



## **Arbeidsongeschiktheid, reïntegratie en etniciteit**

Onderzoek uitgevoerd in opdracht van de Inspectie Werk en Inkomen door:  
Sectie Gezondheidsethiek en Wijsbegeerte  
Universiteit Maastricht

Maastricht, augustus 2004

Auteurs:

Mw. dr. A. Meershoek

Mw. dr. A. Krumeich

Mw. drs. L. Desain

Met medewerking van Prof.dr. R.H.J. ter Meulen en Prof.dr. R. Vos, Universiteit Maastricht

**caphri**



## Voorwoord

In het najaar van 2001 ontstond politieke onrust over een verhoogd WAO-risico van allochtonen. Nader onderzoek liet echter zien dat risico's van verschillende groepen sterk uit elkaar lopen, en factoren als leeftijd, sociaal-economische positie, opleiding en aard van het werk deze verschillen voor een groot deel kunnen verklaren. In de politieke en publieke discussies die volgden echter, is veelvuldig aan de orde geweest dat culturele achtergrond een belangrijke rol speelt bij deze oververtegenwoordiging. Alhoewel vaak niet expliciet zo benoemd, werd daarbij de suggestie gewekt dat allochtonen zich naar onze maatstaven, te makkelijk ziek melden en profiteren van onze verzorgingsstaat.

In die context leek het ons nuttig om preciezer onderzoek te doen naar de sociaal-medische begeleiding en de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling van allochtone en autochtone cliënten. Dergelijke culturele verklaringen houden immers weinig rekening met verschillen die tussen mensen bestaan en kunnen schadelijk effect hebben omdat ze makkelijk leiden tot stereotypen en daardoor eenzijdig de 'schuld' van het probleem bij allochtonen leggen.

In dit rapport wordt verslag gedaan van dit onderzoek. Het laat zien dat sociaal-medische begeleiding van allochtonen soms problematisch, maar vaak ook heel goed verloopt. Het onderzoek geeft inzicht in het functioneren van de begeleidings- en beoordelingspraktijk. Pas als processen in de praktijk vastlopen, wordt dat in het geval van allochtone cliënten toegeschreven aan culturele kenmerken. Culturele verklaringen vormen daarmee een uiting van het vastlopen van het proces. Cultuurverschillen zijn geen oorzaak van het probleem en bieden dan ook weinig aanknopingspunten om problemen op te lossen. We hopen dat het inzicht dat dit rapport biedt in het functioneren van de praktijk, aanknopingspunten biedt om te zoeken naar andere oplossingsstrategieën, die de uitvoeringspraktijk voor zowel allochtone als autochtone cliënten kan verbeteren.

We hebben in het onderzoek gebruik gemaakt van kwalitatieve onderzoeksmethoden, die in de beleidsarena niet altijd even gebruikelijk zijn. Op verzoek van de Inspectie Werk en Inkomen heeft de voorzitter van de begeleidingscommissie dhr. P. ten Have, een toelichting geschreven, waarin de gehanteerde methoden in een breder methodologisch perspectief worden geplaatst. Deze heldere toelichting hebben we opgenomen in bijlage I, omdat ze ook voor lezers informatieve waarde heeft.

Bij de totstandkoming van dit rapport hebben veel mensen een rol gespeeld. Op de eerste plaats willen wij de artsen die in het onderzoek geparticipeerd hebben, alsmede het UWV en de arbo-diensten waar zij werkzaam waren, danken voor hun medewerking aan het onderzoek en hun bereidheid om ons een kijkje in de keuken te geven. Uiteraard gaat onze dank ook uit naar de cliënten, die ons toestemming hebben gegeven om bij gesprekken aanwezig te zijn.

Daarnaast willen wij de leden van de begeleidingscommissie, Prof. dr. P. ten Have, dr. J. Rath en drs. W. van Rhenen en de secretaris drs. M. Hoorweg danken voor hun constructieve commentaar op concept-teksten van dit rapport. Mevr. C. Hendriks van de Inspectie Werk en Inkomen danken wij voor haar ondersteunende werkzaamheden voor deze commissie.

Tot slot willen wij de Inspectie Werk en Inkomen van het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid danken voor de opdracht voor het onderzoek, die zij ons hebben verstrekt.

Augustus 2004  
Anja Krumeich  
Agnes Meershoek



# Inhoud

|   |            |
|---|------------|
| <b>Inhoud.....</b>  | <b>5</b>   |
| <b>1 Arbeidsongeschiktheid, reïntegratie en etniciteit.....</b>                         | <b>7</b>   |
| 1.1 Inleiding.....  | 7          |
| 1.2 Etniciteit in handelingspraktijken.....   | 8          |
| 1.3 Verzuimbegeleiding en arbeidsongeschiktheidbeoordelingen: instituties en taken..... | 11         |
| 1.4 Opzet van het onderzoek.....  | 13         |
| 1.5 Opbouw rapport.....   | 16         |
| <b>2 Het werk van bedrijfsartsen.....</b>   | <b>17</b>  |
| 2.1 Zicht krijgen op de klacht: de medische diagnose.....                               | 18         |
| 2.2 Zicht krijgen op de klacht: diffuse problemen.....                                  | 22         |
| 2.3 Arbeidsongeschikt of niet?.....   | 29         |
| 2.4 Conclusie.....  | 43         |
| <b>3 Etniciteit in de spreekkamer van de bedrijfsarts.....</b>                          | <b>46</b>  |
| 3.1 Eenduidige klachten.....  | 46         |
| 3.2 Diffuse klachten, herstel en werkhervatting en etniciteit.....                      | 51         |
| 3.3 Conclusies.....   | 62         |
| <b>4 Het werk van de verzekeringsarts.....</b>  | <b>64</b>  |
| 4.1 Waar heeft u nu precies last van?.....  | 64         |
| 4.2 Wat leeft u voor leven?.....  | 70         |
| 4.3 Medische informatie.....  | 78         |
| 4.4 Conclusie.....  | 82         |
| <b>5 Etniciteit in de spreekkamer van de verzekeringsarts.....</b>                      | <b>84</b>  |
| 5.1 Allochtone cliënten als informatieverstrekkers.....                                 | 84         |
| 5.2 Implicaties.....  | 88         |
| 5.3 Conclusie.....  | 95         |
| <b>6 Samenvatting en Conclusies.....</b>  | <b>96</b>  |
| 6.1 Inleiding.....  | 96         |
| 6.2 Het werk van de bedrijfsarts.....   | 97         |
| 6.3 Het werk van de verzekeringsarts.....   | 100        |
| 6.4 Tot slot.....   | 103        |
| <b>Literatuur.....</b>  | <b>106</b> |
| <b>Bijlage I Methodologische toelichting.....</b>                                       | <b>109</b> |



# 1 Arbeidsongeschiktheid, reïntegratie en etniciteit

## 1.1 Inleiding

De afgelopen jaren is er toenemende aandacht voor de vraag hoe verzuimbegeleiding en arbeidsongeschiktheidsbeoordelingen verlopen bij cliënten van allochtone afkomst. Enerzijds komt die aandacht voort uit het vermoeden dat allochtonen een groter WAO-risico hebben dan autochtonen (IVA/ZONMw, 2002). Anderzijds zijn er signalen dat professionals, betrokken bij de begeleiding en beoordeling, net als professionals in de gezondheidszorg, problemen ervaren in de omgang met allochtone cliënten (Bastiaanssen, 1993; van Poppel et.al, 2002). Waar de oververtegenwoordiging van allochtonen in de WAO precies door wordt veroorzaakt is moeilijk aan te geven. Sommige onderzoeken wijzen op factoren als de sociaal-economische positie en bijeffecten van migratieprocessen en beargumenteren daarmee dat allochtonen door deze factoren vaker ziek zijn, en dus ook vaker arbeidsongeschikt (Konig-Zahn e.a., 1993; Hijmans van den Bergh en Haffmans, 1999; Neggers, 2000b; Slutsky, 1997). Anderen onderzoeken wijzen erop dat de oververtegenwoordiging van allochtonen wel eens veroorzaakt zou kunnen worden door problemen die zich voordoen in het begeleidings- en beoordelingsproces (Neggers, 2000b; Stecr, 2003; Hijmans van den Bergh, 2002; Van Poppel, 2002; Aykaç, 2000; Snel, 2002; MIU, 2000).

