieke werknemer thuis steeds meer afkeer van de werksituatie ontwikkelt en zijn draai vindt in een nieuw levensritme dat hoort bij de ziekterol.

Bovendien wordt op deze manier voorkomen dat een werknemer te ver verwijderd raakt van de werksituatie en dat de werkomgeving zich op de situatie dat de werknemer ziek thuis is aanpast. Deze gewenning maakt het namelijk lastiger om na lange tijd terug te keren naar het werk, alle partijen moeten zich dan immers weer aanpassen aan een nieuwe situatie.

Aan de andere kant kan te snelle re-integratie een averechts effect hebben en het zelfvertrouwen van de werknemer verder aantasten. Daarnaast is het belangrijk dat voor terugkeer naar het werk, aan de oorzaken van het ziekteverzuim gewerkt wordt, zowel bij de werkgever als bij de werknemer. Soms zullen er situaties zijn waarin terugkeer naar de oude werkgever bijna onmogelijk is geworden. In dit geval is het verstandig om direct te zoeken naar een andere werkgever waar een re-integratietraject gestart kan worden.

Tijdens het re-integratietraject is het belangrijk dat de werkgever betrokken is en dat alle partijen goed met elkaar communiceren. Verder is het noodzakelijk dat de oorzaken van het ziekteverzuim daadwerkelijk aangepakt worden, zowel de oorzaken aan de kant van de werknemer als die aan de kant van de werkgever. Daarnaast is een snelle start van de hulpverlening belangrijk en zouden leidinggevenden ondersteuning moeten krijgen bij het vervullen van hun rol in het re-integratieproces.

Kort samengevat is er veel te zeggen voor een snelle werkhervatting bij overspanning- en burnoutklachten, mits tijdens het re-integratieproces voldoende aandacht wordt besteed aan een aantal punten. De werknemer moet voldoende tijd krijgen om even tot rust te komen, het ziek zijn te accepteren en inzicht te krijgen in de klachten en de oorzaken van de klachten. Daarna moeten oorzaken van het ziekteverzuim in kaart worden gebracht en ook daadwerkelijk aangepakt worden.

Tijdens de interviews wil ik erachter komen in hoeverre de genoemde voor- en nadelen van snelle re-integratie van toepassing zijn geweest op de respondenten, en in hoeverre de genoemde succesfactoren en struikelblokken van toepassing waren tijdens het re-integratieproces.

Hoofdstuk 3 Theoretische onderbouwing

Hoe komt het nu dat sommige werknemers last van overspanning- of burnoutklachten krijgen? En, een nog veel belangrijkere vraag in dit onderzoek: Hoe komen werknemers weer van overspanning- of burnoutklachten af? In het vorige hoofdstuk heb ik een beeld geschetst van de processen en interventies, die volgens de literatuur die geschreven is over re-integratie na overspanning of burnout, een positieve invloed of juist een negatieve invloed hebben op het re-integratieproces. De kwantitatieve cijfers die ik in het vorige hoofdstuk omschreven heb, schetsen een goed algemeen beeld van de processen die spelen, maar schenken naar mijn idee te weinig aandacht aan de persoonlijke ervaringen van de zieke werknemer.

Daarom probeer ik in dit hoofdstuk via een meer theoretische benadering, een kader te scheppen voor de verklaring van de invloed van de factoren die in het vorige hoofdstuk genoemd zijn. In de eerste paragraaf zoek ik, met behulp van de theorie van het symbolisch interactionisme, naar verklaringen voor het denken en handelen van alle betrokken personen bij een re-integratietraject. Ik vertaal verschillende facetten van het symbolisch interactionisme aan de hand van een voorbeeld van een symbool tijdens een re-integratietraject, namelijk het werken op arbeidstherapeutische basis. In de tweede paragraaf verduidelijk ik met behulp van de belasting-en-belastbaarheidsbalans van Plug hoe het symbolisch interactionistisch perspectief kan worden toegepast op de werksituatie.

3.1 Het symbolisch interactionistisch perspectief

Het symbolisch interactionisme is een stroming binnen de sociologie die verklaringen voor sociale verschijnselen zoekt vanuit de overtuiging dat interactie tussen mensen de sociale werkelijkheid bepaalt (Arts, Hilhorst en Wester, 1985). Aanhangers van het symbolisch interactionisme zien de sociale werkelijkheid dan ook als een continue proces van onderhandeling tussen verschillende actoren, in plaats van als een vaststaand gegeven.

De term symbolisch interactionisme werd voor het eerst gebruikt door Herbert Blumer in 1969, als verdere uitwerking van het eerdere werk van George Herbert Mead (Blumer, 1969). Vanuit het symbolisch interactionistisch perspectief worden verklaringen voor menselijk gedrag niet zozeer in het individuele belang gezocht, zoals bij veel psychologische en economische theorieën, maar in de interacties die het individu met zijn omgeving heeft. Interacties met anderen lopen via de betekenis die mensen geven aan sociale situaties en objecten, deze worden symbolen genoemd. Als er binnen het symbolisch interactionisme over symbolen gesproken wordt, worden hiermee niet alleen concrete symbolen bedoeld, maar ook bijvoorbeeld een gedrag, een voorwerp of een begrip.

Er liggen drie basisprincipes ten grondslag aan het symbolisch interactionisme:

- Mensen reageren op symbolen op basis van de betekenis die de symbolen voor hen hebben.
- De betekenis is afgeleid van de sociale interacties die mensen met anderen hebben. De betekenis van het symbool ontstaat door de manier waarop andere mensen zich tegenover een persoon opstellen, met betrekking tot het symbool. Hierbij moet niet alleen gedacht worden aan andere individuen, maar ook aan instituties binnen de maatschappij. Ook signalen die instituties als scholen, kerken of de overheid afgeven met betrekking tot een symbool, kunnen de betekenis van een symbool voor een persoon beïnvloeden.
- De betekenis wordt gecreëerd door middel van een interpretatief proces. Dit interpretatief proces ontstaat door de omgang van een persoon met de symbolen die hij tegenkomt. Iemand reageert in het dagelijks leven op een symbool en deze reacties leveren een bepaald effect op. Op basis van deze, gewenste of ongewenste effecten, interpreteert een persoon op welke wijze hij het beste met een symbool om kan gaan en wat het symbool voor hem kan betekenen.

Eén van de vele symbolen die regelmatig voorkomen tijdens een re-integratietraject, is het begrip “werken op arbeidstherapeutische basis”. Mensen reageren verschillend op iemand die werkt op arbeidstherapeutische basis en geven op verschillende manieren vorm aan het werken op arbeidstherapeutische basis, aan de hand van de betekenis die het begrip voor hen heeft. Dit leidt ertoe dat iemand die werkt op arbeidstherapeutische basis zelf een bepaalde houding aanneemt ten opzichte van zijn werk, maar ook dat collega's, leidinggevende en de bedrijfsarts op verschillende manieren op hem reageren of op verschillende manieren vorm willen geven aan het werk dat deze persoon verricht. Een leidinggevende heeft bijvoorbeeld een bepaalde visie op de mate waarin iemand die op arbeidstherapeutische basis werkt, productief moet zijn en verantwoording af moet leggen. Een bedrijfsarts kan verschillende doelen op het oog hebben als hij werk op arbeidstherapeutische basis adviseert. Hij kan het voornamelijk zien als het onderhouden van contact met de werkvloer of hij kan het zien als een manier voor de werknemer om nieuw aangeleerde vaardigheden in een veilige omgeving in de praktijk te brengen.

Dit zijn slechts enkele voorbeelden van de talloze manieren waarop mensen interpretaties aan een symbool geven. Deze betekenis ontstaat, zoals hierboven beschreven, op twee verschillende manieren. Enerzijds door de houding van andere mensen ten opzichte van het begrip, anderzijds door de regels die binnen een afdeling, een organisatie of zelfs een land zijn afgesproken met betrekking tot het begrip. Een voorbeeld van hoe de houding van andere mensen de betekenis van werken op arbeidstherapeutische basis voor iemand vorm kan geven, is de houding van collega's. De een ziet de collega die werkt op arbeidstherapeutische basis als iemand die tijdelijk ontzien moet worden, maar voor wiens herstel het goed is dat hij regelmatig op het werk aanwezig is. De ander ziet de collega

vooral als een last, iemand waar je niet op kunt rekenen. Deze houding heeft zijn weerslag op de werknemer die op arbeidstherapeutische basis werkt, het kan bijvoorbeeld het zelfrespect van de werknemer beïnvloeden, of de mate waarin een werknemer om hulp vraagt bij zijn collega's. Aan de andere kant heeft de houding van de werknemer weer invloed op de betekenis die collega's verlenen aan werken op arbeidstherapeutische basis. Stelt iemand zich actief op en biedt hij aan om collega's te ondersteunen, of trekt iemand zich gegeneerd terug achter zijn eigen bureau met een saaie taak? Daarnaast hebben regels en afspraken van instituties ook invloed, zoals het organisatiebeleid ten opzichte van werken op arbeidstherapeutische basis, het protocol hierover van de bedrijfsarts, of het percentage salaris dat een werknemer krijgt doorbetaald.

Een tweede manier van betekenisgeving gaat via de ervaringen die een persoon op doet met werken op therapeutische basis en de effecten hiervan. Neem een collega die zelf ook ooit op arbeidstherapeutische basis gere-integreerd is en toen ervaren heeft dat dit heel nuttig kan zijn, omdat collega's hem actief bij dingen betrokken. Deze collega zal sneller het nut van werken op arbeidstherapeutische basis inzien voor een andere collega en zal vinden dat deze collega actief bij het werk betrokken moet worden.

Kortom, de manier waarop betrokkenen over werken op arbeidstherapeutische basis denken en vervolgens hierop reageren, ontstaat door een combinatie van reacties van anderen en persoonlijke ervaringen met het begrip. Omdat personen elkaar tijdens interacties continu beïnvloeden, is dit een proces dat steeds in beweging is en kan de betekenis van een begrip voor de betrokkenen telkens weer veranderen.

Een belangrijk onderdeel van het symbolisch interactionisme is de theorie van het looking-glass self, in 1922 al ontwikkeld door Cooley (Scheff, 2006). Volgens deze theorie bekijken we onszelf voortdurend door de ogen van de ander, maar dan wel met onze eigen interpretatie van de mening van die ander. De looking-glass self theorie bestaat uit drie belangrijke elementen:

- Mensen maken een voorstelling voor zichzelf van hoe ze overkomen op anderen.
- Op basis daarvan maken mensen zich een voorstelling van het oordeel dat de ander over hen zal hebben.
- Deze voorstelling creëert een gevoel bij mensen over zichzelf, zoals bijvoorbeeld trots, schaamte of spijt.

Door te kijken via de (vermeende) ogen van de ander, beïnvloedt de persoon die iemand tegenover zich heeft, de manier waarop iemand zichzelf ziet. Als iemand bijvoorbeeld tegenover een persoon staan die hij heel dapper vindt, kan hij zichzelf laf voelen. Dit wordt ook wel intersubjectiviteit genoemd. Mensen hechten belang aan wat naar hun idee, de mening van anderen over hen is. Volgens Cooley hebben mensen echter meestal niet door hoezeer ze hierdoor beïnvloed worden in hun leven. Cooley sprak in dit verband ook wel van onzichtbaar gemaakte intersubjectiviteit.

Toch leidt deze intersubjectiviteit er volgens Blumer toe dat er een verschil ontstaat tussen het 'ik' en het 'mij'. Het 'ik' is iemands impulsieve, handelende kant die onafhankelijk van anderen beslissingen neemt. Het 'mij' de kant die zich bewust is van zichzelf ten opzichte van anderen, met attitudes en verwachtingen die ontstaan zijn door interacties met anderen.

Volgens Cooley pendelt iemand zo vaak heen en weer tussen zijn eigen mening en zijn interpretatie van de mening van anderen, tussen het 'ik' en het 'mij', dat dit een onbewust proces geworden is. ("We leven in de gedachten van anderen zonder dit te weten.")

Een andere belangrijke wetenschapper binnen het symbolisch interactionisme was Erving Goffman. Hij ging verder op de looking-glass self theorie van Cooley en voegde een vierde element toe aan de theorie, die van het emotie management. Volgens Goffman gaan mensen na het ervaren van gevoelens van zelfreflectie, als trots, schaamte of spijt, iets met deze gevoelens doen. Mensen reageren op pijnlijke emoties door iets aan deze gevoelens te doen, of als dat niet kan, door de gevoelens voor zichzelf te ontkennen.

Scheff (2006), die het werk van Goffman analyseerde, voegt hier aan toe dat er per individu grote verschillen te vinden zijn in de mate waarin iemand goed kan inschatten welk beeld een ander van hem heeft en in de mate waarin het beeld dat anderen van hem hebben voor iemand belangrijk is.

Toegepast op het voorbeeld van werken op arbeidstherapeutische basis, betekent dit dat iemand die werkt op arbeidstherapeutische basis zich een voorstelling zal maken van hoe bijvoorbeeld zijn collega's over hem denken. Als hij het gevoel heeft dat zijn collega's hem zien als overtollige ballast voor de organisatie, zal dit gevoelens bij hem oproepen van, wellicht, boosheid en schaamte. Ook zal hij zichzelf gaan vergelijken met collega's. Doordat collega's op dat moment productiever zijn en beter functioneren dan hijzelf, kan hij zich naast collega's onnuttig voelen. Dit kan zijn schaamtegevoel vergroten. De werknemer zal willen voorkomen dat hij zich schaamt ten opzichte van zijn collega's. Misschien zal hij dit proberen door zich terug te trekken op zijn eigen werkplek en collega's te vermijden.. Hoewel de "ik-kant" van deze medewerker eigenlijk liever zou gaan lunchen met collega's, heeft zijn "mij-kant" een bepaalde verwachting over de mening van anderen ("Ze willen me er vast niet bij hebben, ik hoor er niet meer bij."). Deze medewerker zal niet altijd doorhebben dat hij een eigen interpretatie geeft aan de houding van anderen. Hij vult gedachten voor anderen in zonder zich ervan bewust te zijn dat anderen misschien iets anders denken. De ene persoon zal dit sneller doen dan de ander, ook zal de ene persoon zich dit meer aantrekken dan de ander.

Dit is een voorbeeld waarin het proces van de "looking-glass self" negatief uitpakt, het kan natuurlijk ook een positief verlopend denkproces zijn.

Een andere belangrijke inbreng van Goffman binnen het symbolisch interactionisme, is het principe van "role-making" en "role-taking". Goffman vergeleek de sociale werkelijkheid ook wel met het theater. Een deel van de rollen die mensen op zich nemen in het dagelijks leven, ligt vast in de sociale

structuur. Maar aangezien elke sociale situatie ook weer anders is, wordt er tevens een beroep gedaan op het improvisatievermogen van de “acteurs”. “role-making” staat voor het proces waarin sociale rollen worden vastgelegd. Dit proces maakt het voor mensen mogelijk om een realistische inschatting te maken van hoe anderen hen als persoon beoordelen en hoe er op hun gedrag zal worden gereageerd. “role-taking” is het proces waarin mensen nieuwe rollen creëren door te reageren op unieke sociale situaties.

