



Universiteit Utrecht

Re-integratie: er zijn grenzen

Een onderzoek naar de invloed van de omgeving op de re-integratie van gedeeltelijk arbeidsongeschikte mannen en vrouwen met een WGA-uitkering.

Masterthesis Algemene Sociale Wetenschappen
Master Arbeid, Zorg en Welzijn: Beleid en Interventie

Franka Vendrig
Universiteit Utrecht
Juli 2010



Universiteit Utrecht

Re-integratie: er zijn grenzen

Een onderzoek naar de invloed van de omgeving op de re-integratie van gedeeltelijk arbeidsongeschikte mannen en vrouwen met een WGA-uitkering.

Universiteit Utrecht, faculteit Sociale Wetenschappen.
Algemene Sociale Wetenschappen
Master Arbeid, Zorg en Welzijn: Beleid en Interventie
Franka Vendrig
Studentnummer 0004995

Supervisie:

Dr. R. Abma

Drs. M. Dijkgraaf

Tweede beoordelaar:

Prof. dr. T. Knijn

Utrecht, juli 2010

Voorwoord

Deze masterthesis omvat een onderzoek naar de re-integratie van gedeeltelijk arbeidsongeschikte mannen en vrouwen met een WGA-uitkering en is een afsluiting van de master Arbeid, Zorg en Welzijn: Beleid en Interventie van de Universiteit Utrecht. Het onderzoek is tevens onderdeel van het onderzoeksproject ‘Langdurig ziek’ van het departement Algemene Sociale Wetenschappen van de Universiteit Utrecht, waar de interviews uit mijn onderzoek ook zullen worden gebruikt voor het onderzoeksproject.

Deze masterthesis zou op dit moment niet voor u liggen wanneer ik geen ondersteuning en medewerking had gekregen van diverse personen, die ik bij deze graag zou willen bedanken. Ten eerste de vijftien respondenten die ik bijna allemaal in de thuissituatie heb mogen interviewen. Ik wil ze heel erg bedanken voor hun gastvrijheid en openheid. Het waren pure, maar heftige verhalen waarbij je beseft hoe kostbaar en kwetsbaar je gezondheid en de sociale zekerheid zijn. Bovendien waardeer ik het dat de respondenten hun kostbare energie en tijd aan mij en het onderzoek wilden besteden. Een voorbeeld hiervan is een respondent die mede doordat ik haar kwam interviewen, niet ook nog in het weekend met haar dochter zou kunnen winkelen:

Het is wel zo dat je heel goed nadenkt voordat je dingen doet. Als mijn dochter vraagt of ik een dagje naar (plaats) kom om een dagje te shoppen, dan zeg ik heel leuk, maar eerst even kijken in mijn agenda wat er op mijn werk speelt. Zo had ik deze week een ouderavond en jou [interview], dan moet ik niet ook nog zaterdag dat soort grapjes uit gaan halen.

Een ander woord van dank is er voor mijn scriptiebegeleiders van de Universiteit Utrecht: Ruud Abma, Peter Bos en vooral Martha Dijkgraaf. Ik kon altijd bij hen terecht voor goede feedback, advies en om te sparren. Daarnaast wil ik ook mijn medestudenten uit het intervisiegroepje bedanken voor hun feedback.

Eén van de uitkomsten van dit onderzoek is dat diverse respondenten minder tijd besteden aan hun partner, vrienden en familie om genoeg energie te hebben om werk en de gezondheidssituatie te kunnen combineren. Ik kan uit eigen ervaring zeggen dat ook masterstudenten die aan een masterthesis werken hier minder tijd aan besteden! Via deze weg wil ik iedereen uit mijn ‘domein familie’ bedanken voor hun steun, begrip en geduld, ik zal er vanaf nu vaker voor jullie zijn!

Inhoudsopgave

Samenvatting	5
1. Inleiding.....	7
1.1 Probleemschets	7
1.2 Doelstelling onderzoek	9
1.3 Opbouw	10
2. Theoretische verkenning.....	11
2.1 Ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid in Nederland.....	11
2.1.1 Geschiedenis wetgeving	11
2.1.2 Huidige wetgeving	12
2.1.3 Re-integratie	14
2.2 Rollen en rolverdeling	16
2.3 Roltheorie	17
2.3.1 Relatie tussen werk en thuis	18
2.3.2 Ziekenrol	20
2.3.3 Onderzoeksmodel: domeinen en overgangen	21
2.3.4 Onderzoeksmodel: toepassing en afweging	23
3. Onderzoekopzet	27
3.1 Verwachtingen en hypothesen	27
3.2 Onderzoeksmethode	28
3.2.1 Onderzoeksstrategie	28
3.2.2 Populatie en samenstelling van de onderzoeksgroep	29
3.2.3 Data-analyse	29
3.3 Maatschappelijke en wetenschappelijke relevantie	30
3.4 ASW-verantwoording.....	31
4. Resultaten.....	33
4.1 Fase 1: uitval.....	34
4.2 Fase 2: langdurige uitval.....	35
4.3 Fase 3: re-integreren	37
4.4 Fase 4: beoordeling UWV	39
4.5 Fase 5: definitieve beoordeling UWV	41
4.6 Fase 6: keuzes na de beoordeling	41
4.6.1 Werken	42
4.6.2 Herstellen	43
4.6.3 Zoeken van werk	43
4.6.4 Nieuw werk	44
4.6.5 Begeleiding van het re-integratiebureau	46
4.7 Conclusie fases	48
4.8 Domein familie	48
4.9 Balans per domein	53

5. Conclusies.....	57
5.1 Terugkoppeling resultaten	57
5.2 Discussie	61
5.3 Aanbevelingen	62
6. Literatuur.....	63
7. Bijlagen.....	65
Bijlage 1: de re-integratieladder	65
Bijlage 2: activiteiten re-integratie	66
Bijlage 3: topiclijst voor respondenten met betaald werk	67
Bijlage 4: gegevens respondenten op moment van interviewen	72

Samenvatting

In 2006 is in Nederland de Wet Werk Inkomen naar Arbeidsvermogen (WIA) ingevoerd, een uitkering waarbij er van gedeeltelijk arbeidsongeschikten wordt verwacht dat zij werk verrichten voor het gedeelte dat zij arbeidsgeschikt zijn verkaart. Op deze manier kunnen gedeeltelijk arbeidsongeschikten tegelijkertijd een gezonde en een zieke werknemer zijn, omdat ze (gedeeltelijk) werken en ook gezondheidsklachten hebben. Toch lukt het niet iedere gedeeltelijk arbeidsongeschikte om te re-integreren naar de arbeidsmarkt en de re-integratie lijkt voor vrouwen moeilijker te verlopen dan voor mannen.

Dit onderzoek moet inzicht geven in de beleving van het re-integratieproces door gedeeltelijk arbeidsongeschikten en hoe verschillende omgevingen dit proces ondersteunen en/of belemmeren. Hierbij is gebruik gemaakt van verschillende roltheorieën, waaronder de ziekenrol van Parsons (1951) en de *work/family border theory* van Clark (2000). Aan de hand van deze theorieën is onderzocht hoe een gedeeltelijk arbeidsongeschikte zich als zieke en gezonde werknemer beweegt tussen de domeinen werk en familie en het toegevoegde domein WIA. Onder het domein WIA wordt de wetgeving, dienst- en hulpverlening die gerelateerd is aan de gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid verstaan, zoals het UWV en re-integratiebureaus. De resultaten en conclusies van het onderzoek zijn verkregen door middel van het interviewen van vijftien gedeeltelijk arbeidsongeschikte mannen en vrouwen. De hoofdvraag van dit onderzoek luidt: *hoe steunen en belemmeren de leden van de domeinen van werk, familie en WIA het proces van re-integratie van een gedeeltelijk arbeidsongeschikte werknemer?*

De grenzen van het domein WIA, gesteld door het UWV, functioneren als kaders die de grenzen van andere domeinen ook beïnvloeden. Hierdoor zijn gedeeltelijk arbeidsongeschikten afhankelijk van de beslissingen van het UWV en raken zij de regie kwijt over hun werk, inkomen en gezondheid, wat als een onprettige en ongezonde situatie wordt ervaren. Door de gezondheidsklachten van de gedeeltelijk arbeidsongeschikten en de vaak negatieve houding van werkgevers tegenover zieke werknemers, is het voor de gedeeltelijk arbeidsongeschikten bovendien moeizamer om het domein werk te betreden en hun rol als werknemer te vervullen. Er ontstaat er een situatie waarin er opnieuw een balans zal moeten worden gezocht. In deze zoektocht naar balans fungeert het domein familie als een onvoorwaardelijk steunpunt. Doordat het domein familie de meest flexibele grenzen heeft en

de partner zich bewust is van de andere domeinen accepteert de partner het wanneer er minder tijd en energie is voor het domein familie. De balans voor een gedeeltelijk arbeidsongeschikte in het proces van re-integratie kan bevorderd worden door bewustzijn en medewerking van de leden van de domeinen en het bieden van keuzes. Hierdoor kunnen gedeeltelijk arbeidsongeschikten de regie over de balans tussen werk, familie en gezondheid hervinden.

1. Inleiding

In dit hoofdstuk zal de aanleiding van het onderzoek naar de re-integratie van gedeeltelijk arbeidsongeschikten worden beschreven. Hierdoor zal duidelijk worden welk probleem de aandacht heeft gekregen in het onderzoek (§ 1.1) en met welke doelstelling het is onderzocht (§.1.2).

1.1 Probleemschets

U bent ziek; dat is een vervelende situatie. Meestal bent u na een paar dagen weer beter, maar het kan ook zijn dat u voor een langere tijd uitgeschakeld bent. Het is belangrijk dat u er alles aan doet om weer aan het werk te gaan. En het liefst zo snel mogelijk, want hoe langer u thuis blijft, hoe moeilijker het wordt om weer te beginnen. U heeft de verantwoordelijkheid om snel weer aan het werk te gaan. (Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen [UWV], 2008, p. 2)

Bovenstaand fragment is een weergave van de eerste zinnen uit de UWV-brochure 'Ik ben ziek. Wat nu?' Het geeft in een notendop de situatie weer waar mensen die ziek zijn mee geconfronteerd worden: ten eerste de vervelende situatie van de gezondheidsklachten en ten tweede een overheid die wil dat zij zo snel mogelijk weer aan het werk gaan. Parsons (1951) beschrijft dat bij ziekte mensen door henzelf en de omgeving (gedeeltelijk) ontheven worden van hun sociale verplichtingen, zoals werk, zodat zij zich kunnen richten op herstel. Ziek zijn en tegelijkertijd aan het werk zijn, lijkt vanuit dit oogpunt tegenstrijdig. Toch is het voor de overheid een speerpunt van beleid dat mensen die ziek zijn zo snel mogelijk weer aan het werk gaan en blijven. *Hoe komt de overheid tot dit beleidsstandpunt en hoe ervaren zieke mensen dit wanneer ze ermee te maken krijgen?*

Het arbeidsmarktbeleid van de Nederlandse overheid is erop gericht zoveel mogelijk mensen te laten participeren op de arbeidsmarkt. Zij probeert hierbij het arbeidspotentieel van de Nederlandse bevolking zoveel mogelijk te benutten als reactie op de ontgroening en vergrijzing (Van Echtelt & Hoff, 2008). Om de sociale zekerheid voor een vergrijzende bevolking te kunnen blijven bekostigen, is een economische groei en hoge arbeidsparticipatie volgens de overheid noodzakelijk voor de Nederlandse samenleving (Ministerie van Sociale

Zaken en Werkgelegenheid [SZW], 2008a, 2008b). Naast deze collectieve belangen zou het hebben van werk ook voor iemand als individu van belang zijn. Werkloosheid zou namelijk “mensen de kansen op zelfontplooiing, economische zelfstandigheid, maatschappelijke betrokkenheid en integratie” ontnemen (Ministerie van SZW, 2008a, p. 2). Het onbenutte arbeidspotentieel van arbeidsongeschikten is een speerpunt van het beleid van de Nederlandse overheid om de arbeidsparticipatie te verhogen.

Wanneer iemand te maken krijgt met gezondheidsklachten, kan dit gevolgen hebben voor de mogelijkheden tot arbeidsdeelname en eventueel leiden tot ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Dit brengt naast het onbenutte arbeidspotentieel ook kosten met zich mee voor de overheid in de vorm van uitkeringen en de gezondheidszorg (Van Echtelt & Hoff, 2008). Zo waren er in 2009 in totaal 604.069 lopende uitkeringen voor mensen die (gedeeltelijk) arbeidsongeschikt zijn verklaard (UWV, 2010).

Vanwege deze verschillende collectieve en individuele redenen probeert de overheid de gezondheid van langdurig zieken te verbeteren. De huidige opvatting is dat het (gedeeltelijk) oppakken van werk het beter worden bevordert en daarom wil de overheid deze mensen laten re-integreren naar de arbeidsmarkt. Op verschillende manieren wordt er gestimuleerd dat langdurig zieken toch een inkomen verdienen en hun capaciteit om te werken zoveel mogelijk inzetten (Ministerie van SZW, 2008a, 2008b).

In 2006 is de Wet Werk Inkomen naar Arbeidsvermogen (WIA) ingevoerd, waarbij de hoogte van de uitkering voor (gedeeltelijk) arbeidsongeschikten wordt bepaald door het percentage dat zij arbeidsongeschikt zijn verklaard (Gründemann, Smulders & Kwantes, 2007). Hierbij wordt door het UWV eerst vastgesteld wat de verdiencapaciteit is, dat wil zeggen “datgene wat zij gezien hun opleiding en ervaring zouden kunnen verdienen als zij niet beperkt zouden zijn geweest” (Nijhuis & Van Lierop, 2007, p. 177). Het percentage van arbeidsongeschiktheid geeft vervolgens weer in hoeverre de verdiencapaciteit van de uitkeringsgerechtigde in de huidige situatie niet meer verdiend zou kunnen worden als gevolg van zijn huidige beperkingen: het loonverlies (Gründemann et al., 2007; Ministerie van SZW, z.j.). De uitkeringsgerechtigden kunnen (en worden in een aantal gevallen door het UWV verplicht) meer inkomen verkrijgen door voor het gedeelte dat zij arbeidsgeschikt zijn verklaard betaald werk te verrichten (Gründemann et al., 2007). Op deze manier kunnen gedeeltelijk arbeidsongeschikten tegelijkertijd een gezonde en een zieke werknemer zijn, omdat ze (gedeeltelijk) werken en ook gezondheidsklachten hebben.

Toch lukt het niet iedereen om te re-integreren op de arbeidsmarkt en de verdiencapaciteit te behalen met betaald werk. Er zijn volgens Nijhuis en Van Lierop (2007)

verschillende factoren die het succes van een re-integratie beïnvloeden, waarbij zij onderscheid maken in persoonlijke, organisatorische en maatschappelijke factoren. Organisatorische factoren zijn onder meer de bereidheid van werkgevers om mee te werken aan re-integratie. De economie en het beleid rondom de sociale zekerheid zijn voorbeelden van maatschappelijke factoren die invloed hebben op re-integratie. Onder persoonlijke factoren verstaan Nijhuis en Van Lierop (2007) onder andere de motivatie en de mogelijkheden en onmogelijkheden van de langdurig zieke, maar ook sociaaldemografische factoren zoals sekse. Zo blijkt de kans op een succesvolle re-integratie voor vrouwen kleiner te zijn dan voor mannen (Nijhuis & Van Lierop, 2007).

Naar aanleiding van bovenstaande bronnen kan geconcludeerd worden dat de overheid haar burgers stimuleert om zoveel mogelijk te werken als dat de gezondheid toelaat. Niet iedere langdurig zieke slaagt erin om zijn verdien capaciteit te verdienen en de re-integratie lijkt voor vrouwen moeilijker te verlopen dan voor mannen. Dit roept de volgende vragen op: *hoe komt het dat niet alle gedeeltelijk arbeidsongeschikten succesvol kunnen re-integreren en hoe zijn de verschillen op dit gebied tussen mannen en vrouwen te verklaren?*

1.2 Doelstelling onderzoek

Met dit onderzoek wil ik bijdragen aan de kennis die er is in Nederland over de kansen van gedeeltelijk arbeidsongeschikten om te re-integreren, aangezien het welzijn van het individu en zijn omgeving en daarnaast de verzorgingsstaat afhankelijk zijn van arbeidsparticipatie (Van Echtelt & Hoff, 2008). Re-integratie is echter een complex proces, waarop diverse factoren van invloed zijn (Nijhuis & Van Lierop, 2007) en waarbinnen niet iedereen erin slaagt zijn verdien capaciteit te behalen. Het behalen van de verdien capaciteit en (waar mogelijk) het verbeteren van de gezondheid zijn voor de overheid de speerpunten voor een succesvolle re-integratie.

Door middel van mijn onderzoek wil ik juist de beleving van het re-integratieproces door de gedeeltelijk arbeidsongeschikten inzichtelijk maken, zodat duidelijk wordt wat er voor hen en hun omgeving centraal staat tijdens het proces van re-integreren en hoe mannen en vrouwen het overheidsbeleid ervaren. De nieuwe kennis over re-integratie en de rollen van verschillende omgevingen kan bijdragen aan de beleidsvorming en dienstverlening voor gedeeltelijk arbeidsongeschikten, waardoor er met meer kennis, inzicht en begrip door alle partijen gewerkt kan worden aan re-integratie.

Dit onderzoek is onderdeel van het onderzoeksproject ‘Het verbeteren van de integratie van zieke werknemers door aandacht voor hun dubbele rol’ van het departement

Algemene Sociale Wetenschappen van de Universiteit Utrecht. Binnen dit project wordt onderzocht hoe gedeeltelijk arbeidsongeschikten omgaan met hun dubbele rol van zieke en gezonde werknemer (Sol, Knijn & Frings-Dresen, 2007). In de eerste fase van het onderzoeksproject is in het voorjaar van 2009 een enquête gehouden onder gedeeltelijk arbeidsongeschikten. Het doel was erachter te komen welke factoren een rol spelen bij de motivatie en mogelijkheden om (weer) aan het werk te gaan en te blijven. Begin 2010 is de tweede fase van het onderzoeksproject van start gegaan, waarin met behulp van kwalitatieve interviews de rol van de werkomgeving, de institutionele en sociale omgeving bij re-integratie wordt onderzocht.

Mijn onderzoek valt binnen de kaders van de tweede fase van dit onderzoeksproject. Door de aandacht die er in mijn onderzoek wordt besteed aan de rol van de sociale omgeving en het combineren van werk en gezondheid, sluit mijn onderzoek goed aan op de bijdrage die het onderzoeksproject ‘Het verbeteren van de integratie van zieke werknemers door aandacht voor hun dubbele rol’ wil leveren.

1.3 Opbouw

In deze masterthesis is beschreven hoe de beleving van het re-integratieproces van gedeeltelijk arbeidsongeschikten is onderzocht en wat de uitkomsten hiervan zijn. In het volgende hoofdstuk zijn de theorieën en concepten die van belang zijn voor het onderwerp behandeld, die uiteindelijk hebben geleid tot een onderzoeksvraag. In hoofdstuk 3 is vervolgens uiteengezet hoe deze onderzoeksvraag is onderzocht, waarna de resultaten van het onderzoek uiteen zijn gezet in hoofdstuk 4. Ter conclusie zijn in hoofdstuk 5 de resultaten teruggekoppeld naar het theoretisch kader.

2. Theoretische verkenning

In de probleemschets van het vorige hoofdstuk zijn begrippen naar voren gekomen die een nadere uitleg behoeven, evenals de context waarbinnen het vraagstuk zich afspeelt. Daarom zal er eerst een overzicht gegeven worden van de wetgeving rondom ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid (§2.1). Hierna volgt een beschrijving over de relatie tussen gezondheid en rollen (§2.2). Vervolgens worden er verschillende theoretische benaderingen behandeld, die invalshoeken bieden waar vanuit het vraagstuk kan worden onderzocht, begrepen en verklaard (§2.3). Zo ontstaat er een breed beeld van verschillende benaderingen, dat uitmondt in de onderzoeksvraag.

2.1 Ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid in Nederland

Om de re-integratie van (gedeeltelijk) arbeidsongeschikten te kunnen onderzoeken, is het belangrijk eerst kennis te hebben van de huidige en vroegere wetgeving over dit onderwerp. Daarna zal re-integratie als begrip nader worden toegelicht.

2.1.1 Geschiedenis wetgeving

Het Nederlandse beleid rondom de sociale zekerheid was tot de jaren negentig vooral gericht op de bescherming tegen het risico van de financiële gevolgen van ziekte en werkloosheid door het verlenen van uitkeringen. De burger zou met deze maatregelen niet geactiveerd worden om aan het werk te komen en te blijven, aangezien men verzekerd was van een bepaald inkomen (De Koning, 2007). Binnen de wetgeving van de Ziektewet waren werknemers collectief verzekerd tegen de gevolgen van ziekteverzuim, waarbij werknemers en werkgevers samen de premie bijeenbrachten. Na een jaar ziekteverzuim werd beoordeeld of de zieke werknemer aanspraak kon maken op een uitkering vanuit de Wet op de Arbeidsongeschiktheids-verzekering (WAO) (Gründemann et al., 2007; Jehoel-Gijsbers, 2007).

Er werd echter zoveel gebruik gemaakt van de Ziektewet en de WAO, dat er een discussie ontstond over de betaalbaarheid en beheersbaarheid van deze voorzieningen. Veranderingen in het beleid waren noodzakelijk (Gründemann et al., 2007; Jehoel-Gijsbers, 2007). Gründemann et al. (2007) beschrijven dat de Ziektewet werkgevers niet stimuleerde om ziekteverzuim te voorkomen en aan te pakken, aangezien de financiële gevolgen van het hoge ziekteverzuim niet direct werden ervaren. Om deze redenen zijn vanaf eind jaren tachtig

de hoogte van de WAO-uitkering en de Ziektewet meerdere keren verlaagd en de voorwaarden voor het verkrijgen van deze uitkeringen verscherpt. De Wet Verbetering Poortwachter (WVP) in 2002 en de vervanging van de WAO door de WIA in 2006 zijn (voorlopig) de laatste beleidsmaatregelen in deze reeks van wijzigingen. Vanuit de WVP en WIA wordt er meer beroep gedaan op de eigen verantwoordelijkheid van de werknemer en werkgever door middel van het straffen en belonen van de wederzijdse inzet voor herstel en re-integratie. Deze straffende maatregelen omvatten onder meer het beboeten van werkgevers en het inhouden of verlagen van de uitkering voor de werknemer (Gründemann et al., 2007; Jehoel-Gijsbers, 2007).

Het accent ligt bij de WIA ook meer op de mogelijkheden van de werknemer in plaats van de onmogelijkheden als gevolg van de ziekte. Zo is er meer aandacht voor wat de werknemer nog zou kunnen betekenen op de arbeidsmarkt en wordt er geprobeerd dit arbeidspotentieel te activeren en te benutten (Gründemann et al., 2007; Jehoel-Gijsbers, 2007). Op deze wijze probeert de overheid de sociale zekerheid rondom ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid niet alleen te beheersen door de instroom te beperken, maar wordt er ook getracht herstel te bevorderen door het activeren van herstel en re-integratie op de arbeidsmarkt.

Samengevat is in de afgelopen twintig jaar de wetgeving rondom ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid drastisch veranderd. Er werd te veel gebruik gemaakt van de voorzieningen en de werkgevers en de werknemers voelden zich niet verantwoordelijk om ziekteverzuim aan te pakken. Door middel van nieuwe wetgeving (met straffen en beloningen) is de verantwoordelijkheid meer verschoven naar de werkgevers en de werknemers. Bovendien is er meer aandacht voor het verhogen van de arbeidsparticipatie en de mogelijkheden van de werknemer.

2.1.2 Huidige wetgeving

Wanneer een werknemer zich ziek meldt bij zijn werkgever is er sprake van ziekteverzuim. Als de werknemer langdurig ziek blijft, is de werkgever verplicht het loon van de werknemer gedurende twee jaar door te betalen, ook wanneer het ziekteverzuim veroorzaakt is buiten de werksituatie, zoals een sportblessure. De hoogte van deze zogenaamde loondoorbetalingsverplichting is minimaal zeventig procent van het laatstverdiende loon (Gründemann et al., 2007; UWV, 2008). Mensen die werkloosheidsuitkering ontvangen en dus geen werkgever hebben gedurende hun ziekteperiode, kunnen bij het UWV aanspraak maken op een Ziektewet-uitkering (UWV, 2008).