Als de oververtegenwoordiging van allochtonen een gevolg is van problemen die zich voordoen in het begeleidings- en beoordelingsproces, duidt dat op een sociaal selectieve werking van beleid op het terrein van verzuim, arbeidsongeschiktheid en reïntegratie. Sociaal selectieve werking wil zeggen dat de ogenschijnlijk neutrale beoordelingscriteria, selectieprocedures of werkmethodieken die gehanteerd worden om mensen te beoordelen verschillend uitpakken voor verschillende groepen mensen (Van der Veen, 1990). Eerder onderzoek naar de uitvoering van de WAO-beoordeling laat zien dat sociale selectiviteit in de uitvoeringspraktijk optreedt, omdat beoordelaars bijvoorbeeld zogenaamde criteria van verdienste en behoefte hanteren: oudere werknemers met een lang werkverleden en gezondheidsklachten worden dan bijvoorbeeld wat milder behandeld, terwijl ouderdom noch werkverleden een officieel criterium voor beoordeling vormen. Onderzoek van Minderhout (1993), dat zich richt op de vraag of er verschillen optreden in de uitvoering van de arbeidsongeschiktheidwetgeving tussen allochtonen en autochtonen, laat zien dat verzekeringsartsen allochtone cliënten niet systematisch anders behandelen of beoordelen, maar dat er een wisselwerking is tussen hun werkwijze enerzijds en specifieke met migratie samenhangende factoren anderzijds, en dat die leidt tot verschillen.

Problemen die uitvoerders ondervinden in de begeleiding en beoordeling van allochtone cliënten zouden dus kunnen leiden tot sociale selectiviteit. Dat is problematisch omdat allochtonen dan anders behandeld worden dan autochtonen, terwijl de regelgeving neutraal beoogt te zijn. Behalve het onderzoek van Minderhout, is er in het domein van verzuimbegeleiding, reïntegratie en arbeidsongeschiktheidsbeoordeling nauwelijks uitvoeringsonderzoek gedaan dat zich richt op mogelijke verschillen in behandeling tussen allochtonen en autochtonen. Om na te gaan of het beleid en de uitvoering daadwerkelijk een sociaal selectief karakter hebben, is (nieuw) diepgaand onderzoek naar de uitvoeringspraktijk noodzakelijk.

Het hier gepresenteerde onderzoek richtte zich op het verwerven van inzicht in de wijze waarop de verzuimbegeleiding en arbeidsongeschiktheidsbeoordelingen in de praktijk functioneren voor allochtonen en of en hoe in dat beleid en in de uitvoering daarvan sociale selectie kan ontstaan. De onderzoeksvraag luidde:

*Heeft de wijze waarop regels ten aanzien van verzuimbegeleiding, verzuimbeoordeling en reïntegratie in de praktijk vorm krijgen andere consequenties voor allochtonen dan voor autochtonen?*

Om deze vraag te beantwoorden is onderzoek verricht naar de handelingspraktijken van bedrijfsartsen en verzekeringsartsen, waarbij de specifieke aandacht uitging naar mogelijke verschillen in behandeling en consequenties daarvan tussen allochtone en autochtone cliënten. Voorliggend rapport doet verslag van dit onderzoek. In dit eerste hoofdstuk wordt de opzet van het onderzoek nader uitgewerkt. In paragraaf 1.2 wordt dieper ingegaan op theoretische noties die ten grondslag liggen aan het onderzoek. Daarbij zal een verband gelegd worden tussen sociaalconstructivistische theorieën over uitvoeringspraktijken en een dynamische conceptualisering van etniciteit. In paragraaf 1.3 wordt vervolgens ingegaan op de formele positie en taak van uitvoerende professionals, te weten bedrijfsartsen, verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen. In paragraaf 1.4 tenslotte worden de opzet en uitvoering van het onderzoek besproken.

## 1.2 Etniciteit in handelingspraktijken

Er is in het domein van de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling, verzuimbegeleiding en reïntegratie nauwelijks uitvoeringsonderzoek gedaan naar mogelijke verschillen tussen allochtonen en autochtonen. Wel zijn er een paar andersoortige onderzoeken verricht naar allochtonen en sociaal-medische begeleiding (Hijmans van de Bergh, 2002) en WAO-beoordeling (Snel, 2002). In deze onderzoeken worden een aantal typen problemen geconstateerd, die spelen bij de begeleiding en beoordeling van allochtone cliënten. Op de eerste plaats ervaren professionals problemen omdat allochtonen de Nederlandse taal niet (goed) beheersen. Op de tweede plaats ervaren professionals problemen omdat ze een andere ziektebeleving bij allochtonen constateren en andere opvattingen over ziekte en gezondheid. Het gaat dan met name om het onderscheid tussen lichamelijke en psychische ziekten en de relatie tussen psychosociale problematiek en lichamelijke klachten. Ten derde geven professionals aan dat allochtonen verhoudingsgewijs meer met niet-objectiveerbare lichamelijke klachten komen. De verklaring daarvoor leggen professionals bij het feit dat allochtonen zowel op hun werk als privé geconfronteerd worden met problemen die stressbevorderend zijn. Ten vierde blijkt uit dit onderzoek dat professionals door de interne dynamiek van de uitvoerende organisaties onvoldoende tijd en mogelijkheden hebben om de vaak complexe problematiek waar allochtonen mee te maken hebben goed te begeleiden en te beoordelen.

Alhoewel deze onderzoeken inzicht geven in de knelpunten die professionals ervaren in de omgang met allochtonen, werpen ze, gezien hun opzet, de vraag op of problemen van/met allochtonen niet te snel toegeschreven worden aan de 'andere' (culturele) achtergrond van allochtonen. In het onderzoek wordt namelijk geen vergelijking gemaakt met autochtone cliënten. De vraag is dan ook of bijvoorbeeld de problemen die allochtonen zouden hebben met het maken van onderscheid tussen lichamelijke en psychische ziekten, specifiek voor allochtonen zijn, of ook bij autochtonen voorkomen. Dat maakt de problemen overigens niet minder, maar de verklaring dat culturele normen en waarden verantwoordelijk zijn voor die problemen twijfelachtig. Daarnaast is in dergelijk onderzoek in de meeste gevallen gewerkt met interviews. Dat betekent dat vooral inzicht is verkregen in hoe professionals (en allochtonen zelf) hun ervaringen met verzuimbegeleiding en arbeidsongeschiktheidsbeoordeling legitimeren en verklaren. Alhoewel dat belangrijke informatie is, omdat die legitimatie en verklaringen een rol spelen in hun handelen, is de verhouding tussen dergelijke legitimaties en daadwerkelijke handelingen niet eenduidig. Om inzicht te verkrijgen hoe professionals met allochtonen omgaan, en of zich daarin verschillen voordoen met de manier waarop ze met autochtone cliënten omgaan, is onderzoek nodig dat de handelingspraktijk zelf, in relatie met reconstructies van betrokkenen, in kaart brengt. Als het gaat over de vraag of de begeleiding met allochtonen specifieke problemen met zich meebrengt is het bovendien noodzakelijk om een vergelijkend perspectief te hanteren.

Om onderzoek naar de handelingspraktijk zelf uit te voeren hebben we gebruik gemaakt van ideeën uit het zogenaamde uitvoeringsonderzoek en die gecombineerd met ideeën uit recente inzichten in de aard van cultuur en van etniciteit. Onderzoeksinzichten voortkomend uit onderzoek naar



uitvoeringspraktijken op het terrein van de arbeidsongeschiktheidsregelingen laat zien dat, alhoewel deze regelgeving formeel geen onderscheid maakt tussen groepen, zoals bijvoorbeeld allochtonen en autochtonen of mannen en vrouwen, in de uitvoering wel leidt tot verschillen (Meershoek, 1999; Mudde, 1995; Van der Veen, 1990). De verklaring voor het optreden van dergelijke verschillen, wordt gegeven door het feit dat de uitvoering van beleid geen onproblematische afgeleide vormt van het (formeel geformuleerde) beleid. Enerzijds omdat formele regels doorgaans geen ondubbelzinnige handelingsvoorschriften geven voor complexe situaties waarmee uitvoerders in de praktijk worden geconfronteerd. Anderzijds omdat uitvoerders zich in hun handelen niet alleen oriënteren op formele regels, maar ook op informele en sociale 'regels' die met formele regels concurreren. In onderzoek naar de uitvoering van sociaal beleid, worden formele regels dan ook niet als uitgangspunt van onderzoek genomen, maar staat de eigen dynamiek van de uitvoeringspraktijk centraal. Deze uitvoeringspraktijk wordt dan beschouwd als een handelingspraktijk, waarin actoren zich laten leiden door een praktische rationaliteit (Meershoek, 1999; Widdershoven, 1987).

Praktische rationaliteit, of praktische logica, verwijst naar de vanzelfsprekendheden en de impliciete normatieve noties, die in het handelen van mensen besloten liggen. Professionals in uitvoeringspraktijken maken bijvoorbeeld bij het uitvoeren van hun dagelijkse werk naast formele regels en procedures gebruik van professionele kennis, informele regels, ervaring en routines. Deze instrumenten raken verweven in een vanzelfsprekende manier van werken, die het praktisch handelen ordent. Vanzelfsprekend in de zin dat betrokkenen weten 'hoe te handelen', zonder dat ze volledig kunnen expliciteren waarom ze zo handelen. Desalniettemin worden in dat handelen allerlei keuzes gemaakt en oordelen geveld, en liggen in het handelen impliciete normatieve noties besloten. Die normatieve noties, blijven normaal gesproken echter impliciet, omdat de praktische werkwijze en ordening vanzelfsprekend is geworden.