Toegepast op het voorbeeld van werken op arbeidstherapeutische basis zal de werknemer die op arbeidstherapeutische basis werkt via “role making” een inschatting kunnen maken van de rol die van hem verwacht wordt als re-integrerende werknemer van een bedrijf. Hij weet dat hij als werknemer van een bedrijf de verplichting heeft om te werken aan zijn herstel en dat het consequenties voor hem zal hebben als hij dit niet doet. Maar hij weet ook dat hij van zijn leidinggevende begeleiding hierin mag verwachten. Anderzijds is de rol van re-integrerende werknemer een nieuwe rol voor hem. Hij zal door in te spelen op reacties uit de werkomgeving, een nieuwe houding aannemen ten opzichte van zijn werkomgeving en voor zichzelf een nieuwe rol creëren (“role-taking”)

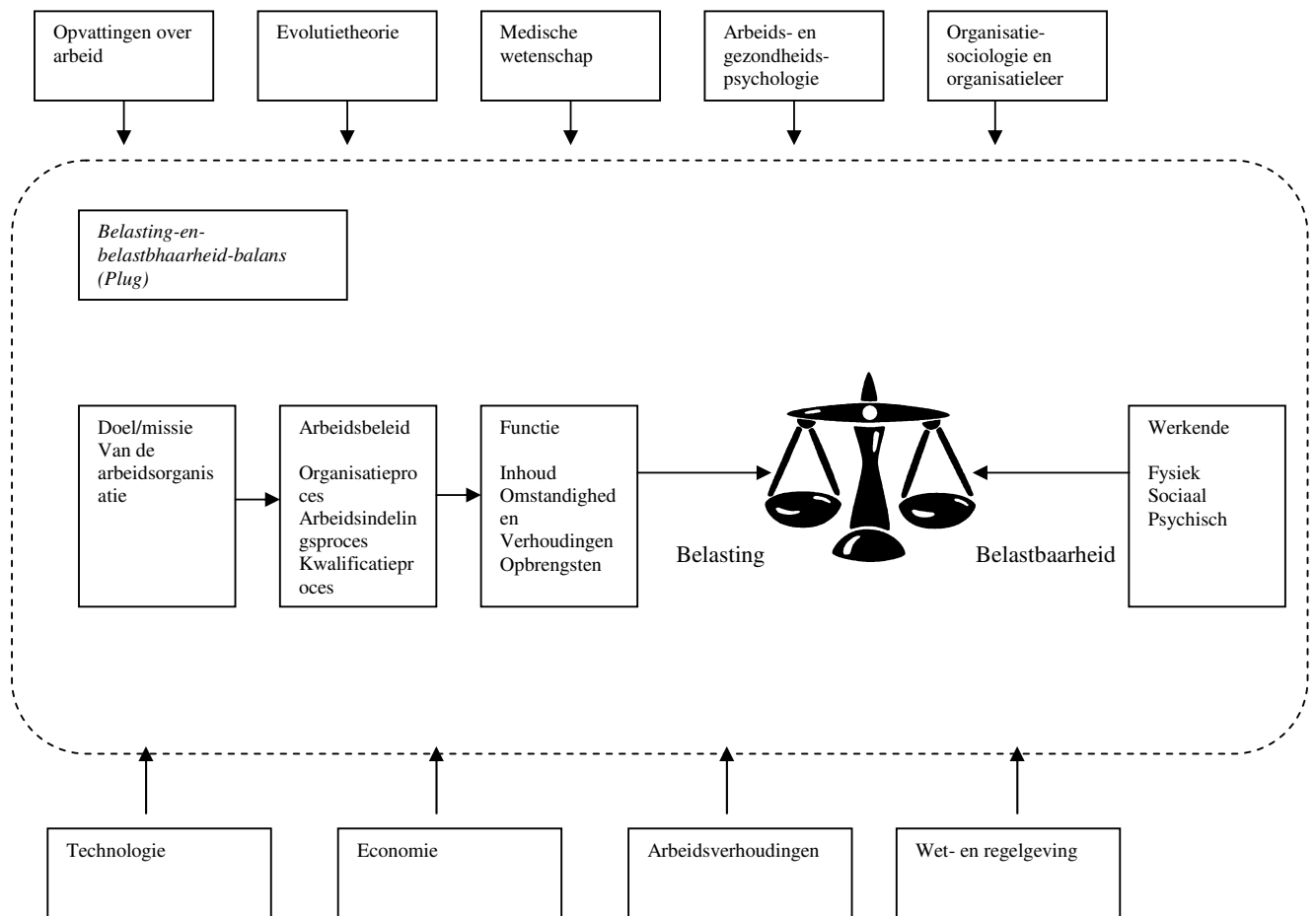
3.2 Belasting-en-belastbaarheidsbalans van Plug

Hieronder volgt een korte uitleg over de belasting-en-belastbaarheidsbalans van Plug (2006). Dit model is niet direct een symbolisch interactionistisch model, maar het geeft wel een overzicht van welke categorieën symbolen er allemaal een rol kunnen spelen bij het geven van betekenis door de betrokkenen tijdens een re-integratieproces. Dit model vult de theorie van het symbolisch interactionisme goed aan. Het doel van het model van Plug is namelijk om de lezer een uitgebreider overzicht te geven over de verschillende invalshoeken van waaruit betrokkenen tijdens het re-integratieproces betekenis geven.

Het uitgangspunt van de belasting-en-belastbaarheidsbalans is dat er een evenwicht moet zijn tussen de belasting (o.a. werkdruk en functie-eisen) van de medewerker en zijn of haar belastbaarheid (o.a. regelmogelijkheden in het werk, persoonlijke belastbaarheid van de werknemer). Als dit evenwicht uit balans raakt, ontstaan er gezondheidsklachten bij de werknemer. Deze klachten zijn vaak de aanleiding voor ziekteverzuim, maar kunnen ook leiden tot een terugval tijdens het re-integratietraject. Het model laat naast de factoren die binnen de directe werkomgeving en binnen de persoon zelf van invloed zijn, ook de omgevingsfactoren zien die een rol spelen in de manier waarop de werknemer zijn situatie interpreteert.

Het model gaat er vanuit dat het moment waarop de medewerker zich ziek meldt, beïnvloed wordt door veel verschillende omgevingsfactoren. Dit zijn zowel factoren op maatschappelijk als op organisatieniveau. De werknemer handelt mede op basis van de verwachtingen van anderen, zoals hij die zelf ervaart (intersubjectiviteit). Voorbeelden zijn de opvattingen over arbeid en verzuim die

binnen de organisatie van de werknemer leven (wanneer is iemand ziek genoeg om thuis te blijven, wat is een te hoge werkdruk?), de sfeer en verhoudingen op het werk (staat iemand op goede voet met collega's, hoe persoonlijk verantwoordelijk voelt iemand zich voor het functioneren van de organisatie?), maar ook de economie (arbeidsmarkt) en de medische wetenschap (wat is er bekend over de behandeling van bepaalde klachten, wordt een bepaald ziektebeeld erkend?) hebben invloed. Deze invloeden zijn verwerkt in onderstaand model:



3.3 Conclusie

De theorie van het symbolisch interactionisme die ik beschreven heb, gebruik ik bij het geven van verklaringen voor de conclusies van dit onderzoek. Uit het model van Plug blijkt dat herstel- en re-integratie geen individueel, op zichzelf staand proces is waar iemand alleen doorheen moet, maar dat de hele omgeving van de zieke medewerker veel invloed heeft op het proces. Dit geldt zowel op het niveau van de werkgever, de hulpverleners en de sociale omgeving als op het niveau van de maatschappij in zijn geheel. De voor- en nadelen van een snelle werkhervatting voor mensen met overspanning- en burnoutklachten die in de vorige paragrafen genoemd zijn, kunnen in dit licht gezien worden.

Na beschrijving van de doelstelling, de wetenschappelijke en maatschappelijke relevantie van het onderzoek en de link met het ASW-veld, kom ik in dit hoofdstuk tot de hoofdvraag van het onderzoek. Deze hoofdvraag heb ik uitgewerkt in een aantal deelvragen. Bij elk van deze deelvragen heb ik beknopt de verwachte antwoorden op de vraag omschreven, op basis van de verzamelde informatie uit de eerste drie hoofdstukken. In de conclusie zal ik terugkomen op deze verwachtingen en de verwachtingen vergelijken met de daadwerkelijke resultaten uit de interviewfase. Op deze manier kan ik de resultaten van de literatuurstudie en het empirisch onderzoek met elkaar vergelijken.

4.1 Doelstelling van het onderzoek

Het vormen van een empirisch onderbouwd beeld van de ervaringen die mensen met overspanning- en burnoutklachten zelf hebben met het nieuwe ziekteverzuim- en re-integratiebeleid.

4.2 Wetenschappelijke en maatschappelijke relevantie

De ontwikkelingen in het ziekteverzuim- en re-integratiebeleid hebben elkaar in de afgelopen jaren snel opgevolgd. Er is veel veranderd in een relatief korte periode. Onderzoek dat tot nu toe gedaan is naar de effecten van het nieuwe ziekteverzuim- en re-integratiebeleid richtte zich voornamelijk op de kwantitatief meetbare effecten op ziekteverzuim en re-integratiecijfers. Zo is er tamelijk veel bekend over schommelingen in ziekteverzuimcijfers en over het succespercentage van re-integratietrajecten. Er is echter nog maar heel weinig onderzoek gedaan naar de achterliggende processen die ten grondslag liggen aan deze cijfers. Daarnaast is er nog weinig onderzoek gedaan naar de beleving van zieke werknemers zelf. Werkt het nieuwe ziekteverzuim- en re-integratiebeleid voor hen in de praktijk net zo goed als van te voren bedacht is?

Verder zijn er redenen om aan te nemen dat bovengenoemde processen anders verlopen als een werknemer werkgerelateerde psychische klachten heeft dan als een werknemer puur fysieke klachten heeft. Aangezien de groep mensen met werkgerelateerde psychische klachten steeds groter wordt, is het interessant om meer te weten te komen over de ervaringen van deze groep tijdens het re-integratieproces.

Dit onderzoek kan bijdragen aan het vormen van meer kennis over de processen die een rol spelen bij ziekteverzuim- en re-integratiebeleid bij mensen met overspanning- en burnoutklachten en meer informatie verschaffen over de beleving van bovenstaande veranderingen van deze specifieke groep. Met behulp van deze kennis kunnen actoren in het ziekteverzuim- en re-integratieproces gericht hulp verlenen aan werknemers die kampen met overspanning- en burnoutklachten.

4.3 ASW-verantwoording

Dit onderzoek past goed binnen het veld van de Algemene Sociale Wetenschappen omdat een maatschappelijk probleem in dit onderzoek benaderd wordt vanuit verschillende disciplines. In het onderzoek worden zowel de invloed van sociologische, psychologische, economische en medische factoren in de maatschappij op het functioneren van het individu meegenomen. Ook vereisen de onderzoeksvragen dat er naar het onderwerp gekeken wordt vanuit verschillende niveaus.

Er wordt binnen het onderzoek zowel aandacht besteed aan het individuele niveau van cognitieve- en gedragsprocessen van de werknemer, als aan factoren die op mesoniveau een rol spelen, in de werkomgeving en in de sociale omgeving van de werknemer. Het macroniveau van maatschappelijke ontwikkelingen en het veranderde beleidsdiscours krijgen ook aandacht. Om een goed beeld te kunnen krijgen van alle factoren die het al dan niet slagen van het veranderde ziekteverzuim- en re-integratiebeleid in de ogen van de werknemer beïnvloeden, is het belangrijk dat er verbanden gelegd worden tussen de processen die spelen op verschillende niveaus. Dit beoogt dit onderzoek te bereiken door middel van een combinatie van literatuurstudie en empirisch kwalitatief onderzoek.

4.4 Vraagstelling en deelvragen

Vraagstelling

Welke invloed heeft het huidige ziekteverzuim- en re-integratiebeleid op het herstelproces en op het re-integratieproces van zieke werknemers met overspanning- of burnoutklachten, in de beleving van de werknemers zelf?

Deelvragen en verwachtingen

1) *Stimulerende en belemmerende factoren*

- a) Welke factoren hebben in de ogen van de werknemers een belemmerend effect gehad tijdens hun verzuimperiode en het re-integratieproces?

Verwachtingen:

Tegenstrijdige diagnoses en adviezen, een individueel gerichte behandeling en teveel druk op snelle werkhervatting hebben volgens de werknemers een belemmerend effect op het re-integratieproces.

- b) Welke factoren hebben in de ogen van de werknemers een stimulerend effect gehad tijdens hun verzuimperiode en het re-integratieproces?

Verwachtingen:

Een werkgerelateerde aanpak van ziekteverzuim, een stapsgewijs re-integratietraject en goede communicatie tussen alle betrokken partijen hebben volgens de werknemers een stimulerend effect op het re-integratieproces.

2) *Herkenning van de klachten*

Heeft het tijdstip waarop klachten van overspanning en burnout door de werknemer, werkgever en bedrijfsarts herkend worden, invloed op het herstelproces?

Verwachtingen:

Doordat er veel discussie is onder artsen en hulpverleners over de diagnosticering van overspanning en burnout, worden de klachten waarschijnlijk niet altijd op tijd herkend door artsen en hulpverleners maar ook niet door leidinggevenden. Hierbij speelt tevens het feit dat patiënten zelf hun klachten vaak niet herkennen een rol. Waarschijnlijk is dit een reden dat veel mensen met overspanning- of burnoutklachten niet snel bij de bedrijfsarts terechtkomen. Dit negatieve gevolg heeft voor het herstelproces.

3) *Communicatie tussen de betrokken partijen*

- a) Hoe hebben de werknemers de communicatie over hun verzuim en over het re-integratieproces met de werkgever (het management en de leidinggevende) ervaren en welke invloed had dit op het re-integratieproces?

Verwachtingen:

De communicatie met het hogere management van een organisatie zal over het algemeen indirect en zakelijk verlopen. Als het management voor de werknemer negatieve beslissingen neemt, zal de werknemer zich vaak onbegrepen en soms onheus behandeld voelen. Dit heeft volgens de werknemer een negatief effect op het re-integratieproces. Leidinggevenden staan dicht bij de werknemer, maar weten vaak niet hoe zij met overspanning of burnout om moeten gaan.

- b) Hoe hebben de werknemers de communicatie over hun verzuim en over het re-integratieproces met de bedrijfsarts ervaren en welke invloed had dit op het re-integratieproces?

Verwachtingen:

Een voordeel van consulten bij de bedrijfsarts is dat de bedrijfsarts ten opzichte van andere artsen en hulpverleners beter op de hoogte is van de werksituatie van de werknemer. Hierdoor kan de bedrijfsarts gerichter adviezen geven. Helaas verloopt het contact met de bedrijfsarts niet altijd naar tevredenheid van de werknemer, vooral onduidelijkheid over diagnosticering en verkeerde adviezen over werkhervatting hebben een negatieve invloed op het re-integratieproces.

- c) Hebben werknemers contact gehad met hun huisarts? Zo ja, was er contact tussen de huisarts en de bedrijfsarts? Was er afstemming tussen de huisarts en de bedrijfsarts?

Verwachtingen:

Veel werknemers hebben tijdens hun verzuimperiode zowel contact met hun huisarts als met de bedrijfsarts. Er is echter meestal geen onderlinge afstemming tussen de huisarts en de bedrijfsarts, en hun adviezen lopen nogal eens uiteen. Dit kan voor verwarring zorgen en het re-integratieproces negatief beïnvloeden.

4) *Ontvangen steun vanuit werk- en sociale omgeving*

- a) In hoeverre hebben de werknemers betrokkenheid ervaren van hun oude werkgever (vanuit het hogere management, de leidinggevende en collega's) tijdens hun verzuimperiode en het re-integratieproces en welke invloed had dit op het re-integratieproces?

Verwachtingen:

Vanuit het hogere management van een organisatie zal betrokkenheid altijd een financieel doel hebben. Meestal is de persoonlijke relatie met de zieke werknemer niet erg sterk en wordt er vanuit een zakelijk oogpunt gehandeld. Dit hoeft niet nadelig te zijn voor het re-integratieproces, mits de belangen van de organisatie en de werknemer grotendeels overeenkomen. Dit zal echter niet altijd het geval zijn. Collega's en leidinggevenden zullen meer betrokkenheid tonen, maar het effect hiervan zal erg afhangen van de manier waarop de werknemer de betrokkenheid opvat.

- b) Hebben de werknemers steun ervaren vanuit hun sociale omgeving (familie, vrienden, kennissen) tijdens hun verzuimperiode en het re-integratieproces? Zo ja, op welke wijze en hoe heeft dit het re-integratieproces beïnvloed?

Verwachtingen:

Steun vanuit de sociale omgeving maakt dat de zieke werknemer zich sterker voelt en zal het re-integratieproces bevorderen. Dit geldt alleen niet op het moment dat de sociale omgeving voordelen ziet in het ziekteverzuim van de medewerker, bijvoorbeeld door huishoudelijke taken en kinderopvang die door de werknemer worden overgenomen.

5) *Re-integratie inspanningen van de werkgever*

- a) Hoe hebben de werknemers de uitvoering van de Wet Verbetering Poortwachter door de werkgever (het re-integratieplan, de evaluatiemomenten van het re-integratieplan) ervaren?

Verwachtingen:

De Wet Verbetering Poortwachter geeft werkgever en werknemer goede handvatten voor het maken van onderlinge afspraken. Het kan dienen als controlemiddel voor beide partijen om gemaakte afspraken na te komen. Aangezien er financiële consequenties verbonden zijn aan het niet volgen van de WVP, zullen werkgevers sterk gemotiveerd zijn om de WVP na te leven. De WVP heeft een positief effect op het re-integratieproces.

- b) Heeft de werkgever volgens de werknemers aanpassingen op de werkplek verricht ten behoeve van re-integratie en welke invloed had dit op het re-integratieproces?

Verwachtingen:

Vaak zal er binnen de organisatie van de werkgever weerstand zijn tegen aanpassingen op de werkvloer. Argumenten hiervoor zijn ongelijke behandeling ten opzichte van collega's en financiële investeringen waarvan niet zeker is of ze ook het gewenste resultaat zullen opleveren. Deze weerstanden bemoeilijken het re-integratieproces.

6) *Een nieuwe werkgever*

Hebben de werknemers zich tijdens het re-integratieproces gericht op het zoeken van een nieuwe werkgever? Zo ja, hoe is dit verlopen en welk resultaat heeft dit gehad?

Verwachtingen:

Het nieuwe ziekteverzuim- en re-integratiebeleid is sterk gericht op terugkeer naar de oude werkgever. Dit is niet in alle gevallen de beste oplossing. Soms zijn zieke werknemers erg gedemotiveerd geraakt ten opzichte van hun oude baan. Soms spelen er conflicten die moeilijk op te lossen zijn. Het huidige beleid bemoeilijkt het vinden van een nieuwe, passende baan bij een andere werkgever.

Dit zijn de vragen die ik tijdens het onderzoek stel en de verwachtingen die ik heb van de antwoorden op die vragen na het bestuderen van literatuur over ziekteverzuim en re-integratie. Het hierop volgende deel van het verslag beschrijft het empirisch onderzoek dat ik verricht heb om mijn verwachtingen ten aanzien van de onderzoeksvragen te toetsen.

In dit hoofdstuk beschrijf ik de onderzoeksmethode die ik gebruik heb en verantwoord ik de keuzes die ik hierin heb gemaakt. Verder schets ik een beeld van de respondenten die aan dit onderzoek hebben meegewerkt en geef ik een beeld van het verloop van de interviews.