Werkgevers hebben een bedrijfsarts of arbodienst onder contract die voor hen beoordelen in hoeverre de zieke werknemer zijn werk kan uitvoeren. Naast de loondoorbetalingsverplichting vereist de WVP dat de werkgever en de werknemer bepaalde acties ondernemen, zoals het opstellen en uitvoeren van een plan van aanpak tot terugkeer naar het arbeidsproces. Wanneer één van de partijen zijn verplichtingen niet (voldoende) nakomt, kunnen er sancties vanuit het UWV volgen (Gründemann et al., 2007).

WIA

Na twee ziektejaren kan de zieke werknemer bij het UWV een WIA-uitkering aanvragen. Vanuit het UWV wordt de arbeidsongeschiktheid van de zieke werknemer vastgesteld, waarna de werknemer onder drie verschillende WIA-regelingen kan vallen, afhankelijk van de mate van arbeidsongeschiktheid en de kans op herstel. Het percentage van arbeidsongeschiktheid wordt berekend door het (theoretisch) verschil te bepalen tussen het oude en nieuwe loon dat de werknemer door zijn gezondheid zou kunnen verdienen.

Bij een hogere arbeidsongeschiktheid dan tachtig procent in combinatie met een kleine (of geen) kans op herstel vallen werknemers onder de Inkomensvoorziening Volledig Arbeidsongeschikten (IVA), waarbij zij 75 procent van het laatstverdiende loon als uitkering ontvangen. Werknemers die 35 procent of minder arbeidsongeschikt worden verklaard ontvangen geen WIA-uitkering (Gründemann et al., 2007; UWV, 2009, z.j.).

De tussenliggende groep, werknemers met een arbeidsongeschiktheid tussen 35 en 80 procent, kunnen aanspraak maken op de WIA-regeling Werkhervatting Gedeeltelijk Arbeidsongeschikten (WGA). Van deze werknemers wordt verwacht dat zij een gedeelte van hun inkomsten kunnen vergaren door betaald werk te verrichten voor het percentage dat zij arbeidsgeschikt zijn. Hoe meer zij werken, hoe meer inkomsten zij kunnen verkrijgen. Bovendien vallen werknemers die meer dan tachtig procent arbeidsongeschikt zijn verklaard, maar (in tegenstelling tot IVA-uitkeringsgerechtigden) wel een kans op herstel hebben, ook onder de WGA-regeling. Zij hoeven niet te werken, maar het UWV verwacht dat zij dit in de toekomst mogelijk wel weer kunnen (Gründemann et al., 2007; UWV, 2009, z.j.).

WGA

Dit onderzoek heeft alleen betrekking op mensen die tussen de 35 en 80 procent arbeidsongeschikt zijn verklaard en hiervoor een WGA-uitkering ontvangen, aangezien het UWV van deze uitkeringsgerechtigden verwacht dat zij (gedeeltelijk) kunnen werken. In 2009 hebben er volgens het UWV 15.714 mensen een WGA-uitkering ontvangen omdat zij tussen

de 35 en 80 procent arbeidsongeschikt zijn verklaard. Hiervan zijn er 4767 mensen nieuw ingestroomd en 659 mensen uitgestroomd (UWV, 2010). Er zijn geen gegevens beschikbaar over het aantal mannen en vrouwen met deze uitkering.

De WGA-uitkering heeft drie verschillende soorten uitkeringen: de loongerelateerde uitkering, loonaanvullingsuitkering en vervolgutkering. Deze soorten uitkeringen verschillen in hoogte en duur van de uitkering en de verwachtingen met betrekking tot werk. Wanneer iemand een WGA-uitkering krijgt toegewezen, is dit doorgaans in eerste instantie een loongerelateerde uitkering. Dit is een tijdelijke uitkering waarvan de hoogte gerelateerd is aan het loon dat iemand verdiende voor de ziekmelding (tot 75 procent van dit loon). De duur van deze uitkering is afhankelijk van het arbeidsverleden. Gedurende de tijd dat deze uitkering is toegekend, kan er meer inkomen worden verkregen door betaald werk. Het UWV bepaalt of iemand verplicht is in deze periode werk te zoeken en uit te voeren, door bijvoorbeeld een sollicitatieplicht op te leggen (UWV, 2009, z.j.).

Na afloop van de loongerelateerde uitkering kan iemand een loonaanvullingsuitkering of vervolgutkering verkrijgen (zolang men gedeeltelijk arbeidsongeschikt is verklaard), afhankelijk van in welke mate iemand zijn verdien capaciteit behaalt. Indien iemand de helft of meer van zijn verdien capaciteit verdient door het uitvoeren van betaald werk, heeft hij of zij recht op de loonaanvullingsuitkering. De hoogte van deze uitkering is zeventig procent van het vroegere loon, waarvan zeventig procent van de verdien capaciteit wordt afgetrokken. Door minimaal de helft van de verdien capaciteit te verdienen, kunnen de inkomsten worden verhoogd en behoudt men het recht op deze uitkering. Slaagt iemand er niet in om de helft van de verdien capaciteit te verdienen, dan krijgt diegene een vervolgutkering. Deze uitkering is niet gerelateerd aan het vroegere loon, maar aan het minimumloon en de hoogte van deze uitkering is daarmee lager dan die van de loonaanvullingsuitkering (UWV, 2009, z.j.).

Door deze verschillende WGA-uitkeringen is het mogelijk dat een gedeeltelijk arbeidsongeschikte na afloop van de loongerelateerde uitkering regelmatig wisselt tussen de loonaanvullings- en vervolgutkering, afhankelijk van de inkomsten uit betaald werk. Op deze wijze hoopt de overheid te stimuleren dat gedeeltelijk arbeidsongeschikten zoveel mogelijk werken en verdienen.

2.1.3 Re-integratie

Het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) omschrijft de doelstelling van re-integratie als “uitstroom naar regulier werk van die uitkeringsgerechtigden en werklozen die dat op eigen kracht niet kunnen. Re-integratie richt zich daarbij zowel op het verkleinen

van de afstand tot regulier werk (een stapje hoger op de re-integratieladder¹) als op de uitstroom naar regulier werk” (Ministerie van SZW, 2008b, p. 4). Re-integratie is een onderdeel van het activerende arbeidsmarktbeleid van de overheid en omvat diverse activiteiten waaronder scholing en het opdoen van werkervaring. Deze activiteiten kunnen worden uitgevoerd door het UWV of worden uitbesteed aan re-integratiebureaus. Per persoon kan een re-integratietraject verschillend zijn, aangezien het de opzet is dat dit traject wordt samengesteld aan de hand van de behoefte en de situatie van het individu, zoals de afstand tot de arbeidsmarkt (Ministerie van SZW, 2008b). Om een overzicht te bieden van het aanbod en de inzet van re-integratieactiviteiten heeft de Raad voor Werk en Inkomen (2008) de activiteiten van re-integratiebureaus geclusterd in zeven verschillende categorieën, waarbij de indeling is gebaseerd op de frequentie van het gebruik van deze activiteiten door de bedrijven en de meest toegepaste activiteit bovenaan staat (zie ook bijlage 2 voor een uitgebreidere toelichting):

1. ‘toeleiding en begeleiding (bijv. beroepsoriëntatie en trainingen)
 2. gezondheid, interventie en diagnose (bijv. behandeling en therapie)
 3. activering, randvoorwaarden (bijv. vrijwilligerswerk en schuldhulpverlening)
 4. werk (bijv. gesubsidieerd werk)
 5. her-, om- en bijscholing
 6. inburgering
 7. overig’ (bijv. conflictbemiddeling)
- (RWI, 2008, p.95).

Re-integratie is aldus een breed begrip, waarbij het proces van terugkeer naar werk van een uitkeringsgerechtigde centraal staat. Hierbij zijn de definities die hierboven zijn beschreven niet specifiek gericht op (gedeeltelijk) arbeidsongeschikten, maar ook van toepassing op onder andere bijstandsgerechtigden of werklozen. Nijhuis en Van Lierop (2007) zien re-integratie in de specifieke context van (gedeeltelijk) arbeidsongeschikten als “alle activiteiten gericht op de beïnvloeding van een optimale afstemming van de mogelijkheden van werknemers die dreigen uit te vallen of uitgevallen zijn vanwege een ziekte of beperking en herplaatst moeten worden in een (mogelijke) functie of arbeidssituatie. Deze herplaatsing kan zowel bij de oude als een nieuwe werkgever zijn” (Nijhuis & Van Lierop, 2007, p. 170).

¹ De re-integratieladder is een methode die onder meer door gemeenten wordt gebruikt om te bepalen welke re-integratieinstrumenten worden ingezet, afhankelijk van de afstand die een persoon heeft tot de arbeidsmarkt. Zie bijlage 1 voor een toelichting van de treden en instrumenten.

Langdurig zieken die (gedeeltelijk) arbeidsongeschikt zijn verklaard staan volgens Nijhuis en Van Lierop (2007) op grote afstand van de arbeidsmarkt en de re-integratie van deze mensen is er op gericht om henzelf, de sociale omgeving en de werkgever te laten denken in mogelijkheden in plaats van onmogelijkheden. Vervolgens wordt er onderzocht hoe deze mogelijkheden aan kunnen sluiten bij een functie. Het inzichtelijk maken van de mogelijkheden, de afstemming en de uiteindelijke plaatsing wordt omschreven als het proces van arbeidsre-integratie (Nijhuis & Van Lierop, 2007).

In de probleemschets is omschreven dat vrouwen een kleinere kans hebben op een succesvolle re-integratie dan mannen. De Rijk, Van Lierop, Janssen en Nijhuis (2002) concluderen na kwantitatief onderzoek naar de re-integratie van mannen en vrouwen na een jaar ziekteverzuim, dat de rolverdeling in de thuissituatie van invloed is op de re-integratie van mannen en vrouwen. Bij vrouwen biedt de partner door het ziekteverzuim vaker hulp aan, zoals het overnemen van taken in het huishouden. Hoe meer hulp de partner van de vrouw biedt, hoe kleiner de kans op werkhervatting zou zijn. Mannen die ziek waren gingen juist zelf meer in het huishouden doen, wat hun kansen ook verminderde. De Rijk et al. (2002) kunnen vanuit hun onderzoek geen verklaring geven voor deze relatie. Als mogelijke reden voor dit verschil in taakverdeling beschrijven zij dat vrouwen angstig zijn dat hun gezondheidsklachten mogelijk verergeren door werkhervatting, waardoor zij een groter beroep moeten doen op hun partner (De Rijk et al., 2002).

Er is dus een mogelijke relatie tussen de taak- en rolverdeling van partners in de thuissituatie en de kans op een succesvolle re-integratie. Deze verdeling lijkt te wijzigen tijdens het proces van re-integratie. Bovendien kwam in de probleemschets naar voren dat gedeeltelijk arbeidsongeschikten gedurende dit proces worden geconfronteerd met de dubbele rol van de gezonde en zieke werknemer. In de volgende paragrafen zal er om deze redenen dieper worden ingegaan op de betekenis van rollen en rolverdeling in de thuis- en werksituatie.

2.2 Rollen en rolverdeling

Steeds meer mensen proberen meerdere taken in hun leven te combineren zoals betaald en onbetaald werk en vrije tijd. Hierdoor vervullen mensen in het dagelijks leven verschillende rollen in hun werk- en thuissituatie van bijvoorbeeld partner, ouder, kind en werknemer. Mensen zoeken naar balans in de invulling en verdeling van hun rollen (Breedveld & Van den

Broek, 2002). Breedveld en Van den Broek (2002) bekijken deze rollen in relatie tot psychische vermoeidheid en klachten zoals stress en burn-out.

Naar aanleiding van een onderzoek naar de tijdsbesteding van de Nederlandse bevolking, concluderen Breedveld en Van den Broek (2002) dat mannen tijdsdruk ervaren in de zin van tijdsbeslag, terwijl vrouwen voornamelijk tijdsdruk in de vorm van een gejaagd gevoel ervaren. De onderzoekers opperen als verklaring voor deze verschillende ervaring van tijdsdruk dat vrouwen meer dan mannen te maken hebben met de negatieve gevolgen van het combineren van werk en zorg. Vrouwen hebben in vergelijking tot mannen meer verschillende taken en nemen naast de uitvoering ook vaak de verantwoordelijkheid hiervan op zich. Vrouwen zouden een gevarieerdere dagindeling hebben en op deze manier meer overgangen hebben tussen verschillende taken en rollen. Doordat de rollen van moeder en werknemer dusdanig kunnen verschillen in taken, eisen en verantwoordelijkheden, kunnen de overschakelingen en het (willen) dienen van alle belangen veel eisen van een persoon. Deze overschakelingen zouden een mogelijke verklaring kunnen zijn voor het vaker voorkomen van burn-out bij vrouwen (Breedveld & Van den Broek, 2002).

Wanneer iemand gedeeltelijk arbeidsongeschikt is verklaard, kan aan het rijtje van rollen de dubbele rol van de zieke werknemer worden toegevoegd: de zieke en de arbeidsgeschikte werknemer. Vanuit de WGA-regeling wordt van gedeeltelijk arbeidsongeschikten verwacht dat zij hun verdiencapaciteit behalen. Op deze manier kan een gedeeltelijk arbeidsongeschikte werknemer in de situatie terechtkomen waarbij het (gedeeltelijk) werken wordt gecombineerd met periodes van rust en het werken aan gezondheid door bijvoorbeeld het volgen van therapie. De overheid verwacht van de zieke werknemer dat hij aan zijn gezondheid werkt en van de arbeidsgeschikte werknemer dat hij werkt naar vermogen en behoren. *Wat is de invloed van deze extra rol (naast de andere rollen) op de re-integratie van gedeeltelijk arbeidsongeschikten?* Om deze vraag te kunnen onderzoeken, zal de roltheorie worden gebruikt om het onderwerp te bekijken en te begrijpen.

2.3 Roltheorie

De dubbele rol van de zieke en arbeidsgeschikte werknemer en de andere rollen die gedeeltelijk arbeidsongeschikten kunnen hebben in hun leven, kunnen worden bestudeerd vanuit de roltheorie. Kahn, Wolfe, Quinn en Snoek introduceerden in 1964 een theorie van roldynamiek, waarbij ze de rol van werknemer binnen een organisatie beschrijven. Binnen een organisatie bestaat de basis van een rol uit een aantal activiteiten, zoals het uitvoeren van

de taken van de functie. Deze rol van werknemer bestaat uit concepten zoals rolverwachtingen, roldruk, rolgedrag en hierdoor voorspelbaar en afhankelijk gedrag voor de organisatie (Kahn et al., 1964). Wanneer iemand het idee heeft dat er vanuit één of meerdere rollen verschillende verwachtingen zijn of druk wordt uitgeoefend, kan er een rolconflict ontstaan, wat gepaard kan gaan met stress (Kahn et al., 1964).

Kahn et al. (1964) maken onderscheid tussen verschillende soorten rolconflicten: intra-zenderconflict, inter-zenderconflict en interrolconflict. Bij een intra-zenderconflict zijn verschillende verwachtingen van de omgeving van dezelfde rol niet of moeilijk verenigbaar (Kahn et al., 1964). Een voorbeeld hiervan is een werkgever die van zijn werknemers verlangt dat zij een gestandaardiseerd product afleveren, terwijl hij tegelijkertijd creativiteit van de werknemers verwacht. Het tweede soort rolconflict, het inter-zenderconflict wordt veroorzaakt door verschillende personen uit de omgeving die tegenstrijdige verwachtingen van dezelfde rol hebben. Hier is sprake van wanneer een manager van zijn leidinggevende een afdeling strak moet leiden, terwijl zijn team van de manager verwacht dat hij hen vrijheid en ruimte biedt. Bij het interrolconflict ten slotte ontstaat er wrijving tussen de verschillende rollen die een persoon vervult: de verwachting of de druk van de ene rol is in conflict met die van een andere rol (Kahn et al., 1964). Een werkgever kan bijvoorbeeld van een werknemer verlangen dat hij overuren maakt, terwijl zijn partner verwacht dat hij op tijd thuis is voor het gezin.

2.3.1 Relatie tussen werk en thuis

Diverse onderzoekers passen de roltheorie toe in het bestuderen van de relatie tussen de werk- en thuissituatie: de thuis-werkinterferentie en werk-thuisinterferentie (Bekker, 1999, 2007; Clark, 2000; Greenhaus & Beutell, 1985; Marks, 1977; Peeters & Heiligers, 2007). Deze concepten omvatten het proces waarbij “aspecten van de werk- en thuissituatie elkaar wederzijds op dusdanige manier beïnvloeden dat emoties, cognities, en/of gedragingen in het ene domein van invloed zijn op de emoties, cognities en/of gedragingen in het andere domein” (Peeters & Heiligers, 2007, p. 304). Deze interferenties kunnen in beide richtingen lopen en door de persoon zelf positief of negatief worden beoordeeld (Peeters & Heiligers, 2007). Zo wordt bij thuis-werkinterferentie het functioneren van een werknemer op het werk bijvoorbeeld negatief beïnvloed doordat zijn partner ernstig ziek is. Andersom kan de werksituatie invloed hebben op de thuissituatie, bijvoorbeeld als iemand door een slecht verlopen beoordelingsgesprek vervolgens thuis slecht gehumeurd is.

Het combineren van familie- en werkrollen kan volgens Greenhaus en Beutell (1985) leiden tot drie verschillende soorten conflicten. Ten eerste kan er een schaarste aan tijd ontstaan, wanneer iemand verschillende rollen heeft. De tijd die iemand besteedt aan zijn rol als werknemer, kan hij niet besteden aan zijn rol als vader. Een spanning tussen de belangen is een tweede soort conflict, waarbij de stress die het vervullen van een bepaalde rol oplevert, een negatieve invloed heeft op de vervulling van een andere rol. Hierdoor heeft iemand bijvoorbeeld geen energie meer over voor de thuissituatie, omdat het werk zoveel van hem vergt. Het laatste soort conflict ten slotte, het onverenigbare gedrag van de rollen, kan voorkomen wanneer het gedrag van een bepaalde rol in conflict is met het verwachte gedrag van een andere rol (Greenhaus & Beutell, 1985). Het kan bijvoorbeeld lastig zijn over te schakelen van het gedrag van liefhebbende vader naar autoritaire leidinggevende.

Naast de opvatting dat het combineren van rollen problematisch kan zijn en de schaarse energie van de mens opslokt, zijn er ook diverse theorieën over de positieve invloed van het combineren van rollen. Marks (1977) had kritiek op de rolconflicttheorieën, onder andere omdat zij het beeld schetsten van een mens die de energie uit zich laat onttrekken door de verschillende eisen van zijn rollen. Dit is volgens hem te deterministisch gesteld; mensen zouden zelf kunnen bepalen waaraan, hoe en in welke mate zij hun eigen energie besteden. Doordat een mens zijn eigen keuzes kan maken, zou het combineren van meerdere rollen mogelijk zijn en zelfs energie kunnen opleveren: de rolexpansietheorie (Marks, 1977). Een voorbeeld hiervan is een vrouw die vindt dat zij haar rol als moeder beter kan vervullen wanneer zij werkt naast het moederschap en haar aandacht daardoor ook op andere dingen kan richten. Deze positieve benadering van het combineren van de werk- en thuissituatie is steeds meer onderwerp van onderzoek (Peeters & Heiligers, 2007). Zo zou de thuiswerkinterferentie in onderzoek vaker positief dan negatief worden beoordeeld (Geurts & Demerouti, 2003).

Na de negatieve en de positieve invloed van het combineren van rollen op de gezondheid, wordt er nu ook aandacht besteed aan de kwaliteit van de afzonderlijke rollen. Bekker (1999) omschrijft de kwaliteit van een rol als “de mate van balans tussen de zorgen die met een bepaalde rol verbonden kunnen zijn enerzijds, en de beloningen inherent aan die rol anderzijds. Hoe lonender en hoe minder belastend de afzonderlijke rollen, des te meer welbevinden, is het uitgangspunt” (Bekker, 1999, p. 11). Bij een hoge kwaliteit van een rol,

zou deze mogelijk een beschermende werking kunnen hebben tegen de stress die een andere rol oplevert (Bekker, 1999).

Ook de invloed van andere factoren zoals individuele verschillen (bijvoorbeeld sekse), gezins- en werksituatie komen aan bod bij diverse onderzoeken. Volgens Bekker (2007) zijn er diverse factoren die positieve en negatieve invloed hebben op de gezondheid bij het combineren van zorg en werk. Het is medeafhankelijk van “persoonsgebonden, zorggebonden, werkgebonden en partnergebonden factoren” (Bekker, 2007, p. 419), zoals de instelling van de persoon zelf en de partner. De combinatie van al deze factoren heeft invloed op de balans en uiteindelijk de gezondheid van de persoon (Bekker, 2007). Dit komt overeen met de conclusies van Geurts en Demerouti (2003) en Clark (2000): de positieve en de negatieve gevolgen van het combineren van rollen kunnen niet meer los van elkaar worden gezien (Geurts & Demerouti, 2003), evenals de richting van beïnvloeding: de werk- en thuissituatie beïnvloeden elkaar en moeten in relatie met elkaar begrepen worden (Clark, 2000).

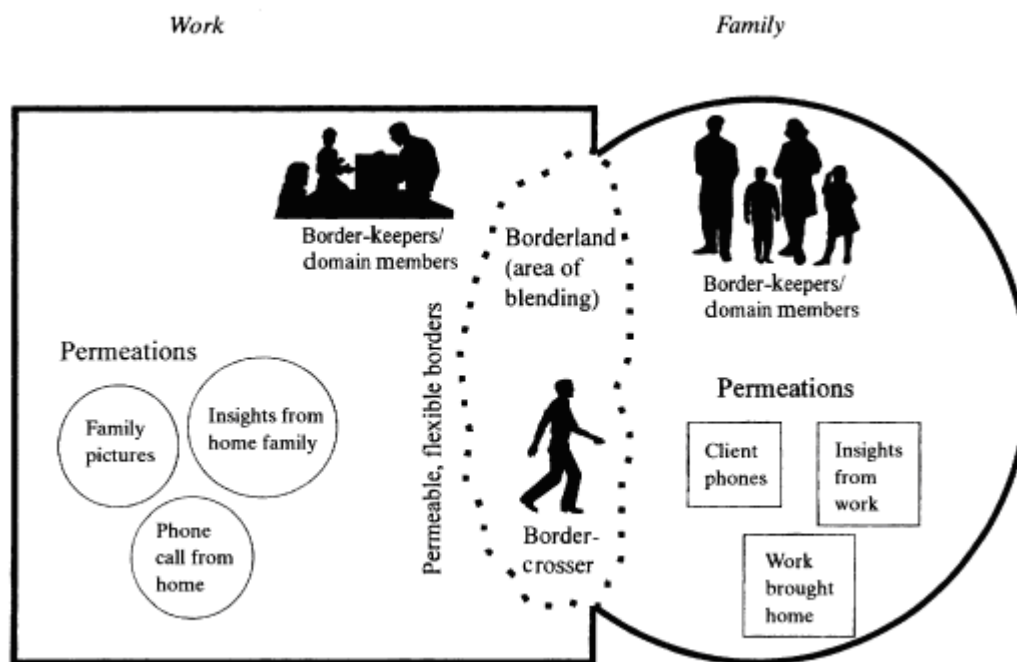
2.3.2 Ziekenrol

De bovenstaande theorieën gaan voornamelijk in op de rollen van werknemer, partner en ouder. In dit onderzoek is juist de rol van zieke de aanleiding voor het onderzoek, maar in de roltheorie wordt de werk- en thuissituatie niet in relatie gebracht met de (dubbele) rol van de zieke werknemer. De ziekenrol is echter wel beschreven in een theorie van Parsons (1951), waarbij hij vier verschillende geïnstitutionaliseerde rolverwachtingen beschrijft: het recht op de ontheffing van de gewoonlijke sociale rollen, het recht op verzorging waarvoor de zieke geen verantwoordelijkheid heeft, de plicht om ziek zijn als een ongewenste situatie te zien en beter te willen worden en ten slotte de plicht tot het invoeren van deskundige hulp om beter te worden. Aangezien de samenleving verwacht dat een volwassene werkt, wijkt hij af wanneer hij niet werkt. Een ziekenrol is daarbij een legitieme invulling en rechtvaardiging van het niet werken, waarbij er verwacht wordt dat de zieke zich verplicht voelt om beter te worden (Parsons, 1951).