In het domein van de arbeidsongeschiktheidsregelingen (Ziektewet en WAO) zijn verschillende onderzoeken naar juist de praktische rationaliteit in de uitvoering verricht (Meershoek, 1999; Mudde, 1995; Minderhout, 1993; Van der Veen, 1990). Dergelijk onderzoek geeft inzicht in de gang van zaken in de spreekkamer van bedrijfsartsen, verzekeringsartsen en/of arbeidsdeskundigen. Het laat zien dat in de praktijk sprake is van een eigenstandige logica, van een vanzelfsprekende manier van werken. Die manier van werken, en daarmee de vraag wat arbeidsongeschiktheid is, wanneer daar sprake van is, hoe klachten en ziekte zich tot elkaar verhouden, is niet van tevoren gegeven of simpel te herleiden tot formele regels. In die vanzelfsprekende manier van werken ligt tevens besloten wat het betekent om cliënt of arts te zijn: hun identiteit, 'passende gedragingen' en verantwoordelijkheden worden geconstrueerd.

In de praktische logica liggen, met andere woorden, ook verwachtingen besloten ten aanzien van de cliënt (Meershoek, 1999). In een soepel verlopend begeleidingstraject conformeert de cliënt zich aan het verwachtingspatroon van de verzekeringsarts en krijgt de cliënt in toenemende mate zeggenschap over zijn eigen traject. De normatieve noties blijven in dit soort interacties onzichtbaar. In onderhandelingen waar de cliënt vasthoudt aan eigen routines en vanzelfsprekendheden, die niet overeenkomen met de vanzelfsprekende manier van werken in de praktijk, verloopt de interactie daarentegen steeds moeizamer. De cliënt conformeert zich dan niet aan de impliciete normatieve noties over hoe een 'goede' cliënt of werknemer zich gedraagt en komt onder een steeds restrictiever begeleidingsregime terecht. Dat gaat gepaard met negatieve morele oordelen over de cliënt, die een goede reïntegratie in de weg staan. Alhoewel veel van deze cliënten uiteindelijk wel aan het werk gaan, levert deze discrepantie tussen verwachtingen en vanzelfsprekendheden van cliënt en verzekeringsarts vaak een patstelling op, waarin ook de beoordelelend/begeleidend arts gevangen zit.

Het verloop van het begeleidingstraject wordt met andere woorden voor een groot deel bepaald door de mate waarin cliënten er in slagen om hun gedrag op de verwachtingen en impliciete normatieve noties van de praktijk waarin zij ‘terecht komen’ af te stemmen. Als zij daarin slagen, als hun gedragingen ten aanzien van het omgaan met ziekte, werk en arbeidsongeschiktheid overeenkomen met de vanzelfsprekende ordening van de praktijk, verloopt de begeleiding over het algemeen soepel en is er uitzicht op (volledige) werkhervatting. Als de verwachtingen en gedragingen in het omgaan met ziekte, arbeidsongeschiktheid en werk ver uit elkaar liggen, dan verloopt het afstemmingsproces moeizaam. Het verschil in vanzelfsprekendheden en impliciete normatieve noties van beide partijen wordt dan zichtbaar. De wijze waarop artsen een dergelijk verschil verklaren en de wijze waarop zij met een dergelijk verschil omgaan is van invloed op de wijze waarop cliënten al dan niet gereïntegreerd en beoordeeld worden en op de kans op succesvolle reïntegratie.

Dit proces doet zich zowel bij autochtonen als bij allochtonen voor, maar de vraag is of en hoe deze verschillen bij allochtone cliënten in verband gebracht worden met hun ‘culturele achtergrond’. Dergelijke vragen zijn geïnspireerd op studies naar etniciteit die laten zien dat “eticiteit” niet verwijst naar een set vooraf gegeven, vaststaande karakteristieken van een groep mensen die zich van oudsher duidelijk onderscheidt van andere groepen, maar dat etniciteit in concrete interacties voortdurend wordt ge(her)definieerd. Hoe zo’n definitie eruit komt te zien, welke karakteristieken van een bepaalde groep men erin beschrijft, hangt af van het proces waarin een groep mensen als aparte sociale groep gecategoriseerd wordt, en van de context waarin die definitie een rol speelt (Moerman, 1968; Jenkins, 1997; Lewis, 1998; Saraga, 1998; Struijs & Saharso, 2001; Wekker & Lutz, 2001). Ideeën over rollen, taken en verantwoordelijkheden van zowel de etnische groep, als die van de maatschappij worden in dergelijke definities geïmpliceerd en vanzelfsprekend gemaakt. Als bovengenoemde afstemmingsproblemen inderdaad in verband worden gebracht met de culturele achtergrond, dan wordt in dat proces naast een “goede cliënt” tevens “eticiteit” geconstrueerd. Een dergelijke dynamische conceptualisering van etniciteit impliceert dus dat etniciteit dus tot stand komt in de handelingspraktijk en samenhangt met de praktische rationaliteit van die praktijk.

Het feit dat professionals specifieke problemen ervaren met allochtone cliënten wijst erop dat etniciteit in de reïntegratiepraktijk een rol speelt.<sup>1</sup> Dit onderzoek richt zich op de vraag wanneer en hoe etniciteit precies wordt ge(her)definieerd en welke consequenties dat heeft voor het verloop van de verzuimbegeleiding en arbeidsongeschiktheidsbeoordeling. Daarbij zijn we ervan uitgegaan dat problemen die zich bij conflicterende normen, waarden en vanzelfsprekendheden voordoen, bij allochtonen in samenhang met hun culturele achtergrond gedefinieerd worden en dat een dergelijke probleemdefinitie specifieke consequenties heeft voor het verloop van het begeleidings- en beoordelingsproces.

Om iets kunnen zeggen over de vraag of de wijze waarop regels en procedures rond verzuimbegeleiding en WAO in de praktijk vorm krijgen andere consequenties voor allochtonen heeft dan voor autochtonen zijn we dus nagegaan

- 1 Hoe betrokken professionals precies te werk gaan
- 2 Welke impliciete normatieve noties in hun manier van werken besloten liggen.
- 3 Of er inderdaad sprake is van verschillen tussen de impliciete normatieve noties van de professionals enerzijds en hun cliënten anderzijds.
- 4 Hoe betrokken professionals omgaan met dergelijke verschillen
- 5 Of problemen die uit dergelijke verschillen voortvloeien bij allochtone cliënten geduid worden in termen van etniciteit,
- 6 Welke definitie hier aan etniciteit wordt gegeven,

---

<sup>1</sup> Zie ook Minderhout, 1993.

- 7 Welke consequenties dat heeft voor allochtone cliënten met name in termen van mogelijke verschillen met autochtone cliënten

### 1.3 Verzuimbegeleiding en arbeidsongeschiktheidbeoordelingen: instituties en taken

Sinds 1996 zijn de risico's van ziekteverzuim gedurende het eerste jaar van ziekte 'geprivatiseerd', dat wil zeggen dat de werkgever de plicht heeft het loon van een zieke werknemer door te betalen<sup>2</sup> en verantwoordelijk is voor de verzuimbegeleiding.<sup>3</sup> Voor deze laatste verantwoordelijkheid is de werkgever verplicht een deskundige dienst in te schakelen, de arbodienst.<sup>4</sup> De arbodienst heeft voor deze taak verschillende professionals in dienst. Centrale professional is de bedrijfsarts, waar zieke werknemers regelmatig op het spreekuur verschijnen. Afhankelijk van de arbodienst kunnen daarnaast bedrijfsverpleegkundigen, bedrijfsmaatschappelijk werkers en bedrijfspsychologen betrokken worden bij de verzuimbegeleiding. Bedrijfsverpleegkundigen spelen vaak een rol in het begin van de verzuimperiode. Zij maken een soort voorselectie voor verwijzing van cliënten naar de bedrijfsarts; werknemers met onduidelijke, meer complexe problemen en werknemers met klachten waarvan ingeschat wordt dat ze langer zullen gaan duren worden door hen doorverwezen naar de bedrijfsarts. Eenduidige, kortdurende gevallen begeleiden ze zelf. Bedrijfsmaatschappelijk werkers en bedrijfspsychologen worden ingeschakeld door bedrijfsartsen als er sprake is van sociaal-psychologische klachten en werknemers daar geen behandeling voor krijgen in de reguliere gezondheidszorg.

De taak van de bedrijfsarts is om te beoordelen of zieke werknemers terecht verzuimen en om ze terug te begeleiden naar hun werk. In principe gaat het dan om hun eigen werk, maar als dat nodig is ook naar aangepast werk bij de eigen werkgever. Als ook dat niet mogelijk is, behoort begeleiding naar een andere werkgever tot de mogelijkheden, maar dan moet ook het UWV betrokken worden in het traject.