5.1 Onderzoeksmethode

De methode die ik in dit onderzoek gebruik, is het afnemen van kwalitatieve interviews met ongeveer 20 respondenten. Ik heb hier voor gekozen vanwege de exploratieve aard van de onderzoeksvragen. Het doel achter de vragen is het verkrijgen van inzicht in de onderliggende processen en mechanismen die meespelen bij ziekteverzuim en ziekteverzuim- en re-integratiebeleid. Bij het stellen van dit soort vragen is het noodzakelijk om verder door te kunnen vragen dan in kwantitatief onderzoek mogelijk is. Tevens is het voor het begrip van de context van de antwoorden belangrijk om extra uitleg en informatie te kunnen vragen, iets wat bij kwantitatief onderzoek ook niet mogelijk is. Het is om deze reden dat ik de interviews afneem met behulp van een semi-gestructureerde itemlist. Op deze manier heb ik tijdens de interviews een leidraad voor het stellen van relevante vragen, maar is er tevens ruimte om van de itemlist af te wijken op het moment dat de ik inschat dat ik meer informatie kan krijgen als de volgorde van onderwerpen aangepast wordt.

Dit onderzoek richt zich op werknemers met specifieke psychische klachten, namelijk overspanning en burnout klachten. Ik heb hier voor gekozen omdat psychische klachten een heel divers beeld hebben, wat het voor kleinschalig onderzoek noodzakelijk maakt om een specifieke groep te kiezen. Binnen de groep verzuimende werknemers met psychische klachten is de groep werknemers met overspanning of burnout klachten veruit het grootste. Bovendien zijn bij ongeveer de helft van deze groep de klachten werkgerelateerd, wat de diagnoses zeer relevant maakt voor dit onderzoek, aangezien het onderzoek zich richt op effecten van ziekteverzuim- en re-integratiebeleid in werksituaties.

Daarnaast ligt in dit onderzoek de nadruk op het perspectief van de werknemers die ziek zijn geworden. De aandacht gaat uit naar hoe zij hun ziekteperiode en hun re-integratietraject beleven of hebben beleefd. Dit perspectief biedt een interessante invalshoek, omdat er nog weinig onderzoek is gedaan naar de beleving van de zieke werknemers zelf. Het meeste onderzoek dat tot nu toe in dit gebied is gedaan richtte zich op de kwantitatieve effecten van het nieuwe re-integratiebeleid.

Daarnaast sluit het perspectief goed aan bij de in dit onderzoek gebruikte theorie van het symbolisch interactionisme. Omdat vanuit deze visie elke persoon zijn eigen interpretaties geeft aan situaties, is het belangrijk dat de onderzoeker situaties definieert volgens de betekenissen van de betrokkenen. Door middel van “role-taking” (zie paragraaf 3.2) kan de onderzoeker inschatten welke betekenissen betrokkenen aan een situatie geven.

In de lijn van de invalshoek van dit onderzoek, ben ik bij de verdere inperking van de onderzoeksdoelgroep ook uitgegaan van het perspectief van de werknemers. Zo ben ik bij de keuze van de onderzoeksdoelgroep met betrekking tot werkgerelateerdheid en somatische klachten uitgegaan van de beleving van de werknemers zelf. Ik voer het onderzoek uit onder mensen die aangeven dat hun werk een belangrijke oorzaak is geweest hun overspanning of burnout en dat die overspanning of burnout de belangrijkste oorzaak van hun ziekteverzuim is (geweest). Zo kan er een koppeling gelegd worden naar de invloed van het nieuwe ziekteverzuim- en re-integratiebeleid. Verder heb ik geprobeerd om zowel respondenten met positieve als negatieve ervaringen tijdens hun re-integratietraject bij het onderzoek te betrekken, om zo een zo breed mogelijk beeld van ervaringen te krijgen.

De respondenten zijn benaderd met behulp van de zogenaamde sneeuwbal- of netwerkmethod. Ik heb respondenten benaderd via mijn persoonlijke kennissennetwerk en via internetforums voor mensen met overspanning- en burnoutklachten. Internetfora die hiervoor zijn gebruikt, zijn www.burnin.nl, www.overspannen.nl en www.pandora.nl. Daarnaast is er een oproep verstuurd via het cliëntenbestand van Stichting Trijntje Leemput. Een risico bij deze manier van verzamelen van respondenten, is dat er een selectieve respondentengroep ontstaat. Het lijkt erop dat dit, in ieder geval op veel punten, niet gebeurd is. Zie hiervoor de volgende paragraaf over de samenstelling van de respondentengroep.

Het analyseren van de onderzoeksdata is gebeurd met behulp van een inductieve analysemethode. Ik ben begonnen met het maken van samenvattingen per interview dat ik had afgenomen. Daarna heb ik samenvattingen heringedeeld op basis van uitspraken van respondenten die ik belangrijk vond. Met behulp van dit overzicht heb ik onderwerpen die in de interviews ter sprake zijn gekomen gegroepeerd in thema's. Binnen de thema's heb ik gezocht naar informatie die steeds terugkeert en die een rode draad vormt, daarnaast zocht ik ook naar tegenstellingen die nieuwe vragen oproepen. Op basis hiervan heb ik de onderzoeksresultaten van de interviews per thema beschreven.

Tenslotte heb ik de resultaten van de interviews vergeleken met de resultaten van bestaande onderzoeken uit de literatuurstudie. Ik heb verklaringen gezocht voor de gesignaleerde verschillen met behulp van de in hoofdstuk drie beschreven theorie van het symbolisch interactionisme.

5.2 *Beschrijving respondentengroep*

In totaal zijn er voor dit onderzoek 22 interviews afgenomen. De samenstelling van de respondentengroep is divers qua kenmerken als geslacht, leeftijd, beroepsveld en beroepsniveau. De leeftijd van de respondenten varieerde tussen de 23 en de 56 jaar. Respondenten waren werkzaam in sectoren als de zorg, het onderwijs, financiële dienstverlening, zakelijke dienstverlening, industrie en detailhandel. Ook qua zwaarte van de klachten, herstelproces, re-integratietraject en re-integratie-ervaringen waren er sterke onderlinge verschillen. Er zijn zowel mensen geïnterviewd die een aantal weken met overspanningklachten thuis hebben gezeten als mensen die jarenlange burnoutklachten

hadden of hebben. De meesten van hen zijn gere-integreerd bij hun oude werkgever, sommigen volgen een re-integratietraject bij het UWV, anderen zijn een eigen bedrijfje begonnen of aan het opstarten. Er zijn respondenten met erg positieve re-integratie ervaringen maar ook respondenten die zeer slechte ervaringen hadden opgedaan tijdens hun re-integratietraject. Het enige kenmerk waarop alle respondenten overeen komen, is etniciteit. Alle geïnterviewde personen waren van autochtone afkomst. Een mogelijke verklaring hiervoor zou kunnen liggen in de verschillende opvattingen die in andere culturen leven over psychische klachten. Aangezien ik op dit gebied geen onderzoek heb gedaan kan ik hier geen uitspraken over doen, maar wie in het onderwerp geïnteresseerd is verwijs ik naar het boek van Bogaard en Can (2000)¹. Op één persoon na hebben de respondenten allemaal een re-integratietraject gevolgd na de invoering van de Wet Verbetering Poortwachter in 2002. Voor een overzicht van de verdeling van de respondenten op de kenmerken geslacht, leeftijd, beroepsgroep, branche en werk- of uitkeringssituatie, zie bijlage 3.

Doordat de respondenten op vrijwillige basis meewerkten aan het onderzoek en deelname een aanzienlijke investering qua tijd en moeite vereiste, rijst de vraag of dit heeft geleid tot selectiviteit binnen de respondentengroep. De mogelijkheid bestaat dat mensen met extreme ervaringen en daarbinnen vooral mensen met extreem negatieve ervaringen, sneller bereid zijn om mee te werken. Ik denk dat deze selectiviteit in dit onderzoek geen grote rol heeft gespeeld, omdat de ervaringen van respondenten zo wisselend waren. Naast respondenten met uitgesproken positieve en negatieve ervaringen, waren er veel respondenten met gemengde ervaringen met betrekking tot hun re-integratieproces.

5.3 *Verloop van de interviews*

Bij het afnemen van de interviews heb ik ervoor gekozen om respondenten veel ruimte te geven om zelf hun verhaal te doen en weinig de richting van het gesprek te sturen. Deze keuze is gebaseerd op de symbolisch interactionistische invalshoek van dit onderzoek. Door respondenten de vrijheid te geven hun eigen versie van de gebeurtenissen te vertellen, kreeg ik als onderzoeker een goed beeld van de betekenissen die de respondenten geven aan de dingen die zij hebben meegemaakt. Door tijdens de interviews gebruik te maken van een voicerecorder had ik de gelegenheid om goed te luisteren en na afloop van het interview het verhaal van een respondent nog eens precies terug te luisteren. Dit sluit aan bij wat Blumer (1969) een 'direct examination of the empirical world' noemt, een zo direct mogelijke weergave verkrijgen van de denkwijzen die leven in het onderzoeksveld.

Daarnaast heb ik wel getracht om zo ver mogelijk door te vragen op het moment dat ik niet zeker wist wat een respondent bedoelde met een bepaalde uitspraak. Op deze manier heb ik geprobeerd te voorkomen dat ik te veel mijn eigen interpretatie aan verhalen zou geven.

¹ Bogaard, J. & Can, M. (2000). *Over de grens: psychische hulpverlening aan allochtonen*. Amsterdam: Dutch University Press.

Bijna alle respondenten vertelden uitgebreid en openhartig over hun ervaringen tijdens het re-integratietraject. Ik heb bij geen enkel interview het gevoel gehad dat ik informatie uit mensen moest trekken, iedereen was zeer bereid om mee te werken aan het interview en veel te vertellen. Er waren wel grote onderlinge verschillen in stijl van vertellen tussen de respondenten. Waar de een kort en bondig en wat meer feitelijk zijn verhaal deed, vertelde de ander uitgebreid en met veel details en oog voor de emoties die speelden. Hierdoor liep de duur van de interviews sterk uiteen, variërend tussen een half uur en twee uur. Ik heb geen pogingen gedaan om de interviews binnen een bepaalde streeftijd af te ronden. Ik wilde geen belangrijke informatie missen, maar ook had ik niet het idee dat uit een langer interview heel andere informatie kwam dan uit een korter interview, omdat ik wel altijd alle onderwerpen van de itemlist die van toepassing waren ter sprake bracht. De interviews zijn in dit opzicht verlopen zoals ik gehoopt en verwacht had.

Ondanks de grote onderlinge verschillen in ervaringen tussen de respondenten, kwamen bepaalde ervaringen met regelmaat terug in de interviews. Veel van deze ervaringen bevestigden het beeld dat uit de literatuurstudie ontstaan is, maar er kwam ook nieuwe informatie naar voren. Hieronder staan de belangrijkste punten beschreven. Ter bevordering van de overzichtelijkheid zijn de resultaten ondergebracht in vier verschillende paragrafen.

6.1 Belangrijke punten rondom het re-integratieproces in het algemeen

Vrijheid om re-integratietempo te beïnvloeden belangrijk

Respondenten ervaren vrijheid en zelf het tempo kunnen bepalen tijdens de re-integratie als zeer belangrijk en positief. Vermijding van werksituaties na een ziekmakende ervaring, wat uit de literatuurstudie naar voren kwam, lijkt bij de meeste respondenten geen grote rol te spelen of gespeeld te hebben. Van de 22 respondenten gaven 20 respondenten aan blij te zijn weer aan het werk te zijn, of binnen een afzienbare periode graag weer aan het werk te gaan. Wel gaven enkele respondenten aan dat de eerste keer dat ze weer op hun werk langsgingen een zeer spannend moment was. Bij de 2 respondenten die nog even niet aan werk moesten denken, speelden op dat moment ernstige problemen in de privé situatie die veel energie kostten.

De uitkomst van het onderzoek van De Vries et. al (2006), dat te snelle re-integratie een averechts effect kan hebben, komt ook uit dit onderzoek naar voren. In de gevallen waarbij werknemers zich onder druk gezet voelden, door werkgever of bedrijfsarts, om sneller aan het werk te gaan dan voor hun eigen gevoel goed was, leidde dit regelmatig tot een terugval in de klachten.

“Juist mensen die een burnout hebben, ervaren al heel veel druk vanuit zichzelf. Als je dan ook van buitenaf heel veel druk krijgt opgelegd werkt dat niet. Op het moment dat je heel snel weer gedwongen wordt om aan het werk te gaan, loop je het risico dat je in situaties stapt die helemaal niet bij je passen en die uiteindelijk alleen maar averechts werken voor je herstel.”

Overigens bleek uit de interviews dat werknemers ongeveer even vaak op eigen initiatief te snel begonnen met re-integreren, als dat er van buitenaf druk op hen werd gelegd. Achteraf gaven zij aan de ernst van hun klachten op dat moment onderschat te hebben. Aan de andere kant ervoeren verschillende respondenten tijdens hun re-integratietraject ook een gevoel van angst voor een terugval in de klachten, die hen soms belemmerde.

“Het is tijdens je re-integratietraject heel lastig om zelf in te schatten wat op dat moment je mogelijkheden zijn. Je bent of geneigd om uit te gaan van je mogelijkheden van voor je burnout, of je wordt heel bang dat het je nog eens overkomt. Je wilt heel graag weer terug naar je oude mogelijkheden. Daarnaast spelen ook dingen als financiële aspecten een rol, waardoor het moeilijk is je verwachtingen los te laten en jezelf tijd te gunnen.”

Eenzijds lijkt het dus aan te raden om werknemers goed te begeleiden bij de opbouw van hun re-integratietraject. Anderzijds noemden de respondenten die voor hun gevoel vrijheid hadden gekregen om zelf, of in overleg met werkgever of bedrijfsarts, hun re-integratietempo te bepalen, dit als een van de belangrijkste succesfactoren van hun re-integratietraject.

“Ze zeggen tegenwoordig wel, je moet zo snel mogelijk weer aan het werk, maar ik had me toen niet voor kunnen stellen dat ik heel erg snel weer aan de slag was gegaan.”

Werkgerelateerde of individueel gerichte behandeling?

Uit de literatuurstudie kwam naar voren dat een werkgerelateerde behandeling van overspanning en burnout klachten het beste resultaat zou hebben. De ervaringen van de respondenten wijken enigszins van dit beeld af. Of werkgerelateerde aanpak van de problemen goed werkt, lijkt sterk afhankelijk te zijn van de ernst van de klachten en de werkgerelateerdheid van de klachten. Mensen die sterk werkgerelateerde klachten hebben, geven aan het meeste baat hebben bij werkgerelateerde hulpverlening. Dit is vooral het geval wanneer er conflicten op de werkvloer spelen. Een hulpverlener met enige kennis van de situatie op de werkvloer, kan in een conflict een bemiddelende rol op zich nemen en hiermee het re-integratieproces positief beïnvloeden.

“Met de bedrijfsmaatschappelijk werker heb ik afgesproken dat als ik me erger aan dingen van mijn leidinggevende, dat ik die dan ook naar hem toe uitspreek. Ook ben ik het vaker gaan aangeven als hij teveel werk op mijn bord schoof. Hij kan immers ook niet raden wat ik denk. En ook al verandert hij niet gelijk, dan heb ik het in ieder geval wel uitgesproken.”

Werknemers waarbij de oorzaken van de klachten deels in de privé sfeer of in persoonlijkheidskenmerken liggen, geven aan het meeste baat te hebben bij individueel gerichte therapieën. Respondenten zijn meestal positief over individueel gerichte behandelingen, zoals cognitieve gedragstherapie of haptonomie. Zij hadden vooral goede ervaringen met hulpverleners zich in meer of mindere mate gespecialiseerd hadden in overspanning- en burnoutklachten. Als positief effect van individueel gerichte behandelingen noemden respondenten het vaakst inzicht in hun gedrag- en denkpatronen en de daarbij behorende valkuilen die hadden geleid tot hun overspanning of burnout. Het lijkt erop dat een individuele benadering van problemen er bij werknemers niet voor zorgt dat zij

hun problemen los van de werksituatie gaan zien, zoals verschillende onderzoekers vrezen. Door de individuele benadering kregen respondenten juist inzicht in hun eigen denk- en handelwijze ten opzichte van de werksituatie.

“Door de haptonoom heb ik geleerd om te ontspannen en dingen meer los te laten. Ik heb nu in de gaten dat ik op alle gebieden in mijn leven alles te goed wilde doen. Ik wilde de perfecte moeder zijn, op mijn werk altijd klaar staan voor mijn personeel, leuke hobby’s en een druk sociaal leven hebben, en dan ook nog ’s avonds wuift in mijn rode nachtjaponnetje op de bank hangen. En ja, dat gaat natuurlijk niet...”

Ook waren veel mensen gebaat bij activiteiten die geen direct re-integratie doel hadden, maar wel voor ontspanning zorgden, zoals wandelen, yoga, Tai Chi of een sportprogramma. Onafhankelijk van het feit of hulpverlening werkgerelateerd of individueel gericht is, is een persoonlijke klik met de hulpverlener het meest belangrijk voor het resultaat van een behandeling. Als respondenten negatieve ervaringen hadden met de hulpverlening had dit in de meeste gevallen te maken met het ontbreken van een persoonlijke klik met de hulpverlener. Een aantal respondenten hebben verschillende hulpverleners bezocht voordat ze iemand vonden die ze vertrouwden en waar ze zich prettig bij voelden. Zich begrepen voelen door de hulpverlener was voor veel respondenten erg belangrijk.

“Ik ben eerst bij een psychiater geweest, maar die man zat nog net geen boekje te lezen tijdens de sessies. Hij leek amper te luisteren naar wat ik zei. Daardoor kreeg ik niet het gevoel dat het nut had dat ik daar zat.”