Naast de ziekenrol is er ook de rol van de arts met bijbehorende rolverwachtingen. Hij behoort zich op te stellen als een objectieve, professionele expert die het welzijn van zijn patiënt als prioriteit heeft (Parsons, 1951). De afzonderlijke rol van zieke en de bijbehorende verwachtingen zijn op deze manier goed te plaatsen binnen de vergelijking van de verschillende rollen die een gedeeltelijk arbeidsongeschikte heeft.

2.3.3 Onderzoeksmodel: domeinen en overgangen

Om de rollen in de werk- en thuissituatie te onderzoeken, zijn er verschillende theoretische modellen te gebruiken die afgeleid zijn van meer algemene sociologische theorieën of stressmodellen (Geurts & Demerouti, 2003). De *work/family border* theorie van Clark (2000) is hier een voorbeeld van. Volgens haar theorie zijn werk en familie twee verschillende domeinen, waarvan mensen dagelijks de grenzen oversteken (als zogenaamde *border-crossers*). De centrale concepten van haar theorie zijn domeinen, grenzen, *border-crossers* en *border-keepers*. Zie figuur 2.1 voor een weergave van deze uitgangspunten van de theorie.



Figuur 2.1. Work/family border theory van Clark (2000, p. 754).

Domeinen

De domeinen werk en familie hebben volgens Clark (2000) elk hun eigen cultuur in de vorm van normen en waarden, verwachtingen, taal en gedrag en mensen proberen deze twee domeinen in balans te houden. Balans wordt gezien als “*satisfaction and good functioning at work and at home, with a minimum of role conflict*” (Clark, 2000, p. 751). De domeinen werk en familie kunnen van elkaar verschillen op het gebied van doelen en middelen. Zo kan iemand zijn werk ervaren als een manier om inkomen te verkrijgen, terwijl hij in zijn familie relaties en geluk vindt, waardoor de doelen van de domeinen verschillend zijn. Door de wijze waarop deze doelen worden bereikt binnen een domein, ontstaat er een cultuur van verwachte gedragingen en gedachtegangen. “*Cultures in organizations like workplaces and families are a collection of means of rules about which means take priority*” (Clark, 2000, p. 754).

Culturen, middelen en doelen van de domeinen kunnen echter ook overeenkomsten met elkaar hebben. Mensen kunnen de verschillende domeinen integreren of juist segmenteren. Iemand kan het idee hebben op het werk dezelfde persoon te zijn als thuis, terwijl andere mensen zich in elk domein anders gedragen. Clark (2000) is van mening dat de juiste mate van integratie of segmentatie voor elke persoon anders is en afhankelijk van is van de behoeften van de persoon. Balans kan verkregen worden door de twee domeinen duidelijk te scheiden en binnen beide domeinen verschillende doelen te bereiken. Voor anderen is balans het tegenovergestelde: de integratie van beide domeinen.

Grenzen

De grenzen van de domeinen markeren het begin en het einde van een domein. Er zijn drie verschillende typen grenzen: fysiek, tijdelijk en psychologisch. Een fysieke grens is bijvoorbeeld het kantoor en het huis van een persoon, het geeft de plek aan waar het bijbehorende domeingedrag vertoond kan worden. De tijdelijke grens geeft vervolgens aan wanneer dit kan gebeuren, zoals vaste werktijden van negen tot vijf. Psychologische grenzen zijn ten slotte de gedragsregels over welk gedrag waar en wanneer vertoond en ervaren kan worden (Clark, 2000).

Mensen kunnen invloed uitoefenen op de aard van de domeinen en de grensovergang en worden tegelijkertijd ook beïnvloed door de domeinen: er is een wisselwerking. Als gevolg van de flexibiliteit en de doorlaatbaarheid van grenzen is het mogelijk dat domeinen elkaar gaan overlappen. Thuiswerken is een voorbeeld van een situatie waarbij de domeinen werk en familie elkaar gaan overlappen. De grensovergang kan verschillend worden ervaren, afhankelijk van de verschillen tussen de domeinen en de persoonlijke interpretatie hiervan. Wanneer de domeinen veel van elkaar verschillen, zou een strikte grens de balans faciliteren, evenals een zogenaamd zwakke grens zou aansluiten op domeinen met veel overeenkomsten (Clark, 2000).

Border-crossers

Zoals in de vorige alinea is beschreven hebben *border-crossers* de mogelijkheid invloed uit te oefenen op de domeinen en de grenzen, aangezien zij voor een gedeelte ook zelf deze grenzen en domeinen creëren. Clark (2000) beschrijft het beïnvloeden als participatie. Wanneer *border-crossers* de vrijheid en de vaardigheid hebben om invloed uit te oefenen, geeft hen dit meer keuzes, wat vervolgens het bereiken van balans vergemakkelijkt. Zo geven flexibele werktijden een werknemer de gelegenheid om de tijdsindeling van werk en thuis op elkaar af

te stemmen. Bovendien is de identificatie met de verwachtingen van een domein een ander belangrijk onderdeel van participatie. Hoe meer iemand zich identificeert met een domein, hoe meer invloed hij zelf wil en kan uitoefenen (Clark, 2000).

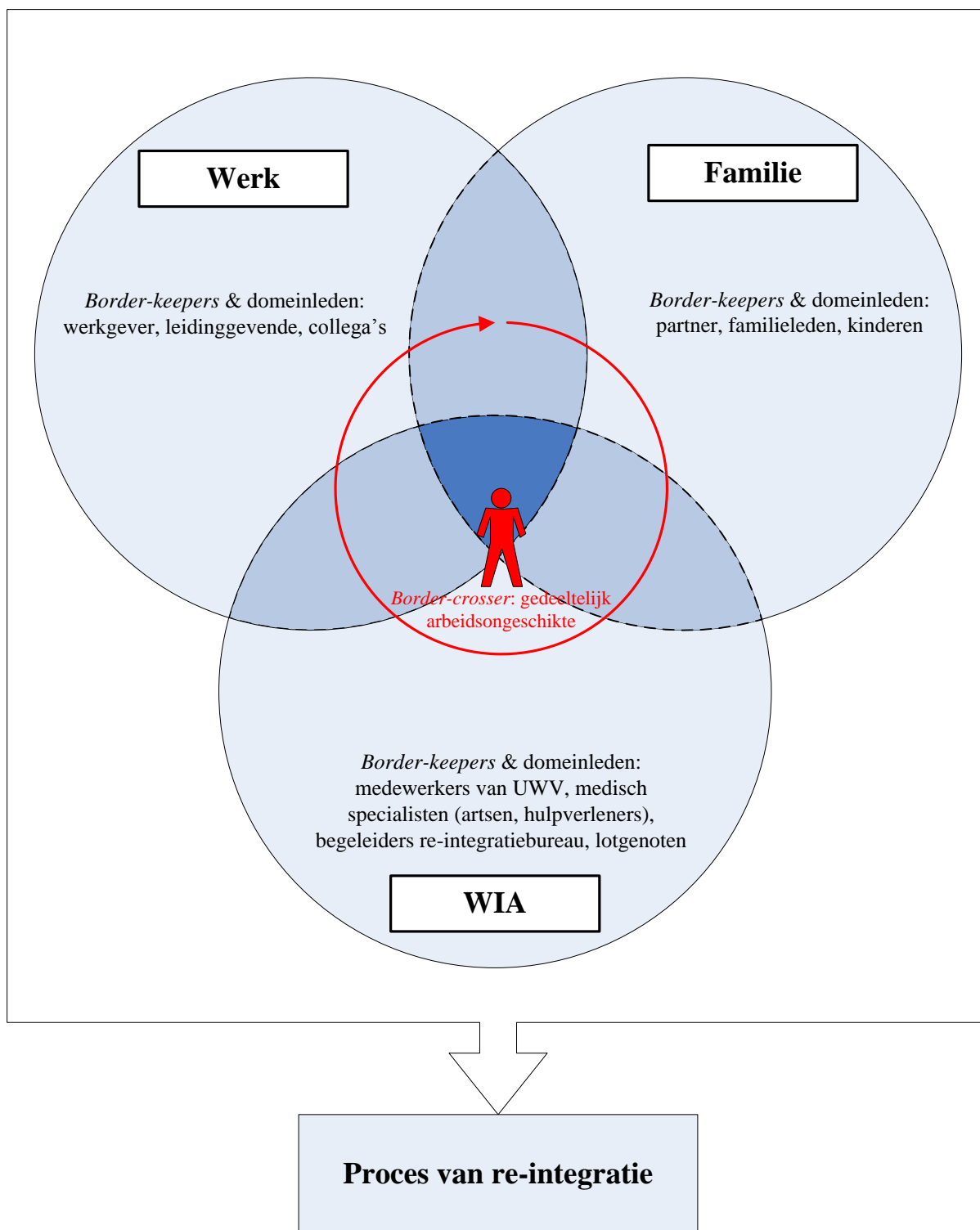
Border-keepers en andere leden van de domeinen

Ieder domein heeft leden, zoals collega's in het werkdomein en de partners en kinderen in het familiedomein. Deze leden en de *border-crosser* bepalen samen waar de grens ligt en wat de betekenis is van de domeinen. Sommige leden hebben meer invloed op dit proces en worden *border-keepers* genoemd, dat zijn meestal de leidinggevenden en de partners. De relatie van deze *border-keepers* met de *border-crosser* is van belang binnen deze theorie, aangezien een steunende relatie de balans tussen de domeinen positief zou beïnvloeden. Het is waarschijnlijk dat niet alle leden dezelfde definitie van de domeinen en de grenzen van de domeinen hebben en dit kan aanleiding geven tot conflicten en stress rondom werk en familie. Om deze reden is regelmatige en steunende communicatie tussen *border-keepers* en *-crossers* belangrijk om tot wederzijds begrip te komen. Door deze communicatie kunnen de *border-keepers* zich ook bewuster worden van het andere domein, wat ten goede kan komen aan de balans tussen de domeinen voor de *border-crosser* (Clark, 2000).

2.3.4 Onderzoeksmodel: toepassing en afweging

De theorie van Clark (2000) kan de inzichten en kernconcepten van de roltheorie, de rolconflicten, rolexpansie en de ziekenrol op een goede wijze combineren. De wetgeving, dienst- en hulpverlening die gerelateerd is aan de gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid kan in dit verband gezien worden als het 'domein WIA', waarbij de rollen van zieke en arts van Parsons (1951) als uitgangspunt worden genomen. De arts, hulpverlener of medewerkers van het UWV (zoals de keuringsarts of arbeidsdeskundige) zijn in dit model de mogelijke *border-keepers*. Bovendien zijn de begeleiders van het re-integratiebureau en lotgenoten mogelijke leden.

Door WIA als een domein te onderzoeken, wordt de overgang van werknemer, naar zieke en naar de thuissituatie in beeld gebracht. Er kan worden onderzocht in hoeverre de domeinen met elkaar overeenkomen, hoe de overgangen hiertussen zijn en hoe de leden van de domeinen de gedeeltelijk arbeidsongeschikte steunen en belemmeren. Op die wijze kan er worden bekeken in hoeverre deze perceptie van de verschillende rollen en de steun van de omgeving invloed heeft op het proces van re-integratie. Zie figuur 2.2 voor een weergave van dit model.



Figuur 2.2. Onderzoeksmodel met concepten van de *work/family border theory* van Clark (2000) en de ziekenrol van Parsons (1951).

Kanttekening bij deze toepassing is dat de roltheorieën opgezet zijn vanuit de invloed van rollen op de gezondheid. In dit onderzoek zal echter de invloed van de rollen op de re-integratie worden bekeken vanuit een positie van een slechte gezondheid. Gezondheid is in dit geval het vertrekpunt van de theorie, niet het effect. Daarnaast hebben Geurts en Demerouti

(2003) kritiek geuit op de theorie van Clark (2000). De theorie zou te algemeen beschreven zijn, wat het empirisch testen zou bemoeilijken (Geurts & Demerouti, 2003). Deze twee kanttekeningen hebben naar mijn mening voor dit onderzoek juist aanleiding gegeven, evenals de uitdaging om de theorie van Clark (2000) toe te passen op de re-integratie van gedeeltelijk arbeidsongeschikten.

Vanuit de probleemschets over de re-integratie van gedeeltelijk arbeidsongeschikten en de verschillende theorieën die gebruikt kunnen worden om dit onderwerp te onderzoeken, leidt dit tot de volgende onderzoeksvraag: *hoe steunen en belemmeren de leden van de domeinen van werk, familie en WIA het proces van re-integratie van een gedeeltelijk arbeidsongeschikte werknemer?*

Deze hoofdvraag wordt onderzocht aan de hand van de onderstaande deelvragen:

1. Hoe steunen en belemmeren de leden van het domein werk het proces van re-integratie van gedeeltelijk arbeidsongeschikte werknemers?
2. Hoe steunen en belemmeren de leden van het domein familie het proces van re-integratie van gedeeltelijk arbeidsongeschikte werknemers?
3. Hoe steunen en belemmeren de leden van het domein WIA het proces van re-integratie van gedeeltelijk arbeidsongeschikte werknemers?
4. Wat zijn de overeenkomsten en verschillen tussen mannen en vrouwen wat betreft de beleving van de invloed van de leden van de afzonderlijke domeinen op het proces van re-integratie?

De leden van de verschillende domeinen hebben invloed op de mate waarin iemand balans kan bereiken. In dit hoofdstuk is beschreven dat mensen op zoek zijn naar balans in de invulling en verdeling van de rollen die zij vervullen (Breedveld & Van den Broek, 2002). Balans is een tevredenheid over het functioneren binnen domeinen (Clark, 2000) en over de kwaliteit van de rollen (Bekker, 1999). Wanneer de verwachtingen van leden van de verschillende domeinen zo min mogelijk met elkaar conflicteren (door onder meer communicatie, begrip en keuzevrijheid) is het voor een persoon mogelijk balans te verkrijgen en optimaal te functioneren.

Dit onderzoek richt zich op verschillende manieren op een nieuwe wijze op dit onderwerp. In de literatuur is er veel aandacht voor het combineren van verschillende rollen en domeinen, met name gericht op de situatie van vrouwen. Door het toevoegen van het domein WIA en het onderzoeken van de beleving van zowel vrouwen als mannen, kan er meer kennis worden verzameld over het combineren van rollen. Daarnaast is de relatie tussen

het combineren van rollen en het proces van re-integratie nog niet eerder onderzocht. Ten slotte is de focus van het onderzoek vernieuwend. Er is binnen de arbeids- en gezondheidspsychologie veel onderzoek gedaan naar de invloed van het combineren van rollen op de gezondheid. Binnen dit onderzoek wordt de gezondheid niet gezien als een gevolg. Er wordt juist gestart bij de gezondheidssituatie van het individu, waarbij wordt bekeken wat de invloed is van de leden van de domeinen op het proces van re-integratie dat een individu doorloopt.

3. Onderzoeksopzet

In het vorige hoofdstuk is naar aanleiding van de context en de theoretische verkenning de onderzoeksvraag gepresenteerd. In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe deze vraag is onderzocht, aan de hand van de verwachtingen (§3.1) en de onderzoeksmethode (§3.2). In dit hoofdstuk wordt vervolgens weergegeven wat de maatschappelijke en wetenschappelijke relevantie van het onderzoek is (§3.3) en hoe dit onderzoek te plaatsen is binnen de kaders van de opleiding (§3.4).

3.1 Verwachtingen en hypotheses

Voor dit onderzoek zijn de verwachtingen en hypotheses (mede) gebaseerd op de theorie van Clark (2000). Zij beschrijft verschillende proposities van de theorie waarbij onder andere steun van de omgeving een voorwaarde is voor balans tussen de domeinen. De veronderstelling van dit onderzoek is dat deze balans in relatie staat tot het proces van re-integratie. Met kwalitatieve interviews zal de perceptie van de afzonderlijke domeinen door de gedeeltelijk arbeidsongeschikten inzichtelijk worden gemaakt. Vanuit het onderzoeksmodel wordt gesteld dat het domein WIA een afzonderlijk domein is. Het domein zal dan ook op deze wijze naar voren komen in de interviews, met eigen leden en verwachtingen met betrekking tot de gedeeltelijk arbeidsongeschikte die overeen komen met de ziekenrol van Parsons (1951).

De rol van de omgeving op het proces van re-integratie wordt beïnvloed door het bewustzijn van en de communicatie over de andere domeinen. Wanneer een gedeeltelijk arbeidsongeschikte met zijn werkgever communiceert over de afspraken met de arts, is de verwachting dat dit zorgt voor een positieve invloed op het re-integratieproces. Bovendien bieden keuzes en mogelijkheid tot invloed meer mogelijkheden voor balans, zoals het meewerken aan het opstellen van een re-integratieplan en flexibele werktijden.

Aangezien vrouwen in vergelijking tot mannen vaak meer rollen en overschakelingen van rollen hebben (Breedveld & Van den Broek, 2002), is de verwachting dat zij meer verschillende culturen en grenzen ervaren. Dit vereist meer afstemming tussen de verschillende leden en mijn verwachting is daarom dat vrouwen meer moeilijkheden ervaren in het verkrijgen van balans en uiteindelijk het re-integratieproces. Om deze redenen zullen gedeeltelijk arbeidsongeschikte vrouwen minder vaak erin slagen een goede balans tussen de domeinen te verkrijgen dan gedeeltelijk arbeidsongeschikte mannelijke werknemers.

3.2 Onderzoeksmethode

In deze paragraaf worden het type onderzoek, de populatie en de dataverzamelmethode beschreven. Daarnaast wordt in deze paragraaf ingegaan op het type analyses dat is uitgevoerd.

3.2.1 Onderzoeksstrategie

Het onderzoeken van de domeinen heeft plaatsgevonden met behulp van kwalitatief onderzoek, omdat deze onderzoeksmethode de ervaring van de onderzoeksgroep het beste kan weergeven. Begrippen als verwachtingen, steun en het proces van re-integratie worden door elk individu anders beleefd en in dit onderzoek is het de opzet geweest deze persoonlijke perceptie inzichtelijk te maken. Aangezien dit onderzoek zich richt op het verkrijgen van inzicht in de betekenisgeving van gedeeltelijk arbeidsongeschikten aan hun proces van re-integratie, zijn kwalitatieve onderzoeksmethoden in deze situatie geschikte onderzoeksmethoden.

Het kwalitatieve interview is een belangrijke methode binnen het kwalitatief onderzoek (Boeije, 2005). Aan de hand van kwalitatieve interviews met een topiclijst² kon de perceptie van de participant goed begrepen worden en was het mogelijk door te vragen voor meer duidelijkheid. De topiclijst bevat vragen die betrekking hebben op onder meer de arbeidsongeschiktheid, re-integratie-ervaringen, balans, betekenis van werk en de toekomst. Deze onderwerpen sluiten goed aan bij de concepten van mijn eigen onderzoek. Er zijn twee versies van de topiclijst ontwikkeld: voor respondenten met en zonder betaald werk (zie bijlage 3). Hierdoor waren de vragen afgestemd op de situatie van de respondent. De topiclijst is meerdere malen geëvalueerd en tussentijds aangepast met en door Martha Dijkgraaf, waardoor de volgorde van de vragen en de vragen zelf zijn gewijzigd, om zodoende nog meer gericht te zijn op de ervaringen van de respondenten.

In totaal zijn in april 2010 vijftien interviews van ongeveer anderhalf uur afgenomen bij de respondenten. In paragraaf 3.2.2 is omschreven hoe de selectie tot stand is gekomen. De respondenten zijn per e-mail en telefonisch benaderd voor het maken van afspraak, waarna ze zijn geïnterviewd in een door hen uitgekozen locatie, wat voor nagenoeg alle respondenten de thuissituatie was. De interviews zijn met toestemming van de respondenten opgenomen met een voice-recorder. Achteraf hebben de respondenten als dank een cadeaubon gekregen.

² Topiclijst is ontwikkeld door Martha Dijkgraaf, onderzoeker binnen het onderzoeksproject 'Het verbeteren van de integratie van zieke werknemers door aandacht voor hun dubbele rol'.

3.2.2 Populatie en samenstelling van de onderzoeksgroep

De populatie van het onderzoek heeft betrekking op personen die 35 tot 80 procent arbeidsongeschikt zijn verklaard vanwege lichamelijke en/of psychische gezondheidsklachten en als gevolg daarvan een WGA-uitkering krijgen. De mate waarin zij hun verdiencapaciteit behalen verschilt per persoon.

In het kwantitatieve onderzoek uit de eerste fase van het onderzoeksproject ‘Het verbeteren van de integratie van zieke werknemers door aandacht voor hun dubbele rol’ zijn met medewerking van het UWV ruim vierduizend mensen uit de onderzoekspopulatie schriftelijk en via internet benaderd voor het onderzoek. Uiteindelijk is door 771 mensen de enquête ingevuld. Een deel hiervan heeft hierbij aangegeven bereid te zijn mee te werken met een vervolgonderzoek. De respondenten van mijn onderzoek zijn geselecteerd uit deze onderzoeksgroep. Op basis van de antwoorden op de vragen in hoeverre de respondenten verwachtten hun verdiencapaciteit te bereiken in de nabije toekomst en of zij op dat moment wel of geen werk hadden, zijn de respondenten ingedeeld in vijf verschillende groepen.

Vervolgens is er de keuze gemaakt een steekproef te trekken uit drie van de vijf groepen, te weten: niet werkend en een negatief perspectief, niet werkend en een ambivalent perspectief en ten slotte werkend en een positief perspectief. Deze drie groepen omvatten 376 respondenten, waarvan er 250 hebben aangegeven mee te willen werken aan een vervolgonderzoek. Met het selecteren van de vijftien respondenten voor het afnemen van de interviews is rekening gehouden dat de factor sekse gelijkmatig is verdeeld.

In totaal zijn er acht vrouwen en zeven mannen geïnterviewd met een leeftijd van 36 tot 57 jaar op het moment van interviewen. De woonplaatsen van de respondenten zijn verspreid over heel Nederland. Een overzicht van de onderzoeksgroep is weergegeven in bijlage 4. Een groot deel van de respondenten nam deel aan het onderzoek om hun ontevredenheid over het UWV te kunnen uiten, in de hoop dat deze signalen bij het UWV terechtkomen.

3.2.3 Data-analyse

Na het afnemen van de interviews zijn de gesprekken letterlijk uitgetypt en vervolgens ingevoerd in MAXQDA, een computerprogramma voor kwalitatieve analyse. Hierbij zijn de data gelabeld door verschillende fragmenten uit het interview uiteen te rafelen en vervolgens te coderen, waarbij de theorie het uitgangspunt was. In dit proces stonden de concepten van de drie domeinen centraal: de leden (*border-keepers* en overige leden), grenzen, steun en balans per domein en tussen de domeinen. Per interview is bekeken waar de respondenten spraken

over mogelijke leden van domeinen, welke interventies zij pleegden en hoe dit door hen werd ervaren. Hierdoor ontstond een geheel van fragmenten, gecategoriseerd op de drie domeinen met als subcategorieën de invloed die deze leden uitoefenden: het stellen van grenzen, steun en belemmering. Bovendien is ook de ziekenrol van Parsons (1951) en de roltheorie gebruikt voor de analyse. Aan de hand van de rolverwachtingen van de ziekenrol (zoals het werken aan herstel en het ontheven zijn van andere rollen) is dezelfde werkwijze als bij de analyse van de domeinen gevolgd. Op deze manier zijn er verschillende categorieën van fragmenten ontstaan, met de focus op de theorie en gestructureerd op basis van de drie domeinen.

Door het uiteenrafelen, coderen en structuren van de fragmenten zijn de relaties tussen de labels inzichtelijk geworden en zijn deze vervolgens worden vergeleken met het theoretische model (Boeije, 2005). De gestructureerde fragmenten zijn geanalyseerd door de ervaringen van de verschillende respondenten per categorie te vergelijken. Hierbij waren de domeinen en de leden van de domeinen het uitgangspunt; er is per lid bekeken wat de rol van hem of haar was. Door per domein en lid de vijftien ervaringen op een rij te zetten, was het mogelijk om deze ervaringen te beschrijven en te vergelijken met het theoretisch kader en de onderzoeksvraag. De verschillen tussen mannen en vrouwen zijn ook op deze wijze geanalyseerd, door binnen deze analyse telkens per categorie de ervaringen van alle mannen en vrouwen op een rij te zetten en onderling te vergelijken.