De kern van de verzuimbegeleiding wordt gevormd door het voeren van gesprekken. Zieke werknemers worden daartoe uitgenodigd op het spreekuur van de bedrijfsarts. Die gesprekken duren in de regel 10 tot 20 minuten. Daarnaast voeren bedrijfsartsen vaak overleg met de werkgever. Afhankelijk van het contract en de omvang van het bedrijf of de instelling, is dat geïnstitutionaliseerd in een zogenaamd SMT (sociaal medisch team), een vergadering waar naast de bedrijfsarts, betrokkenen van de kant van de werkgever aanwezig zijn. Meestal is dat een vertegenwoordiger van personeelszaken en leidinggevenden van zieke werknemers.

Na het eerste jaar van ziekte moet het UWV beoordelen of een werknemer in aanmerking komt voor een WAO-uitkering. UWV moet het recht op een WAO-uitkering formeel vaststellen voor de datum Einde Wachtijd (EW, één jaar na de ziekmelding), hetgeen betekent dat een zieke werknemer 8 à 10 maanden na de dag van ziekmelding beoordeeld wordt. De cliënt moet die beoordeling zelf aanvragen, maar in de praktijk doet de werkgever dat meestal. Het UWV is per 1 januari 2002 ontstaan uit een fusie van vijf uitvoeringsinstellingen en het Lisv. Alhoewel UWV formeel één organisatie is, is het fusieproces gestart in de top van de organisatie. Dat betekende dat tijdens het onderzoek de werkwijzen van de oorspronkelijke uitvoeringsorganisaties op uitvoerend niveau (nog) niet geüniformeerd waren. Daarnaast bestaan ook tussen verschillende locaties die in het verleden vielen onder één uitvoeringsorganisatie, op uitvoeringsniveau verschillen in werkwijzen, precieze procedures en de organisatie daarvan.

---

<sup>2</sup> Deze verplichting is geregeld in de Wet uitbreiding loondoorbetalingsplicht (Wulbz).

<sup>3</sup> Deze verplichting is vastgelegd in de Arbowet.

<sup>4</sup> In veel gevallen is dit een onafhankelijke organisatie, waarmee de werkgever een contract afsluit waarin geregeld wordt welke diensten geleverd worden. Een aantal grote bedrijven en instellingen heeft een eigen interne arbodienst. Naast de individuele verzuimbegeleiding heeft de arbodienst tevens een taak bij preventie van verzuim.

De arbeidsongeschiktheidsbeoordeling bestaat uit een verzekeringsgeneeskundig en een arbeidskundig deel. In het verzekeringsgeneeskundig deel stelt de verzekeringsarts vast wat een cliënt nog aan mogelijkheden heeft. In het arbeidskundig deel gaat de arbeidskundige na welke arbeidsfuncties iemand gezien die mogelijkheden nog kan uitoefenen. Het arbeidsongeschiktheidspercentage wordt vervolgens bepaald door de theoretische verdien capaciteit (het loon dat verdiend kan worden met de arbeidsfuncties die nog uitgeoefend kunnen worden) te vergelijken met het laatst verdiende loon. De hoogte van de uitkering wordt bepaald door dat percentage.

Om de mogelijkheden van een cliënt te beoordelen, voert de verzekeringsarts een zogenaamd claimbeoordelingsgesprek met de cliënt. Voor dat gesprek is ongeveer 3 kwartier gereserveerd. De verzekeringsarts heeft vooraf in principe informatie over het eerste ziektejaar van de werkgever of de arbodienst. De cliënt wordt daarnaast meestal gevraagd een formulier in te vullen, dat naar het spreekuur wordt meegebracht. De verzekeringsarts legt zijn bevindingen vast in een rapportage en vult (soms samen met de cliënt) een zogenaamde Functionele Mogelijkheden Lijst (FML) in. De verzekeringsarts kan tot het oordeel komen dat iemand volledig arbeidsongeschikt is, als een cliënt niets meer kan. Daarvoor zijn voorwaarden opgenomen in het Schattingsbesluit.<sup>5</sup> In alle andere gevallen geeft de verzekeringsarts in de FML aan of de cliënt normaal kan functioneren, dan wel beperkt is. De Functionele Mogelijkheden Lijst bestaat uit een aantal rubrieken, te weten: persoonlijk functioneren, sociaal functioneren, aanpassingen aan fysieke omgevingseisen, dynamische handelingen, statische houdingen en werktijden. Deze rubrieken zijn ieder weer onderverdeeld in items of activiteiten. Per activiteit heeft de verzekeringsarts de mogelijkheid om aan te geven of de cliënt daarin normaal functioneert, beperkt is of sterk beperkt. Wat onder normaal, beperkt en sterk beperkt verstaan wordt, wordt per activiteit toegelicht.<sup>6</sup> Daarnaast wordt een rapportage gemaakt, waarin een probleemanalyse wordt beschreven en gemotiveerd. Naast het voeren van een claimbeoordelingsgesprek met de cliënt, beschikt de verzekeringsarts over de mogelijkheid om informatie op te vragen bij de behandelende sector (als de cliënt daar toestemming voor geeft) of een expertise aan te vragen, dat wil zeggen de cliënt voor onderzoek naar een deskundige doorverwijzen.

Op basis van de verzekeringsgeneeskundige beoordeling gaat de arbeidsdeskundige vervolgens beoordelen welke arbeidsfuncties de cliënt nog kan vervullen. De arbeidsdeskundige heeft in het dossier van de cliënt verschillende informatiebronnen. De FML, de rapportage van de verzekeringsarts, een vragenformulier dat de cliënt heeft ingevuld met onder andere informatie over opleiding en arbeidsverleden en het reïntegratieplan van de arbodienst/werkgever. Afhankelijk van de locatie en oorspronkelijke uitvoeringsinstelling, houdt de arbeidsdeskundige daarnaast voor de beoordeling een gesprek met de cliënt. Daarnaast vindt aanvullend op de schriftelijke informatie soms gestructureerd en soms incidenteel overleg plaats tussen verzekeringsarts en arbeidsdeskundige over de beoordeling.

De arbeidsdeskundige maakt bij zijn beoordeling gebruik van het CBBS, Claimbeoordelings- en borgingssysteem, waar ook de FML toe behoort. Het CBBS bevat uitgebreide omschrijvingen van arbeidsfuncties, waarvan de belasting is geanalyseerd. De arbeidsdeskundige voert de FML en enkele cliëntgegevens als opleiding en maatman-uurloon in het CBBS in om een geautomatiseerde voorselectie van arbeidsfuncties te verkrijgen. Vervolgens bekijkt hij of deze functies daadwerkelijk geschikt zijn. Om de resterende verdien capaciteit te berekenen, moeten er minimaal 3 verschillende functies aangewezen kunnen worden, met elk minimaal 7 arbeidsplaatsen en samen minstens 30 arbeidsplaatsen. De berekening wordt gebaseerd op de functies waarmee de cliënt het

---

<sup>5</sup> Opgenomen in ziekenhuis of AWBZ-erkende instelling; bedlegerig; in grote mate ADL-afhankelijk; sterk wisselende mogelijkheden, zeer ongunstige prognose.

<sup>6</sup> Bijvoorbeeld: concentreren van aandacht. 0=normaal, kan zich ten minste een half uur concentreren op één informatiebron (boek, documentaire op tv of radio); 1=beperkt, kan zich niet langer dan een half uur concentreren op één informatiebron (krant, actualiteitenprogramma op radio of tv); 2=sterk beperkt, kan zich niet langer dan 5 minuten concentreren op één informatiebron (reclamefolder, reclamespots op radio of tv).

meest kan verdienen. Deze uitkomsten worden door de arbeidsdeskundige met de cliënt besproken. Soms heeft de arbeidsdeskundige de cliënt al eerder gesproken, maar meestal is dit de eerste ontmoeting tussen cliënt en arbeidsdeskundige. De bespreking met de cliënt kan aanleiding vormen om het arbeidsongeschiktheidsoordeel nog aan te passen, omdat bepaalde functies bij nader inzien toch niet geschikt zijn.

Afhankelijk van de uitkomst van de WAO-beoordeling, volgt een reïntegratietraject. De arbeidsdeskundige stelt daarvoor een globaal advies op. De uitvoering ervan is in handen van private reïntegratiebedrijven. In principe komt iedereen die niet volledig arbeidsongeschikt is of die niet geschikt is voor eigen werk, in aanmerking voor ondersteuning bij de reïntegratie. De intensiteit van die ondersteuning is verschillend en afhankelijk van 'afstand tot de arbeidsmarkt' van de cliënt. De afstand tot de arbeidsmarkt wordt onder andere vastgesteld aan de hand van de vaardigheden en opleiding van de cliënt en het verschil tussen oude functie en de in de arbeidskundige beoordeling aangegeven geschikt geachte functies.