Huidig beleid teveel gericht op terugkeer naar oude werkgever

Het huidige re-integratiebeleid is sterk gericht op terugkeer naar de oude werkgever. De interviews geven een zelfde beeld als de literatuurstudie, namelijk dat terugkeer naar de oude werkgever in sommige gevallen juist niet raadzaam is. Bijvoorbeeld bij ernstige conflicten op het werk, of als het werk gewoon niet meer bij de werknemer blijkt te passen. Meerdere respondenten hadden liever willen re-integreren bij een andere werkgever.

“Ik ben zelf ook erg voor meer mogelijkheden om te wisselen van bedrijf. Op dat moment had het mij erg geholpen als ik bij wijze van spreken ergens koeien had kunnen melken. Ik had het zo gehad met mijn oude werkgever.”

Door de overspanning- of burnoutklachten kan het re-integreren bij de oude werkgever tijdelijk lastig zijn. Na een overspanning of burnout hebben mensen vaak behoefte om weer met werken te starten in een rustige werkomgeving zonder al te veel stressfactoren. Dit is niet bij elke werkgever mogelijk.

“Ik werkte op een afdeling waar alleen op projectbasis werd gewerkt. Als je met een project bezig bent is het vaak alles of niets, je kunt een project niet rustig opbouwen. Doordat er geen vervangende werkzaamheden waren, had ik tijdens mijn re-integratietraject vaak helemaal niets te doen. Dat was best frustrerend, ik voelde me erg nutteloos.”

Veel respondenten hebben tijdens hun ziekteperiode wel een moment gehad waarin ze zich afvroegen of ze niet van baan moesten veranderen. Bij een deel van hen waren deze twijfels van tijdelijke aard, een deel van hen merkte dat hun oude werk niet meer bij hen paste en heeft daadwerkelijk een andere baan gezocht of is hier naartoe aan het werken. Andere respondenten zouden eigenlijk wel van baan willen wisselen, maar voelen zich hierin door verschillende oorzaken geremd. Financiële redenen kunnen een drempel vormen om op zoek te gaan naar een nieuwe baan, als werknemers in de loop der jaren bij hun werkgever een goed salaris hebben opgebouwd. Daarnaast hebben werknemers die nog niet geheel hersteld zijn van hun klachten vaak niet de energie of de moed om te solliciteren naar een andere baan. Veel van hun energie gaat in het re-integreren zitten en ze vrezen dat een nieuwe baan op dat moment teveel is. Ze twijfelen erg aan hun capaciteiten, zijn er niet zeker van of ze zich staande kunnen houden in een nieuwe werkomgeving.

“Ik zou wel graag ergens anders willen werken, maar waar moet ik dan heen? Naar mijn idee kom ik door mijn leeftijd en mijn burnoutklachten moeilijk ergens anders aan de slag. Ik kan me nog erg slecht concentreren tijdens mijn werk.”

Weinig respondenten hebben via hun werkgever een re-integratietraject naar ander werk aangeboden gekregen. Dit sluit aan bij een recent onderzoek van Piek e.a. (2008), waar ook uit naar voren kwam dat werkgevers, bij langdurig verzuim, zelden naar mogelijkheden kijken voor re-integratie bij een andere werkgever. Elf van de tweeëntwintig respondenten hebben na de overspanning of burnout ander werk gevonden, zijn bezig met het zoeken van ander werk of denken hierover na. Hiervan volgen vijf respondenten een re-integratietraject naar een andere baan of naar een eigen bedrijfje via het UWV. Slechts één respondent heeft daadwerkelijk via zijn oude werkgever een outplacementtraject aangeboden gekregen. Hierover was hij erg tevreden.

“Het outplacementtraject was een goede ervaring. Het heeft me geholpen om een duidelijk beeld te krijgen van wat ik wilde.”

6.2 Invloed van relaties met andere personen tijdens het re-integratieproces

Erkenning en steun van werkomgeving belangrijk

Op het werk erkenning krijgen voor hun situatie was voor respondenten erg belangrijk. Steun vanuit de werkomgeving (leidinggevende, collega's) lijkt een sterke motiverende factor tijdens het re-integratieproces. Aan de ene kant gaat het hierbij om erkenning van de klachten, om acceptatie van de werkomgeving dat iemand daadwerkelijk overspanning- of burnoutklachten heeft. De ervaringen op dit gebied zijn erg wisselend. Sommige respondenten ontvingen veel begrip, vaak ook omdat er meer mensen in de werkomgeving vergelijkbare klachten hadden of gehad hadden. Blijkbaar leidt de toegenomen aandacht voor overspanning- en burnoutklachten tot inderdaad tot meer acceptatie van de klachten (Abma, 2007b). Toch kwam de, in verschillende onderzoeken geconstateerde, negatieve beeldvorming over werknemers met psychische klachten bij leidinggevende en collega's ook uit de interviews naar voren. Sommige respondenten voelden zich niet serieus genomen, bijvoorbeeld omdat ze het gevoel hadden dat leidinggevend en collega's dachten dat zij zich aanstelden, of dat ze zich ziekmelden vanwege ontevredenheid over het werk. Dit gebrek aan erkenning van de klachten was voor veel respondenten een extra stressfactor tijdens het re-integratieproces.

“Als je lichamelijk ziek bent, is het duidelijk wat er met je aan de hand is. Dan hebben mensen begrip. Wat is het verschil? Of je ziek wordt in een been, een orgaan of een hoofd? Maar mensen maken daar een gigantisch onderscheid in, ook artsen. Soms had ik liever een gebroken been gehad, dan stond iedereen op de stoep met een bloemetje.”

Aan de andere kant speelt ook erkenning voor de in het werk gestoken energie een rol. Veel respondenten hebben in de periode voordat ze ziek werden een zeer hoge werkdruk op hun werk ervaren. Het gevoel dat leidinggevende en collega's zagen hoe hard zij gewerkt hadden voor de organisatie, had een positieve invloed op de motivatie voor re-integratie van de betreffende respondenten.

“Toen ik ziek thuis was werd ik genomineerd voor een prijs op mijn werk. Mijn collega's hadden me voorgedragen. Dat deed me toen zoveel goed, het voelde als een stukje erkenning voor mijn werk.”

Naast erkenning van de klachten en de oorzaken hiervan door leidinggevende en collega's, speelt ook erkenning van de klachten door de bedrijfsarts een rol. Ook hierbij zijn de ervaringen wisselend. Sommige respondenten hadden een goed contact met de bedrijfsarts, anderen hadden niet het idee dat hun klachten door de bedrijfsarts erkend werden. Dit sluit aan bij het onderzoek van Spreeuwers et. al. (2007), waarin geconcludeerd werd dat bedrijfsartsen nog te weinig weten van overspanning- en burnoutklachten en dat bedrijfsartsen niet altijd de werkgerelateerdheid van psychische klachten

erkennen. De bedrijfsarts fungeerde in veel gevallen als toegangspoort tot re-integratie voorzieningen bij de werkgever. In dit opzicht had een ervaren gebrek aan erkenning niet alleen een mentaal effect, maar hadden respondenten waarbij dit het geval was tevens het idee dat zij door de houding van de bedrijfsarts minder re-integratie mogelijkheden kregen bij de werkgever.

Conflicten binnen werkomgeving belemmeren re-integratieproces.

Ongeveer de helft van de respondenten heeft te maken gehad met een conflict op de werkvloer. Soms ging het om een conflict met de organisatie of met collega's, maar conflicten met de direct leidinggevende kwamen het vaakst voor. Soms ontstond het conflict na de ziekmelding, maar in de meeste gevallen was het conflict een belangrijke factor bij het ontstaan van de overspanning- of burnoutklachten. Respondenten ervoeren een conflict op de werkvloer als één van de sterkste belemmerende factoren tijdens hun re-integratieproces. De verschillende partijen hebben vaak tegengestelde ideeën over het re-integratietraject en de mogelijkheden voor re-integratie. Volgens Van Duinhoven en Weijts (2004) dienen conflicten eerst te worden uitgesproken om re-integratie zinvol te maken. Het lijkt in de praktijk echter moeilijk om een beschadigde werkrelatie binnen een korte periode te herstellen.

“Tuurlijk wil ik wel weer gaan werken, maar dan zal er eerst een goed gesprek plaats moeten vinden (met de leidinggevende). En dan is het natuurlijk ook niet zo dat alles in één keer goed is.”

Als er sprake is van een conflict met de leidinggevende, bemoeilijkt dit het contact met de werkgever. Volgens de Wet Verbetering Poortwachter dient er tijdens de verzuimperiode minimaal één keer per week telefonisch contact plaats te vinden tussen de leidinggevende en de werknemer. Uit de interviews komt naar voren dat dit verplichte contact bij een slechte verhouding, vooral in de beginperiode van het ziekteverzuim, meestal juist tot meer stressklachten leidt. De werknemer heeft in dit geval niet het gevoel dat het contact plaatsvindt vanuit interesse van de leidinggevende, maar vanuit een verplichting.

“Hij (leidinggevende) komt met een fruitmand langs, maar ik heb echt wel door dat hij niet echt geïnteresseerd is, maar dat dat contact alleen moet vanuit zijn leidinggevende.”

Steun in sociale omgeving meestal voldoende aanwezig

De meeste respondenten hebben uit hun directe omgeving (familie, goede vrienden) veel steun ontvangen. Hun omgeving zag de overspanning of burnout meestal al eerder aankomen dan zij zelf. Vaak merkten respondenten achteraf dat zij zich ook privé al een tijd anders gedroegen dan ze gewend waren. Irritaties op het werk uitte zich vaak in prikkelbaarheid thuis. Veel respondenten geven aan dat ze na hun overspanning of burnout niet alleen in hun werkende leven, maar ook in hun privé leven

aanpassingen hebben gedaan om zichzelf minder te belasten. Over het algemeen vonden ze dat hun omgeving hier goed en begripvol op reageerde.

“Na mijn burnout heb ik niet alleen nee leren zeggen op mijn werk, maar ook in mijn sociale leven. Zo pas ik me niet altijd meer aan aan de plannen van vrienden en laat ik mijn man meer in het huishouden doen, ook al doet hij soms dingen op een andere manier dan ik. Vroeger had ik dingen per se op mijn manier willen doen, maar dat heb ik afgeleerd.”

Wel schaamden veel respondenten zich in het begin van hun ziekteperiode voor hun klachten ten opzichte van hun omgeving. Zij vonden het niet altijd gemakkelijk om te vertellen dat ze thuis waren met overspanning- of burnoutklachten.

“Toen ik thuis was ging ik in het begin elke week overdag naar een groenteboer verderop. Op een gegeven moment zei die man. “Hé, ben je nou alweer overdag thuis?” Toen ben ik niet meer overdag naar die groenteboer gegaan, ik durfde niet te vertellen dat ik thuis zat met burnoutklachten.”

Ook hoorden respondenten regelmatig opmerkingen over overspanning of burnout die hen kwetsten, vooral van mensen die verder van ze afstonden. Ze ervoeren in het algemeen toch wel onbegrip over overspanning- en burnoutklachten in hun omgeving. Veel respondenten geven aan dat zij zelf ook nooit van tevoren hadden ingeschat dat een overspanning of burnout zoveel impact op hun leven zou kunnen hebben.

Respondenten hebben nauwelijks voordelen genoemd van de ziekerol die in de literatuur is omschreven, zoals tijd voor hobby's, huishouden en medeleven uit de omgeving. Sociale wenselijkheid zou hierbij een rol kunnen spelen, maar uit verhalen van respondenten bleek dat de overspanning- of burnoutklachten in de periode dat respondenten ziek thuis zaten, er vaak toe leidden dat zij geen energie hadden voor hobby's of huishouden. Hierbij wijken mensen met overspanning- en burnoutklachten wellicht af van mensen met andere psychische klachten. Ook leken gevoelens van schaamte ten opzichte van de omgeving voor respondenten zwaarder te wegen dan het medeleven dat zij uit hun omgeving ontvingen.

6.3 Belangrijke punten tijdens de eerste fase van het ziekteverzuim

Overspanning- en burnoutklachten worden vaak pas laat herkend

Overspanning- en burnoutklachten worden vaak laat herkend, zowel door de huisarts als door de bedrijfsarts. Meestal worden eerst de lichamelijke klachten onderzocht en wordt de oorzaak van de klachten in de fysieke hoek gezocht, zo blijkt zowel uit de literatuurstudie als uit de interviews. Daarnaast hebben verschillende respondenten ervaringen gehad met arbo-artsen die afwijzend stonden tegenover overspanning of burnout als diagnose op zich.

“Het is heel gek dat, zowel de huisarts, als het ziekenhuis, als de fysiotherapeut, alle paden die je als particulier bewandelt om er achter te komen wat er aan de hand is, burnoutklachten niet herkend hebben. Niemand kon achterhalen wat er met me aan de hand was en ik kreeg het advies om maar met mijn klachten te leren leven.”

Het stellen van een verkeerde diagnose door een arts heeft vaak tot gevolg dat het re-integratietraject vertraging oploopt. Zo was er bij meerdere respondenten in eerste instantie de ziekte van Pfeiffer gediagnosticeerd, een ziekte waarbij langere tijd rust houden over het algemeen het advies is. Net als Van der Klink & Terluin (2005) al constateerden, kwam naar voren dat huisartsen vaker dan bedrijfsartsen lichamelijke oorzaken van de klachten aanwijzen.

Als er een lichamelijke oorzaak achter de klachten wordt gezocht, leidt dit er vaak toe dat de werknemer zich bij de klachten neerlegt en zich min of meer overgeeft aan het ziek zijn. Als overspanning of burnout klachten door de werkgever niet herkend of erkend worden, leidt dit er dikwijls toe dat de klachten niet serieus worden genomen en er geen maatregelen worden genomen op het werk om iets aan de oorzaak van de klachten te doen. Hierdoor lopen werknemers lang door met beginnende overspanning- of burnoutklachten. Ook voor de respondenten zelf was het vaak erg moeilijk om de klachten te herkennen. Ze waren immers gewend om signalen van hun eigen lichaam te negeren.

“Het rare bij vermoeidheidsklachten is dat het went. Je raakt aan het gevoel van moeheid gewend en denkt dat het erbij hoort. Daarom blijf je doorlopen, ook als de klachten erger worden.”

Verder maakt de diversiteit van het klachtenbeeld bij overspanning of burnout het soms lastig om de klachten te herkennen. Net als in het onderzoek dat Verbraak (2003) beschreef, somatiseren respondenten hun klachten in eerste instantie vaak. De meeste respondenten gingen eerst langs bij de huisarts om zich lichamelijk te laten controleren. Aan overspanning of burnout dachten ze niet gelijk. Sommige respondenten kenden wel iemand met een burnout, die veel ernstiger klachten of een heel ander soort klachten had dan zij zelf. Ze vergeleken zichzelf met die persoon in hun omgeving en

concludeerden dat ze daar toch echt geen last van hadden. Daarnaast speelde bij een aantal respondenten een gevoel van schaamte mee, waardoor zij het moeilijk vonden om de oorzaak van hun klachten te accepteren.

“Voordat ik ziek werd dacht ik altijd dat overspannen worden iets was voor sukkel. Mensen die niet goed voor zichzelf zorgen of gewoon labiel zijn. Inmiddels weet ik wel beter...”

Nog weinig afstemming tussen huisarts en bedrijfsarts

De meeste respondenten zijn bij de aanvang van hun klachten en in de beginfase van het ziekteverzuim bij hun huisarts geweest. De diagnoses van de bedrijfsarts en de huisarts lagen nogal eens sterk uit elkaar en waren soms zelfs tegenstrijdig. De ervaringen van respondenten lijken aan te sluiten bij de resultaten van een eerder onderzoek (Van der Burg, Heijdel & Prins, 2005). Uit dit onderzoek kwam naar voren dat huisartsen meer dan bedrijfsartsen geneigd zijn om de oorzaak van klachten in de lichamelijke hoek te zoeken en dat huisartsen ook meer geneigd zijn om eerst een periode van rust voor te schrijven. Op respondenten die tegenstrijdige adviezen ontvingen had dit een verwarrend effect. Zij vonden het moeilijk te bepalen welk advies zij het beste konden opvolgen. Daarnaast vond er in veel gevallen geen direct overleg plaats tussen huisarts en bedrijfsarts. Als er al een vorm van communicatie was tussen huisarts en bedrijfsarts liep deze communicatie meestal via het uitwisselen van dossiers. Uit verhalen van drie respondenten bleek dat een gebrek aan afstemming tussen huisarts en bedrijfsarts bij hen had geleid tot een nodeloze vertraging van hun re-integratietraject.

“Toen ik de eerste keer bij de bedrijfsarts kwam en vertelde dat de huisarts zei dat ik de ziekte van Pfeiffer had, vond hij dat al raar. Maar hij accepteerde het wel, daardoor gebeurde er een tijdje niets. Er is volgens mij geen overleg geweest tussen mijn huisarts en de bedrijfsarts, hooguit schriftelijk.”

Start van het re-integratietraject: keuzevrijheid belangrijker dan tempo

Is het nu beter bij overspanning of burnout klachten zo snel mogelijk weer aan het werk te gaan en vanaf het begin het contact met de werkomgeving te onderhouden, of kan iemand die zichzelf voorbij gelopen is beter eerst een tijdje rust houden en niets aan zijn hoofd hebben?