Tijdens het beschrijven van de resultaten bleek dat deze het beste gepresenteerd kunnen worden aan de hand van fases uit het re-integratieproces, omdat op die manier het individu (de gedeeltelijk arbeidsongeschikte) centraal staat in de bespreking. Zo wordt duidelijk welk proces het individu doormaakt en hoe de leden het individu belemmeren en steunen gedurende de verschillende fases. Dit individuele uitgangspunt dreigde verloren te gaan bij een presentatie aan de hand van de drie domeinen, aangezien op dat moment de leden het startpunt zijn. Tijdens de analyse zijn de rollen van alle leden geanalyseerd, maar voor de presentatie van de resultaten is ervoor gekozen voornamelijk de leden te beschrijven die een belangrijke en/of opvallende rol hebben gespeeld in dit proces. In de analyse kwam namelijk naar voren dat de rol van collega's, medisch specialisten (zoals artsen en hulpverleners) en lotgenoten van ondergeschikt belang was ten opzichte van andere leden en het interessanter was om de rol van belangrijke leden meer uit te diepen.

3.3 Maatschappelijke en wetenschappelijke relevantie

Een gezonde en participerende arbeidsbevolking is van groot belang voor de Nederlandse samenleving om de verzorgingsstaat te kunnen bekostigen. Bovendien is het voor de

langdurig zieken ook een recht om weer aan het werk te kunnen gaan. Daarom is het van belang dat de factoren die invloed hebben op een succesvolle re-integratie zoveel mogelijk inzichtelijk worden gemaakt. Het beantwoorden van de onderzoeksvraag is ook relevant in het licht van de WIA. De wet is in 2006 ingevoerd, waardoor er nog niet zoveel kennis is over de uitvoering hiervan en de gevolgen voor de relaties op het werk en de re-integratie. Dit onderzoek hoopt een bijdrage te leveren aan de kennis en begrip en dit kan nuttig zijn voor beleidsmakers, werkgevers, het UWV en de gedeeltelijk arbeidsongeschikte zelf. Om deze redenen heeft het onderzoek naar de re-integratie van gedeeltelijk arbeidsongeschikten een maatschappelijke relevantie.

Daarnaast is het onderwerp ook wetenschappelijk relevant. Het onderzoek voegt een derde domein toe aan de theorie van Clark (2000) waardoor de toepasbaarheid van deze theorie op het gebied van gezondheid en re-integratie wordt getoetst. Dit biedt ook een mogelijkheid om de theorie van Clark (2000) empirisch te toetsen. Door een kwalitatief onderzoek uit te voeren kan er meer inzicht worden verkregen in de wisselwerking van de domeinen en de invloed die de leden van de verschillende domeinen hebben op het re-integratieproces van een gedeeltelijk arbeidsongeschikte. Dit is een aanvulling op de kwantitatieve kennis die is verkregen door De Rijk et al. (2002) en biedt ook recentere onderzoeksgegevens.

3.4 ASW-verantwoording

Twee belangrijke speerpunten van de studie Algemene Sociale Wetenschappen zijn probleemgerichtheid en interdisciplinariteit. In deze paragraaf wordt verantwoord hoe deze speerpunten tot uiting komen binnen dit onderzoek.

In de voorgaande hoofdstukken is beschreven dat de re-integratie van langdurig zieken niet altijd succesvol is, terwijl de maatschappij, de werkgevers en de langdurig zieke en zijn omgeving diverse belangen hebben om de re-integratie succesvol te laten verlopen. Het welzijn van een persoon en de economie hebben baat bij de arbeidsparticipatie. In het onderzoek is daarom gestart vanuit het maatschappelijke probleem van (gedeeltelijk) onsuccesvolle re-integratie.

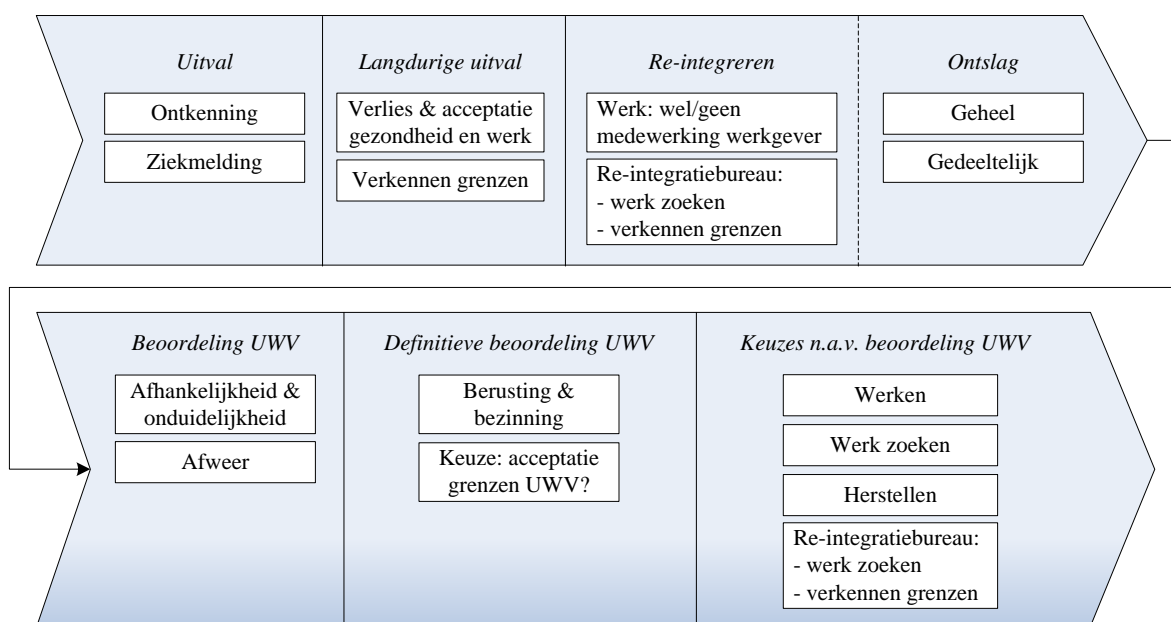
De interdisciplinariteit van het onderzoek komt tot uiting in de toepassing van de verschillende theorieën. De roltheorieën en de theorie van Clark (2000) bekijken het onderzoeksonderwerp vanuit sociologische en arbeids- en gezondheidspsychologische uitgangspunten. Er wordt namelijk aandacht besteed aan zowel de individuele beleving van de langdurig zieke binnen zijn domeinen en de gevolgen hiervan op de gezondheid. Daarnaast

komt ook de sociale omgeving aan bod, waaronder de invloed van de verwachtingen van de werk- en thuisomgeving op dit proces en de interactie hiertussen. In het onderzoek is er dus een focus op het individu en de wisselwerking tussen het individu en zijn omgeving. Bovendien wordt de theorie uitgebreid met een nieuwe dimensie door het combineren van verschillende theorieën, waardoor het mogelijk is naast de werk- en thuisomgeving de omgeving van de WIA te onderzoeken.

4. Resultaten

In hoofdstuk 2, de theoretische verkenning, is de theorie van Clark (2000) beschreven waarin de *border-crosser* zich tussen de domeinen werk en familie beweegt. In dit onderzoek over mensen met een WGA-uitkering is het domein WIA hieraan toegevoegd. De verschillende leden van de domeinen onderhandelen en discussiëren over de inhoud en de grenzen van de domeinen, waarbij de *border-keepers* de meest prominente rol spelen in dit proces doordat zij macht uit kunnen oefenen op de *border-crosser* (Clark, 2000). Bovendien hebben de *border-crosser* en *border-keeper* beiden opvattingen over wie de leden van de domeinen zijn. Naast deze machtsverhouding, wordt er vanuit de theorie de focus gelegd op het belang van communicatie. Communiceren over de leden, inhoud en grenzen van het betreffende domein en van de andere domeinen is de sleutel tot (de mogelijkheden tot) begrip en balans (Clark, 2000).

In dit hoofdstuk komt aan de hand van de verschillende fases van het re-integratieproces aan bod welke leden er in een bepaalde fase invloed hebben op de respondent, welke opvattingen deze leden hanteren en hoe zij de geïnterviewde hebben gesteund of belemmerd in het proces van re-integratie (§4.1-4.7) Aangezien de aanwezigheid en invloed van de leden van het domein familie niet zozeer samenvallen met de fases van het re-integratieproces wordt dit domein wel afzonderlijk beschreven (§4.8). Vervolgens is onderzocht of de respondenten per domein een balans ervaren en wat hiervan de invloed is van de leden (§4.9).

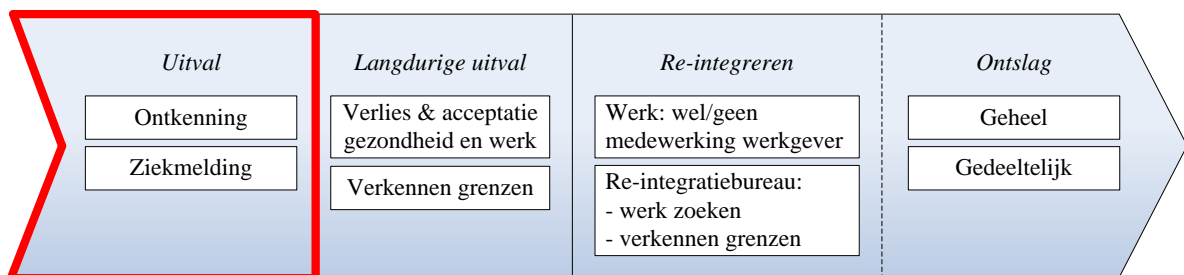


Figuur 4.1. Verschillende fases in het proces van re-integratie.

Proces van re-integratie

In figuur 4.1 is weergegeven welke fases de respondenten binnen het re-integratieproces globaal hebben doorlopen. Er worden ook fases besproken die zich afspelen voor de daadwerkelijke re-integratie, aangezien de ontwikkelingen in deze fases bepalend zijn voor het verdere verloop van het re-integratieproces. Om deze reden begint het proces met het moment waarop de respondenten uitvallen op het werk als gevolg van de gezondheidsklachten (§ 4.1). In de loop der tijd wordt duidelijk dat de respondenten langdurig ziek zijn, waarop er een verlieservaring volgt (§4.2). Wanneer de gezondheidsklachten langdurig van aard blijken te zijn, besluiten de werkgevers en de werknemers hoe zij verder gaan en of zij beiden mee willen en kunnen werken aan een re-integratie op de oude of een nieuwe werkplek bij dezelfde werkgever. Bovendien krijgt de helft van de respondenten in deze fase te maken met begeleiding van een re-integratiebureau (§4.3). Na een ziekteperiode van (gewoonlijk) twee jaar, wordt de werknemer beoordeeld door het UWV voor een WGA-uitkering, die vervolgens bij alle respondenten (uiteindelijk) wordt toegekend (§4.4 & 4.5). Uit de interviews kan geconcludeerd worden dat de komst en invloed van het UWV als lid van het domein gezondheid kan worden opgedeeld in twee fases. Allereerst lijkt er een fase te zijn van het ervaren van een nieuwe afhankelijkheid ten opzichte van het UWV, die bij een deel van de respondenten leidt tot afweer en boosheid. Vervolgens lijkt er een berusting te komen bij de respondenten. Ze bezinnen zich op de nieuwe situatie, de rol die het UWV hierin speelt en bepalen welke koers ze willen en kunnen varen in deze situatie: gedeeltelijk aan het werk blijven bij de ‘eerste’ werkgever, geheel thuis zijn of op zoek gaan naar nieuw werk (§4.6).

4.1 Fase 1: uitval



Figuur 4.2. Fase 1 in het proces van re-integratie.

Het proces van re-integratie heeft zijn oorsprong in het moment dat de respondenten ontdekken dat zij gezondheidsklachten hebben (zie figuur 4.2). Het verloop van de

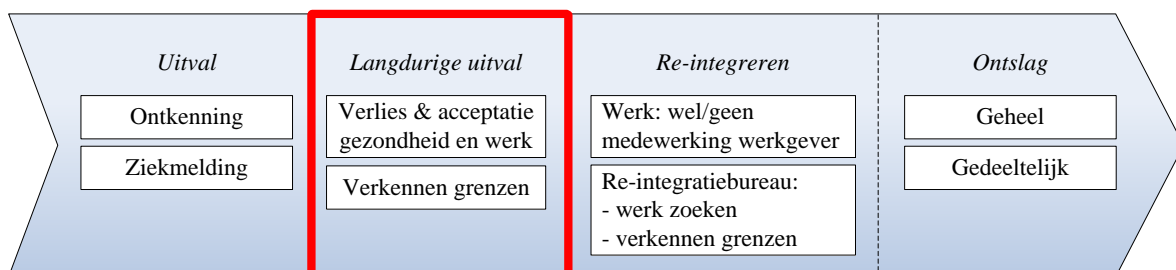
gezondheidsklachten is per respondent verschillend en de wijze waarop zij met hun klachten omgaan ook. Bij de meeste respondenten uitten de gezondheidsklachten zich enkele maanden of weken voor het ziekteverzuim of ontstonden zij ineens als gevolg van bijvoorbeeld een ongeval. Andere respondenten hebben al jarenlang of hun hele leven lang last van de gezondheidsklachten, waarbij drie vrouwen niet beter wisten dan dat zij dagelijks pijn hadden, totdat deze klachten verergerden. Bovendien heeft een meerderheid van alle respondenten meerdere gezondheidsklachten, die elkaar soms ook versterken. Dit maakt het genezings- en acceptatieproces complex.

Na het verschijnen en/of verergeren van de gezondheidsklachten volgt op een gegeven moment de ziekmelding op het werk. De respondenten beseffen dat zij hun werk (voorlopig) niet uit kunnen voeren en ze besluiten zich ziek te melden om hun gezondheid prioriteit te geven. Twee respondenten zijn werkloos op het moment van ziekmelding, zij hebben in de komende fases niet te maken gehad met een werkgever. Drie respondenten willen niet aan zichzelf en/of aan de werkgever toegeven dat ze eigenlijk hun werk niet meer uit kunnen voeren en worden uiteindelijk naar huis gestuurd door de werkgever of bedrijfsarts:

Ik had zó'n pijn [...] Maar ik was gewoon h el emaal op. Dus ik zat er heel erg mee te worstelen. [...] Want het is niks voor mij om toe te geven aan situaties en aan dingen...En toen heb ik met hem gepraat, ik zeg: 'ja het gaat gewoon niet meer, ik krijg het gewoon allemaal niet meer gedaan.' En toen heb ik een week halve dagen gewerkt en toen heeft hij gezegd van: 'nou, ga maar naar huis.' En dat was eigenlijk wel heel erg fijn. Dat iemand anders die beslissing voor mij nam, want ik wist het wel, maar ik wilde er eigenlijk niet aan toegeven. Dat het niet meer ging. (R7, vrouw, 45 jr.)

De respondenten krijgen nagenoeg allemaal aandacht en steun van de werkgever en collega's in de vorm van e-mails, kaartjes en attenties. Bovendien houdt de werkgever contact met de respondent over het ziekteverloop en de mogelijkheid tot terugkeer.

4.2 Fase 2: langdurige uitval



Figuur 4.3. Fase 2 in het proces van re-integratie.

Een groot deel van de respondenten heeft op het moment van ziekmelden het idee dat zij slechts een korte periode afwezig zullen zijn. Op een gegeven moment wordt het de

respondenten duidelijk dat zij langdurig of hun gehele leven last zullen hebben van de gezondheidsklachten (zie figuur 4.3). De respondenten worden door medisch specialisten geconfronteerd met de diagnose en de grenzen van hun lichaam en dit roept emoties op van verdriet, onmacht, ontkenning en boosheid.

Ik accepteerde het niet. Ik ben met ruzie het ziekenhuis uitgegaan. 'Sodemieter op, over een paar weken ga ik weer werken'. Dus niet. (R2, man, 47 jr.)

Wanneer ontkennen of bagatelliseren van de klachten niet meer mogelijk is, proberen de respondenten op allerlei manieren hun gezondheidstoestand te verbeteren of te stabiliseren, door bijvoorbeeld het invoeren van diverse soorten (medische) hulp. De respondenten vinden het allemaal moeilijk om hun gezondheidsklachten, en daarmee de nieuwe grenzen van hun eigen gezondheid, te accepteren:

Op het moment dat je hoort dat je ziek bent, ben je eerst aan het ontdekken wat er aan de hand is, wat er gaat gebeuren, wat er wel en niet kan. Dat moest ik voor mezelf nog helemaal ontdekken. Daarvoor had ik wel veel klachten, maar ik dacht het gaat telkens over, dus het zal wel niks zijn. 'Komt wel een keer, ik heb nu geen tijd'. Op een gegeven moment wordt dat dus een feit, dat is zo, dat kun je blijven ontkennen, maar dat werkt zo niet. (R1, vrouw, 47 jr.)

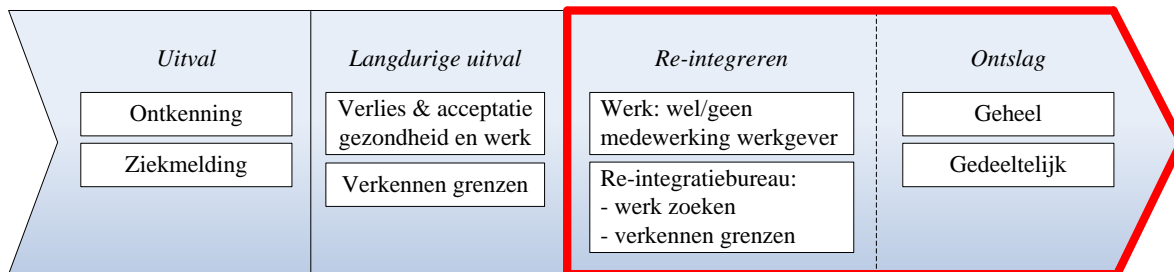
Er start tijdens deze periode van verlies een verkenning van de grenzen, waarbij de respondenten met vallen en opstaan leren ervaren wat hun mogelijkheden en onmogelijkheden zijn op het gebied van hun eigen lichaam, het werk en het privé-leven. Hierbij worden de respondenten gesteund en beïnvloed door de partner, vrienden, medisch specialisten en hulpverleners (leden van de domeinen familie en WIA, zie ook §4.8). Het verkennen en accepteren van grenzen is een proces dat gedurende het gehele proces van re-integratie voortduurt bij de meeste respondenten. De respondenten leren in de loop der tijd hun lichaam steeds beter kennen, door bijvoorbeeld een bepaalde klus uit te voeren en te bemerken dat dit wel of (nog) niet mogelijk is.

En vanochtend bijvoorbeeld, voor tien uur heb ik badkamer gedaan. Nou dat is echt geweldig om dat dan voor elkaar te krijgen. En ook nog dit gesprek te hebben. Om al die dingen achter elkaar te doen. Weet je, ik ga best vooruit. (R6, vrouw, 53 jr.)

Naast het besef bij de respondenten dat zij voorlopig niet of nooit meer beter zullen zijn, dringt er bij hen door dat dit ook gevolgen heeft voor het werk. Zij kunnen voorlopig niet (volledig) functioneren op hun werk. Werken is voor bijna alle respondenten een belangrijk deel van hun bestaan. Zij ontleen hieraan een identiteit, arbeidsplezier, zinvolle dagbesteding, contacten en een inkomen. Door hun gezondheid worden ze belemmerd om hun rol als werknemer naar believen uit te kunnen voeren en dit doet pijn bij de respondenten.

Vier respondenten vertellen dat zij zich zelfs zieker gingen voelen door niet aan het werk te zijn. Ze voelen zich nutteloos en ervaren steeds meer afstand met het werk en de collega's.

4.3 Fase 3: re-integreren



Figuur 4.4. Fase 3 in het proces van re-integratie.

Wanneer de gezondheidsklachten langdurig van aard blijken te zijn, besluiten de werkgevers en de werknemers hoe zij verder gaan en of zij beiden mee willen en kunnen werken aan een re-integratie op de oude of op een nieuwe werkplek bij dezelfde werkgever (zie figuur 4.4). Afhankelijk van het besluit hierover volgt hierna een periode van re-integratie of thuis zijn. Deze fase wordt beïnvloed door de Wet Verbetering Poortwachter, waarin randvoorwaarden en verplichtingen voor de werkgever en werknemer met betrekking tot re-integratie zijn opgesteld (zoals beschreven in §2.1.2). Van de dertien respondenten die in deze fase een werkgever hadden, hebben tien personen ervaring met re-integratie bij deze werkgever gedurende de eerste twee ziektejaren. Deze re-integratie vond bij negen personen plaats op de oude werkplek en bij zes personen (vervolgens) op een nieuwe werkplek bij dezelfde werkgever.

De werkgevers van alle respondenten kunnen worden gezien als een *border-keeper*, omdat de werkgever regels stelt hoe er gewerkt moet worden binnen het bedrijf, wat de interne normen en waarden zijn en hoe er tegen ziekteverzuim wordt aangekeken. Vier respondenten hebben positieve ervaringen met hun eerste werkgever. Deze ervaringen hebben met elkaar gemeen dat de werkgever zich open opstelt naar de werknemer en samen kijken naar wat de mogelijkheden zijn, waarbij de werknemer de regie lijkt te hebben over de grenzen van de gezondheid en de werkgever de regie heeft over het werk. Dit geeft de respondenten vertrouwen, zekerheid en duidelijkheid, waardoor zij hun energie kunnen richten op het werk en de gezondheid. Zij hoeven zich ook geen zorgen te maken over de randvoorwaarden en de relatie met de werkgever:

Nu moet ik zeggen dat mijn werkgever daar heel correct in is en heel goed meewerkt. Hij zal mij nooit verplichten om toch te komen, ondanks dat iedereen er is en dat soort dingen. Als ik zeg dat het niet gaat, nou dan niet, klaar. (R1, vrouw, 47 jr.)

Door te zeggen van: 'kijk wat je aankunt en luister naar je eigen lichaam en als je denkt van ik kom niet uit mijn bed, het lukt niet, dan bel je gewoon ik kom vandaag niet. En denk je het gaat wel, dan kom je en dan kijk je hoeveel uren.' Want hij wist hoe ik in elkaar zat, snap je? [...] En dat hij mij daarin vertrouwde, dat hij mij die ruimte gaf, dat vond ik echt geweldig. (R7, vrouw, 45 jr.)

De werkgever stelt zich volgens acht respondenten op als een bewaker van het domein werk, waarbij zieke werknemers niet gewenst zijn, omdat zij tijd en geld kosten. Deze respondenten hebben het idee gehad dat zij door de werkgever steeds meer als een probleem of last werden gezien vanwege de gezondheidsklachten en de belemmeringen om het werk uit te kunnen voeren. Naarmate het verzuim langdurig wordt, gaan deze werkgevers volgens de respondenten op zoek naar manieren om de werknemer zo snel mogelijk 'eruit te werken' of 'weg te pesten'. De werkgever zou niet (meer) kijken naar het welzijn van zijn werknemer, maar 'zichzelf proberen af te dekken'. Dit 'eruit werken' gebeurt bijvoorbeeld door het contact te verbreken, het salaris niet door te betalen, de werknemer onnodig lang volledig thuis laten zitten of meteen op zoek te gaan naar een werkplek bij een andere werkgever. Daarnaast krijgen zes respondenten een conflict met de werkgever over wat passend werk zou zijn om te re-integreren.

Dan moeten ze niet met k-klusjes aankomen waar je helemaal niets aan hebt en wat onderin de la wordt geschoven en dat ze je met een vermoeide blik aankijken en denken van: 'wat moeten we nu dan toch met jou?' [...] Het is niet voor niets dat ik uiteindelijk gewoon met de voeten op de grond heb gestampt en heb gezegd: 'laat me nou alsjeblieft zelf iets zoeken, want ik kan best wel wat.' (R12, man, 50 jr.)

Deze negatieve opstelling van de werkgever roepen bij de acht respondenten diverse emoties op: ze voelen zich afgedankt, onzeker, verdrietig en boos. Ze ervaren spanningen en gaan twijfelen aan hun eigen kwaliteiten en mogelijkheden. Bovendien staat hun werkplek, financiële situatie en carrière op losse schroeven en uiteindelijk worden elf respondenten na twee jaar ziekteverzuim volledig ontslagen, wat wordt ervaren als een soort trap na.