#### **1.4 Opzet van het onderzoek**

Het doel van dit onderzoek is om inzicht te verkrijgen in de mogelijk sociaal selectieve werking van uitvoeringspraktijken op het terrein verzuimbegeleiding, verzuimbeoordeling en reïntegratie. Zoals in uitvoeringsonderzoek gebruikelijk, beschouwen we die uitvoeringspraktijk niet als een afgeleide van formele regelgeving, maar als een praktijk met een eigenstandige dynamiek. Het onderzoek is dus niet gericht op de vraag of uitvoerders de regels correct of conform de bedoelingen van de wetgever uitvoeren, maar beoogt een beschrijving te geven van de praktische logica van de praktijk, ofwel van de impliciete normatieve noties en verwachtingen die in het praktisch handelen in deze praktijken besloten liggen. Het oordeel over de vraag of het daadwerkelijk functioneren van die handelingspraktijk goed of wenselijk is, valt uitdrukkelijk buiten het bestek van dit onderzoek. Het onderzoek kijkt naar de consequenties van de praktijk voor werkhervatting van autochtonen en allochtonen.

Om inzicht te verkrijgen in de mogelijk onbedoelde sociale selectiviteit van beleid richten we ons in dit onderzoek dus op het functioneren van de uitvoeringspraktijk, in het bijzonder op de interacties tussen professionele uitvoerders en cliënten. Deze interacties staan centraal omdat etniciteit in dit onderzoek beschouwd wordt als een dynamisch fenomeen, dat in de interactie gevormd wordt. Gezien de werkhypothese dat etniciteit vooral een rol gaat spelen als de normale orde wordt verstoord, is het onderzoek gericht op het reconstrueren van de praktische rationaliteit van het uitvoeringsproces en op de wijze waarop etniciteit in dat proces steeds gedefinieerd wordt. Om inzicht te krijgen in de praktische rationaliteit van handelen en het proceskarakter daarvan zijn kwalitatieve onderzoeksmethoden het meest geschikt (Komter, 1983; Meershoek, 1999; Van der Veen, 1990). De complexiteit van handelingsprocessen kan met behulp van interviews en participerende observaties diepgaand onderzocht worden (zie bijvoorbeeld Meershoek e.a., 2000; Meershoek, 1999). In het onderzoek is dan ook gebruik gemaakt van participerende observaties met ondersteunende interviews.

Om de interacties tussen professionals en cliënten te onderzoeken hebben we de belangrijkste ontmoetingsmomenten in het proces van verzuimbegeleiding, beoordeling en reïntegratie tot en met de WAO-beoordeling in het onderzoek betrokken. Het reïntegratietraject na de WAO-beoordeling viel buiten de onderzoeksopzet. Het arbeidskundig deel van de beoordeling is slechts marginaal in dit onderzoek verwerkt, omdat het om praktische redenen niet is gelukt om over dit deel van de beoordeling voldoende materiaal te verzamelen.

## Selectie respondenten

Om na te gaan of interacties met allochtonen anders verlopen dan met autochtonen, zijn zowel allochtone als autochtone cliënten in het onderzoek betrokken. We hebben arbodiensten en UWV (zie verder) gevraagd professionals te selecteren met een substantieel deel (ongeveer 1/3) allochtonen in hun cliëntenbestand. De selectie van interacties heeft vervolgens plaatsgevonden via de professionals. Om na te gaan of mogelijke verschillen inderdaad toe te schrijven zijn aan het 'allochtoon-zijn' van een cliënt en niet aan andere 'kenmerken', is gestreefd naar een heterogene onderzoekspopulatie (leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, generatie, type werk, sector). De theoretische opvatting van etniciteit die we in dit onderzoek hanteren, impliceert dat 'concrete' mensen in sommige situaties wel en in andere situaties niet als allochtoon worden aangemerkt. Om na te gaan of er sprake is van een proces waarin etniciteit wordt toegeschreven, was het noodzakelijk om bij de selectie een onafhankelijk criterium te hanteren voor de vraag of een cliënt allochtoon 'is'. Daarvoor hebben we een alledaagse definitie van 'allochtoon' gehanteerd en cliënten als allochtoon aangemerkt als daar op grond van uiterlijke kenmerken aanleiding toe was of als de professionals dat voor een gesprek aangaven. Deze aanduiding wordt in de empirische hoofdstukken in de 'kopjes' bij de gespreksfragmenten steeds vermeld. Bij de vraag of etniciteit geconstrueerd werd, hebben we deze indeling verlaten en conform het theoretisch kader, die cliënten als allochtoon aangemerkt, waarbij professionals expliciet en op eigen initiatief wezen op de culturele of andere achtergrondkenmerken van de cliënt. De aankondiging van de professional voorafgaand aan het gesprek, hebben we alleen als 'constructie van etniciteit' opgevat, als er een verdere toelichting werd gegeven.

Het eerste deel van het onderzoek richtte zich op het eerste ziektejaar. Centraal onderdeel van de verzuimbegeleiding in het eerste ziektejaar is het spreekuurcontact tussen bedrijfsarts en cliënt. Het onderzoek was gericht op deze interactie. Ten behoeve van het onderzoek zijn zo'n 250 gesprekken tussen cliënten en bedrijfsartsen geobserveerd, waarvan ongeveer eenderde met allochtone cliënten. Bij zes verschillende bedrijfsartsen zijn op willekeurig gekozen dagen steeds volledige spreekuren geobserveerd. Omdat de cliënten die op het spreekuur komen in verschillende fasen van het verzuim/reintegratietraject verkeren, komt er als het ware een dwarsdoorsnede van het proces tot stand. Zo'n dwarsdoorsnede is bijzonder geschikt om zicht te krijgen op de manieren waarop etniciteit op verschillende momenten in het praktisch handelen tot stand komt. Het is daarnaast mogelijk om op basis van zo'n dwarsdoorsnede een reconstructie te maken van het verloop van het gehele traject (en verschillen daarin).<sup>7</sup> De bedrijfsartsen waren werkzaam bij vier verschillende arbodiensten. Twee van de bedrijfsartsen hielden gedeeltelijk spreekuur 'op locatie', dat wil zeggen dat ze een dagdeel spreekuur hielden op een bedrijf, waar de zieke werknemers van dat bedrijf op het spreekuur verschenen. De andere spreekuren werden bij de arbodienst gehouden, daar kwamen werknemers van verschillende bedrijven door elkaar heen. Het 'bedrijvenpakket' dat de bedrijfsartsen in portefeuille hadden was zeer divers, waardoor de cliënten die op het spreekuur verschenen tezamen een heterogene cliëntenpopulatie vormden.

Naast het bijwonen van de spreekuren, zijn een aantal formele interviews gehouden: met alle betrokken bedrijfsartsen is een aantal weken na de observatieperiode een interview gehouden; een aantal cliënten (twaalf allochtone en negen autochtone cliënten) zijn na afloop van hun gesprek met de bedrijfsarts geïnterviewd. Tevens is een aantal SMT's bijgewoond. Daarnaast is de onderzoeker op de dagen dat geobserveerd werd, aanwezig geweest bij informele ontmoetingen met collega bedrijfsartsen en andere medewerkers van de arbodienst. Deze activiteiten hadden tot doel de onderzoeker vertrouwd te maken met de context waarin de spreekuren plaatsvonden, hetgeen bijdraagt aan een goede interpretatie van datgene dat in de gesprekken gebeurt. Deze contextactiviteiten zijn niet systematisch geanalyseerd.

---

<sup>7</sup> Zie bijvoorbeeld Meershoek, 1999.

Het tweede deel van het onderzoek richtte zich op de verzekeringsgeneeskundige claimbeoordeling. In totaal zijn 72 gesprekken bijgewoond bij acht verschillende verzekeringsartsen. Het aantal gesprekken dat is bijgewoond verschilt per verzekeringsarts, maar bij alle verzekeringsartsen zijn wel meerdere gesprekken bijgewoond. De verzekeringsartsen waren werkzaam op verschillende locaties van UWV Cadans, UWV GAK en UWV GUO. Bij het UWV Bouwnijverheid en UWV USZO is het niet gelukt verzekeringsartsen te vinden die een substantieel deel allochtone cliënten zagen. Bij het SFB zijn met één verzekeringsarts vier dossiers van allochtone cliënten doorgenomen die in het afgelopen jaar op het spreekuur verschenen en twee gesprekken met autochtone cliënten bijgewoond. Het USZO is uiteindelijk niet in het onderzoek betrokken.

Met de verzekeringsartsen waar gesprekken zijn geobserveerd zijn ook informele interviews gehouden, waarin zij een reactie gaven op de gesprekken en deze in een breder verband plaatsten. Daarnaast zijn een aantal cliënten na afloop van het spreekuur geïnterviewd. Ook deze informatie diende om zicht te krijgen op de context.