Uit het literatuuronderzoek komen vooral aanwijzingen naar voren dat snelle werkherleving de beste optie is. De resultaten van de interviews schetsen een genuanceerder beeld. Enerzijds hadden de meeste respondenten toen zij zich ziek melden sterk de behoefte aan een periode waarin zij afstand konden nemen van de werksituatie. De lengte van deze periode varieerde sterk met de ernst van de ervaren klachten. Aan de andere kant waren respondenten met een werkgever die zich in het begin van de ziekteperiode afzijdig hield, niet positief over de afwezigheid van contact met de werkvloer. Integendeel, velen van hen ervoeren stilte van de kant van de werkgever als een gebrek aan

belangstelling. Als de opstart van het re-integratietraject veel tijd in beslag nam, werden veel respondenten ongeduldig. Zij vonden het vaak vervelend om lang thuis te zitten zonder te weten wat er verder ging gebeuren en wat er van hen werd verwacht. Respondenten vonden het ook vervelend als zij pas laat (langer dan 6 weken na de ziekmelding) bij de bedrijfsarts werden opgeroepen. Sommige respondenten gaven aan dat de trage start van hun re-integratietraject er in hun ogen toe geleid had dat zij langer dan misschien noodzakelijk was geweest, thuis zijn gebleven. Dit sluit aan bij onderzoek waaruit blijkt dat een snelle start van consulten bij de bedrijfsarts leidt tot een kortere ziekteverzuimperiode (Houtman, Schoemaker & Blatter, 2002).

“Nadat ik me telefonisch bij mijn werkgever had ziek gemeld, hoorde ik wekenlang niets meer. Ik vond het raar dat ik niets hoorde. Het irriteerde me, het voelde als een gebrek aan aandacht en het was voor mij een bevestiging dat er binnen de organisatie niet veel aandacht was voor de persoon achter de werknemer.”

Hoewel uit literatuur anders blijkt, (Van de Heuvel et. al., 2004) wordt het verplichte wekelijkse contactmoment tussen werkgever en werknemer in de ziekteverzuimperiode door de meeste respondenten niet als prettig ervaren. In conflictsituaties lijkt dit contact vaak een averechts effect te hebben. Maar ook als de verhouding tussen leidinggevende en werknemer wel goed is, kunnen verplichte contactmomenten voor de werknemer veel extra stress opleveren, vooral in het beginperiode van het ziekteverzuim.

“Toen ik in het begin thuis zat was ik zo op, dat alle prikkels teveel voor mij waren. Als de telefoon ging kreeg ik al een schrikreactie. Ik heb toen met mijn leidinggevende en collega's afgesproken dat we wel contact zouden houden, maar dan via de e-mail. Op die manier liet ik wel horen hoe het met me ging, maar kon ik zelf het moment uitkiezen waarop ik reageerde.”

Een spoedig consult bij de bedrijfsarts en het snel opstellen van een plan van aanpak lijkt wel een positief effect te hebben op het re-integratietraject. In gevallen waarin in de beginfase van het re-integratietraject een duidelijk re-integratieplan werd opgesteld in overleg met alle partijen (werknemer, werkgever, bedrijfsarts) ontstond er bij iedereen duidelijkheid over de vervolgstappen en over ieders verantwoordelijkheden.

“Gelijk nadat de diagnose door de bedrijfsarts was bevestigd is er een re-integratietraject met een re-integratieplan opgesteld. Dit vond ik erg netjes geregeld. Ik kreeg regelmatig gesprekken met de bedrijfsarts, werd doorverwezen naar een psycholoog en er werden regelmatig overleggen tussen mij en mijn leidinggevende ingepland. Hierdoor blijven we allebei op de hoogte van wat we van elkaar vinden.”

Verskillende respondenten zijn voor ze begonnen met daadwerkelijk re-integreren, af en toe naar het werk gegaan om koffie te drinken met collega's en/of een gesprek te hebben met leidinggevende. Respondenten die dit gedaan hebben ervoeren dit als een prettige tussenstap waarbij ze weer konden wennen aan de werkomgeving en de stap naar werkhervatting minder groot werd.

“Het was fijn om hiermee te beginnen omdat voor mij in het begin de drempel om terug te gaan naar mijn werk heel hoog was. Ik schaamde me naar collega's toe en het gebouw bracht een hoop vervelende herinneringen naar boven. In het begin ging ik alleen met mijn leidinggevende apart zitten, dan hoefde ik alleen naar haar kantoor te lopen en niet de afdeling over. Na een paar keer ging ik ook weer even bij collega's op de afdeling langs.”

Al met al komt het belang van keuzevrijheid en inspraak bij het re-integratietraject, zoals eerder in het hoofdstuk genoemd, als erg belangrijk naar voren. Respondenten die in overleg met hun werkgever een voor hen passende vorm van re-integreren hebben gevonden zijn het positiefst over hun re-integratie. Keuzevrijheid lijkt meer te zeggen over de kans op succes van een re-integratietraject dan de snelheid waarmee het re-integratietraject is gestart. Dit pleit voor de stelling van Van der Klink & Terluin bij de ontwikkeling van hun drie-fasen-model, dat procescontingentie altijd boven tijdcontingentie zou moeten gaan. (Hiermee wordt bedoeld dat de vorderingen in het herstel van de zieke medewerker zwaarder moeten tellen in het verdere verloop van de behandeling dan de “tijdslimiet” die voor een bepaalde fase staat.) Hierbij moet aangetekend worden dat er wel vanaf het begin van het ziekteverzuim sprake moet zijn geweest van enige vorm van contact en betrokkenheid vanuit de werkgever.

6.4 Belangrijke punten tijdens het re-integratietraject

Werkzaamheden tijdens de re-integratieperiode: regelmatig evalueren

In de meeste gevallen raadde de bedrijfsarts aan om bij de opbouw van het aantal werkuren te beginnen met een afgebakend takenpakket zonder werkdruk. Voor de meeste respondenten was het prettig om afgebakende taken zonder prioriteit, zoals het opschonen van een archief of het verwerken van enquêtes, te vervullen. Ze hadden het gevoel nuttig bezig te zijn zonder dat er vanaf het begin veel druk op hen gelegd werd.

Anderen ervoeren dit soort taken juist als zinloos en voelden zich overbodig op hun werk. Het lijkt van belang voor het gevoel van eigenwaarde van de re-integrerende werknemer dat tijdelijke taken bij het re-integreren, taken zijn die nuttig zijn voor de organisatie. Op deze manier heeft een re-integrerende werknemer het idee wel een steentje bij te dragen aan de organisatie.

“Toen ik begon met re-integreren werd ik bij de portier geplaatst. Ik had daar niets te doen en zat alleen de krant te lezen. Terwijl ik wel telkens met collega’s werd geconfronteerd. Op een gegeven moment ging ik maar een eind wandelen of fietsen, om daar niet steeds te hoeven zijn. Ik heb dit aangegeven bij mijn werkgever, maar er werd pas vrij laat iets mee gedaan. Dit was een vervelende start van mijn re-integratie. Nu zit ik op een afdeling waar ik administratieve klussen kan doen, dit bevalt een stuk beter.”

Het lijkt dus belangrijk om tijdens het re-integratietraject het verloop van het traject regelmatig te evalueren. Hoewel respondenten in de beginperiode van het ziekteverzuim regelmatig contact met de werkgever meestal niet als prettig ervaren, waarden zij dit wel op het moment dat ze beginnen met re-integreren. Tijdens het re-integratieproces zelf wordt regelmatig overleg met de leidinggevende door respondenten juist wel erg gewaardeerd. Zij hebben behoefte aan feedback en aan rustige momenten waarop zij hun wensen en vragen met hun leidinggevende kunnen bespreken.

“Ik kan nu altijd bij mijn leidinggevende aankloppen als ik iets wil bespreken. Ik kan terecht met vragen en als ik ergens mee zit wordt er ook gelijk naar een oplossing gezocht.”

De meeste respondenten hadden tijdens hun re-integratietraject regelmatig evaluatiemomenten met de bedrijfsarts. Dit ervoeren ze over het algemeen als positief, hoewel sommige respondenten vonden dat de evaluaties met de bedrijfsarts niet goed gecommuniceerd werden naar de werkgever. Enkele respondenten gaven aan een stuk regie van de bedrijfsarts in het re-integratietraject en de communicatie hierbinnen te missen.

Structurele aanpassingen op het werk noodzakelijk voor duurzaam herstel

Zoals ook in de literatuurstudie naar voren kwam, is het bij de start van het re-integratieproces belangrijk dat er structurele aanpassingen op het werk gedaan worden die de oorzaken van de klachten op het werk aanpakken. Uit de interviews kwam regelmatig naar voren dat respondenten die na hun ziekteperiode waren teruggekeerd in hun oude baan, de neiging hadden om terug te vallen in oude patronen van een hoge belasting tijdens het werk.

“Op een gegeven moment kreeg ik weer last van mijn nek en ik dacht, dat is die slecht afgestelde airconditioning weer. Dus ik ging naar de fysiotherapeut om me te laten masseren, en die zei ‘Nee, er is meer aan de hand.’ O ja, dacht ik toen pas, ik ben weer te ver doorgelopen. Stom is dat, dat ik dat blijkbaar nog steeds niet altijd herken bij mezelf.”

Ook viel op dat een groot deel van de respondenten meerdere collega's kende die ook overspanning- of burnoutklachten hadden gehad. Dit is een teken dat de door respondenten meest genoemde oorzaak van hun klachten, een (te) hoge werkdruk, vaak binnen een organisatie als geheel speelt. Daarnaast hadden de meeste respondenten die inmiddels 100% beter gemeld waren, het gevoel dat het eenmaal hebben van overspanning- of burnoutklachten hen ook voor de toekomst kwetsbaarder heeft gemaakt voor het ontwikkelen van stressklachten.

“Zelfs al zou ik het in mijn hoofd nog willen, dan zegt mijn lichaam al het kan niet meer. Eerst wilde ik snel terug naar me weer 100% beter voelen, maar nu weet ik niet zeker of dat er nog in zit. Dan moet je of anders in je werk gaan staan, of ander werk zoeken.”

Het lijkt er dus op dat het voor werkgevers lonend is om ziekteverzuim aan te pakken met structurele veranderingen in de werkomgeving. Voorbeelden van succesvolle aanpassingen die uit de interviews naar voren kwamen waren, zijn:

- een (deels) ander takenpakket
- meer begeleiding bij het werk
- een rustigere werkplek
- een lagere werkdruk
- overplaatsing naar een andere afdeling
- meer flexibiliteit qua werkuren
- de mogelijkheid om minder uren te gaan werken.

Toch gebeurt het in de praktijk nog niet vaak dat de werkgever structurele aanpassingen aan de werkplek verricht. Soms is er bij een werkgever ook niet de mogelijkheid om de benodigde dingen te veranderen. Respondenten die werkzaam waren bij grote bedrijven kregen meestal meer mogelijkheden aangeboden dan respondenten die werkzaam waren bij kleine bedrijven. Deze bevinding komt overeen met de resultaten van een recent onderzoek van Piek e.a. (2008). Binnen grote bedrijven is overplaatsing naar een andere afdeling vaker mogelijk en is er een grotere diversiteit in taken die een werknemer binnen de organisatie op zich kan nemen.

Een deel van de werkgevers doet nog onvoldoende aan re-integratie inspanningen

Tussen de werkgevers van de respondenten zaten erg grote verschillen in de mate waarin de werkgevers inspanningen deden ten behoeve van het re-integratieproces. Het valt op dat met name de grotere organisaties vaak uitgebreide voorzieningen hebben op het gebied van re-integratie en dat er vaste procedures zijn voor de aanpak van ziekteverzuim. Een deel van de werkgevers houdt zich bewust bezig met de uitvoering van de Wet Verbetering Poortwachter, door het regelmatig

onderhouden van contact met de zieke werknemer, het inzetten van bedrijfshulpverlening en het opstellen van een re-integratieplan in overleg met de werknemer.

Sommige werkgevers hebben een eigen netwerk van hulpverleners die zij in kunnen schakelen, zodat zieke werknemers snel ergens met hun klachten terecht kunnen. Anderen bieden werknemers loopbaantrajecten aan om uit te zoeken waar zij het beste op hun plek zitten.

Een ander deel van de werkgevers heeft echter nog vrij weinig geregeld op dit gebied. Ook is er bij een aantal respondenten het gevoel dat er veel onwil bij de werkgever was om moeite te doen voor hun terugkeer naar het werk. Hieronder staan de meest genoemde punten waarop werkgevers in de ogen van respondenten te weinig inspanning hebben verricht of steken hebben laten vallen.

- De werkgever liet na de ziekmelding niets van zich horen.
- Adviezen van de bedrijfsarts zijn door de werkgever genegeerd.
- Er is niet of pas heel laat een re-integratieplan opgesteld.
- Er zijn geen alternatieve re-integratie werkzaamheden aangeboden.
- Er was geen tijd voor evaluatiegesprekken tijdens het re-integratietraject.
- Er werd niets gedaan aan de (te) hoge werkdruk binnen de organisatie.

Met betrekking tot het doorverwijzen naar specialistische hulpverlening is er een groot verschil tussen de ervaringen van de respondentengroep en de resultaten van een onderzoek uit 2002 (Houtman, Schoemaker & Blatter). Uit dit onderzoek bleek dat na vier à vijf maanden verzuim maximaal één op de vijf werknemers specialistische hulpverlening ontving. Een groot deel van de respondenten is al in de eerste twee maanden van hun ziekteverzuimperiode doorverwezen naar een specialistische hulpverlener. Als dit een algemene trend zou zijn, is dit een grote vooruitgang in een relatief korte tijd.

Een paar respondenten hadden de ervaring dat toen ze begonnen met re-integreren, hun werkzaamheden waren overgenomen door iemand anders. Een respondent is tegen haar zin deels overgeplaatst naar een andere afdeling omdat een nieuwe collega een deel van haar werkuren heeft gekregen.

“Ik ga straks re-integreren op een afdeling die ik niet ken, met taken die ik niet ken en waarvan ik niet weet of ik ze leuk vind. Ik zie hier tegenop, ook voelt het alsof ik op mijn oude afdeling overbodig ben geworden.”

Onder werknemers met een tijdelijk arbeidscontract lijkt het veel vaker voor te komen dat een werkgever weinig re-integratie inspanningen verricht dan onder werknemers met een vast arbeidscontract.

Grote verschillen in kwaliteit tussen re-integratiebureaus

Vijf respondenten hebben tijdens hun re-integratietraject begeleiding ontvangen van één of meerdere re-integratiebureaus. De ervaringen van respondenten met deze bureaus verschillen. Het beeld ontstaat dat, wellicht door de plotselinge groei van de markt voor re-integratiebureaus in de afgelopen jaren, de kwaliteit van de geboden hulpverlening erg wisselt. De kwantiteit, de lengte en frequentie van contacten die respondenten met hun bureau hadden, varieerde ook heel sterk per bureau. Sommige bureaus boden alleen sollicitatietraining, terwijl anderen uitgebreide loopbaancoaching aanboden. Positieve aspecten die werden genoemd door respondenten die tevreden waren over hun re-integratiebureau, waren een focus op wat de werknemer zelf wilde en aandacht voor talenten en verbeterpunten van de werknemer.

“In de gesprekken met mijn re-integratieconsulent werd dieper ingegaan op mijn persoonlijke motivatie. Ik werd gestimuleerd om keuzes te maken vanuit mijn eigen gevoel. Ik ben nu begonnen met een deeltijd studie, zonder het re-integratiebureau had ik deze stap waarschijnlijk niet gezet.”

Een reden die respondenten noemden voor ontevredenheid met hun re-integratiebureau, was dat sommige bureaus, tegen de zin van respondenten in, erg stuurden op terugkeer naar het oude beroep, terwijl respondenten het gevoel hadden dat dit werk niet meer bij hen paste. Daarnaast hadden sommige respondenten het gevoel dat bureaus zich erg weinig inspanden en op die manier heel gemakkelijk geld aan hen verdienden.

“Het enige dat ze me eigenlijk boden was een plek met een computer om van daaruit sollicitaties te versturen. Maar dat kon ik vanuit thuis ook wel. Verder was er geen begeleiding, ze verdienden hun geld wel heel gemakkelijk.”

Wisselende ervaringen met het UWV

Evenals de ervaringen met de bedrijfsarts en de werkgever tijdens het re-integratieproces, waren de ervaringen van respondenten met het UWV, in het geval zij rechtstreeks met het UWV te maken hebben gehad, zeer wisselend. Aan de ene kant is er kritiek over tegenstrijdige beoordelingen van het UWV die elkaar snel opvolgen en over de druk die het UWV sommige respondenten voor hun gevoel oplegt. Zo hadden twee respondenten in een gesprek met een UWV arts te horen gekregen dat zij snel weer aan het werk konden gaan, terwijl er in een tweede gesprek met een andere arts het advies gegeven werd om voorlopig nog niet te werken. Deze respondenten hadden op het moment van het eerste gesprek zelf ook het gevoel nog niet aan het werk te kunnen, het eerste gesprek zorgde dan ook voor veel stress en een terugval in de klachten.

“Door de terugval die ik toen kreeg, kreeg ik de bevestiging dat ik nog lang niet beter was.”

Meerdere respondenten hadden de ervaring dat hun dossier kwijt raakte of op een stapel kwam te liggen. Ook dit zorgde voor stress, vooral omdat deze mensen op dat moment voor hun inkomen afhankelijk waren van het UWV.

“Mensen die bij het UWV werken beseffen onvoldoende dat mensen om te kunnen leven afhankelijk zijn van hun werk. Er moet tenslotte ook brood op de plank komen.”