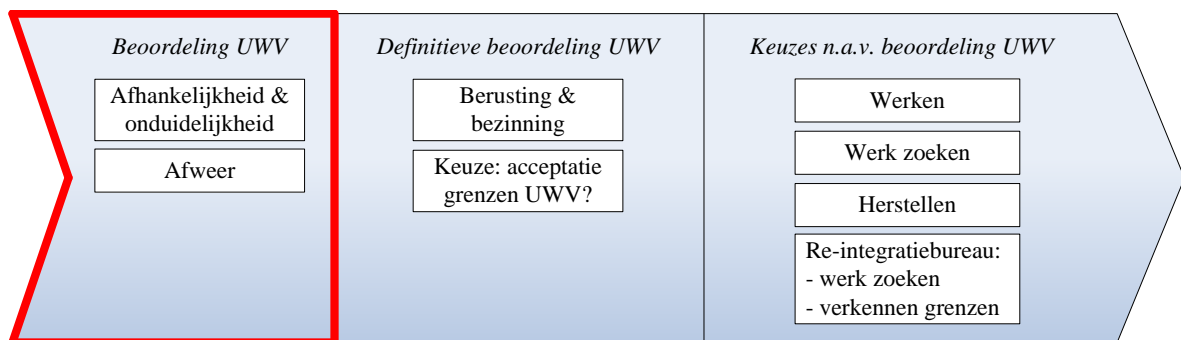
Dus daar was ik zeer van geschrokken dat ik niet meer door kon gaan. [...] Er waren mogelijkheden om bijvoorbeeld korter te werken of... Nou ja daar had ie geen trek in. [...] Dus op het moment dat ik goed functioneer, kreeg ik te horen van: 'ja blijf maar eens een maandje thuis, want het gaat niet goed.' Dat ik zoiets had van: wat gaat niet goed? [...] Als je zo afgedankt wordt en in het begin heel braaf die worst naloopt van: 'hé (naam), we doen er alles aan om jou te houden en we willen jou niet kwijt. Zo'n werknemer daar zouden we er tien van willen.' Nou, dat heb ik gezien op het eind van de rit. Dus dat deed wel echt zeer hoor. (R5, man, 55 jr.)

Samengevat heeft een groot deel van de respondenten de rol van de eerste werkgever als zeer negatief ervaren, omdat ze zich bejegend voelen als ballast, waarbij de werkgever alleen zijn eigen belang voor ogen lijkt te hebben gehad. Dit heeft uiteindelijk een belemmerende

invloed op de gezondheid, zelfvertrouwen en het perspectief op nieuw werk. De respondenten die een positief oordeel geven over hun werkgever hebben het gevoel invloed te hebben gehad op het re-integratietraject, waarbij er is gezocht naar een voor beide partijen bevredigende oplossing. Hierdoor was het voor deze personen mogelijk om te werken, zolang als de gezondheid dat toelaat.

Bovendien krijgen in deze fase zeven respondenten te maken met begeleiding van een re-integratiebureau. Aangezien deze begeleiding ook in de zesde fase wordt gegeven, is dit in de betreffende paragraaf beschreven.

4.4 Fase 4: beoordeling UWV



Figuur 4.5. Fase 4 in het proces van re-integratie.

Na een ziekteverzuim van ongeveer twee jaar komen alle respondenten in contact met het UWV, wanneer zij worden opgeroepen voor een beoordeling van hun arbeidsongeschiktheid (zie figuur 4.5). Het UWV is voor alle respondenten het lid van het domein WIA wat de meeste macht uit kan oefenen, aangezien het UWV onder meer bepaalt of de respondenten recht hebben op een uitkering en in hoeverre zij arbeidsgeschikt en arbeidsongeschikt zijn. De respondenten zijn in een zekere mate afhankelijk van de visie en beslissingen van het UWV en haar medewerkers en deze afhankelijkheid maakt veel los bij de respondenten. Waar zij voorheen zelf de regie hadden over het werk en hun financiële situatie en daarin keuzes konden maken (soort werk, arbeidsduur), beperkt het UWV deze keuzevrijheid. Ditzelfde geldt voor het domein WIA. Er is nu een instantie of een medewerker die bepaalt wat goed en niet goed voor hun eigen gezondheid zou zijn en die verplichtingen opstelt waaraan voldaan zou moeten worden.

Want die spanning van ja, krijg ik nou een uitkering of niet... Dat leverde zoveel stress op, ik kon niet meer slapen, ik was hélemaal daarvan overspannen weer opnieuw eigenlijk. (R6, vrouw, 53 jr.)
Als ik het kon, zou ik nu het UWV een brief sturen van ik hoef nooit meer iets van jullie. Echt niet. Ik kan zelf voorzien in mijn levensonderhoud en dat ik dat niet meer heb, want dat vind ik zoiets verschrikkelijks, echt waar. Ja echt afschuwelijk. Ja, niet alleen dat je geld moet krijgen, daar ben ik nou al aan gewend, maar die drúk, dat ik móét voldoen aan bepaalde dingen. (R7, vrouw, 45 jr.)

Deze afhankelijke positie wordt versterkt doordat de dienstverlening van het UWV niet altijd vlekkeloos en naar tevredenheid verloopt, waardoor de respondenten geblokkeerd en onzeker worden, omdat zij niet weten wat het UWV van hen verwacht. Ze voelen zich overgeleverd aan een instantie waar ze moeilijk grip op kunnen krijgen en waar weinig invloed op uitgeoefend kan worden. Het gevoel van willekeur bij de beoordeling van arbeidsongeschiktheid wordt door vijf vrouwen ervaren als een soort goochelhoed, waarbij het van tevoren voor zowel het UWV als de respondent onduidelijk is wat er uit zal komen.

Maar hoe die berekening dan werd gedaan, dat zei de arbeidsdeskundige: 'ach de ene keer valt ie op 82 uit en de andere keer op 73 [procent]. Zo gaat dat dan.' En toen had ik zoiets van: nou maar jullie denken er dan wat dat betreft wel makkelijk over. En het scheelt nogal heel wat. (R4, vrouw, 57 jr.)

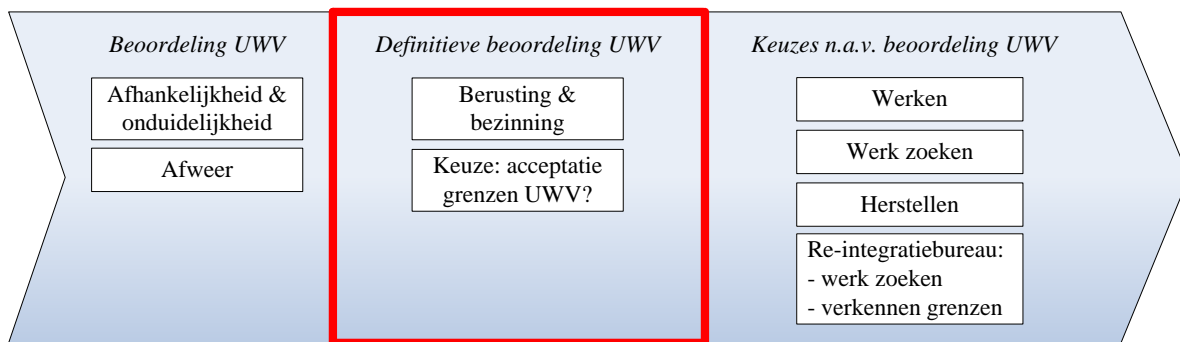
Zeven respondenten zijn van mening dat het UWV hen niet begrijpt en ze voelen zich niet serieus genomen en onjuist bejegend. Ze hebben het idee dat het UWV niet in een paar gesprekken kan weten wat de impact en ernst van hun klachten is en dat er ook niet (voldoende) naar hen wordt geluisterd. De beoordeling doet geen recht aan de ingrijpende invloed die de gezondheidsklachten op hun leven hebben.

Ja, je komt er binnen, je buigt een keer. Je doet je arm een keer omhoog en ze weten het al. Het is een momentopname, ze hebben me maar in twee keuringen tien minuten onderzocht. (R2, man, 47 jr.)

Op het gevoel van onbegrip aansluitend zijn deze zeven respondenten het zeer oneens met de grenzen die het UWV voor hen stelt met betrekking tot hun gezondheid en de mate waarin zij hun gezondheid zouden kunnen combineren met werk. Zij hebben het idee dat zij hier (nog) niet aan kunnen voldoen en dat zij over de grenzen van hun gezondheid moeten gaan om aan de verdiencapaciteit te voldoen. De respondenten gaan hiertoe vaak diverse bezwaarprocedures en rechtszaken aan; een strijd die hen erg veel energie kost en een strijd die weinigen van hen winnen. Het lijken (wanhoops)pogingen om de regie weer terug in handen te krijgen.

Ik heb nog geprobeerd, en daar heb ik zelf tot aan de Hoge Raad in (plaats) voor gevochten, om er een urenbeperking uit te krijgen, want die wordt bij mij dus niet gesteld. En daar was ik het echt hartgrondig mee oneens. Ik zou gewoon veertig uur kunnen werken en als je dan ook nog de beroepen ziet die daar uitkomen die fysiek nog een stuk zwaarder zijn dan hetgeen wat ik nu doe. Dat vond ik gewoon ronduit belachelijk. Ja, maar helaas heb ik dat verloren. (R10, vrouw, 36 jr.)

4.5 Fase 5: definitieve beoordeling UWV



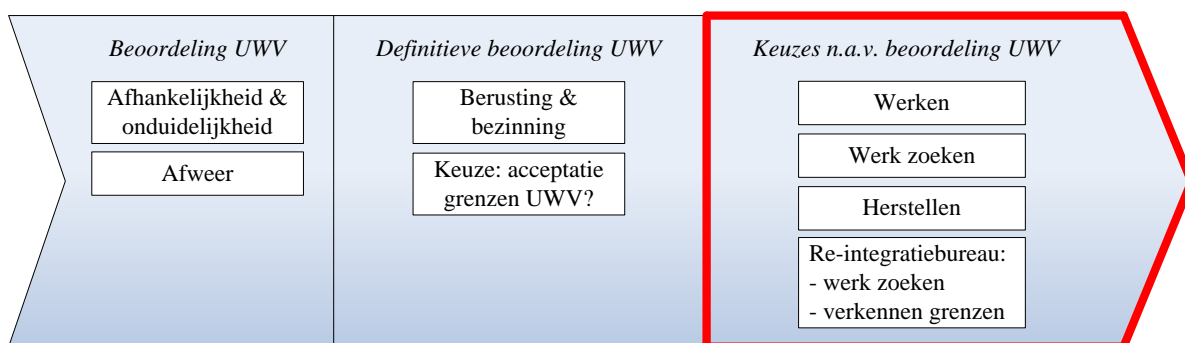
Figuur 4.6. Fase 5 in het proces van re-integratie.

Na een periode van onzekerheid, onduidelijkheid en een nieuwe afhankelijkheid volgt de definitieve beoordeling van het UWV (zie figuur 4.6) Vijf respondenten zijn opgelucht wanneer er uiteindelijk duidelijkheid vanuit het UWV is over hun arbeidsongeschiktheid. Dit geeft hen rust, omdat ze voorlopig geen energie meer hoeven te steken in beoordelingsprocedures en eventuele bezwaarprocedures. Ze kunnen zich vinden in de grenzen die het UWV heeft gesteld:

Dat was ook eigenlijk waar ik al die tijd naar op zoek was, gewoon duidelijkheid. Dan mag er wel eens een keer een vraagteken ergens links of rechts staan, is allemaal geen probleem, komen we wel uit. Maar het bleef maar steeds onduidelijk, heel die periode. En nou is het gewoon hup klaar afgesloten. Geeft gewoon rust. Ik weet nou waar ik aan toe ben. (R5, man, 55 jr.)

Voor vier respondenten is de beoordeling van het UWV heel reëel, ze kunnen zich goed vinden in de grenzen. Andere respondenten leggen zich neer bij de grenzen die het UWV stelt. De zeven respondenten die zich in de vorige fase verweerden tegen het UWV begraven uiteindelijk de strijdbijl, omdat je ‘toch verder moet’.

4.6 Fase 6: keuzes na de beoordeling



Figuur 4.7. Fase 6 in het proces van re-integratie.

Nadat de beoordeling van het UWV duidelijk is, is het aan de respondenten om te beslissen wat zij vervolgens gaan doen: blijven werken bij de ‘eerste’ werkgever of zoeken naar nieuw werk en aan de slag bij een nieuwe werkgever. Een andere mogelijkheid is helemaal niet werken om alle aandacht aan het herstel van de gezondheid te geven (waarna een deel van de respondenten die hier voor kiest na verloop van tijd weer op zoek gaat naar nieuw werk). In deze fase van werken, werk zoeken en herstel krijgt een groot deel van de respondenten begeleiding van een re-integratiebureau (zie figuur 4.7).

4.6.1 Werken

Het stellen van grenzen door het UWV kan uiteindelijk heel prettig zijn voor de respondenten. De toekenning van de WGA-uitkering biedt volgens tien respondenten hen de ruimte om tot rust te komen, te werken aan de gezondheid en (na te denken over hoe) werk en gezondheid te combineren. Vijf respondenten grijpen deze mogelijkheid aan om (nagenoeg) dezelfde functie uit te voeren met een kortere arbeidsduur, waardoor ze meer tijd en energie hebben voor hun gezondheid.

Ja, en natuurlijk sta je 's morgens weleens op dat je denkt o jeetje. Maar ik ga altijd en ik zie het wel. En ik weet dat ik om twaalf uur uiterlijk naar huis kan, dat is het mooie. Dan kan ik mijn rust weer pakken. (R1, vrouw, 47 jr.)

Voor vijf respondenten zijn de uiteindelijk vastgestelde grenzen van het UWV niet in overeenstemming met de grenzen die zij zelf hebben gesteld. Ze vinden dat zij in verband met hun gezondheid niet kunnen voldoen aan de verdiencapaciteit, of dat zij over hun grenzen moeten gaan om dit te behalen. Een vrouw besluit aan deze grenzen te voldoen, ook al weet ze niet hoelang ze dit vol kan houden. Een andere vrouw probeert eraan te voldoen, maar dit lukt haar niet, hoe graag ze ook zou willen. De andere drie respondenten leggen de grenzen naast zich neer (ongeacht de financiële consequenties) en proberen hun eigen plan te trekken in het combineren van werk en gezondheid.

Dat het UWV mij niet als helemaal ziek ziet. [...] Nou ik probeer [het] een beetje te negeren, maar hoe slechter ik me voel, hoe hoger dat ik die druk voel en hoe vervelender dat ik het vind. Ik vraag me af hoelang ik het volhoud [...]. Ik probeer een beetje bij de dag te leven en niet te ver vooruit te kijken. (R10, vrouw, 36 jr.)

Twintig uur moest ik werken. [...] Dat was een verschil tussen wat ik kon en wat zij eisten. Daar kon ik nooit aan voldoen. Het gevoel hebben dat je iedere dag wel probeert, maar dat je er nooit aan kan voldoen. Dat is zo'n verschrikkelijke ervaring. En je wilt eigenlijk niet van hun het geld hebben, je wilt het eigenlijk zelf verdienen. (R4, vrouw, 57 jr.)

Maar goed, dan moet ik misschien de keuze maken om dan gewoon drie dagen in de week te gaan werken. Klaar. En dan komt dat voor eigen rekening. Nou, dan is dat maar zo. Ja, maar ja, wie dan leeft wie dan zorgt, toch? Je moet in eerste instantie goed voor jezelf zorgen en dan gaat de rest meestal ook wel goed. (R15, vrouw, 56 jr.)

4.6.2 Herstellen

Vijf andere respondenten zien de (gedeeltelijke) vrijstelling van werk als een revalidatieperiode, er is hen 'tijd gegund' om te herstellen. Zij gebruiken deze periode om volledig thuis te zijn en (nog) niet te gaan werken. Zeven respondenten zijn van mening dat hun gedeeltelijke arbeidsongeschiktheidsverklaring een soort van erkenning is voor hun gezondheidsklachten: ze 'mogen' ziek zijn. Ze voelen zich hierdoor serieus genomen met betrekking tot hun gezondheidsklachten en de consequenties ervan voor hun leven. Door de toekenning van de uitkering worden zij gesterkt in hun eigen gevoel over hun gezondheid.

En mijn begeleider zijn vrouw was ook al eens ernstig ziek geweest, dus hij begreep het allemaal. Dat was wel héél erg prettig. En nou ik zei: 'ja, moet ik nu naar een re-integratiebureau.' Wat hij zei [was]: 'nou ja, dat doen we ook wel, maar soms is [de ziekte] zo erg, dat we gewoon zeggen laat maar eens een tijdje niks doen, eerst maar eens herstellen.' Ja, zo was ik er dus nog aan toe. En hij zag dat. (R6, vrouw, 53 jr.)

Op deze manier faciliteert het UWV de ruimte of een periode om te herstellen gedurende de duur van de loongerelateerde uitkering. Dit kan ook leiden tot passiviteit bij een aantal respondenten. Wanneer de loongerelateerde uitkering afloopt en de respondenten een lagere of geen uitkering zullen krijgen, ontstaat er een omslagpunt. Zeven respondenten lijken wakker te worden geschud dat zij nu echt (zullen) moeten werken voor het geld (om minimaal de helft van de verdien capaciteit te behalen voor de loonaanvullingsuitkering of omdat ze geen uitkering meer krijgen) Hierdoor kunnen ze zich minder richten op hun gezondheid. Dit leidt tot stress en onzekerheid, en wisselende opvattingen of deze maatregel recht doet aan hun situatie.

En op een gegeven moment weet je dat die WIA-uitkering ook niet oneindig is. [...] Zeker ondanks dat ik het met die herkeuring helemaal eens was, had ik toen wel het gevoel van ja verrek, nou begint de tijd toch te dringen. En in het begin had ik zoiets van nou ja na dat ontslag had ik nog vijftien maanden de tijd om wat te vinden en in het begin voelde dat als een prettige vrije situatie waarin ik dus ook af en toe het me kon veroorloven om banen af te slaan. Omdat ze te ver waren, of net niet helemaal goed. (R8, man, 41 jr.)

4.6.3 Zoeken van werk

In hun zoektocht naar werk doen verschillende respondenten ervaring op met potentiële werkgevers in bijvoorbeeld sollicitatiegesprekken en reacties op sollicitatiebrieven. Deze werkgevers kunnen worden gezien als *border-keepers*, aangezien deze werkgevers de grenzen stellen waaraan de sollicitanten moeten voldoen om kans te maken op een baan. De werkgever ventileert door middel van de sollicitatieprocedure welke normen en waarden er worden gehanteerd in het personeelsbeleid en de respondenten trekken hieruit vervolgens hun eigen conclusies.

Elf respondenten hebben ervaring met het zoeken van nieuw werk en dit zijn in veel gevallen negatieve ervaringen in de zin dat zij door deze werkgevers worden afgewezen. Hierdoor lukt het de respondenten (nog) niet om het domein werk te kunnen betreden. De werkgevers zouden de respondenten niet aan willen nemen vanwege hun gezondheidsklachten, leeftijd, niet aansluitende opleiding/ervaring en de (on)mogelijkheden met betrekking tot de arbeidsduur. Nagenoeg alle respondenten hebben direct van een werkgever gehoord dat dit de redenen zijn. Hierdoor hebben zij het idee dat (bijna) alle werkgevers op deze wijze denken. De respondenten kunnen eigenlijk ook wel begrip opbrengen voor deze opvattingen van de werkgevers:

Ik had een werkgever die zei gewoon ijskoud recht in mijn gezicht: 'ik heb geen zieken in dienst, ik wil geen zieken in dienst. [...] Zo denken de meeste werkgevers erover. Dacht jij dat we daar nooit over praten? Tuurlijk wel. Ik heb vijf mensen in dienst, waarvan nooit één ziek is. Ik neem jou in dienst, jij krijgt volgende week of maand last van je rug. En dan zeggen ze wel van het UWV dan betalen wij de ziekenwet, maar jij geeft wel het voorbeeld naar de anderen.' Die man heeft in mijn ogen gewoon gelijk. (R2, man, 47 jr.)

De respondenten beseffen dat zij zich zullen moeten berusten met het lot dat ze geen werk zullen vinden en geven zichzelf steeds minder kans op het vinden van werk zoals zij dat voor ogen hadden. Hierdoor besluiten vijf respondenten om hun eisen wat betreft werk bij te stellen op het gebied van functieniveau, soort functies en arbeidsduur. Bovendien heeft deze beeldvorming invloed op de loopbaan van respondenten. De respondenten met een baan durven minder goed van baan te wisselen, omdat ze bang zijn de noodzakelijke randvoorwaarden die ze nu hebben om te kunnen werken met hun gezondheid, kwijt te raken.

Naast de bevinding dat werkgevers invloed kunnen hebben op de zelfingeschatte kans van de respondenten op het vinden van een baan, kunnen werkgevers ook een positieve of negatieve uitwerking hebben op het zelfbeeld van de respondenten als geschikte werknemer.

*Dat je dacht van: nou, oké, nu net niet, maar in ieder geval regelmatig uitgenodigd voor gesprekken. En ook positieve gesprekken dat je merkt van ik ben niet helemaal hopeloos. (R8, man, 41 jr.)
Maar dat deed me op zich wel goed dat ik wel reactie had. [...] Dat is toch wel toch wel fijn, want ik krijg niet zo vaak reacties. Soms krijg je niet eens een bevestiging of zo. (R15, vrouw, 56 jr.)*

4.6.4 Nieuw werk

In totaal hebben acht respondenten één of meerdere nieuwe werkgevers gehad, waarvan er zes respondenten nog steeds werkzaam zijn bij een nieuwe werkgever. Deze nieuwe werkgevers zijn in ongeveer de helft van de gevallen niet op de hoogte van de status van gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid van hun werknemers en de gezondheidsklachten die zij hebben, waardoor hun invloed op de re-integratie enigszins gekleurd is door de onwetendheid. De

respondenten geven aan dat zij dit niet vertellen aan hun werkgever, aangezien zij denken dat zij anders niet worden aangenomen en gezien willen worden als een ‘normale’ werknemer:

Nee, want zij weten het ook niet. [...] Ja, ik vind dat heel moeilijk, ik heb daar ook steeds moeite mee, om iemand te zeggen dat ik arbeidsongeschikt ben. Ik vind dat, ja, als een soort falen. Dus niemand weet het, dus er zijn geen aanpassingen, ik rep daar ook met niemand over. (R7, vrouw, 45 jr.)

Een andere factor die meespeelt in de rol van de werkgever, is de keuze die de respondent heeft gemaakt voor de nieuwe functie. De vier mannen hebben bewust gekozen voor een bepaalde functie, (onder hun) functieniveau en/of arbeidsduur waarvan zij dachten dat het zou passen bij hun gezondheid. De vier vrouwen hebben het idee gehad dat zij weinig keuze hadden in functies en arbeidsomstandigheden en waren al tevreden dat ze werk konden vinden. Hierdoor lijken de vrouwen bij voorbaat al een minder goede match hebben met het domein werk, terwijl de mannen niet of nauwelijks over aangepast werk hoeven te communiceren met de werkgever, omdat de functie al beter bij hen past.

De nieuwe werkgevers bieden de respondenten een kans om binnen een nieuwe werkomgeving (en vaak ook binnen een nieuwe functie) hun mogelijkheden aan anderen en zichzelf te bewijzen. Dit is van grote betekenis voor de respondenten, omdat uit de interviews blijkt dat hun zelfvertrouwen door de gezondheid en het vertrek bij hun eerste werkgever een deuk heeft opgelopen. De werkgever of leidinggevende definieert het domein werk en de bijbehorende grenzen opnieuw voor de respondenten onder andere door de werkomstandigheden waaronder zij moeten werken. Dit kan kansen bieden voor de werknemer en de gezondheid, zoals een man die zijn eigen werktijden flexibel mag indelen en dit hierdoor aan kan passen aan zijn (dagelijks wisselende) gezondheidstoestand. Drie vrouwen geven aan dat zij eigenlijk ook hun arbeidstijden (hadden) willen kunnen aanpassen, of de mogelijkheid tot thuiswerken, maar hun werkgever wil of kan hier niet aan meewerken.