Het werven van verzekeringsartsen bleek om een aantal redenen bijzonder moeilijk. Op de eerste plaats was de start van het onderzoek net voor de samenvoeging van de afzonderlijke uitvoeringsinstellingen in het UWV. Na samenvoeging was het lange tijd onduidelijk wie verantwoordelijk was voor het aanwijzen van locaties etc. In een aantal gevallen leidde dat er toe dat verzekeringsarts en het ‘hoger’ management wel instemden, maar het onderzoek geen doorgang kon vinden omdat een locatiemanager geen toestemming gaf. Een tweede reden was gelegen in het feit dat het UWV etniciteit niet registreert en op centraal niveau niet bekend is bij welke locaties een substantieel deel van de populatie allochtoon is. Tot slot bleken er maar zeer weinig verzekeringsartsen te zijn die een substantieel deel allochtonen zien. Dat is ook niet zo verwonderlijk, want ondanks de relatieve oververtegenwoordiging van allochtonen in de WAO, gaat het maar om zo’n vijf procent van de WAO gerechtigden.

Het geplande derde deel van het onderzoek richtte zich op het arbeidskundig deel van de WAO-beoordeling. De werving van arbeidsdeskundigen is enerzijds in de knel gekomen doordat daar dezelfde problemen speelden als bij de werving van verzekeringsartsen. Anderzijds speelden daar een paar additionele problemen. Het was eenvoudiger om observaties te plannen bij verzekeringsartsen, omdat een groot deel van hun werk bestaat uit spreekuurcontacten. Dat is bij arbeidsdeskundigen niet het geval. Daarnaast waren arbeidsdeskundigen minder bereid om mee te werken, o.a. door negatieve berichten over hun werk in de media. Uiteindelijk hebben we ervoor gekozen om de observaties bij verzekeringsartsen goed af te ronden en het arbeidsdeskundige deel niet in het onderzoek op te nemen.

### **Analyse**

De hoofdactiviteiten in dit onderzoek bestonden dus uit het observeren van spreekuurcontacten van bedrijfsartsen en verzekeringsartsen met cliënten en gesprekken met de artsen aansluitend op het spreekuur, waarin zij reflecteren op het gesprek. Tijdens de spreekuurcontacten werden door de onderzoeker aantekeningen gemaakt. Op basis van deze aantekeningen is na afloop van het spreekuur een observatieverslag gemaakt. In de presentatie van de analyse wordt gebruik gemaakt van fragmenten uit de observatieverslagen, meestal in de vorm van (een deel van) een gesprek. Deze gesprekken zijn achteraf gereconstrueerd en dus geen letterlijke weergave van de geobserveerde gesprekken. Het materiaal is geanonimiseerd en om herkenbaarheid van personen en instellingen te verkleinen, zijn namen, bedrijfsnamen etc. weggelaten of enigszins gewijzigd.

De analyse was, conform het theoretisch kader, gericht op het reconstrueren van de praktische rationaliteit van de bedrijfsgeneeskundige en de verzekeringsgeneeskundige praktijk. De praktische rationaliteit verwijst naar een ordening die ontstaat in het handelen, en die niet herleid kan worden tot psychologische karakteristieken of intenties van de handelingspartners. Bij het analy-

seren hebben we ons in eerste instantie gericht op patronen in het handelen van de actoren, in dit geval het verloop van het gesprek. Daarbij hebben we in kaart gebracht welke kwesties worden besproken, welke kwesties worden uitgediept en welke niet; welke reacties van een cliënt op vragen van de arts 'adequaat' zijn, in de zin dat vervolgens een verdiepende vraag werd gesteld of een thema kon worden afgesloten, en welke reacties haperingen in het gesprek veroorzaakten, in de zin dat het thema steeds met nieuwe of andere vragen terug kwam. Verder hebben we gekeken of een cliënt zich voegt naar de vragen van de arts, of, al dan niet bewust, een eigen 'agenda' heeft. Zo'n eigen agenda komt bijvoorbeeld tot uitdrukking als een cliënt zelf nieuwe thema's inbrengt, of steeds, ongeacht de precieze vraag die wordt gesteld, terugkomt op de eigen thema's. Op basis van deze patronen en een vergelijking van meer en minder adequate reacties hebben we de vanzelfsprekendheden en impliciete normen die in het handelen tot uitdrukking worden gebracht gereconstrueerd.

Voor de reconstructie van de impliciete normatieve noties, hebben we naast de observatieverslagen van de gesprekken, gebruik gemaakt van de reacties die artsen na afloop van het gesprek gaven en van andere aanvullende informatie. In de reacties na de gesprekken geven artsen meer of minder uitvoerig een verklaring, uitleg of interpretatie van een gesprek. In de analyse hebben we deze reacties gebruikt, omdat ze licht werpen op vanzelfsprekendheden en impliciete normatieve noties. Daarbij was niet zozeer de letterlijke inhoud van de verklaring of interpretatie<sup>8</sup> relevant, maar hebben we ze 'gelezen' als signalen die verhelderen wat uitzonderlijk en opvallend is voor de arts, en in welke zin bepaalde gebeurtenissen, reacties of gedragingen van de cliënt zich kenmerkend moeizaam verhouden tot wat er van ze verwacht wordt. Ze geven daarmee zicht op de impliciete verwachtingen en impliciete normen van de handelingspraktijk.

## 1.5 Opbouw rapport

In hoofdstuk twee tot en met vijf worden de analyses van het verzamelde materiaal gepresenteerd. Hoofdstuk 2 handelt over de verzuimbegeleiding door bedrijfsartsen gedurende het eerste ziektejaar. In dit hoofdstuk bespreken we de praktische logica van de bedrijfsgeneeskundige praktijk en de impliciete verwachtingen ten aanzien van de cliënt, die daarmee samenhangen. In hoofdstuk drie gaan we in op de vraag wat er gebeurt als cliënten met een allochtone achtergrond zich niet aan die impliciete normatieve noties conformeren en vergelijken we dat met wat er in zulke gevallen gebeurt met niet-allochtone cliënten. We kijken in dat hoofdstuk hoe en wanneer etniciteit een rol gaat spelen wanneer zich knelpunten voordoen in de begeleiding en welke implicaties dat heeft voor het reïntegratie proces. Bij de verzekeringsarts volgen we de dezelfde benadering. In hoofdstuk vier bespreken we de praktische rationaliteit van de verzekeringsgeneeskundige praktijk en de verwachtingen ten aanzien van de cliënt die daarin geïmpliceerd worden. In hoofdstuk vijf gaan we in op de vraag hoe en wanneer etniciteit een rol gaat spelen in de verzekeringsgeneeskundige praktijk en welke implicaties dat heeft voor de beoordeling. In hoofdstuk zes tenslotte worden op basis van de analyses in hoofdstuk twee tot en met vijf conclusies getrokken. Daarbij besteden we aandacht aan de constructies van etniciteit in de onderzochte uitvoeringspraktijken en aan de vraag hoe deze uitkomsten zich verhouden tot eerder genoemd onderzoek waar een sterke nadruk ligt op culturele normen en waarden bij het verklaren van problemen. Ten slotte besteden we aandacht aan de vraag wat deze uitkomsten betekenen voor professioneel handelen.

---

<sup>8</sup> We zijn dus niet nagegaan of in deze reacties op adequate wijze naar het verloop van het gesprek wordt verwezen, noch of interpretaties of legitimaties 'waar', 'juist', 'correct' of iets dergelijks zijn.



## 2 Het werk van bedrijfsartsen

Om na te gaan of er in de bedrijfsgeneeskundige praktijk verschillen ontstaan tussen allochtonen en autochtonen, hebben we ons in dit onderzoek allereerst geconcentreerd op de gang van zaken in de spreekkamer van de bedrijfsarts. Deze keuze is gemaakt vanuit de theoretische veronderstelling dat etniciteit geen gegeven is, maar in handelingspraktijken steeds ge(her)definieerd wordt. We verwachten dat definities van etniciteit in de handelingspraktijk van de zorg met name ontstaan op het moment dat zich knelpunten voordoen in de zorgverlening, dat wil zeggen wanneer de cliënt zich niet houdt aan de (impliciete) regels die in de betreffende praktijk gelden en de interactie tussen cliënt en zorgverlener bemoeilijkt wordt. Wanneer dergelijk normoverschrijdend gedrag wordt toegeschreven aan kenmerken, gewoonten of posities die als specifiek voor allochtonen worden beschouwd, ontstaan definities van etniciteit die verdere richting geven aan het handelen van de bedrijfsgeneeskundige.

Definities van etniciteit kunnen, met andere woorden, niet los begrepen worden van de impliciete normen die gelden in de handelingspraktijk waarin ze ontstaan. Inzicht in het ontstaan van etniciteit vereist derhalve inzicht in de impliciete normativiteit van de betreffende praktijk. Om die reden hebben wij ons bij de analyse van de observatieverslagen van de spreekuurcontacten van bedrijfsartsen in de eerste plaats toegelegd op de reconstructie van de wijze van werken van bedrijfsartsen, van de impliciete normativiteit die in die werkwijze besloten ligt, en van de verwachtingen ten aanzien van de cliënt die daaruit voortvloeien. Omdat deze impliciete noties in alle gesprekken van bedrijfsartsen met cliënten aan de orde zijn, hebben we bij onze reconstructie ook gebruik gemaakt van alle verslagen van gesprekken van bedrijfsartsen met autochtone en allochtone cliënten.