Maar er waren ook respondenten met positieve ervaringen met het UWV. Zo had een respondent het gevoel veel vrijheid gekregen te hebben om zelf haar hersteltempo aan te geven en de manier van re-integreren te vinden die het beste bij haar paste. Een ander voelde in het begin veel druk vanuit het UWV om te solliciteren maar toen ze eenmaal haar eigen bedrijfje begon kreeg ze heel veel medewerking. Ook een andere respondent had via het UWV goede begeleiding ontvangen bij het opstarten van zijn eigen bedrijfje.

“In het begin was het UWV heel strikt, maar als je eenmaal goed op weg bent met herstellen gaan er opeens allerlei deuren open en krijg je veel mogelijkheden aangeboden.”

De verwachtingen van respondenten over het UWV liepen sterk uit elkaar. Sommigen waren teleurgesteld in het UWV omdat ze persoonlijke begeleiding misten. Anderen verwachtten dit ook niet van het UWV, zagen dit meer als een taak van re-integratiebureaus.

“Bij het UWV moet je niet verwachten dat ze je als mens zien en naar je persoonlijke motivatie kijken. UWV is meer een organisatie die waarneemt en registreert. Vervolgens is het aan jezelf om iets te doen.”

6.5 *Samenvatting van de resultaten*

Overspanning- en burnoutklachten worden vaak in een laat stadium herkend door huisartsen en bedrijfsartsen, maar ook door werkgevers en de werknemer zelf. Dit leidt regelmatig tot uitstel van behandeling van klachten en daardoor tot een vertraging van de start van het re-integratieproces. Hierbij speelt ook mee dat huisarts en bedrijfsarts nogal eens tegenstrijdige diagnoses stellen of tegenstrijdige adviezen geven aan de werknemer. Dit kan bij de werknemer tot verwarring leiden. Het valt op dat huisartsen, vaker dan bedrijfsartsen, eerst een lichamelijke oorzaak voor de klachten zoeken. Er is meestal weinig afstemming tussen huisarts en bedrijfsarts.

Erkenning en steun van de werkomgeving is belangrijk voor respondenten. Aan de ene kant gaat het hierbij om erkenning van de overspanning- of burnoutklachten, aan de andere kant om

erkenning dat ze in de periode voor hun ziekmelding hard hebben gewerkt voor hun werkgever. Een conflict in de werksituatie, meestal met een leidinggevende, bemoeilijkt het re-integratieproces dan ook sterk. Regelmatig heeft dit conflict te maken met een gevoel van gebrek aan erkenning bij de werknemer.

Respondenten ervaren vrijheid en zelf het tempo kunnen bepalen tijdens de re-integratie als zeer belangrijk en positief. Een grote druk op snelle re-integratie door de werkgever werd door respondenten vaak als extra stressfactor tijdens het re-integratietraject ervaren. Veel respondenten hadden in de beginperiode na hun ziekmelding behoefte aan wat afstand van hun werk. Anderzijds moesten sommige respondenten juist door anderen afgeremd worden bij het opbouwen van werkuren. Als de werkgever de werknemer een bepaalde vrijheid in het bepalen van het re-integratietempo wil geven, betekent dat overigens niet dat werkgevers zich in het begin van de verzuimperiode afzijdig moeten houden. Hoewel veel respondenten toen zij thuis zaten regelmatig contact met de werkgever als stressvol ervoeren, vonden zij het ook niet prettig als een werkgever niets van zich liet horen. Sommige respondenten gaven aan dat de trage start van hun re-integratietraject er in hun ogen toe geleid had dat zij langer dan misschien noodzakelijk was geweest, thuis zijn gebleven. Onderling overleg over de manier en de frequentie van het onderhouden van contact is daarom verstandig. Daarnaast heeft een snel consult bij de bedrijfsarts en het snel opstellen van een plan van aanpak een positief effect op het verloop van het re-integratietraject. Hoewel het re-integratietempo het beste kan worden afgestemd in onderling overleg, is het van belang om snel bij alle partijen duidelijkheid te hebben wat er speelt en wat daar op korte termijn aan gedaan gaat worden.

Het is belangrijk voor het gevoel van eigenwaarde van de re-integrerende werknemer dat tijdelijke taken tijdens het re-integratietraject, taken zijn die nuttig zijn voor de organisatie. Daarnaast verschilt de voorkeur voor een manier van taakopbouw tijdens de re-integratie per persoon. Het is dus raadzaam om tijdens het re-integratietraject het verloop van het traject regelmatig te evalueren met de werkgever. Ook ervoeren de respondenten het als prettig als de bedrijfsarts als derde partij bij de evaluaties betrokken werd.

Werkgevers verschilden sterk in de mate waarin zij inspanning verrichtten voor re-integratie van de respondenten. Grote organisaties lopen hierin voor op kleine organisaties. Vaak is het nodig dat er structurele aanpassingen op het werk worden gedaan om de oorzaak van de klachten weg te nemen, ook na het afronden van het re-integratietraject. Ook hier geldt dat er bij grote organisaties meer mogelijkheden zijn dan bij kleine organisaties. Het viel op dat een groot deel van de respondenten meerdere collega's kende die ook overspanning- of burnoutklachten hadden gehad. Gevallen van werknemers met overspanning- en burnoutklachten lijken niet op zichzelf te staan, maar ontstaan veelvuldig binnen organisaties met een continue verhoogde werkdruk.

Of een werkgerelateerde behandeling van klachten het beste aansluit, lijkt sterk afhankelijk te zijn van de ernst van de klachten en de werkgerelateerdheid van de klachten.

Wanneer de oorzaken van de klachten voornamelijk in de werkomgeving liggen, of wanneer er sprake is van conflicten op het werk, lijkt werkgerelateerde hulpverlening het meest effectief. Wanneer er daarnaast in de privé sfeer ook veel speelt of de klachten deels te maken hebben met bepaalde persoonlijkheidskenmerken, lijken mensen vaak het meeste gebaat bij individueel gerichte behandelingen. Los van het feit of hulpverlening werkgerelateerd of individueel gericht is, lijkt een persoonlijke klik met de hulpverlener het meest belangrijk voor het resultaat van een behandeling.

Wellicht vanwege de plotselinge groei van de markt voor re-integratiebureaus in de afgelopen jaren, wisselt de kwaliteit van de geboden hulpverlening sterk. De kwantiteit, de lengte en frequentie van contacten die respondenten met hun bureau hadden, varieerden ook zeer sterk per bureau. Als positieve aspecten van begeleiding van re-integratiebureaus werden een focus op wat de werknemer zelf wilde genoemd en aandacht voor talenten en verbeterpunten van de werknemer. Klachten over re-integratiebureaus gingen over bureaus die, tegen de zin van mensen in, erg stuurden op terugkeer naar het oude beroep en over bureaus die zich erg weinig inspanden voor hun cliënten en vooral gemakkelijk geld leken te verdienen.

Het huidige re-integratiebeleid is sterk gericht op terugkeer naar de oude werkgever, maar in sommige gevallen lijkt dit juist niet raadzaam. Bijvoorbeeld bij ernstige conflicten op het werk, of als het werk gewoon niet meer bij de werknemer blijkt te passen. Weinig respondenten hebben via hun werkgever een re-integratie traject naar ander werk aangeboden gekregen. Sommige respondenten hadden dit wel gewild.

In paragraaf 6.5 heb ik de belangrijkste resultaten van dit onderzoek kort samengevat. De resultaten uit bestaande onderzoeken blijken grotendeels overeen te komen met de resultaten die uit de interviews naar voren komen. Toch zijn er enkele opvallende verschillen tussen de bestaande onderzoeksresultaten en de resultaten van de interviews. Omdat deze verschillen in principe de bijdrage zijn die dit onderzoek levert aan de reeds bestaande kennis over het onderwerp re-integratie na overspanning of burnout, ga ik in de conclusies van dit onderzoek dieper op deze verschillen in. Ik leg een verband tussen deze onderzoeksresultaten en de theorie van het symbolisch interactionisme. Op basis hiervan zoek ik een verklaring voor de verschillen tussen resultaten van bestaande onderzoeken en dit onderzoek.

Vermijding van de werksituatie lijkt bijna niet voor te komen onder respondenten.

Uit de literatuur kwam naar voren dat werknemers, na een ziekmakende ervaring op het werk, de neiging zouden hebben om werksituaties te vermijden. Daarom zou het verstandig zijn om zo snel mogelijk te beginnen met re-integreren, om te voorkomen dat de drempel terug naar werk te hoog wordt. Bij de meeste respondenten speelt of speelde vermijdingsgedrag echter geen rol.

Een verklaring hiervoor vanuit het symbolisch interactionisme, is dat respondenten gebruik maken van “emotie management”. Als werknemers van een organisatie hebben ze bepaalde verplichtingen naar hun werkgever. Ze moeten proberen te re-integreren, of zelf een andere baan zoeken. Als ze het gevoel zouden hebben niet terug te willen naar een werksituatie, kunnen ze niet zonder meer toegeven aan dit gevoel. Zieke werknemers zullen dus proberen iets te veranderen aan het gevoel, door zichzelf weer te motiveren voor het werk, problemen op het werk te proberen op te lossen, of te gaan solliciteren. Als het veranderen van het gevoel niet mogelijk is, zullen ze het gevoel voor zichzelf ontkennen.

Een voorbeeld hiervan is een respondent die, terugkijkend op de periode voor haar burnout, constateerde dat het werk dat zij deed eigenlijk niet het werk was dat bij haar paste of dat ze leuk vond. Toch probeerde zij lange tijd, ondanks haar klachten, om te blijven werken. Ze wist niet wat voor ander werk ze wilde doen en ze had hard gewerkt om in haar carrière te groeien tot haar toenmalige functie.

Uit de interviews is af te leiden dat mensen die overspanning- of burnoutklachten krijgen, over een bovengemiddeld arbeidsethos beschikken. Hun motivatie om hard te werken was voor hun ziekmelding heel groot. Hoewel sommige respondenten aangaven dat zij nu meer op hun persoonlijk welbevinden letten, bleek uit hun antwoorden dat de motivatie om te werken bij veel respondenten nog steeds groot was. Vermijdingsgedrag zal daarom minder snel ontstaan.

Een werkgerelateerde behandeling is niet per se beter dan een individueel gerichte behandeling.

Uit de literatuur kwam naar voren dat een werkgerelateerde behandeling van overspanning en burnout klachten het beste resultaat heeft. De ervaringen van de respondenten wijken enigszins van dit beeld af. Of werkgerelateerde aanpak van de problemen goed werkt, lijkt sterk afhankelijk te zijn van de ernst van de klachten en de werkgerelateerdheid van de klachten. Het lijkt erop dat een individuele benadering van problemen er bij werknemers niet voor zorgt dat zij hun problemen los van de werksituatie gaan zien, zoals verschillende onderzoekers vrezen. Door de individuele benadering kregen respondenten juist inzicht in hun eigen denk- en handelwijze ten opzichte van de werksituatie.

Vanuit symbolisch interactionistisch oogpunt kan individueel gerichte therapie iemand meer inzicht geven in het mechanisme van het "looking-glass self". Door middel van individuele therapie kan meer inzicht verkregen worden in de eigen interpretatie die de werknemer aan symbolen in de werksituatie geeft. Door dit inzicht en door het besef dat het om een eigen interpretatie gaat, kunnen vaardigheden worden aangeleerd om symbolen anders te interpreteren. Werknemers kunnen het zichzelf dan gemakkelijker maken in zowel werk- als privé situaties.

Een voorbeeld hiervan is een respondent die vertelde hoe psychotherapie haar had geholpen bij het stellen van haar eigen grenzen. In de periode daarvoor had ze altijd het gevoel dat ze zich aanstelde als stress op haar werk haar teveel werd. Tijdens de therapie leerde ze om te accepteren dat niet altijd voldoen aan de eisen van anderen niet automatisch betekende dat zij niet goed functioneerde in haar werk.

Er lijkt een overeenkomst te zijn onder respondenten die te maken krijgen met overspanning- of burnoutklachten, in de manier waarop zij betekenis geven aan symbolen. Mensen met overspanning- of burnoutklachten hebben vaak een sterk ontwikkeld verantwoordelijkheidsgevoel en interpreteren werkdruk niet snel als te zwaar. Individueel gerichte therapie helpt wellicht bij het maken van een omslag in het denken.

Verplicht contact tussen leidinggevende en werknemer heeft een averechts effect.

Hoewel uit eerder onderzoek anders blijkt, (Van de Heuvel et. al., 2004) wordt het verplichte wekelijkse contactmoment tussen werkgever en werknemer in de ziekteverzuimperiode door de meeste respondenten niet als prettig ervaren. In conflictsituaties lijkt dit contact vaak een averechts effect te hebben. Maar ook als de verhouding tussen leidinggevende en werknemer wel goed is, kunnen verplichte contactmomenten voor de werknemer veel extra stress opleveren, vooral in het beginperiode van het ziekteverzuim.

Een verklaring vanuit het symbolisch interactionistisch perspectief is dat mensen verschillende interpretaties geven hun eigen gedrag en aan dat van een ander. Iemand kan van zichzelf vinden dat hij iets goed bedoelt, maar een ander persoon kan dat heel anders opvatten. Zo kan ook een goed bedoeld telefoontje in verkeerde aarde vallen. Vaak heeft dit alles te maken met de voorgeschiedenis van de

relatie of de positie waarin werkgever en werknemer zich op dat moment bevinden vanwege de ziekmelding.

Een voorbeeld hiervan is de respondent die naar eigen zeggen letterlijk stond te stampvoeten van ergernis als haar leidinggevende opbelde. Haar leidinggevende had voor haar gevoel alleen aandacht voor zijn eigen prestaties in het werk en niet voor haar welzijn. Wellicht zag deze leidinggevende zelf het telefoongesprek als een betrokken gebaar, maar dit werd door de respondent heel anders ervaren. De respondent en haar leidinggevende hadden al een voorgeschiedenis van regelmatig terugkerende ergernissen op het werk. Volgens de respondent was dit één van de oorzaken van haar overspanningklachten.

Tijdens het afnemen van de interviews bleek dat respondenten over het algemeen veel belang hechtten aan het gevoel dat ze hadden over hun relaties met mensen in hun werkomgeving. De manier waarop zij de verhouding met hun leidinggevende en collega's omschreven hing in grote mate samen met de mate waarin zij tevreden waren over het verloop van hun re-integratietraject.

Er wordt veel vaker doorverwezen naar specialistische hulpverlening.

Met betrekking tot het doorverwijzen naar specialistische hulpverlening is er een groot verschil tussen de ervaringen van de respondentengroep en de resultaten van een onderzoek uit 2002 (Houtman, Schoemaker & Blatter). Uit dit onderzoek bleek dat na vier à vijf maanden verzuim maximaal één op de vijf werknemers specialistische hulpverlening ontving. Een groot deel van de respondenten is al in de eerste twee maanden van hun ziekteverzuimperiode doorverwezen naar een specialistische hulpverlener. Als dit een algemene trend zou zijn, is er grote vooruitgang geboekt in een relatief korte tijd.

Vanuit een symbolisch interactionistisch perspectief, beïnvloeden niet alleen mensen de betekenisgeving van symbolen, ook instituties kunnen dit doen. Doordat het overheidsbeleid in de afgelopen jaren gericht is geweest op een snelle aanpak van ziekteverzuim en van de werkgever inspanning verwacht op het gebied van re-integratie van zieke werknemers, is het aanbieden van specialistische hulpverlening blijkbaar gemeengoed geworden. Dit zal deels ontstaan zijn door bijstellen van betekenisgeving door ervaring. Werknemers kennen hun verplichtingen en weten dat het verrichten van te weinig re-integratie inspanning consequenties heeft. Maar werkgevers zullen ook hun eigen rol anders zijn gaan zien, doordat zij steeds in aanraking komen met de visie van de overheid.

Een respondent die werkte voor een grote organisatie gaf hier een voorbeeld van. Ze vertelde dat er binnen haar bedrijf gedurende de afgelopen jaren veel verbeterd was op het gebied van ziekteverzuim- en re-integratiebeleid. Er waren nu meer re-integratie mogelijkheden voor zieke werknemers en leidinggevendenden werden getraind in de omgang met ziekteverzuim. Daarnaast sprak de respondent ook van een culturomslag binnen de organisatie. Voorkoming en beperking van ziekteverzuim en goede arbeidsomstandigheden werden nu belangrijker gevonden dan vroeger.

Algemene conclusie

Als de onderzoeksresultaten, beschreven in de vorige paragraaf, bekeken worden vanuit het symbolisch interactionistisch perspectief, valt op dat de manier waarop respondenten hun omgeving beleefden een sterk effect heeft op het verloop van het re-integratieproces. Respondenten hadden tijdens hun ziekte- en re-integratieperiode te maken met veel verschillende partijen, in ieder geval de werkgever, leidinggevende, collega's en bedrijfsarts, maar regelmatig ook met hulpverleners, re-integratiebureaus of het UWV. De manier waarop respondenten het contact met deze partijen evalueerden heeft een sterk verband met de mate waarin respondenten zich begrepen voelden door de andere partij en de mate waarin respondenten het gevoel hadden dat de andere partij hun belangen in het oog had. Op het moment dat dit niet het geval was, ontstonden er problemen in het contact dat leidde tot vertraging of bemoeilijking van het re-integratietraject.