Maar de werkgever heeft dus niet gezegd van: ‘oh (naam), je komt hier met een uitkering, het kost ons niks, we pakken twee halve dagen, dat is misschien wel veel beter voor jou.’ Ja dat ben ik misschien weer, dat verwacht je misschien, maar zo is het absoluut niet. Je kunt dat krijgen en anders niet. (R3, vrouw, 41 jr.)

Ik heb het regelmatig aangeven dat ik het prettig zou vinden om meer thuis te werken of een vaste dag per week thuis te werken of thuiswerken op het moment dat het werk dat toelaat. [...] Maar dat, ja, dat trekken ze [zich] niet aan. (R10, vrouw, 36 jr., werkgever op de hoogte van klachten)

Drie mannen geven aan dat zij het werk op deze wijze goed vol kunnen houden. Twee vrouwen weten niet hoelang ze het werken onder deze omstandigheden nog vol kunnen houden. De werkgever is in die zin als *border-keeper* een bepalende factor in het proces van re-integratie in het bepalen en afstemmen van de werkomstandigheden.

De nieuwe werkgevers bemoeien zich als *border-keeper* niet met de grenzen van de gezondheid van hun werknemers, maar laten dit bij de werknemer of ze zijn hiervan niet op de hoogte. Zij proberen soms wel een mate van steun te bieden in de vorm van interesse en begrip en dit wordt wisselend positief en negatief ervaren. Dit lijkt ook een verschil te zijn tussen de ‘eerste’ en de nieuwe werkgever. De ‘eerste’ werkgever lijkt (meestal alleen uit eigenbelang) nauw betrokken te zijn bij de gezondheidsklachten van zijn werknemer, terwijl de nieuwe werkgever zich nauwelijks op dit gebied begeeft (als dit al mogelijk is door de openheid van de werknemer) en voornamelijk bepalend is in de arbeidsomstandigheden en de respondenten nieuwe kansen in werk biedt.

Ik had laatst drie dagen buikgriep en toen heb ik me maar ziek gemeld. En dan kom je na drie dagen terug en dan zegt je baas zo van: 'en, weer fit?' En dan zeg ik ook gewoon van: 'nee, ik ben nooit fit.' En de volgende keer vraagt ie dat gewoon weer. Dus ja, bij hem zit het ook niet echt, hij heeft er weinig besef verder bij. (R10, vrouw, 36 jr.)

4.6.5 Begeleiding van het re-integratiebureau

Op drie respondenten na hebben alle respondenten te maken gehad met begeleider(s) van één of meerdere re-integratiebureaus, waarbij de werkgever of het UWV de opdrachtgever zijn. De begeleiders stellen zich niet op als iemand die regels en normen en waarden stelt. Het lijkt erop dat een groot deel van de begeleiders een poging doet om de respondenten hier zelf over na te laten denken. Acht respondenten hebben opdrachten en testen gemaakt waarbij zij hun eigen (on)mogelijkheden, wensen en verwachtingen op het gebied van gezondheid en werk voor zichzelf duidelijk moesten krijgen. Hierdoor hebben de respondenten een betere kijk op hun eigen gezondheidsgrenzen gekregen, evenals de consequenties hiervan voor hun huidige of toekomstige baan. Wanneer deze grenzen eenmaal duidelijk zijn, treden de begeleiders bij vier respondenten uiteindelijk wel op als bewaker van deze grenzen naar de respondent en eventueel ook naar de werkgever en het UWV, door bijvoorbeeld een opbouwschema met betrekking tot de arbeidsduur te introduceren en te bewaken bij de werkgever. Vijf respondenten zijn erg tevreden over het verkennen van de grenzen met behulp van het re-integratiebureau, terwijl drie respondenten teleurgesteld zijn. Zij hadden een meer praktijkgerichte aanpak gewild, waarbij er niet alleen wordt gekeken naar wat iemand wil en kan, maar ook of er in de praktijk bijvoorbeeld werk in te vinden is.

Praktijkgerichte ondersteuning

Naast het verkennen van de grenzen bieden verschillende begeleiders meer praktijkgerichte ondersteuning aan. Negen respondenten hebben ervaring met deze soort van ondersteuning,

waarbij er met name hulp wordt geboden bij het solliciteren, advies over het beginnen van een eigen bedrijf en jobcoaching op de werkplek. Van deze negen personen hebben vijf van hen trajecten doorlopen die zich alleen richtten op deze praktijkgerichte ondersteuning. Over de begeleiding bij het vinden van werk zijn zes respondenten een stuk minder te spreken. Ze vinden het niveau van de hulp bij sollicitatie ver onder de maat, waarbij in de interviews regelmatig naar voren komt dat zij 'die tips zelf ook wel hadden kunnen bedenken.' Ze komen hierdoor niet aan het werk, raken geïrriteerd en gaan zelf op onderzoek uit. Hierbij steekt het drie respondenten extra dat hun begeleiders extra inkomsten (zouden) verkrijgen, omdat zij hen aan het werk zouden hebben gebracht, terwijl de respondenten dit zelf hebben gevonden. Een andere frustratie is dat de begeleiders een beeld kunnen wekken dat er diverse banen voor de respondenten zijn, terwijl dit uiteindelijk behoorlijk tegenvalt en er op deze uitspraak moet worden teruggekomen:

Ik ben er echt murw door geworden. Door alles met het UWV en het re-integratiebureau, want ik heb nu drie bij het re-integratiebureau en die hing laatst over het bureau en zegt ze: 'nou, ik denk ook niet meer dat het lukt hoor...' Ja, denk ik dan, weet je. En gelukkig ging het toen wat beter, want ik stond echt wel te lachen buiten, ik denk: 'nou het moet niet gekker worden.' (R14, man, 53 jr.)

Uiteindelijk zijn zes respondenten over de algehele begeleiding van het re-integratiebureau ontevreden en zes tevreden. Met name de respondenten met psychische gezondheidsklachten zijn tevreden over de begeleiding. Dit zou verklaard kunnen worden door het hierboven beschreven verschil in aanbod en waardering van emotionele en praktijkgerichte ondersteuning. Bij mensen met lichamelijke klachten wordt er vaker (alleen) praktijkgerichte ondersteuning geboden en personen met psychische gezondheidsklachten hebben voornamelijk emotionele ondersteuning. Dit lijkt ook aan te sluiten bij de verwachtingen die de respondenten van de begeleiding hebben, alleen zijn de respondenten teleurgesteld in de kwaliteit van de praktijkgerichte ondersteuning.

Samengevat nemen begeleiders van de re-integratiebureaus een ondersteunende positie in en wordt de ondersteuning wisselend beoordeeld. De emotionele ondersteuning leidt tot zelfvertrouwen, zelfkennis over grenzen van de gezondheid en de (on)mogelijkheden van werk (bij voornamelijk psychische klachten). Hierna bewaakt de begeleiding soms deze grenzen. De begeleiding leidt niet tot het vinden van een baan, hierover raken respondenten geïrriteerd en gaan uiteindelijk zelf op zoek. Het succes van de begeleiding is afhankelijk van de match tussen de soort begeleiding en de verwachtingen van de respondent.

4.7 Conclusie fases

De respondenten hebben binnen het proces van re-integratie verschillende fases doorlopen. In de eerste fases staan voornamelijk de gezondheidsklachten centraal, de respondenten worden geconfronteerd met de grenzen van hun eigen lichaam en moeten opnieuw ontdekken wat hun (on)mogelijkheden zijn. De werkgever bepaalt de grenzen van de re-integratie en dit pakt vaak negatief uit voor de respondenten. Het kunnen uitoefenen van invloed op de re-integratie heeft invloed op het slagen van de re-integratie. De werkgever zet hiermee de toon voor nieuwe werkgevers. De komst van het UWV brengt een nieuwe afhankelijkheid: de respondenten raken de regie kwijt over werk en inkomen en dit levert onzekerheid, onduidelijkheid en soms strijd op. Uiteindelijk beslissen de respondenten wat zij doen na het oordeel van het UWV: werken of herstellen. Hiervoor gaan een aantal respondenten over de grenzen van hun gezondheid heen. Het vinden en behouden van werk is moeizaam, omdat werkgevers niet open staan voor zieke werknemers. Een aantal respondenten besluit daarom de nieuwe werkgever niet op de hoogte te stellen van de gezondheidsklachten. Re-integratiebureaus bieden ondersteuning bij het verkennen van grenzen en het zoeken naar werk, maar veel respondenten zijn ontevreden over de hulp bij het zoeken naar werk.

Bij de analyse van het proces van re-integratie is ook gekeken naar de verschillen tussen mannen en vrouwen. Er blijken geen noemenswaardige verschillen te zijn in de manier waarop mannen en vrouwen de fases ervaren. De gevoelens die de diverse fases oproepen, zoals ontkenning en verlies van de gezondheid en onzekerheid en afweer bij het UWV worden door zowel mannen als vrouwen beschreven. Een verschil is wel dat de vrouwen voor nieuw werk vaker over de grenzen van hun gezondheid gaan, omdat zij andere keuzes maken in het selecteren van werk. De vrouwen kiezen er hier voor om werk uit te voeren dat bij aanvang van de functie te zwaar is, terwijl de mannen in functies starten die al op hun situatie zijn afgestemd. De mannen lijken hun eigen grenzen hier beter te bewaken dan de vrouwen.

4.8 Domein familie

De rol van de leden van het domein familie zijn in deze paragraaf los van de fases van het proces van re-integratie beschreven, aangezien de invloed van deze leden niet is toe te wijzen aan een fase. Zij spelen continu een rol voor de respondenten (al kan deze rol veranderen in de loop der tijd).

Het domein familie wordt door Clark (2000) beschreven als de thuissituatie, waarvan de partner en kinderen de meest voorkomende leden zijn. Uit de interviews blijkt dat door de respondenten niet alleen de partner en kinderen als belangrijke leden van hun thuissituatie

zien, maar dat ook andere familieleden (zoals ouders, broers en zussen) en vrienden invloed hebben op dit domein, de andere domeinen en het proces van re-integratie. Dit geldt zeker voor de respondenten die alleenstaand zijn.

Zoals te zien is in tabel 4.1 wonen er vijf respondenten alleen, waarvan er drie geen partner en twee wel een partner hebben, maar gedurende het proces van re-integratie een periode alleenstaand zijn geweest. Deze vijf respondenten hebben daarmee allen een periode zonder partner (en kinderen) beleefd. Het domein familie kan daarom breder zijn dan enkel de thuissituatie, wanneer andere personen zoals vrienden en familie een duidelijke bijdrage leveren als *border-keeper* of lid. Hieronder zijn achtereenvolgens de rollen van de partner, kinderen, familie en vrienden beschreven.

Tabel 4.1. *Overzichtstabel van de thuissituatie*

	Man (n =7)	Vrouw (n = 8)
Partner en kinderen	3	4
Partner, geen kinderen	2	1
Partner, geen kinderen, niet samenwonend	1	1
Geen partner, geen kinderen	1	2

Partner

Twaalf respondenten hebben een partner (gehad) tijdens het re-integratieproces. De partner is voor deze respondenten een belangrijk persoon die steun biedt en invloed heeft op de grenzen. De steun van partners uit zich op meerdere gebieden, zoals emotionele ondersteuning, praktische steun en financiële steun. Er wordt met de partner gecommuniceerd over gezondheid en werk, waardoor de partner op de hoogte is van de situatie en dit in relatie tot de thuissituatie kan worden gezien. De partner heeft vaak ook van alle leden van het domein het meeste zicht op de klachten en de gevolgen van de klachten voor de respondent, waardoor de meeste respondenten zich het meest begrepen voelen door hun partner. In tegenstelling tot de steun van andere leden van andere domeinen, kunnen de respondenten met hun partner niet alleen over één domein communiceren, maar over alle domeinen. Zo is er ook meer kennis en bewustzijn van andere domeinen vanuit de partner.

Het thuisfront is het voornaamste dat er is. [...] In het thuisfront wordt zoveel gepraat als dat wij nodig achten. Ook over mijn ziekte en over hetgeen wat daar rond omheen speelt. Alles wordt er besproken. (R2, man, 47 jr.)

De beschrijving die de respondenten geven over hun partner, komt nagenoeg altijd overeen met de rol van de *border-keeper*. Tien respondenten vertellen over de verschillende grenzen die hun partners trekken, verleggen en benoemen, al dan niet in overleg met de respondent zelf. Er lijkt hierbij een verschil te zijn tussen het soort grenzen waarop de partners invloed

hebben: de grenzen gericht op het domein familie enerzijds en die van de gezondheid van de respondent anderzijds.

Grenzen binnen de thuissituatie

Bij zeven respondenten stelt de partner bepaalde grenzen gericht op het domein familie, of worden deze grenzen verlegd, zoals een wijziging in de taakverdeling in het huishouden en de zorg voor de kinderen. Opvallend is hierbij dat het vooral gaat om respondenten die geen werk hebben of hadden, waarbij de partner zijn of haar eigen ruimte en tijd opeist. Bij twee personen gaat dit om zorg, tijd en energie die partners vragen vanwege hun eigen gezondheidsklachten, zoals een respondent die doordat hij thuis is meer zorg draagt voor zijn zieke vrouw. Vier mannen benoemen expliciet dat zij meer in het huishouden zijn gaan doen, omdat hun partner dat van hen verwachtte of omdat het vanzelfsprekend werd gevonden dat zij meer in huis zouden gaan doen:

Ik doe een stukje huishouden, om mijn vrouw te verlichten, die hoeft weinig meer te doen. Ik ga niet zo snel als voorheen natuurlijk. Wat we voorheen in een uur deden, daar doe ik nu een dag over. [...] maar ik doe het wel. Ik blijf constant aan de gang. Om mijn vrouw die een uur of negen per dag werkt, het huishouden uit handen te nemen. [...] Zij werkt echt de hele dag en 's avonds is ze voor mij. Dat is een hele goede samenstelling zo, zij tevreden, ik tevreden. (R2, man, 47 jr.)

De nieuwe grenzen worden gesteld op het gebied van onder andere taakverdeling (werk, financiën, huishouden, kinderen), de mogelijkheden om ‘samen leuke dingen te doen’ en gewenst gedrag in de thuissituatie (in hoeverre een respondent ziek mag zijn). Deze grenzen zijn voor de respondenten duidelijk en de communicatie hierover lijkt verschillend van aard te zijn. Bij een aantal respondenten zijn dit nieuwe ongeschreven regels die voor beide partners logisch zijn en bij andere respondenten wordt hierover openlijk gesproken. Een voorbeeld hiervan is een vrouw en haar partner die samen bewust opnieuw hebben gezocht naar de grenzen van hun thuissituatie:

Op een gegeven moment wordt dat [de ziekte] dus een feit, dat is zo, dat kun je blijven ontkennen, maar dat werkt zo niet. Daar moest mijn man natuurlijk ook aan wennen. Het gaat allemaal niet meer zoals we gewend zijn, dat we zo door kunnen draven. [...] Dus we maakten gemakkelijk dagen van tien, twaalf uur en dat kon ook allemaal niet meer. Heel veel kon [er voorheen] wel, zoals gezamenlijk kinderen [opvoeden], gezamenlijk werk en dat liep vrij hard terug. Dan moet je samen een balans zoeken. (R1, vrouw, 47 jr.)

Bescherming van de gezondheid

Buiten het optreden als *border-keeper* van het domein familie, bekommeren zes partners zich ook om de grenzen van de gezondheid van de respondenten. Deze partners proberen de respondenten te beschermen voor hun gezondheid door de grenzen te benoemen van hun

gezondheid en hen na te laten denken over de consequenties van gedrag waarbij zij over hun eigen grens zouden gaan:

*Ook naar de instanties toe, ik ga bijna nooit alleen, ze is bijna overal bij. Ik vang op wat ik op wil vangen, zo noemt mijn vrouw het dan en dat zijn vaak de goede dingen. En de kwade dingen neemt zij mee naar huis. En dan zegt ze: 'ja, maar dat en dat is ook gezegd. Dat je dat niet mag'. Dat noem ik dan niet. Want dan zou ik het misschien nog kunnen doen. (R2, man, 47 jr.)
Ja, en dan is mijn man er ook die zegt: 'stop, ho, halt, denk even na'. (R1, vrouw, 47 jr.)*

De partners stellen zich in een aantal gevallen op als degene die de grenzen stelt, benoemt en blinde vlekken zichtbaar maakt en hierop wordt met gemengde gevoelens en wisselend gereageerd door de respondenten. Ze weten dat hun partner gelijk heeft, maar willen eigenlijk niet met de grenzen van hun gezondheid geconfronteerd worden. Twee mannen zeggen in deze gevallen boos te kunnen worden op hun partner. Anderzijds hebben alle respondenten naar eigen zeggen de bescherming van hun partner soms nodig om niet over hun grenzen te gaan en kunnen ze het waarderen.

De gezondheid trekt 'een hele zware wissel op het gezin', waardoor de grenzen van het domein familie lijken te worden verlegd en/of het domein wordt verkleind. Er worden bijvoorbeeld minder activiteiten met elkaar ondernomen en de partner gaat meer werken voor de inkomsten of juist minder werken om bij de ander te kunnen zijn. De partner stelt zich hierbij niet op als een strenge bewaker van de grenzen, maar lijkt zich erbij neer te leggen dat door de gezondheid er minder plek of energie is voor het domein familie. Dit is ingrijpend voor hun partners, maar er lijkt begrip te zijn dat dit zou moeten gebeuren in het belang van de respondent.

En dat is ook moeilijk, dat zeg maar de omgeving denkt dat je alles kan en die ziet jou alleen als je wat kan. Als je niks kan zit je in een hoekje. Dus ja, natuurlijk heeft mijn gezin mij gesteund, maar mijn gezin heeft een moeilijke tijd met mij gehad. [...] 'Nee, ik ben jaren niet op feesten geweest.' 'Nee, ik vind familiebezoek niet gezellig.' 'Nee, ik ga niet mee als partner van.' 'Nee, ik heb vandaag gewerkt, dus ik ga niet mee naar de schoolvergadering.' (R12, man, 50 jr.)

Kinderen

Zeven respondenten hebben kinderen, hiervan hebben vier respondenten kinderen die nog zorg nodig hebben vanwege hun jonge leeftijd of handicap. Wanneer kinderen zorgbehoevend zijn, kosten ze de respondenten tijd en energie. De respondenten raken soms in conflict met hun ouderrol, de gezondheidsklachten en de verwachtingen van de kinderen:

Want ik had zoiets dat is voor mij een voorwaarde, als zij een goede plek heeft, dan kan ik gewoon veel meer energie aan mijn werk besteden. En dan hoef ik niet...vanaf mijn werk weer telefoontjes [te plegen] omdat ik weer iets moet regelen. [...] Dat soort dingen dat wil ik allemaal niet meer. Maar ja je hebt zo weinig te willen want je zit gewoon erin. En je doet het gewoon voor je kind, je gaat niet zeggen van: 'bekijk het maar.' Zij kan het zelf niet regelen dus je moet wel. (R15, vrouw, 56 jr.)

Bij één man geven zijn kinderen aan dat hij zich moet aanpassen of terugtrekken omdat hij de sfeer in huis zou verpesten. Hierdoor realiseert hij zich dat zijn gezin lijdt onder zijn gezondheidsklachten en vindt hij het terecht dat hij als het ware aan de zijkant van het domein familie wordt geplaatst:

Als je als je je zo 'groot' voelt en je wordt alleen maar negatief bestookt door je omgeving, door je gezin, van: 'pappa doe niet zo moeilijk, ga nou maar terug naar je garage [als hobby fietsen sleutelen], ja?' (R12, man, 50 jr.)

Ook een andere man ervaart dat zijn kinderen 'gewoon' doen en dat hij zich er aan irriteert door zijn gezondheidsklachten. Hij vindt dat de 'kinderproblemen' eigenlijk in het niet vallen bij zijn eigen problemen, waardoor hij niet altijd begrip op kan brengen voor de problemen van zijn kinderen. Dit brengt hem in conflict met de vaderrol die hij goed wil vervullen.

Alle kinderen (die gezien hun leeftijd hiertoe in staat geacht kunnen worden), ondersteunen hun ouders op allerlei manieren. Bij vier geïnterviewden ondersteunen de kinderen door taken over te nemen in het huishouden, zoals een op kamers wonende zoon die ieder weekend thuiskomt om te strijken en te koken. Daarnaast kunnen de respondenten met hun kinderen over de situatie praten en houden zij rekening met de gezondheidssituatie van hun ouders door bij te stellen wat zij van hun vader of moeder kunnen verwachten. De communicatie en het begrip lijken vaak wat minder intens van aard dan die met de partner, maar dat de kinderen op de hoogte zijn en hen accepteren met hun mogelijkheden en onmogelijkheden betekent al veel voor de respondenten. Zo beschrijft een vrouw die levensbedreigend ziek is geweest dat de relatie met haar kinderen heel erg is verdiept door met elkaar open te zijn over de diepste gevoelens en angsten.

Overige leden: familie en vrienden

In de vorige paragrafen is de rol van de partner en kinderen beschreven. Er zijn echter ook andere personen die voor de respondenten van belang zijn: vrienden en familie. Zij ondersteunen hen onder andere in het huishouden, bij het zoeken naar werk en door een luisterend oor te bieden, maar kunnen zich ook onbegripvol tonen. Familie en vrienden spelen voor de meeste respondenten een rol van ondergeschikt belang, omdat deze belangrijkste rollen vooral voor de partner en kinderen zijn weggelegd. Voor de vijf alleenstaande respondenten is dit niet (of in mindere mate) van toepassing, daarom zal in deze hieronder beschreven worden welke rol familie en vrienden spelen voor deze vijf personen.

De positie van alleenstaanden is extra kwetsbaar, aangezien zij geen partner hebben die hen financieel kan steunen. Dit zorgt bij hen voor zorgen en spanningen over hun financiële zekerheid, wat hun gezondheid niet ten goede komt. Ze hebben wel vrienden, maar daar waar de mensen met een partner het idee hebben dat die hen echt begrijpt, hebben zij dat idee een stuk minder. Het contact vermindert ook doordat de respondent er minder energie voor heeft. Familieleden hebben voornamelijk een belemmerende invloed door onbegrip en het vragen van tijd voor mantelzorg. De alleenstaanden hebben het idee dat ze vooral zelfstandig door het re-integratieproces moeten.

Mijn directe familie, met name mijn ouders, die hebben op één of andere manier nooit echt geaccepteerd dat ik ziek ben door iets waarvan doktoren niet weten waar het vandaan komt. En dat heb ik op een gegeven moment dan ook maar zo gelaten, omdat door steeds weer het gevecht aangaan ik me alleen slechter ging voelen. [...] Dus dan zeg je maar niks meer.[...] Ze hebben volgens mij geen flauwe notie van wat voor moeite dat mij kost om dat [werk] te doen. (R10, vrouw, 36 jr.)

Conclusie domein familie

De partner speelt een centrale en unieke rol in het domein van familie. Hij of zij stelt zich ondersteunend op en de respondenten voelen zich door de partner begrepen. De partner is zich door de openheid van de respondent bewust van de andere domeinen en speelt hierop in door zich als een flexibele *border-keeper* op te stellen die confronteert en respecteert. De partner accepteert dat er minder tijd is voor het domein, waardoor de respondenten hun tijd en energie kunnen steken in werk en/of gezondheid. Wanneer de respondent geen werk heeft, kan de partner wel verwachten dat de respondent meer tijd besteedt aan onder meer het huishouden en de kinderen en zowel de respondent als de partner ervaren dit als vanzelfsprekend.

De vrienden van alleenstaande respondenten zijn ook begripvol en steunend en ook zij hebben in de loop van het re-integratieproces minder contact met de respondenten. De betekenis van vrienden is echter niet te vergelijken met die van de partner, want de alleenstaanden voelen zich niet goed begrepen en hebben het idee dat ze het allemaal zelf moeten doen. Kinderen kunnen ook steun bieden, maar bij een jonge leeftijd kosten ze de respondenten tijd en energie en conflicten met de ouderrol.

4.9 Balans per domein

Clark (2000) omschrijft balans als “*satisfaction and good functioning at work and at home, with a minimum of role conflict*” (Clark, 2000, p. 751). Hierbij heeft de *border-crosser* voor een deel het bereiken van balans zelf in de hand, doordat hij of zij invloed heeft op de

domeinen, de grenzen en de communicatie hieromtrent. Bovendien heeft de *border-crosser* in een zekere mate de keuze om grenzen te respecteren of te overschrijden.