In dit hoofdstuk gaan we in op de resultaten van die reconstructie. Op basis van de gesprekken tussen bedrijfsartsen en hun cliënten zullen we laten zien dat het in het werk van bedrijfsartsen enerzijds gaat om het verkrijgen van inzicht in de aard en de achtergrond van de klachten van een cliënt en anderzijds om het concreet vormgeven van het reïntegratietraject. Bij het verkrijgen van inzicht in de klachten blijkt de medische diagnose een specifieke rol te spelen. In de eerste paragraaf laten we zien hoe de arts te werk gaat als er een medische diagnose voorhanden is. In de tweede paragraaf bespreken we de wijze waarop bedrijfsartsen zicht proberen te krijgen op klachten als een diagnose ontbreekt of diffuus is. Behalve dat we laten zien hoe de arts in ieder van deze twee gevallen te werk gaat, gaan we in deze twee paragrafen ook in op de verwachtingen die daarin ten aanzien van de cliënt verondersteld worden. Bovendien zullen wij laten zien hoe de arts omgaat met cliënten die niet aan die verwachtingen voldoen. Ten slotte gaan we in paragraaf 3 in op de wijze waarop artsen de reïntegratie concreet trachten in te vullen. Daarbij komt aan de orde hoe de start van de werkhervatting op de agenda komt, welke rol bedrijfsarts en cliënt daarin spelen en wat de impliciete verwachtingen ten aanzien van de cliënt daarin zijn. Hoewel inzicht krijgen in de klachten en vorm geven aan reïntegratie in de gesprekken onderling vaak sterk verbonden zijn, hebben we deze twee thema's in de analyse gescheiden.

Vanuit deze reconstructie van het gangbare repertoire aan handelingsmogelijkheden van de bedrijfsarts en van de (impliciete) normen en verwachtingen ten aanzien van de cliënt, zullen we in hoofdstuk 3 nader inzoomen op de rol van etniciteit. In dat hoofdstuk gaan we in op de vraag of bedrijfsartsen anders omgaan met knelpunten die zich voordoen bij het verkrijgen van inzicht in de klacht of bij het vormgeven van de reïntegratie wanneer zij met een allochtone cliënt van doen hebben. Vervolgens gaan we in op de vraag wanneer dat precies gebeurt en welke consequenties dat heeft voor het verdere verloop van de interactie tussen bedrijfsarts en cliënt.

## 2.1 Zicht krijgen op de klacht: de medische diagnose

### De medische diagnose als baken

Een belangrijk deel van het werk van de bedrijfsarts is er, vooral wanneer de cliënt nog maar kort ziek is, op gericht een duidelijke diagnose boven tafel te krijgen. Soms gaat dat bijna vanzelf. Dan heeft de bedrijfsarts beschikking over de diagnose via de werkgever, een eigen verklaring of rapporteur/verpleegkundige waar de cliënt eerder is geweest.<sup>9</sup> In een aantal gevallen formuleren cliënten die op het spreekuur van de bedrijfsarts komen hun klachten in de vorm van een diagnose die gesteld is in de curatieve sector.

#### 4A. Autochtone vrouw, 1955

*Telefonisch consult. Er is kanker geconstateerd en echtgenoot belt met arts.*

*Ba: Er was kanker geconstateerd bij uw vrouw. Hoe gaat het ermee, is uit onderzoek uitzaaiingen gebleken?*

*Cl: Nee gelukkig niet. Het begon met de tong, een plekje dat al snel zo groot was als een dubbeltje. Daar is een kweekje van genomen, toen kregen we te horen dat ze kanker had.*

*Ba: Welk soort kanker?*

*Cl: Dat weet ik niet, we moesten naar het [naam ziekenhuis], alles bij elkaar zijn we er 2 volle dagen geweest. Het was geen slokdarmkanker.*

*Ba: slokdarmkanker?*

*Cl: Ja, het begon met tong en daarnaast in kin, dat is nu allemaal weggehaald, ze heeft nu ook geen lymfeklieren meer.*

*Ba: Is er iets van een prognose gezegd?*

*Cl: Nee, we zitten nog in een heel vroeg stadium. Ze heeft problemen met keel en linkerarm. Nu heeft ze ook geen tanden meer, dus ze praat ook moeilijk, vandaar dat ik even bel.*

*Ba: Ja, dat begrijp ik. Wanneer heeft u weer een afspraak?*

.....

Het bekend zijn van de diagnose vergemakkelijkt het werk van de bedrijfsarts in een aantal opzichten. Wanneer de bedrijfsarts een beeld heeft van de aandoening, heeft hij ook aanknopingspunten om te beoordelen welke punten verder bevraagd moeten worden. Om de ernst van de aandoening en klachten bij een specifieke cliënt vast te stellen, oriënteert de bedrijfsarts zich op aspecten die in het algemeen gepaard gaan met deze ziekte. Zo vraagt de bedrijfsarts in bovenstaand voorbeeld naar uitzaaiingen, het type kanker en de prognose. Uit de antwoorden blijkt dat de aandoening van dusdanige aard is en in een dusdanig stadium verkeert dat reïntegratie nog niet aan de orde is. De diagnose geeft dus zicht op de relevantie van bepaalde informatie. Afhankelijk van de gestelde diagnose liggen bepaalde vragen voor de hand en andere niet.

De diagnose is echter niet alleen behulpzaam bij het inrichten van het gesprek, in de betekenis van welke zaken bevraagd moeten worden. De diagnose biedt ook aanknopingspunten om het reïntegratietraject vorm te geven, omdat door de diagnose ook zicht komt op de prognose.

#### 1B. Autochtone man, 1940

*2 maanden ziek, stationsmanager*

*Ba: vertel eens, hoe is het met u?*

*Cl: Niet best. Ik ben de 11de gedotterd, hier is een plaatje. Ze hebben foto's genomen, er is spul ingespoten, nou ik zat tegen het plafond, maar er is iets verkeers gegaan.*

*Ba: Wat hebben ze gevonden?*

*Cl: een vernauwing in het been, na 200 meter lopen sta ik stil. Mijn tenen zijn soms blauw.*

.....

*Ba: Wanneer heeft u de ingreep?*

*Cl: 11 december.*

*Ba: In het D?*

*Cl: nee, H ziekenhuis.*

*Ba: Moet u lang blijven?*

---

<sup>9</sup> De bedrijfsarts beschikt in principe niet over informatie uit de curatieve sector, tenzij hij daar informatie over op vraagt; daarvoor moet de cliënt toestemming geven; in de beginfase van het traject is dergelijke informatie er dus niet.

*Cl: Nee, 1 dag, de volgende dag mag ik er weer uit. Dan moet ik oppassen met wond en lopen.*

*Ba: Ja, nou dan roep ik u daarna weer op. Als de wond gedicht is, dat zal 10 dagen duren.*

*Cl: Nou misschien wel korter.*

*Ba: Ik zal u de 18de oproepen. Veel sterkte.*

.....

Deze cliënt heeft een vernauwing in zijn ader, waardoor hij niet kan lopen. Het inzicht in dit ziektebeeld dat de bedrijfsarts heeft, geeft aanknopingspunten voor de inrichting van het reïntegratietraject. Na de operatie duurt het een dag of 10 voordat de wond genezen is, tot die tijd heeft de cliënt daar last van, en is het dus niet zinvol iets te gaan ondernemen.

Daarnaast, zo laat deze laatstgenoemde casus eveneens zien, kan de arts op basis van zijn expertise beoordelen of de beperkingen die de cliënt zegt te hebben aannemelijk zijn. Vernauwing van de vaten kan immers de problemen bij het lopen veroorzaken die deze cliënt aangeeft. De diagnose vormt daarmee ook een ijkpunt of baken om te beoordelen of aannemelijk is dat de cliënt datgene waarvan hij of zij aangeeft dat hij het niet kan of waar hij last van heeft, ook daadwerkelijk niet kan cq last oplevert.

Als de klachten en de last die de cliënt daarvan zegt te ondervinden gegeven de diagnose niet aannemelijk zijn, is dat een reden om te twijfelen over de motivatie van de cliënt.

### **13D. Allochtone man, 1968**

*4 dagen ziek*

*Ba: u werkt bij P? werkt u daar allang?*

*Cl: 2,5 jaar.*

*Ba: gaat dat goed?*

.....