Dit kan een verklaring zijn voor het uit elkaar liggen van de re-integratie ervaringen van respondenten. De relaties tussen personen en de manier waarop personen op elkaars gedrag reageren, neemt een centrale rol in tijdens het re-integratieproces. Een succesvol re-integratietraject, zo lijkt uit de interviews naar voren te komen, valt of staat met de individuele uitvoering van het traject door personen en organisaties. Landelijk beleid als De Wet Verbetering Poortwachter kan bepaalde randvoorwaarden creëren voor een succesvol re-integratieproces, maar is niet de sleutel tot succes voor elk individueel re-integratietraject. Soms lijken vastgelegde regels juist een belemmering te vormen voor de re-integratie van een zieke werknemer, bijvoorbeeld het verplichte contact met de werkgever of de focus op re-integratie bij de oude werkgever. En anderzijds komt uit interviews ook naar voren dat nog niet alle partijen het huidige beleid willen of kunnen naleven.

Aan de ene kant ligt er dus een belangrijke rol bij de werkgever en de werknemer, voor het maken van onderlinge afspraken in goed overleg. Hierbij kan ziekteverzuim- en re-integratiebeleid van de overheid een goede leidraad zijn, maar in de praktische uitwerking van het re-integratietraject zouden niet teveel regels moeten worden vastgelegd. Aan de andere kant komt uit een aantal interviews ook een onwil van werkgevers naar voren om mee te werken aan het re-integratietraject. Het is dus tevens belangrijk om re-integratieafspraken niet té vrijblijvend te laten zijn.

In het volgende hoofdstuk worden een aantal aanbevelingen gedaan voor een betere balans in het ziekteverzuim- en re-integratiebeleid tussen het geven van ruimte aan werkgevers en werknemers enerzijds met behoud van de stimulerende werking die het beleid nu heeft anderzijds.

In de discussie beschrijf ik kort of mijn verwachtingen van onderzoek zijn uitgekomen, of ik denk dat ik de juiste onderzoekskeuzes heb gemaakt en wat mijn onderzoek toevoegt aan bestaand onderzoek. Daarnaast doe ik op basis van de conclusies van dit onderzoek een aantal aanbevelingen aan de verschillende partijen die bij de ontwikkeling en de uitvoering van ziekteverzuim- en re-integratiebeleid betrokken zijn. Het uitvoeren van deze aanbevelingen zou naar mijn mening het succes van het re-integratieproces na overspanning- of burnoutklachten kunnen verbeteren

8.1 Discussie

De verwachtingen die ik had ten opzichte van de resultaten van de interviews tegen het einde van mijn literatuurstudie, zijn grotendeels bevestigd. Dit betekent wel dat mijn onderzoek geen belangrijke nieuwe inzichten heeft gegeven in de problematiek. Toch denk ik dat de manier waarop het onderzoek is uitgevoerd, met behulp van kwalitatieve interviews, wel een nuttige aanvulling is op de bestaande onderzoeken over het onderwerp. De meeste bestaande onderzoeken richten zich immers op kwantitatieve gegevens. Dit onderzoek tracht om de belevingswereld van de mensen om wie het ziekteverzuim- en re-integratiebeleid uiteindelijk draait, beter in beeld te brengen. Ook denk ik dat het symbolisch interactionistisch perspectief een goede invalshoek biedt voor vervolgonderzoek over dit onderwerp.

Het afnemen van kwalitatieve interviews sloot goed aan bij het symbolisch interactionistisch perspectief en is naar mijn mening de beste onderzoeksmethode wanneer het doel van het onderzoek het verkrijgen van inzicht in persoonlijke ervaringen van respondenten is. Een nadeel van deze onderzoeksmethode is dat het een tijdrovende methode is, waardoor ik in de beperkte tijd die ik tot mijn beschikking had, niet meer dan 22 interviews kon afnemen. Door dit beperkte aantal interviews zijn de onderzoeksresultaten moeilijk generaliseerbaar. Doordat de ervaringen van respondenten zo uiteen liepen, verschilden de interviews van elkaar in de mate waarin de onderwerpen op de itemlist ter sprake kwamen. Bij de ene respondent waren meer onderwerpen van de itemlist van toepassing dan bij de ander. Aan de ene kant zie ik dit niet als een probleem, omdat het doel van het onderzoek het in kaart brengen van persoonlijke ervaringen van respondenten is. Aan de andere kant maakt deze diversiteit in ervaringen het moeilijker om over bepaalde onderwerpen uitspraken te doen, omdat maar enkele respondenten met dit onderwerp te maken hebben gehad. Zo heeft maar één respondent een outplacementtraject gevolgd en hebben maar vijf respondenten contact met het UWV gehad tijdens hun re-integratieproces.

Ik heb wel de indruk gekregen dat de itemlist die ik had samengesteld een relevante lijst met onderwerpen was voor het afnemen van de interviews. Een groot deel van de onderwerpen was voor de meeste respondenten van toepassing. Ook leken de onderwerpen relevant voor de respondenten, bij bijna elk onderwerp konden respondenten een relevant verhaal vertellen. Tenslotte bleek de itemlist

goed aan te sluiten bij het doel van het onderzoek, door middel van de onderwerpen op de itemlist heb ik antwoorden gekregen op alle deelvragen van mijn onderzoek.

Al met al denk ik dat dit onderzoek een goede opstap is naar kwalitatief vervolgonderzoek over re-integratie ervaringen na overspanning of burnout.

8.2 Aanbevelingen

Informeer bedrijfsartsen beter over de signalen en het ziektebeeld van overspanning en burnout.

Uit de interviews kwam naar voren dat late herkenning van overspanning- en burnoutklachten door artsen nogal eens leidt tot een vertraging van de start van het re-integratietraject. Er zou dus tijdswinst geboekt kunnen worden als in ieder geval bedrijfsartsen goed op de hoogte zouden zijn van het ziektebeeld van overspanning- en burnoutklachten. Op deze manier kunnen de klachten sneller herkend worden. Daarnaast zou er meer voorlichting aan artsen kunnen worden gegeven over verschillende manieren waarop zij met overspanning- en burnoutklachten kunnen omgaan. Het ministerie van VWS zou wellicht in samenwerking met beroepsverenigingen van bedrijfsartsen een aanbod van informatie kunnen ontwikkelen, bijvoorbeeld door middel van trainingen of informatiepakketten.

Geef de werknemer inspraak bij het opstellen van een re-integratietraject.

Het verloop van overspanning- en burnoutklachten verschilt sterk van persoon tot persoon en van buitenaf is moeilijk te beoordelen hoe iemand zich van binnen voelt. Het is dan ook aan te raden om in goed overleg met de werknemer zelf de aanpak van het re-integratietraject vast te stellen. Bovendien waarderen werknemers het zeer als ze het gevoel hebben dat zij zelf invloed hebben op hun terugkeer naar de werkvloer. Ze voelen zich serieus genomen en ze kunnen het aangeven als zij het idee hebben dat de druk op hen te hoog is, of het tempo van de re-integratie te hoog of te laag ligt. Ook inspraak over de aard van de re-integratiewerkzaamheden is goed voor de motivatie van de werknemer. Elke werknemer heeft immers verschillende behoeftes met betrekking tot zwaarte van de werkzaamheden of begeleiding.

Evalueer het re-integratietraject regelmatig met de leidinggevende en de bedrijfsarts, koppel dit ook naar alle partijen terug.

Het is belangrijk dat de verschillende partijen tijdens het re-integratietraject goed op de hoogte zijn van het verloop van het traject en ieders tevredenheid hierover. Op dit moment wordt er nogal eens langs elkaar heen gecommuniceerd. Als bijvoorbeeld bij elk evaluatiegesprek, met leidinggevende of met bedrijfsarts, een kort schriftelijk verslagje wordt opgesteld die wordt verspreid aan zowel werkgever, werknemer als bedrijfsarts, creëert dit naar mijn idee een hoop duidelijkheid voor iedereen.

Geef ruimte aan werkgever en werknemer om in overleg af te wijken van beleidsregels.

Het is goed dat ziekteverzuim- en re-integratiebeleid een kader schept voor het vaststellen van de re-integratiedoelstellingen en dat randvoorwaarden voor re-integratie officieel zijn vastgelegd. Ik heb de indruk gekregen dat werkgevers sinds de invoering van de Wet Verbetering Poortwachter veel gedaan hebben aan de ontwikkeling van hun eigen ziekteverzuim- en re-integratiebeleid. In sommige gevallen lijkt het strak naleven van officiële richtlijnen echter eerder een averechts effect te hebben op het verloop van het re-integratieproces, zoals bij het verplichte wekelijkse contact dat werkgever en werknemer met elkaar dienen te hebben. Het zou naar mijn idee goed zijn als het UWV bij de beoordeling van de re-integratie-inspanningen ruimte laat voor een afwijkende invulling van het re-integratieplan, mits dit in goed overleg tussen werkgever en werknemer is afgesproken. Op deze manier hebben werkgever en werknemer meer mogelijkheden om het re-integratietraject in hun specifieke situatie zo goed mogelijk af te stemmen.

Werk aan het wegnemen van structurele oorzaken binnen de organisatie die hebben geleid tot overspanning- of burnoutklachten.

Soms ontstaan overspanning- of burnoutklachten door een tijdelijke samenloop van omstandigheden, maar in de meeste gevallen zijn er in de werksituatie structurele oorzaken aanwezig. Het risico dat een werknemer een terugval in de klachten krijgt als deze oorzaken bij terugkeer naar het werk nog steeds aanwezig zijn, is niet te verwaarlozen. Het is dan ook aan te raden dat een persoon binnen de organisatie, bijvoorbeeld een P&O functionaris of eventueel een externe arbeidsdeskundige, een risicoanalyse maakt van stress veroorzakende factoren in de functie van de werknemer, maar ook binnen de organisatie als geheel. In het geval van een structureel (te) hoge werkdruk, kunnen interventies hierop heel lonend zijn. Op deze manier kan tevens voorkomen worden dat andere werknemers in de toekomst uit gaan vallen met overspanning- of burnoutklachten.

Profileer het UWV meer als adviseur tijdens het re-integratietraject.

Op de vorige pagina gaf ik de aanbeveling om werkgever en werknemer meer ruimte te geven om in onderling overleg af te wijken van beleidsregels. Als deze mogelijkheid gegeven wordt ontstaat natuurlijk wel het gevaar dat er door werkgever en werknemer te vrijblijvend omgegaan kan worden met beleidsregels die met een bepaald doel in het oog zijn opgesteld. Om een balans te vinden tussen vrijheid en noodzakelijke sturing, zou het UWV zich meer kunnen profileren als adviseur tijdens het re-integratieproces. Momenteel komen veel werkgevers en werknemers pas met het UWV in contact als na twee jaar het re-integratietraject (nog) niet succesvol is. Het UWV biedt al wel de mogelijkheid tot het geven van een second opinion op een eerder tijdstip, maar in de praktijk maken werkgevers en werknemers hier nog weinig gebruik van. Uit onderzoek van Piek e.a. (2008) komt naar voren dat werkgevers en werknemers dit meer zien als een mogelijkheid om escalatie te voorkomen in het geval van een arbeidsconflict waar de partijen zelf niet uitkomen. Het UWV zou echter ook al in een eerder

stadium als een deskundige en onafhankelijke partij kunnen optreden door werkgever en werknemer adviezen te geven over hoe het re-integratietraject opgezet of vervolgd kan worden. Hiervoor zou extra geld en tijd vrij moeten komen, maar het zou werkgever en werknemer kunnen helpen om een passend re-integratietraject op poten te zetten.

Creëer meer mogelijkheden voor re-integratie bij een andere werkgever.

Een aanzienlijk deel van de respondenten is gere-integreerd of aan het re-integreren bij de oude werkgever, terwijl zij liever bij een andere werkgever een nieuwe start hadden gemaakt. Ook de werkgevers zelf lijken niet altijd te zitten wachten op een werknemer die terugkeert, zo blijkt uit verschillende interviews. Als er meer mogelijkheden worden gecreëerd voor re-integratie bij een nieuwe werkgever, kan dit zowel voor werkgevers als werknemers veel voordeel opleveren.

Werknemers krijgen de mogelijkheid om een nieuwe, frisse start te maken in een baan die beter bij ze past, en werkgevers hebben niet de verantwoordelijkheid om aan re-integratie oplossingen te werken die zij zelf niet kunnen bieden.

Ik hoop dit onderzoek onder ogen te kunnen brengen van personen die zich bezig houden met de ontwikkeling en uitvoering van ziekteverzuim- en re-integratiebeleid. Hopelijk biedt dit onderzoek hen een nuttige invalshoek bij het nemen van beslissingen en het verder ontwikkelen van beleidslijnen!

Literatuurlijst

Abma, R. (2007a). *Psychologisering, ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid*. Maandblad Geestelijke volksgezondheid, 62, nov., 929-940.

Abma, R. (2007b). Curing the Dutch Disease? *The Disability Insurance Act (DIA) and the psychologization process in the Netherlands*. Social Practice / Psychological Theorizing, Special Issue, November 2007.

Arts, W.A, Hilhorst, H.W.A, Wester, F. (red.) (1985). *Betekenis en interactie. Symbolisch interactionisme als onderzoeksperspectief*. Deventer: Van Loghum Slaterus.

Bakker, A. & Schaufeli, W.B. (red.) (2007). *De psychologie van arbeid en gezondheid*. Houten: Uitgeverij Bohn Stafleu van Loghum.

Blonk, R.W.B. (2006). *Het lukt niet zonder werk (inaugurale rede)*. Utrecht: Universiteit Utrecht.

Blumer, H. (1969). *Symbolic Interactionism: Perspective and Method*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.

Boer, W.E.L. de & Houwaart, E.S. (red.) (2006). *Geschiedenis gewogen. Claimbeoordeling en arbeidsongeschiktheid 1901-2005*. Rijswijk: TNO.

Burg, C. van der, Heijdel, W. en Prins, R. (2005)/ *Een gebroken been is toch makkelijker... Evaluatie van de Leidraad aanpak verzuim om psychische redenen*. Leiden: Bureau AStri/

Cremer, R., Komduur, J. & Vinke, H. (2002). *Kwaliteit gewenst! Cliënten over de kwaliteit van re-integratiebedrijven*. Amsterdam: Breed Platform Verzekerden en Werk.

Duinhoven, C. van & Weijts, W. (2004). *Casemanagement bij verzuim en re-integratie. Zo werkt het!* Zaltbommel: Uitgeverij Thema.

Echtelt, P. van & Hoff, S. (2008). *Wel of niet aan het werk. Achtergronden van het onbenut arbeidspotentieel onder werkenden, werkelozen en arbeidsongeschikten*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.

Gaillard, A. (2003). *Stress, productiviteit en gezondheid*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.

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

Heuvel, F. van de e.a. (2004). *Evaluatie van de Leidraad 'Aanpak verzuim om psychische redenen' in de Thuiszorg en GGZ*. Hoofddorp: TNO Arbeid.

Hoff, S. & Wildeboer Schut, J.M. (2003). *De uitkering van de baan: Re-integratie van uitkeringsontvangers, ontwikkelingen in de periode 1992 – 2002*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.

Hoogduin, C.A.L. e.a. (1996). *Behandelingsstrategieën bij burnout*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Houtman, I.L.D., Schaufeli, W.B. & Taris, T. (red.) (2000). *Psychische vermoeidheid en werk*. Alphen aan de Rijn: Uitgeverij Samsom.

Houtman, I.L.D., Schoemaker, C.G., Blatter, B.M. (2002). *Psychische klachten, interventies en werkhervatting: de prognosestudie INVENT*. Hoofddorp: TNO Arbeid.

Jehoel-Gijsbers, G. (2007). *Beter aan het werk: Trendrapportage ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en werkhervatting*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.

Kant, IJ. (2007) *Structured Early Consultation with the Occupational Physician Reduces Sickness Absence Among Office Workers at High Risk for Long-Term Sickness Absence: a Randomized Controlled Trial*. Maastricht: Universiteit van Maastricht.

Klink, van der J.J.L. (red.) (1995). *Psychische problemen en de werksituatie. Handboek voor een actief sociaal-medische begeleiding*. Amsterdam: Nederlands Instituut voor de arbeidsomstandigheden NIA.

Klink, van der J.J.L. & Terluin, B. (2005). *Psychische problemen en werk. Handboek voor een activerende begeleiding door huisarts en bedrijfsarts*. Houten: Uitgeverij Bohn Stafleu van Loghem.

Knol, H.K. & Langius, S.W.T. (2002). *De Poortwachter*. Tiel: Uitgeverij Elsevier.

Kronenburg-Willems, E.J. & Pruijssers, N. (2006). *Antwoordenboek ziekte & re-integratie*. Alphen aan de Rijn: Kluwer.

Maslach, C., Marek, T. & Schaufeli, W.B. (1993). *Professional burnout. Recent developments in theory and research*. Bristol: Uitgeverij Taylor & Francis.

Piek, P. e.a. (2008) *Re-integratie van zieke medewerkers; feiten verklaringen en mogelijkheden*. Hoofddorp: TNO Kwaliteit van Leven.

Plug, J. (2006). *Gezond arbeidsbeleid. Een integrale benadering van verzuimpreventie en re-integratiemogelijkheden*. Soest: Uitgeverij Nelissen.

Rooij, L. de (2004). *Preventie ziekteverzuim, stress en burnout*. Soest: Uitgeverij Nelissen.

Schaufeli, W. (2007). *Burnout in discussie. De stand van zaken*. De Psycholoog, oktober 2007, 534-540.

Scheff, T.J. (2006). *Goffman unbound! A new paradigm for social science*. Boulder, Colorado: Paradigm Publishers.

Schmidt, A.J. (2001). *Overspanning: een zee van klachten of een bron van onderzoek?* Tijdschrift voor psychiatrie, 43-3, 141-149.

Sennett, R. (2000). *De flexibele mens. Psychogram van de moderne samenleving*. Amsterdam: Uitgeverij Byblos.