Uit de interviews komt naar voren dat een meerderheid van elf respondenten op het moment van interviewen een goede balans tussen de domeinen ervaart. In eerdere fases van het re-integratieproces is dit beeld anders geweest en hebben in totaal negen respondenten een periode van onbalans ervaren sinds zij onder de WIA vallen, waarbij vier respondenten dit op het moment van interviewen (nog steeds) ervaren. Hoe de respondenten balans en onbalans ervaren, wat de oorzaken hiervan zijn en hoe zij hiermee omgaan, komt in deze paragraaf aan de orde.

In de vorige paragrafen is naar voren gekomen dat de respondenten door de gezondheidsklachten op zoek moeten naar een nieuwe balans. De gezondheid beperkt de respondenten in hun mogelijkheden om zoals voorheen te functioneren in het werk en de thuissituatie. Bovendien verschijnen er nieuwe leden ten tonele: de leden van het domein WIA. Al deze veranderingen vragen om een herziening van de balans. De balans van de respondenten hangt samen met de acceptatie van de ziekte, werkloosheid en het niet meer kunnen werken in een bepaalde functie. De respondenten weten inmiddels vaak wel waar hun grenzen liggen, maar ‘willen nog zo graag’. Hierdoor gaan ze regelmatig over hun eigen grenzen heen, zowel bewust als onbewust.

Werk

Werken is voor bijna alle respondenten een belangrijk deel van hun bestaan. Zij ontlene hieraan een identiteit, arbeidsplezier, contacten en een inkomen. Door hun gezondheid worden ze belemmerd om hun rol als werknemer naar believen uit te kunnen voeren. Het (gedeeltelijk) kwijtraken van deze rol doet de respondenten pijn en het leidt tot een dilemma. Aan de ene kant willen de respondenten graag werken om bijvoorbeeld ‘ bezig te zijn’, ‘iets voor de maatschappij te betekenen’. Werken lijkt ook iets vanzelfsprekends te zijn, een onderdeel van het leven. Bovendien zorgt werk voor de broodnodige inkomsten. Vier respondenten vertellen dat zij zich zelfs zieker gingen voelen door niet aan het werk te zijn. Ze voelen zich nutteloos. Aan de andere kant is er de wetenschap bij de respondenten dat het werk uitvoeren zoals voorheen teveel van hun gezondheid vraagt.

De werkgever lijkt in dit proces de toon te zetten, door wel of geen medewerking te verlenen om het werken mogelijk te maken. Daarnaast ventileren werkgevers hun normen en waarden over het in dienst hebben en behouden van werknemers met gezondheidsklachten.

Dit heeft gevolgen voor de balans, omdat de respondenten hierdoor bevestigd en gesterkt worden in hun mogelijkheden als werknemer of juist hun onmogelijkheden als zieke.

Uiteindelijk leidt dit proces in het domein werk tot verschillende keuzes bij de respondenten. Vijf vrouwen maken de beslissing om werk uit te voeren op een wijze die te zwaar voor hen is in combinatie met hun gezondheid en thuissituatie. Zij doen dit vanwege hun arbeidsethos en de inkomsten. Op het moment van interviewen zitten twee van deze vrouwen nog steeds in deze situatie. Zij hebben het idee eigenlijk geen keuze te hebben. Voor negen respondenten draagt het wel of niet aan het werk zijn wel bij aan de balans, het geeft hen energie en een prettig gevoel.

Ik geniet ervan. Ik vind het heel fijn dat ik 's ochtends gewoon op mijn fietsje kan stappen, naar (plaats) kan fietsen, daar een paar uur les kan geven en weer terug kan fietsen. [...] Ik ben zelfs dankbaar dat het nog elke ochtend kan. Omdat ik altijd gewerkt heb, biedt het structuur in je dag, je wordt erkend in wat je doet, je krijgt waardering voor wat je doet. [...] je hebt voldoening van je werk, je doet iets zinnigs in je beleving. Ik doe het altijd met plezier. Ik ben er echt dankbaar voor dat ik dat nog steeds kan doen. (R1, vrouw, 47 jr.)

WIA

De grenzen die het UWV stelt zijn wettelijke kaders waarop de respondenten nauwelijks tot geen invloed kunnen uitoefenen. Doordat het UWV als *border-keeper* macht heeft over de inkomsten en de mogelijkheid tot werk, heeft het UWV in het bereiken van balans een bijzondere positie, die zowel positief als negatief kan uitpakken. Voor elf respondenten bieden de uitkering en de grenzen voor werk de mogelijkheid tot balans, omdat ze zich niet op alle drie de domeinen (volledig) in kunnen zetten. De respondenten kunnen door de maatregelen van het UWV het domein werk tijdelijk of gedeeltelijk aan de kant zetten, zodat ze zich meer op hun gezondheid (en eventueel familie) kunnen richten. Tegelijkertijd hebben de interventies van het UWV voor tien respondenten een belemmerende invloed. Deze respondenten kunnen geen balans verkrijgen, omdat ze veel energie en tijd kwijt zijn aan het wachten in onzekerheid over de beslissing van het UWV en het voeren van een (juridische) strijd tegen deze beslissing. Ditzelfde geldt voor vijf respondenten met betrekking tot de verdien capaciteit. Zij moeten naar hun idee teveel uren werken om de verdien capaciteit te behalen. Dit alles lijkt ten koste te gaan van hun gezondheid en de tijd voor familie, vrienden en ontspanning.

*Echt ontspannen of een balans zoeken, dat vind ik wel lastig. Maar ook waarschijnlijk onbewust door de druk van oh, wacht het [de uitkering] is nog niet geregeld. Dan denk je zoiets. Ik kan mijn winterslaap nog niet in want er liggen nog niet genoeg noten in het hol, weet je wel. (R14)
Je had geen tijd en dat hoor ik meer mensen zeggen in die situatie, je had geen tijd om beter te worden, want er kwamen verschillende dingen zo op je af. (R4, vrouw, 57 jr.)*

Familie

De leden van het domein familie lijken een voornamelijk positieve invloed te hebben op het bereiken van balans. Met name de partners treden op als *border-keeper* van het domein familie en ook de gezondheid, waardoor de respondenten regelmatig een spiegel krijgen voorgeschoteld. Bovendien fungeren de leden als een klankbord, waardoor de respondenten zich gesteund voelen in de keuzes die ze maken. De keuzes die de respondenten maken in hun pogingen om balans te bereiken, lijken voor de leden van het domein familie negatief uit te pakken. Elf respondenten spenderen minder tijd aan deze leden om te werken en/of aan de gezondheid te werken. Dit lijkt ook door de leden van dit domein geaccepteerd te worden, er is begrip voor deze situatie.

Doordat je werkt, kun je niet zeggen 'dat trekt wel weer bij'. Als ik een verkeerde keuze maak en ik sta maandag verkeerd voor de klas, omdat ik in het weekend domme dingen aan het doen ben geweest, dat is mijn eer dan te na. Ik kies ervoor wel te werken, in mijn beleving kies ik daarvoor. Dan moet ik daar ook voor gaan, dan moet ik ook alles eraan doen om te blijven draaien. En ja dat werkt wel terug in je privé-sfeer. (R1, vrouw, 47 jr.)

Ik heb totaal geen sociaal leven meer. Helemaal nul komma nul. Echt, vriendinnen die bel ik tussen de bedrijven [door]. Ik ben al maanden niet meer naar een film geweest of een keertje gewoon bij iemand op bezoek, het is gewoon te gek. [...] En daar wringt het dus ook. Ik vind werken niet erg, maar er moet ergens iets ook balans zijn en zelfs dan ook leuke dingen vragen energie. (R7, vrouw, 45 jr.)

Anderzijds lijkt er ook meer tijd en aandacht voor het domein familie te zijn wanneer de respondenten geen werk hebben. De respondenten besteden bijvoorbeeld meer tijd aan het huishouden, de kinderen en aan ontspannende activiteiten.

5. Conclusies

Na de analyse van de resultaten zijn er conclusies getrokken. Per domein worden de conclusies behandeld, waarna er antwoord wordt gegeven op de onderzoeksvraag (§5.1). Daarnaast wordt er een terugkoppeling gemaakt van de resultaten naar het theoretisch kader. Het hoofdstuk sluit af met een reflectie (§5.2) en aanbevelingen (§5.3).

5.1 Terugkoppeling resultaten

Domein werk

De werkgevers stellen zich op als *border-keepers* door grenzen te stellen in de vorm van onder andere arbeidsvoorwaarden en de normen en waarden met betrekking tot ziekteverzuim. De ervaringen met de eerste werkgever zijn bepalend voor het beeld wat de respondenten hebben ten aanzien van zichzelf, werkgevers en de visie op ziekte. De meeste respondenten hebben negatieve ervaringen met hun eerste werkgever en de mogelijkheden tot re-integratie. Wanneer respondenten invloed hebben op de voorwaarden van de re-integratie en hierover kunnen communiceren met de werkgever, heeft dit een positief effect op de re-integratie. Op zoek naar nieuw werk, ervaren de respondenten dat zij vanwege hun gezondheidsklachten minder of helemaal niet gewild zijn bij werkgevers, waardoor het niet alle respondenten lukt om nieuw werk te vinden. De respondenten voelen zich door deze opstelling van werkgevers nogmaals bevestigd in hun rol als zieke. Wanneer de respondenten een nieuwe werkgever krijgen, willen ze meestal als een ‘normale’ werknemer gezien worden. Een deel van de respondenten besluit daarom de werkgever niet op de hoogte te stellen van de klachten, waardoor de werkgever geen rekening kan houden met deze respondenten. Op deze wijze kunnen interrolconflicten (Kahn et al., 1964) ontstaan tussen de werknemer- en ziekenrol van Parsons (1951), omdat de werkgever (ongemerkt) verwachtingen van de werknemer heeft die de werknemer gezien zijn ziekenrol niet kan (of niet zou moeten) nakomen.

Domein WIA

De komst van het UWV als nieuwe *border-keeper* in het leven van de respondenten zorgt voor disbalans, omdat zij de regie kwijtraken over hun gezondheid, werk en inkomen. Dit zorgt in het begin voor onduidelijkheid en onzekerheid. Vervolgens stelt het UWV grenzen die weinig flexibel zijn, er is nauwelijks ruimte voor respondenten om invloed uit te oefenen

en keuzes te maken. De helft van de respondenten gaat hierop (meestal zonder succes) een strijd aan met het UWV om alsnog (een deel van) de regie terug in handen te krijgen.

Wanneer de respondenten hun beoordeling te horen krijgen, geeft dit meestal de lang verwachte duidelijkheid en rust. Voor de helft van de respondenten zijn de gestelde grenzen prettig en maken die het mogelijk om minder of voorlopig helemaal niet te werken, waardoor zij meer tijd en energie hebben voor hun gezondheid. Andere respondenten zijn het oneens met de grenzen die het UWV stelt en vinden dat zij niet zoveel kunnen werken zoals het UWV stelt, waarbij de grenzen van het UWV worden nageleefd met negatieve gevolgen voor de gezondheid, of worden genegeerd met bijbehorende financiële consequenties.

Begeleiders van de re-integratiebureaus nemen een ondersteunende positie in en de emotionele en praktische ondersteuning wordt wisselend beoordeeld. Overige leden zoals medisch specialisten en hulpverleners zijn voornamelijk ondersteunend. De respondenten vinden het prettig dat er mensen zijn die naast of achter hen staan en hen voorzien van adviezen. Bovendien laten deze leden de respondenten meestal vrij in wat zij met deze adviezen doen en deze vrijheid wordt gewaardeerd.

Domein familie

De partner speelt een centrale en unieke rol in het domein van familie. Hij of zij stelt zich ondersteunend op en de respondenten voelen zich door de partner begrepen. De partner is zich door de openheid van de respondent bewust van de andere domeinen en speelt hierop in door zich als een flexibele *border-keeper* op te stellen die confronteert en respecteert. De partner accepteert dat er minder tijd is voor het domein, waardoor de respondenten hun tijd en energie kunnen steken in werk en/of gezondheid. De vrienden van alleenstaande respondenten zijn ook begripvol en steunend en ook zij hebben in de loop van het re-integratieproces minder contact met de respondenten. De betekenis van vrienden is echter niet te vergelijken met die van de partner, want de alleenstaanden voelen zich niet goed begrepen en hebben het idee dat ze het grotendeels zelf moeten doen. Kinderen kunnen ook steun bieden, maar bij een jonge leeftijd kosten ze de respondenten tijd en energie en kunnen interrolconflicten ontstaan tussen de ouderrol en de ziekenrol (Parsons, 1951).

Balans tussen de domeinen

De grenzen die er in de drie domeinen worden gesteld, lijken te verschillen in flexibiliteit. De grenzen die het UWV stelt zijn meer kaders dan grenzen en zijn daarom absoluut niet flexibel. Het is daarom niet of nauwelijks mogelijk voor de respondenten om hier invloed op uit te

oefenen en de communicatie is voornamelijk eenrichtingsverkeer, terwijl keuzevrijheid, discussie en communicatie belangrijke ingrediënten zijn voor het verkrijgen van balans volgens Clark (2000). Om deze redenen is het voor de respondenten moeilijk om balans te verkrijgen wanneer zij het niet eens zijn met deze kaders. Aan de andere zijde bieden de grenzen duidelijke en prettige kaders wanneer de respondenten zich er wel in kunnen vinden. Balans is aldus moeilijk te verkrijgen in combinatie met het UWV.

De grenzen van het domein werk zijn iets meer flexibel, omdat de werkgever meestal de mogelijkheid heeft om de arbeidsvoorwaarden van zijn werknemers aan te passen. Hierbij is het echter noodzakelijk dat de werkgever open staat voor werknemers met gezondheidsklachten en dat de respondenten deze klachten vervolgens ook aangeven bij de werkgever, waardoor onderhandeling mogelijk wordt.

Als laatste in de volgorde van de flexibiliteit van de grenzen staat het domein familie. Binnen dit domein blijkt het het gemakkelijkst te zijn om grenzen aan te passen voor de respondent met een minimum aan rolconflict. Partners en vrienden tonen hier begrip voor, mede doordat er regelmatig wordt gecommuniceerd over de verschillende domeinen en het welzijn van de respondent voorop staat.

De verschillende soorten grenzen van de domeinen hebben als gevolg dat de respondenten bepaalde keuzes maken. De grenzen van het UWV zijn leidend in het vinden van balans. Doordat er geen invloed kan worden uitgeoefend op de grenzen van de gezondheid, nemen de respondenten twee soorten beslissingen. Ten eerste accepteert een groot deel van de respondenten (uiteindelijk) deze grenzen door te (blijven) werken en een aantal respondenten legt het oordeel naast zich neer. Deze keuze heeft invloed op de andere domeinen. Wanneer de respondent kiest voor de laatste optie, ontstaat er meer ruimte voor het domein familie en het werken aan de gezondheid. Het brengt echter wel financiële onzekerheid met zich mee, wat ten koste gaat van de gezondheid. Wanneer respondenten meegaan met het oordeel van het UWV hebben zij bijvoorbeeld de gelegenheid om volledig te herstellen en het domein werk tijdelijk aan de kant te zetten. Andere opties zijn aan het werk moeten of willen, waarbij de respondenten afhankelijk zijn van de medewerking van werkgevers en het domein familie de laatste in de rij lijkt te zijn wanneer de respondent zijn energie verdeelt.

Een andere belangrijke factor in het verkrijgen van balans is de betekenis van werk. Een groot deel van de respondenten wil heel graag aan het werk zijn. Zij missen hun rol als werknemer en voelen zich nutteloos zonder werk. Hierdoor verkiezen deze respondenten het werk boven het domein familie, zodat zij zo goed mogelijk kunnen functioneren op het werk.

Deze keuze is mede mogelijk doordat de grenzen van het domein familie flexibel zijn en de leden op de hoogte zijn van de betekenis van werk voor de respondent en daardoor de keuze begrijpen.

Samengevat zijn er een aantal aspecten die een belangrijke rol spelen bij het verkrijgen van balans tussen de verschillende domeinen voor gedeeltelijk arbeidsongeschikte werknemers. Ten eerste is het van belang dat de gedeeltelijk arbeidsongeschikte de grenzen van zijn eigen gezondheid leert kennen en deze zelf kan bewaken. In dit leerproces kan de gedeeltelijk arbeidsongeschikte ondersteuning krijgen van onder meer de partner, medisch specialisten en begeleiders van het re-integratiebureau. Vervolgens is het communiceren van deze grenzen naar de *border-keepers* een voorwaarde voor balans, zodat zij inzicht en begrip kunnen krijgen en mee kunnen werken aan het verkrijgen van balans. Dit alles staat of valt met de medewerking van de werkgever; wanneer er geen medewerking is, blijkt het vinden van een passende functie een goed (maar minder ideaal) alternatief, waardoor medewerking en onderhandelen minder noodzakelijk is. Ten slotte lijken flexibele grenzen en keuzevrijheid het verkrijgen van balans te vergemakkelijken. Wanneer de respondent moeite heeft met het bewaken van de grenzen van zijn gezondheid en dit duidelijk te maken verschillende domeinleden, kunnen strakke kaders van het UWV juist bijdragen aan balans. Dit sluit aan bij de opvattingen van Clark (2000) over strikte en flexibele grenzen.

Mannen en vrouwen

Vanuit de resultaten kan geconcludeerd worden dat geen opvallende verschillen zijn tussen mannen en vrouwen in de beleving van de invloed van de leden. Mannen en vrouwen lijken de fases en balans op eenzelfde manier te ervaren. Het accepteren van nieuw werk lijkt hierop af te wijken; vrouwen lijken hun eigen grenzen hierin minder te bewaken dan mannen. Het verschil in de taakverdeling van het huishouden zoals De Rijk et al. (2002) beschreven, komt ook uit de interviews naar voren. De vrouwen die niet aan het werk zijn doen minder in het huishouden, de mannen doen meer. De partners nemen hierdoor taken over van de vrouw en worden ontlast door de man.

Een andere bevinding is dat de vrouwelijke respondenten in de interviews meer ervaringen en gevoelens beschrijven dan mannen. Het is echter niet mogelijk om dit te herleiden tot een andere manier van omgaan, het zal eerder duiden op de verschillen tussen mannen en vrouwen in het communiceren over persoonlijke onderwerpen.

Toepassing onderzoeksmodel

In dit onderzoek is de theorie van Clark (2000) toegepast met een bijgevoegd domein. Deze wijze van analyseren leidt tot een breed en compleet overzicht van de verschillende leden en de rollen van de leden. De toevoeging van het domein gezondheid blijkt bovendien een aanvulling, doordat het mogelijk is een andere en meer complexe situatie te onderzoeken. Het is echter lastig om alle informatie die bij toepassing van dit model wordt vergaard, ook weer bijeen te brengen. Hierdoor was het noodzakelijk om een fasering in de resultaten aan te brengen.

Hoofdvraag: hoe steunen en belemmeren de leden van de domeinen van werk, familie en WIA het proces van re-integratie van een gedeeltelijk arbeidsongeschikte werknemer?

De drie domeinen en hun leden spelen allen een verschillende rol in het proces van re-integratie, wat mede wordt bepaald de verschillende soorten grenzen die er binnen de domeinen gesteld kunnen worden. De grenzen van het domein WIA functioneren als kaders die de grenzen van andere domeinen ook beïnvloeden. Hierdoor zijn gedeeltelijk arbeidsongeschikten afhankelijk van de beslissingen van het UWV en raken zij de regie kwijt over hun werk, inkomen en gezondheid, wat als een onprettige en ongezonde situatie kan worden ervaren. Door de gezondheidsklachten van de gedeeltelijk arbeidsongeschikten en de vaak negatieve houding van werkgevers tegenover zieke werknemers, is het voor de gedeeltelijk arbeidsongeschikten bovendien moeizamer om het domein werk te betreden en hun rol als werknemer te vervullen. Er ontstaat er een situatie waarin er opnieuw een balans zal moeten worden gezocht. In deze zoektocht naar balans fungeert het domein familie als een onvoorwaardelijk steunpunt. Doordat het domein familie de meest flexibele grenzen heeft en de partner zich bewust is van de andere domeinen (en de zoektocht van de gedeeltelijk arbeidsongeschikte naar balans), accepteert de partner het wanneer er minder tijd en energie is voor het domein familie. De balans voor een gedeeltelijk arbeidsongeschikte in het proces van re-integratie kan bevorderd worden door te communiceren met en de medewerking van de leden van de domeinen en het bieden van keuzes. Hierdoor kunnen gedeeltelijk arbeidsongeschikten, zowel mannen als vrouwen, de regie over de balans tussen werk, familie en gezondheid op hun eigen wijze hervinden.

5.2 Discussie

Dit onderzoek vond plaats binnen de kaders van een groter onderzoeksproject, waardoor de topiclijst was vastgesteld. Hierdoor heb ik mij mogelijk tijdens het afnemen van de interviews teveel laten leiden door de topiclijst en mijn eigen onderzoek hierdoor niet altijd even centraal

gesteld bij het stellen van de vragen en doorvragen. Bij het formuleren van een eigen topiclijst was het mogelijk geweest gericht vragen te stellen en de volledige aandacht op het eigen onderzoek te kunnen richten. Aan de andere kant was het nu mogelijk de topiclijst te evalueren met meerdere onderzoekers en meer tijd en aandacht te besteden aan het verfijnen van het eigen onderzoek in plaats van het opstellen van een topiclijst.

Een ander punt van discussie is de selectie van de respondenten. Het onderzoek is afhankelijk van de vrijwillige medewerking van respondenten en hier schuilt het gevaar dat voornamelijk mensen met frustraties (naar de werkgever, UWV) zich hebben gemeld voor deelname. Dit kan de resultaten van het onderzoek gekleurd hebben, maar heeft ook een pallet van ervaringen opgeleverd.

5.3 Aanbevelingen

Dit onderzoek heeft nieuwe kennis opgeleverd over de ervaringen met re-integratie en de invloed van verschillende omgevingen op dit proces. Uit de interviews komt naar voren dat werk van grote betekenis is in het leven van de gedeeltelijk arbeidsongeschikten. Het arbeidsethos overstijgt de rol van werkgevers en collega's in de energie die werk kan losmaken. Het onderzoeken van de betekenis van werk voor gedeeltelijk arbeidsongeschikten is daarmee een suggestie voor verder onderzoek.

Nadat de beleving van de gedeeltelijk arbeidsongeschikte is onderzocht, is een andere aanbeveling voor onderzoek de beleving van werkgevers. Hoe ervaren zij de wetgeving rondom ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid en hoe kijken zij tegen zieke werknemers aan? Deze nieuwe kennis zou tezamen met de resultaten van dit onderzoek een compleet beeld bieden van hoe het beleid wordt ervaren door werkgevers en werknemers. Op deze wijze kan ook in kaart gebracht worden hoe de negatieve houding ten opzichte van zieke werknemers veranderd zou kunnen worden.

Naast aanbevelingen voor nader onderzoek, kunnen er vanuit dit onderzoek ook aanbevelingen worden gedaan naar de praktijk. Het belang van invloed, communicatie en begrip in de relaties tussen de gedeeltelijk arbeidsongeschikte en de werkgever en het UWV is duidelijk naar voren gekomen in dit onderzoek. Deze ingrediënten maken het voor de gedeeltelijk arbeidsongeschikte mogelijk om in balans en succesvol te re-integreren. Aangezien het UWV hier ook naar streeft, strekt het tot de aanbeveling om te onderzoeken hoe beter uiting kan worden gegeven aan het bieden van duidelijkheid in de communicatie en het tonen van begrip voor de verschillende fases van disbalans die gedeeltelijk arbeidsongeschikten doorlopen.

6. Literatuur

- Bekker, M.H.J. (1999). Werk en zorg gecombineerd m/v: stress, gezondheid, en welbevinden. *De Psycholoog*, 34, 8-14.
- Bekker, M. (2007). Vrouwen, arbeid en gezondheid. In W. Schaufeli, & A. Bakker (Red.), *De psychologie van arbeid en gezondheid* (pp. 409-422). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Boeije, H. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: denken en doen*. Amsterdam: Boom onderwijs.
- Breedveld, K., & Broek, A. van den (2002). *De veeleisende samenleving: Psychische vermoeidheid in een veranderde sociaal-culturele context*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Clark, S.C. (2000). Work/family border theory: a new theory of work/family balance. *Human Relations*, 53(6), 747-770.
- Echtelt, P. van, & Hoff, S. (2008). *Wel of niet aan het werk: Achtergronden van het onbenut arbeidspotentieel onder werkenden, werklozen en arbeidsongeschikten*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Geurts, S.A.E., & Demerouti, E. (2003). Work/non-work interface: a review of theories and findings. In M. Schabracq, J. Winnubst & C.L. Cooper (Eds.), *The handbook of work and health psychology* (pp. 279-312). New York: John Wiley & Sons Inc.
- Greenhaus, J.H., & Beutell, N.J. (1985). Sources of conflict between work and family roles. *The Academy of Management Review*, 10(1), 76-88.
- Gründemann, R., Smulders, P. & Kwantes, J.H. (2007). Wetgeving op het gebied van arbeid en gezondheid. In W. Schaufeli en A. Bakker (Red.), *De psychologie van arbeid en gezondheid* (pp. 449-460). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Jehoel-Gijsbers, G. (2007). Inleiding. In G. Jehoel-Gijsbers (Red), *Beter aan het werk: Trendrapportage ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en werkhervatting* (pp. 17-31), Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Kahn, R.L., Wolfe, D.M., Quinn, R.P., & Snoek, J.D. (1964). A theory of role dynamics. In R.L. Kahn, D.M. Wolfe, R.P. Quinn & J.D. Snoek, *Organizational stress: studies in role conflict and ambiguity* (pp. 11-35). New York: John Wiley & Sons Inc.
- Koning, J. de (2007). Introduction. In J. de Koning (Ed.), *The evaluation of active labour market policies: Measures, public private partnerships and benchmarking*. (pp. 1-21) Cheltenham: Edward Elgar Publishing Limited.
- Marks, S.R. (1977). Multiple roles and role strain: some notes on human energy, time and commitment. *American Sociological Review*, 42, 921-936.

Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (2008a). *Kabinetsstandpunt re-integratie*. Geraadpleegd op 25 februari 2010 van http://docs.minszw.nl/pdf/34/2008/34_2008_3_11423.pdf

Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (2008b). *Rapport: Beleidsdoorlichting re-integratie*. Geraadpleegd op 25 februari 2010 van http://docs.minszw.nl/pdf/35/2008/35_2008_3_11424.pdf

Nijhuis, F., & Lierop, B. van (2007). Arbeidsre-integratie en arbeidsrehabilitatie. In W. Schaufeli en A. Bakker (Red.), *De psychologie van arbeid en gezondheid* (pp. 169-192). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Parsons, T. (1951). Social structure and dynamic process: the case of modern medical practice. In T. Parsons, *The social system* (pp. 428-479). London: Routledge & Kegan Paul.

Peeters, M., & Heiligers, P. (2007). De balans tussen werk en privé. In: W. Schaufeli en A. Bakker (Red.), *De psychologie van arbeid en gezondheid* (pp. 299-314). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Raad voor Werk en Inkomen (2008). *Re-integratiemarktanalyse 2008*. Geraadpleegd op 25 januari 2010 van http://www.rwi.nl/CmsData/File/2008/Re-integratiemarktanalyse_2008.pdf

Rijk, A.E. de, Lierop, B.A.G. van, Janssen, N., & Nijhuis, F.J.N. (2002). *Geen kwestie van motivatie maar van situatie*. Den Haag: Elsevier Bedrijfsinformatie. Geraadpleegd op 25 februari 2010 van http://docs.minszw.nl/pdf/35/2002/35_2002_3_3066.pdf

Sol, C.C.A.M., Knijn, C.G.H., & Frings-Dresen, M. (2007). *Re-integratie verbeteronderzoek: Universitair onderzoeksprogramma 2007-2010*. Geraadpleegd op 7 juli 2010 van <http://www.verbeteronderzoek.nl/publications/show/192>

Verveen, E., Bunt, S., & Schepman, S. (2005). *Reintegratieladders*. Geraadpleegd op 2 juli 2010 van <http://www.raadwerkinkomen.nl/CmsData/File/Archief/PDF/reintegratieladders.pdf>

UWV (2008). *Ik ben ziek. Wat nu? Informatie over re-integratie en inkomen*. Geraadpleegd op 25 februari 2010 van http://www.uwv.nl/Images/AG110%2002258%2012-08_tcm26-120855.pdf

UWV (2009). *Ik krijg een WGA-uitkering. Wat betekent dat voor mij?* Geraadpleegd op 25 februari 2010 van <http://www.uwv.nl/particulieren/brochures/brochures/AG11014495.aspx>

UWV (2010). *Kwantitatieve informatie 2009*. Geraadpleegd op 24 juni 2010 van http://www.uwv.nl/Images/Kwantitatieve%20informatie%202009_tcm26-234794.doc

UWV (z.j.). *Een WGA-uitkering, wat betekent dat voor mij?* Geraadpleegd op 1 juli 2010 van <http://www.uwv.nl/wia/langdurig-ziek/wat-is-wia/wga-uitkering/index.aspx>

7. Bijlagen

Bijlage 1: de re-integratieladder

Trede	Doelgroep	Doel	Instrumenten
1. Zorg/hulpverlening	Personen die niet in staat zijn tot reïntegratie door ernstige geestelijke en/of lichamelijke beperkingen (fase 4)	<ul style="list-style-type: none"> Het verminderen van de geestelijke en/of lichamelijke beperkingen om daarna een vervolgstap te kunnen zetten 	<ul style="list-style-type: none"> Doorverwijzing naar hulpverleningsinstanties zoals verslavingszorg, schuldhulpverlening e.d.
2. Sociale activering	Personen van wie verwacht wordt dat zij mogelijk op lange termijn aan het reguliere arbeidsproces kunnen deelnemen, maar daar nu nog niet aan toe zijn door psychische en/of lichamelijke beperkingen (fase 4)	<ul style="list-style-type: none"> Maatschappelijke participatie (als er geen vervolgtraject mogelijk is) Doorstroom naar arbeidsactivering 	<ul style="list-style-type: none"> Maatschappelijk nuttige activiteiten (bv buurthuiswerk) Vrijwilligerswerk Vormen van permanente gesubsidieerde arbeid Activiteiten die de lichamelijke en/of geestelijke belemmeringen verminderen Integrale trajecten (RIB's)
3. Arbeidsactivering	Personen die op dit moment nog niet in staat zijn om reguliere arbeid te verrichten maar die nog wat vaardigheden nodig hebben om dat in de toekomst wel te kunnen (fase 2+3)	<ul style="list-style-type: none"> Cliënten toerusten met de kwaliteiten die zij nodig hebben om door te stromen naar arbeidstoeleiding of naar een reguliere baan 	<ul style="list-style-type: none"> Tijdelijke gesubsidieerde arbeid met uitstroom als einddoel (detacheringen of loonkostensubsidies) Stages en proefplaatsingen om ervaring op te doen in het arbeidsproces en/of vakgerichte werkervaring op te doen Integrale reïntegratietrajecten (RIB's) gericht op uitstroom (incl. scholing)
4. Arbeidstoeleiding	Personen die wel in staat zijn om reguliere arbeid te verrichten maar voor wie ondersteuning nodig is bij het vinden van arbeid (fase 1+2)	<ul style="list-style-type: none"> Het bieden van ondersteuning om de cliënten zo snel mogelijk uit te laten stromen naar werk 	<ul style="list-style-type: none"> Bemiddeling en job-hunting Sollicitatiecursus Netwerkcursus Work First

Bron: Verveen, Bunt & Schepman, 2005, p. 6.

Bijlage 2: activiteiten re-integratie

1. toeleiding en begeleiding (93 procent)

- beroepsoriëntatie en beroepskeuze (63 procent)
- trainingen (bijv. motivatietraining, sociale vaardigheidstraining, sollicitatietraining) (65 procent)
- directe arbeidsbemiddeling, jobhunting (61 procent)
- jobcoaching, begeleiding van werkende cliënten (56 procent)
- begeleiding naar zelfstandig ondernemerschap (55 procent)

2. gezondheid, interventie en diagnose (52 procent)

- fysieke interventie (bijv. rugtraining, rsi-behandeling) (8 procent)
- psychische interventie (bijv. burnout-behandeling) (28 procent)
- preventie en verzuimbegeleiding (27 procent)
- diagnostiek (23 procent)

3. activering, randvoorwaarden (31 procent)

- sociale activering, vrijwilligerswerk (28 procent)
- zorgtrajecten / hulpverlening (bijv. schuldhulpverlening) (10 procent)

4. werk (27 procent)

- leerwerktrajecten (19 procent)
- uitvoering gesubsidieerd werk (8 procent)
- WorkFirst (9 procent)
- overname van arbeidscontracten van werknemers (3 procent)
- (tijdelijk) in dienst nemen van uitkeringsgerechtigden (9 procent)

5. her-, om- en bijscholing (22 procent)

6. inburgering (8 procent)

7. overig (20 procent)

- mediation en conflictbemiddeling (16 procent)
- casemanagement, regievoering (anders dan bovenstaand) (11 procent)

Bron: RWI, 2008, p. 95.

De percentages die tussen haakjes staan, geven aan welk percentage van de re-integratiebureaus zich bezighoudt met deze activiteit.

Bijlage 3: topiclijst voor respondenten met betaald werk

Topiclijst interview ‘Beter met werk vervolgonderzoek’

Versie: mensen met betaald werk

Inleiding

- [kort iets vertellen over jezelf]

- *Doel:* Met dit onderzoek willen we erachter komen hoe mensen met een WGA-uitkering die gedeeltelijk arbeidsongeschikt zijn en gedeeltelijk (moeten) werken, omgaan met de situatie van ziek zijn en werken. Door de vragenlijst die u in het voorjaar van 2009 heeft ingevuld weten we welke factoren een rol kunnen spelen bij dit proces. Interviews geven de mogelijkheid om dieper op de zaken in te gaan en zo beter inzicht te krijgen in de verschillende manieren waarop mensen met werk en arbeidsongeschiktheid omgaan.

Hoe gaat u hiermee om? Wat moet u er voor laten om te kunnen werken? Wat zijn hindernissen? Hoe lost u problemen met het combineren van ziek zijn en werken op? We interviewen zowel mensen die wel werk hebben als mensen die (nog) geen werk hebben. Van de mensen die geen werk willen we weten waarom het niet lukt om aan het werk te komen. Graag willen we uw verhaal horen, het gaat dus om uw eigen ervaringen.

Het onderzoek maakt deel uit van een groter onderzoeksprogramma wat als doel heeft om de beroepspraktijk voor de toekomst meer en betere handvatten te bieden bij moeilijke keuzen in beleidvorming en -implementatie. Het programma helpt implementatieprocessen op het gebied van re-integratiedienstverlening wetenschappelijk te onderbouwen en wil zo bijdragen aan de lange termijn kennisontwikkeling op dit terrein.

- We zullen uw verhaal verwerken in ons onderzoeksverslag, uiteraard zonder dat de lezer kan afleiden dat u het bent, uw verhaal wordt dus geanonimiseerd. Vindt u het goed als ik het gesprek opneem?

- Het interview zal ongeveer 1 à 1,5 uur in beslag nemen.

- *Vertel aan het begin van het interview waar je het over wil hebben, noem de verschillende onderwerpen:* Ik begin straks met de vraag naar de belangrijkste veranderingen op het gebied van gezondheid en werk sinds u ziek bent/ gezondheidsklachten heeft. Daarna wil ik wat vragen over de mate van arbeidsongeschiktheid en de beoordeling daarvan. Vervolgens wil ik meer weten over uw ervaringen op het gebied van re-integratie. Daarna wil ik het hebben over de balans tussen ziek zijn en werken en als u nu niet aan het werk bent naar eerdere ervaringen hiermee en de betekenis van het wel of niet hebben van werk in uw leven. Tot slot een blik in de toekomst.

A Situatie op dit moment & kort overzicht van proces ziekte en werk

A1 Kunt u in het kort vertellen over de belangrijkste ontwikkelingen wat betreft uw gezondheid sinds u ziek bent of gezondheidsklachten heeft? (*doel is het op een rij krijgen van belangrijkste gebeurtenissen, let op, niet een heel levensverhaal, evt. tijdlijn*)

- a- Hoe gaat het op dit moment met uw gezondheid? Van welke lichamelijke/ en of psychische klachten heeft u nu last?
- b- Waarin beperken uw gezondheidsklachten u op dit moment het meest?
- c- Is uw gezondheid sinds vorig jaar verbeterd of verslechterd?
- d- Wat zijn de vooruitzichten voor uw gezondheid op de korte en op de lange termijn?

A2 Kunt u vertellen over de belangrijkste ontwikkelingen op het gebied van werk sinds u ziek bent of gezondheidsklachten heeft? (*let op proces – evt. tijdlijn*)

- a- Wat is op dit moment uw situatie wat betreft werk (*noem: betaald werk/ vrijwilligerswerk*)?

MAAK KEUZE VOOR TOPICLIJST: DEZE IS VOOR MENSEN MET BETAALD WERK

- b- Bent u nog werkzaam bij u oude werkgever (de werkgever waar u ziek werd/ uitviel vanwege gezondheidsklachten)?
- c- Wat houdt uw functie nu in en waarin verschilt deze van voordat u ziek werd?
- d- Hoeveel uur werkt u nu in de week?
- e- Is dit het aantal uren dat u wilt werken? Meer/ minder? Zou u meer uren kunnen werken?
- f- Zijn er aanpassingen op uw werk, zo ja wat voor aanpassingen?

A3 Kunt u kort vertellen wat u thuissituatie is (samenwonend/ getrouwd/ kinderen/ leeftijd kinderen)?

- a- Zijn er sinds vorig jaar, het invullen van de vragenlijst belangrijke veranderingen met betrekking tot uw thuissituatie?

B Arbeidsongeschiktheidspercentage (veiligheid, zekerheid, legitimiteit)

B1 U krijgt een WGA-uitkering omdat u volgens het UWV gedeeltelijk kan werken. Vindt u het in het algemeen terecht dat men gedeeltelijk arbeidsongeschikt kan worden verklaard en deels aan het werk kan?

- a- En in uw eigen situatie?
- b- Voor hoeveel procent bent u arbeidsongeschikt en bent u het daar mee eens?
- c- Hoe hebt u deze beoordeling/ het proces van beoordelen ervaren?
- d- Hoe is het na deze beoordeling gegaan? Houdt u het UWV op de hoogte van veranderingen in uw gezondheid? Een vervolgkeuring?

Niet eens met beoordeling

- e- Waar bent u het niet mee eens en waarom niet?

B2 Welke uitkering ontvangt u op dit moment (*noem: loongerelateerde uitkering, loonaanvullingsuitkering of een vervolguitkering*)?

- a- Wat verwacht het UWV van u om uw verdien capaciteit te halen? Hoeveel uur moet u daarvoor werken?

Loongerelateerde uitkering

- b- Weet u hoe het zal gaan als de loongerelateerde uitkering afloopt?

Loonaanvullingsuitkering

- e- Lukt het u om minimaal de helft van uw verdien capaciteit te verdienen? Makkelijk/ moeilijk?

C Re-integratie ervaringen

terugblik

- C1** **Wat zijn uw ervaringen bij uw laatste werkgever (de werkgever waar u werkte toen u ziek werd > kan huidige werkgever zijn)?**
- a- doorvragen naar rol van leidinggevende/ collega's (steun, erkenning of onbegrip?)
 - b- had u regelmatig contact met uw leidinggevende?
 - c- is er voor uw gevoel alles aangedaan door uw werkgever om te kunnen re-integreren?
 - d- altijd aan het werk gebleven of een tijd er tussen uit geweest?
 - e- *indien tijd thuis*: hoe hebt u de tijd dat u thuis was ervaren (zonder aan het werk te zijn?)

terugblik

- C2** **Wat zijn uw ervaringen met activiteiten gericht op een terugkeer naar betaald werk? Kortom, hoe is het gelukt om (weer) aan het werk te gaan/ te blijven werken? (let op proces – evt. tijdslijn)**
- a- re-integratietraject/ scholing/ therapie?
 - b- waar hebben de activiteiten aan bijgedragen/ toe geleid (*noem*: zelfvertrouwen/ vinden van balans/ nieuwe richting vinden/ negatieve ervaringen)?
 - c- nu ook nog mee bezig? hoe gaat dat? waarom niet?

 - f- wie speelden hierbij een belangrijke rol en hoe?
 - g- *institutionele omgeving*: wat was de rol van de werkgever/ re-integratiemedewerker/ werkcoach/ UWV/ huisarts in dit proces/ bij deze activiteiten?
 - h- *sociale omgeving*: wat was de rol van uw partner/ vrienden/ burens/ kennissen bij deze activiteiten?

Heden of terugblik (let op fase: nu mee bezig zijn, of gestopt)

- *Mensen die in dienst zijn bij andere werkgever*
- *Mensen die naar ander werk hebben gezocht*
- *Mensen die nu zoeken naar ander werk*

C3 **Wat zijn uw ervaringen met het zoeken naar (ander) betaald werk?**

- a- Bent u nu actief op zoek naar ander werk?

- c- wat zijn belemmeringen/ tegen welke problemen loopt u aan?
- d- wat zijn positieve ervaringen?

- e- van wie ontvangt u steun/ heeft u steun ontvangen en op welke manier bij het zoeken naar betaald werk?
- f- *institutionele omgeving*: welke rol hebben het UWV/ re-integratiebureau/ oude werkgever (voorbeelden)?
- g- *sociale omgeving*: welke rol hebben uw partner/ vrienden/ familie bij het zoeken naar betaald werk (voorbeelden van steun of belemmering?)

Heden en toekomst

C4 **U bent voor [...] % arbeidsongeschikt verklaard door het UWV, voor het andere deel wordt er van uitgegaan dat u kunt werken. Ervaart u het gedeeltelijk arbeidsongeschikt zijn als erkenning voor uw situatie/ ziekte?**

- a- Helpt het gedeeltelijk afgekeurd zijn u om aan anderen zoals vrienden, burens, familie, werkgever, uit te leggen waarom u geen (volledige) baan heeft?
- b- Geeft het gedeeltelijk arbeidsongeschikt zijn duidelijkheid/ houvast aan de werkgever, leidinggevende en collega's in de zin van 'voor zoveel procent kun je op me rekenen'?
- c- En bij een eventuele toekomstige werkgever?

D Balans/ evenwicht

Heden

D1 **Ervaart u een druk om te moeten werken? Wat voor druk ervaart u?**

- a- Van wie ervaart u die druk?
- b- Hoe gaat u om met deze druk om?
- c- Ervaart u een financiële druk om te werken?

Heden

D2 Het percentage arbeidsongeschiktheid kun je vertalen als: voor 'zoveel' procent ben ik ziek (dat is erkend/ vastgesteld), dus kan ik niet werken, en voor het andere gedeelte kan ik wel werken. Je bent als het ware voor een deel vrijgesteld om niet te werken. Hoe ervaart u het deels vrijgesteld worden van de werkdruk?

- a- Biedt dat u voldoende bescherming tegen de druk van het werk?
- b- Helpt het deels vrijgesteld zijn om weer op kracht te komen?

Heden

D3 Wat is voor u op dit moment het belangrijkste om te kunnen doen op een dag/ in de week?

- a- Kunt u beschrijven hoe een gemiddelde dag er voor u uitziet?
- b- En een gemiddelde week? *alles noemen:*
 - werk
 - zorg voor kinderen (*afhankelijk of mensen kinderen hebben*)
 - huishoudelijk werk
 - rust
 - vrijwilligerswerk
 - mantelzorg
 - therapie
 - sport
 - tijd voor jezelf
- c- Is er op dit moment sprake van een balans tussen alle activiteiten? Hoe lukt het u een balans te bereiken?
- d- Is het aantal uren rust voldoende om het werken vol te houden?
- e- Kunt u bepaalde activiteiten nu u werkt en ziek bent niet meer doen, die u voorheen wel deed? Of: welke activiteiten moet u laten om het werken vol te houden?

Heden

D5 Heeft u goede of slechte ervaringen met het combineren van werken en 'ziek' zijn?

- a- Hoe/ waardoor houdt u het werken nu vol?
- b- Lukt het u om een balans te bereiken tussen werken en 'ziek' zijn / 'gezondheid' / in uw situatie?
- c- Hoe doet u dat? Wat gaat goed? Wat zijn belemmeringen bij het vinden van een balans/ waar loop je tegen aan?

Heden

D6 Welke rol speelt uw sociale omgeving (*vraag naar: partner/ vrienden/ familie*) in het combineren van 'ziek zijn' en werken / deze situatie?

- a- Ervaart u steun, erkenning of onbegrip? Voorbeelden?
- b- Is dit veranderd gedurende de periode dat u ziek bent/ gezondheidsklachten heeft?

E Betekenis (niet/ minder) werken

E2 Wat betekent het voor u dat u betaald werk heeft?

- a- Hoe voelt het (voldoening/ nuttig/ onzeker/ angstig/ etc.)? Voorbeelden? Toelichting?

F Toekomst

F1 Wat moet er volgens gebeuren om aan het werk te blijven?

- a- bij uzelf/ werkgevers/ UWV/ overheid?

F3 Hoe ziet u uw kansen op ander werk op de langere termijn?

- a- wat zijn uw doorgroeimogelijkheden?
- b- Zou u ander werk willen gaan doen?
- c- ziet u kansen bij een andere werkgever?

F4 Hoe denkt uw sociale omgeving (partner/ vrienden/ familie) over uw kansen op de arbeidsmarkt?

a- Indien discrepantie tussen geïnterviewde en actoren: waarom is er volgens u een verschil van inzicht over uw kansen op de arbeidsmarkt?

G	Vervolginterviews
----------	--------------------------

G1 Zijn er nog onderwerpen niet aan bod gekomen die volgens u belangrijk zijn of ervaringen die u kwijt wilt?

G2 In dit interview is uw kant van het verhaal duidelijk geworden. In een latere fase in het onderzoek willen we misschien andere actoren/ betrokkenen bij uw re-integratie interviewen. Zijn er mensen in uw omgeving, zoals bijvoorbeeld een:

- arbeidsdeskundige van het UWV

- werkcoach

- re-integratiemedewerker

- (oud) leidinggevende

die een rol spelen of hebben gespeeld in uw situatie en die we mogen benaderen voor een interview?

Ik kan begrijpen als u dit liever niet wilt, daarom vragen we eerst aan u toestemming.

In die interviews wordt naar hun ervaringen gevraagd en hoe zij tegen uw situatie aankijken. In dat gesprek zal geen informatie uit dit interview worden verteld.

- Zo ja, wie zijn dat?

Als we in een latere ronde de actoren willen benaderen dan nemen we contact met u op voor de contactgegevens.

- Zo niet, mag ik vragen waarom u dit liever niet wilt?

H	Afsluiting (recorder uit)
----------	----------------------------------

- Wat vond u van het gesprek?

- Wilt u op de hoogte worden gehouden van de resultaten van dit onderzoek? *(noteer dit in verslag)*

Bijlage 4: gegevens respondenten op moment van interviewen

Nummer	Geslacht	Leeftijd	Betaald werk	Re-integratie	Nieuw werk (gehad)	Partner	Kinderen	Klachten
1	Vrouw	47	Ja	Ja	N.v.t.	Ja	Ja	Lichamelijk
2	Man	47	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Lichamelijk
3	Vrouw	41	Ja	N.v.t.	Ja	Ja	Ja	Lichamelijk
4	Vrouw	57	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Psychisch en lichamelijk
5	Man	55	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Psychisch en lichamelijk
6	Vrouw	53	Nee	Ja	Nee	Ja	Ja	Psychisch en lichamelijk
7	Vrouw	45	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Lichamelijk
8	Man	41	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Psychisch
9	Man	40	Nee	Nee	Ja	Ja	Ja	Psychisch
10	Vrouw	36	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Psychisch en lichamelijk
11	Man	53	Nee	Ja	Nee	Ja	Ja	Lichamelijk
12	Man	50	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Psychisch en lichamelijk
13	Vrouw	38	Ja	Ja	N.v.t.	Ja	Nee	Psychisch en lichamelijk
14	Man	53	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Psychisch
15	Vrouw	56	Nee	N.v.t.	Ja	Ja	Ja	Psychisch en lichamelijk

Noot: de kolom re-integratie heeft betrekking op het al dan niet re-integreren bij de werkgever waarbij respondenten in dienst waren op het moment van de ziekmelding.