Spreeuwens, D. et.al. (2007). *Signaleringsrapport Beroepsziekten '07*. Amsterdam: Nederlands Centrum voor Beroepsziekten.

Verbraak, M.J.P.M. (red.) (2003). *Preventie van verzuim als gevolg van werkstress, burnout en overige psychische klachten*. Nijmegen: Cure & Care Publishers.

Vries, A. de et al. (2006). *Ik dacht; een weekje uitrusten en dan weer aan het werk. Een onderzoek naar de ervaringen van werkende vrouwen die op jonge leeftijd wegens psychische klachten in de WAO terechtwamen*. Harderwijk: Stichting WAHO.

Bijlagen



Bijlage 1 De belangrijkste punten van recent ziekteverzuim- en re-integratiebeleid

Wet Verbetering Poortwachter: 2002

De belangrijkste verplichtingen die de Wet Verbetering Poortwachter met zich meebrengt: (www.werkenaarvermogen.nl).

- De ziekte moet binnen een week zijn gemeld bij de arbodienst of de bedrijfsarts.
- Werkgever en arbodienst of bedrijfsarts houden minimaal elke zes weken contact met de zieke werknemer.
- Als de arbodienst of bedrijfsarts vermoedt dat het ziekteverzuim lang gaat duren, dan moet hij uiterlijk in de zesde week een probleemanalyse van de ziekte met een advies uitbrengen.
- Is werken aan herstel en re-integratie mogelijk en zinvol? Dan maken de werkgever en de werknemer uiterlijk in de achtste ziekteweek een plan van aanpak. Zij moeten een casemanager aanstellen die de uitvoering van het plan bewaakt.
- Men moet eerst werken aan re-integratie binnen het eigen bedrijf. Lukt dat niet, dan moet de werkgever zelf de re-integratie bij een andere organisatie in gang zetten en daarbij zo nodig een re-integratiebedrijf inschakelen.
- Na dertien weken meldt de werkgever het verzuim aan UWV (vanaf 1 juli 2008 wordt dit na 42 weken).
- Na een jaar ziekte is er een verplicht evaluatiemoment tussen werkgever en werknemer.
- Is de werknemer na twintig maanden nog niet aan de slag? Dan stellen werknemer en werkgever samen een re-integratie verslag op: wat is er concreet gedaan en bereikt en wat vinden ze daarvan?
- Als de werknemer een arbeidsongeschiktheidsuitkering aanvraagt, controleert UWV dit re-integratie verslag. Alleen als werknemer en werkgever zich genoeg hebben ingespannen om te voorkomen dat een uitkering nodig is, volgt de keuring voor het aanvragen van een WIA-uitkering.
- Als werkgever en werknemer beiden denken dat de werknemer met wat extra tijd alsnog terug zal kunnen keren naar de werkplek, dan kunnen ze aan het UWV vragen de keuring maximaal een jaar uit te stellen.

Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen (WIA): 2006

De belangrijkste veranderingen die de overgang van de WAO naar de WIA kenmerken (Kronenburg-Willems & Pruijssers, 2006, www.szw.nl).

- De periode van loondoorbetaling door de werkgever bij ziekte is verlengd van één naar twee jaar. Dit betekent dat werknemers en werkgevers langer geacht worden om samen naar een oplossing te zoeken bij langdurige ziekte.
- De WIA maakt onderscheid tussen enerzijds gedeeltelijk arbeidsgeschikt en anderzijds volledig en duurzaam arbeidsongeschikt, terwijl de WAO alleen een onderscheid kende in verschillende maten van arbeidsongeschiktheid.
- Gedeeltelijk arbeidsgeschikten vallen binnen de WIA onder de WGA regeling. (Werkhervatting Gedeeltelijk Arbeidsgeschikten). Alleen de mensen die volledig arbeidsongeschikt zijn verklaard met geen of zeer geringe kansen op herstel, komen in aanmerking voor een duurzame vaste uitkering, de IVA (Inkomensvoorziening Volledig Arbeidsgeschikten).
- De ondergrens om in aanmerking te komen voor een arbeidsongeschiktheidsuitkering is verhoogd van 15% loonsverlies tijdens de WAO naar 35% loonsverlies in de WIA.
- De re-integratie voorzieningen zijn uitgebreid.
- Het claimbeoordelingsproces in de WIA is strenger en de regels die de mate van arbeidsongeschiktheid bepalen, zijn verscherpt.
- Werkgevers met weinig zieke werknemers in dienst worden hiervoor beloond. Hoe minder werknemers (gedeeltelijk) arbeidsongeschikt raken, hoe lager hun premie voor de arbeidsongeschiktheidsverzekering.

Wet op de Re-integratie van Arbeidsgehandicapten

Het UWV heeft een aantal subsidies in het leven geroepen die het voor werkgevers aantrekkelijk maken om een medewerker met gezondheidsklachten in dienst te houden of aan te nemen. De belangrijkste subsidiemogelijkheden die zijn opgenomen in de Wet op de Re-integratie Arbeidsgehandicapten (REA):

- Als een werkgever een werknemer met een arbeidshandicap in dienst neemt, wordt tijdens de 'proeftijd' gedurende drie maanden de uitkering doorbetaald, en kan de werkgever in de eerste vijf jaar ziektegeld aanvragen als de betrokken arbeidsgehandicapte ziek mocht worden.
- De werkgever heeft recht op verschillende premiekortingen voor in dienst genomen arbeidsgehandicapten.
- Als de arbeidsgehandicapte medewerker niet 'normaal' productief is, dan kan de werkgever een tegemoetkoming in de loonkosten aanvragen.
- In een aantal gevallen verleent het UWV ook een tegemoetkoming in de kosten voor aanpassing van de werkplek van de arbeidsgehandicapte.

Richtlijn LESA van de NVAB: 2005

De belangrijkste punten van de richtlijn LESA:

- De klachten van een patiënt met overspanning betreffen doorgaans de werk en privé-situatie en hebben daarmee gevolgen voor zowel huisartsgeneeskundige als bedrijfsgeneeskundige zorg.
- Bij de aanpak van overspanning wordt uitgegaan van een best-practicemodel met gestructureerde zorg en een activerende begeleiding.
- De rollen van huisarts en bedrijfsarts zijn complementair ten opzichte van elkaar.
- Per patiënt en situatie kan gekozen worden voor een verschillende aanpak, zoals een gezamenlijke aanpak waarbij beiden beslissingen nemen op het eigen vakgebied, of een aanpak waarbij de ene discipline het gehele zorgtraject uitvoert en de andere discipline het traject in de gaten houdt en het verloop toetst.
- Bij overspanning moet bij de (gedeelde)zorg door huisarts en bedrijfsarts de continuïteit van zorg voor de patiënt worden gewaarborgd.

Bij de richtlijn wordt tevens een leidraad voor de tijdsduur van de verschillende fasen van het re-integratieproces gegeven:

- Na 3 weken moet de patiënt een oriëntatie hebben gekregen op zijn problemen
- Na 6 weken moet de patiënt de problemen daadwerkelijk in kaart hebben gebracht en moet er een oriëntatie zijn op mogelijke oplossingen.
- Na 9 weken moeten de oplossingen zijn uitgewerkt en moet er een oriëntatie zijn op toepassingen van de oplossingen.
- Na 12 weken moeten deze toepassingen grotendeels zijn gerealiseerd.

Bijlage 2: Itemlist interviews

Algemene informatie:

leeftijd, beroep, werkt iemand op dit moment? Op dit moment uitkering?

Informatie over de gezondheidsklachten:

Is er sprake van overspanning of burnout? Wanneer is iemand ziek geworden en hoe lang is iemand ziek (geweest)? Hoeveel heeft iemand tijdens de ziekteperiode gewerkt?

Ontstaan van de klachten:

Eerste symptomen, verloop van de klachten tot aan de ziekmelding.

Oorzaken van de klachten:

Belangrijkste oorzaken? Werkgerelateerdheid?

Reacties van de werkomgeving:

(van werkgever, leidinggevende, collega's. Hoe vaak contact in het begin? Wanneer naar de bedrijfsarts? Werden de klachten (h)erkend? Betrokkenheid?

Reacties van de sociale omgeving:

(van familie, vrienden, kennissen) Werden de klachten (h)erkend? Welk beeld had de omgeving van de oorzaken van de klachten?

Ervaringen met de bedrijfsarts:

Welke diagnose? Wat voor advies? Werden de klachten (h)erkend?

Ervaringen met de huisarts:

Welke diagnose? Wat voor advies? Werden de klachten (h)erkend? Contact en afstemming met bedrijfsarts?

Start re-integratietraject:

Na hoeveel tijd? Welke partijen waren betrokken? Uitgangspunten? Verloop? Communicatie? Betrokkenheid?

Re-integratie-inspanningen werknemer:

Ondernomen stappen om beter te worden? Welke hulpverlening? Motivatie?

Re-integratie-inspanningen werkgever:

Re-integratieplan en dossier? Opbouw werkzaamheden, aanpassingen werkplek, communicatie, betrokkenheid?

Steun vanuit sociale omgeving:

Veranderingen in thuissituatie en omgeving?

Evaluatie re-integratietraject:

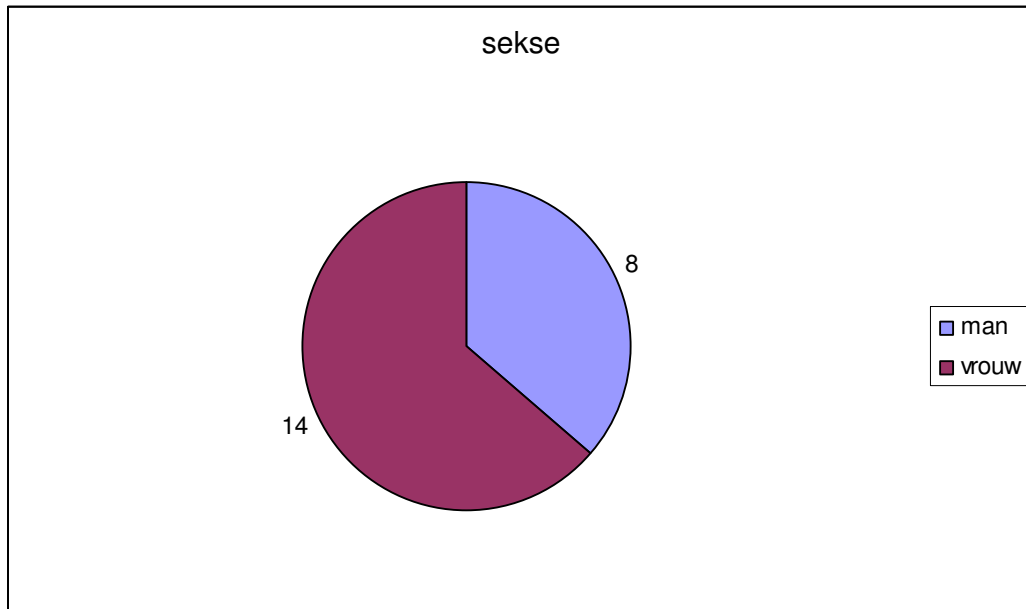
Resultaten? Communicatie werkgever, leidinggevende, bedrijfsarts? Evaluatie re-integratieplan?

Andere baan:

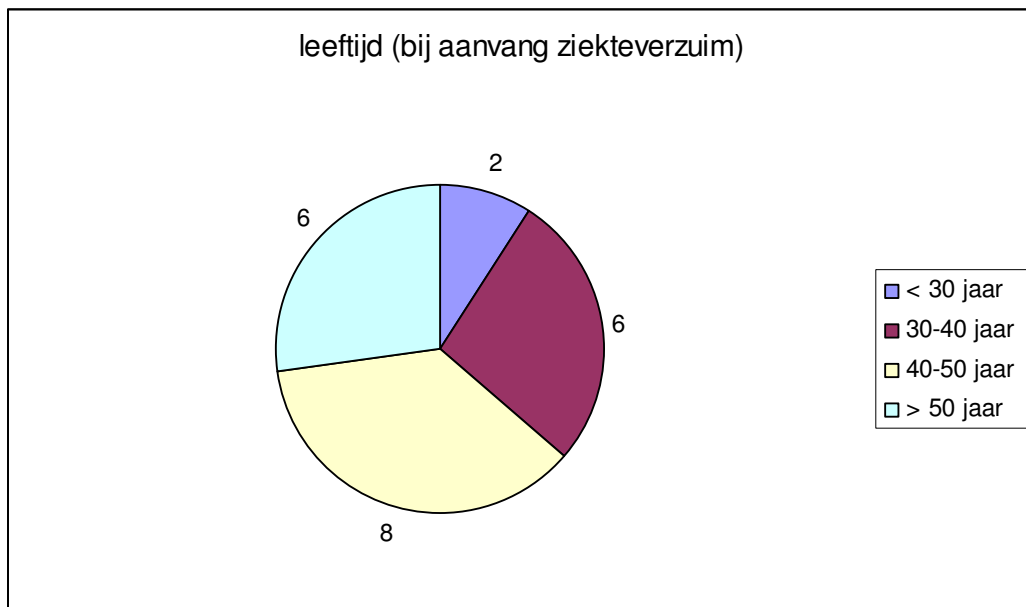
Gezocht? Gevonden? Hoe?

Bijlage 3: Samenstelling respondentengroep in grafieken

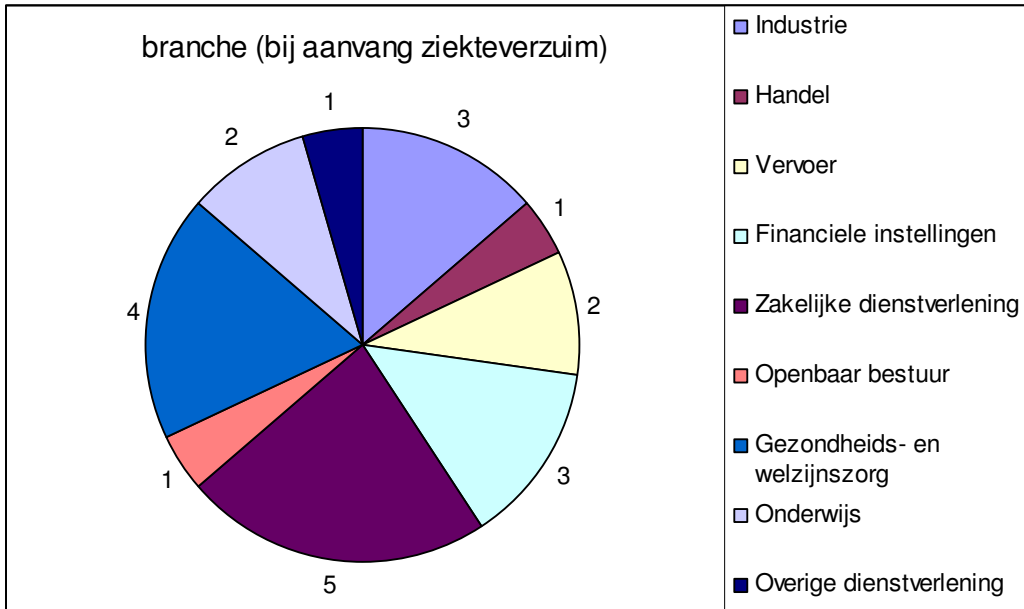
Verdeling respondenten naar sekse



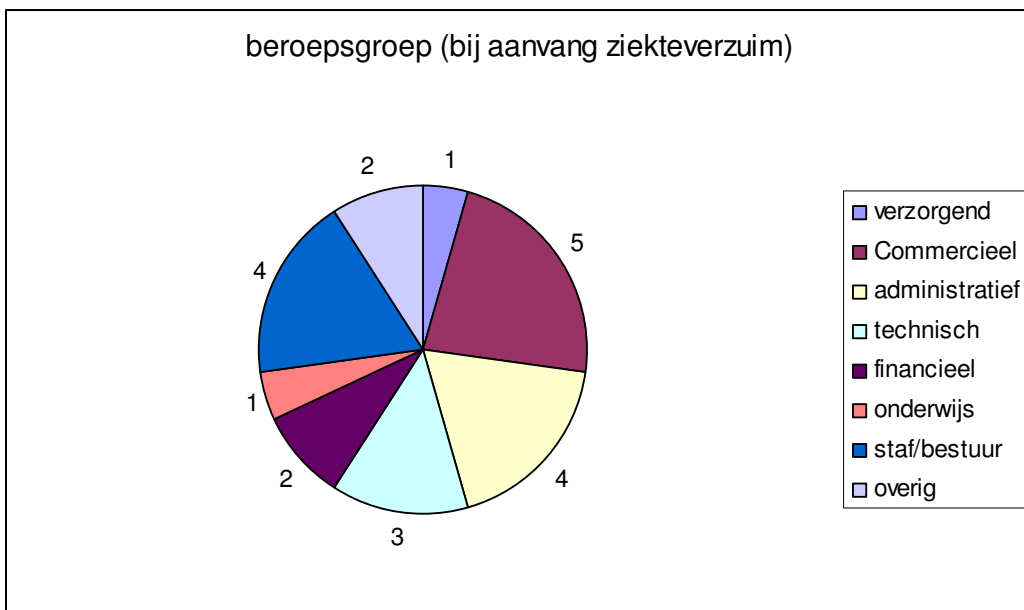
Leeftijd van respondenten bij aanvang ziekteverzuim



Branche waarin respondenten werkzaam waren bij aanvang ziekteverzuim



Beroepsgroep van respondenten bij aanvang ziekteverzuim



Werk- of uitkeringssituatie van respondenten (op het moment van het interview)