*Ba: wat zijn uw klachten?*

*Cl: Buikpijn, diarree en koorts.*

*Ba: Hoe is het nu?*

*Cl: Nou steeds pijn, maar het gaat.*

*Ba: Hoe is het met de buikpijn?*

*Cl: dat gaat.*

*Ba: U zei dat u nog pijn had?*

*Cl: Ja hier (wijst over hele lijf)*

*Ba: In spieren? Van de griep nog.*

*Cl: Nee het is geen griep.*

*Ba: wat denkt u dan?*

*Cl: Pijn van verkouden.*

*Ba: dus door de verkoudheid?*

*Cl: ja.*

*Ba: Als u nou eens 2 dagen uitrust en dan donderdag weer gaat werken.*

*Cl: nee (wat onduidelijk, zachtjes uitgesproken)*

*Ba: wat maakt het moeilijk?*

.....

*Cl: nou het gaat niet goed. Ook medicijnen.*

*Ba: Welke? (laat zien) ORS is geen medicijn, dat is tegen diarree maar dat is over. Het is dus geen reden om niet te kunnen werken donderdag.*

*Cl: ik weet het niet.*

.....

*Ba: Maar dan nog met 2 dagen kunt u genoeg aansterken om weer te gaan werken donderdag.*

*Cl: goed.*

*Naderhand:*

*Ba: Als ik eerlijk ben, had hij vandaag gekund of gisteren.*

*O: ja, denk je dat er meer aan de hand is?*

*Ba: Nee sommige mensen denken dat ze helemaal pijnvrij moeten zijn om te werken en dat is niet zo. Ik zie ook wel passiviteit ten aanzien van herstel. Meneer moet beter eten en drinken en op zijn. ....*

Een diagnose geeft op deze manier niet alleen inzicht in de situatie en de betekenis van de klachten, ze kan eveneens fungeren als baken voor de vraag of de cliënt de ‘waarheid’ spreekt omtrent zijn klachten. Overigens leidt de conclusie dat diagnose en klachten niet met elkaar overeenstemmen niet automatisch tot de constatering dat de cliënt simuleert of liegt. Het kan ook betekenen dat de cliënt zich heeft ziek gemeld omdat er, al dan niet bewust, problemen van niet-medische aard spelen (conflicten op het werk, belastende privé situatie etc.) die, meer dan de gezondheidsklachten, belemmeringen opleveren voor het functioneren van de cliënt op de werkplek.<sup>10</sup> Op deze kwestie komen we later terug.

Een diagnose maakt dus helder met welke aandoening de klachten in verband gebracht moeten worden, en maakt het mogelijk om te beoordelen of de klacht van een cliënt de ‘echte’ reden voor de ziekmelding vormt.

Hoe belangrijk de diagnose is wordt nog duidelijker als de diagnose ontbreekt. De cliënt in de volgende casus heeft klachten die veroorzaakt kunnen worden door spanningen, maar ook kunnen duiden op hartklachten.

### **IA. Autochtone man, 1946**

*5 weken ziek*

*Ba: Heeft u meer nieuws?*

*Cl: Mijn bloeddruk is niet meer zo onrustbarend, ik heb medicijnen gehad en die schijnen wel te helpen, ik heb het recept niet bij mij. Ook heb ik pijnstillers en spierverslappers gekregen.*

*Ba: Heeft uw huisarts u verwezen voor een afspraak met een internist?*

*Cl: Nee, dat vond hij niet nodig.*

*Ba: Is er verband met gespannenheid?*

.....

*Cl: Huisarts vond het paniecreactie, hij zei dat ik mij niet druk hoefde te maken.*

.....

*Er wordt lichamelijk onderzoek gedaan. Arts meet hoge bloeddruk, vraagt zich af hoe huisarts een lagere heeft gemeten. Man vertelt dat hij duizelingen en hartkloppingen heeft in toestand van rust, maar ook als hij bijv. fietst.*

*Ba: We gaan een beetje afwachten omdat je dat ook zelf aangeeft. Ik moet heel eerlijk zeggen, ik wil niet direct het beleid van uw huisarts doorkruisen, maar ik ben er niet van overtuigd dat het niet uw hart is. .... Uw huisarts kent u natuurlijk beter, maar ik vind het een beetje eigenaardig als ik dat mag zeggen. U rijdt op betonmixer en, ik wil u niet ongerust maken, maar als u dan weer eens last krijgt. Daar ben ik niet gerust op.*

Als er sprake is van spanningen, moeten de ernst van de klachten en de consequenties die er aan verbonden kunnen worden wat betreft belasting, anders ingeschat worden dan als er sprake is van hartklachten. Alhoewel een psychische oorzaak niet betekent dat er niets aan de hand is, ligt de vraag of iemand wel of niet kan werken dan anders. Hier komen we op terug in paragraaf 2.

### **(Re)constructie van de diagnose**

In bovenstaande gevallen komt de door de curatieve sector gestelde diagnose vrijwel onmiddellijk op tafel. Vaak echter beantwoorden cliënten een open beginvraag van de bedrijfsarts, ‘hoe gaat het’, ‘wat is er aan de hand’ etc. in termen van klachten of zaken waar zij last van hebben. Omdat de arts de diagnose nodig heeft als baken, is het niet verwonderlijk dat de bedrijfsarts in dergelijke gevallen actief zicht probeert te krijgen op de diagnose. In het gesprek probeert de bedrijfsarts dan na te gaan of er een diagnose is gesteld of, als die nog niet gesteld is, in welke richting de curatieve sector ‘zoekt’. Daarvoor gebruikt de bedrijfsarts meestal een combinatie van methoden. In een aantal gevallen neemt de bedrijfsarts zelf een (gedeeltelijke) anamnese af. Hij vraagt dan door op

---

<sup>10</sup> Deze duiding van het probleem, waarin de klachten door de cliënt als aanleiding worden gepresenteerd, maar waar de bedrijfsarts uitval toeschrijft aan andere factoren, is gebaseerd op verzuimtheorieën, waarin de ziekmelding wordt geconceptualiseerd als een beslissing. Pijn of andere hinder die cliënten ondervinden van klachten leiden niet automatisch tot ziekteverzuim. De zogenoemde verzuimdrempel moet daarvoor worden gepasseerd. Die verzuimdrempel wordt niet alleen bepaald door de ernst van de klachten, maar ook door andere factoren, waaronder werkbeleving en binding met het bedrijf.

de klachten of de last die de cliënt naar voren brengt. Zo'n eigen anamnese wordt vaak gecombineerd met de vraag of de cliënt curatieve hulp heeft ingezet en wat de hulpverlener van de klachten heeft gezegd. Niet alleen voorgeschreven medicijnen, maar ook doorverwijzing naar therapeuten of specialisten, bepaalde onderzoeken, foto's echo's etc. geven bedrijfsartsen aanknopingspunten om te reconstrueren waar de behandelend artsen aan denken. Tenslotte doen bedrijfsartsen soms zelf lichamelijk onderzoek.<sup>11</sup> Op basis van een combinatie van anamnese, informatie over de behandeling van de huisarts of van anderen in de curatieve sector, voorgeschreven medicijnen en lichamelijk onderzoek, probeert de bedrijfsarts dan zelf de medische diagnose te reconstrueren.

In veel gevallen komen cliënten echter ook op het spreekuur terwijl in de curatieve sector nog naar de oorzaak van de klachten wordt gezocht. In dit soort gevallen waarin nog geen zicht is op een diagnose in de behandelende sector probeert de bedrijfsarts een eigen, voorlopige diagnose te stellen, bijvoorbeeld door de cliënt aan een lichamelijk onderzoek te onderwerpen. Ook de eigen diagnose fungeert als baken en krijgt dezelfde functie als een reeds gestelde diagnose.

In veel gevallen leidt de informatie die de bedrijfsarts uit de anamnese, lichamelijk onderzoek en/of uit de beschrijving van de activiteiten van de behandelende sector haalt, echter niet tot een eenduidige diagnose, maar blijven er meerdere opties over. In het volgende voorbeeld heeft de huisarts de cliënt doorverwezen naar het ziekenhuis voor onderzoek, om een mogelijke lichamelijke oorzaak uit te sluiten. Tegelijkertijd bestaat echter het vermoeden dat de klachten een psychische oorzaak hebben.

#### **14A. Autochtone man, 1948**

.....

*Ba: Wat is er aan de hand?*

*Cl: Nou ik zal u de hele waslijst besparen want daar zijn we dan nog wel even mee bezig. Het belangrijkste nu is dat ik last heb van mijn ogen. Ik noem het maar scheel kijken, hetgeen ook problemen geeft met de computer. Ook heb ik staar maar dat is nu het probleem niet. Ik noem het maar scheel-kijkerij, dus geconcentreerd werken is er niet meer bij. Het veroorzaakt niet echt hoofdpijn, eerder of iemand in je nek knijpt. Soms gaat het wat beter maar echt productief vind ik mezelf niet. Ik zou met computer moeten werken maar dat gaat dus niet. Met huisarts is er nu een strategie afgesproken: er zijn onderzoeken geweest, EEG, de uitslag was goed, binnenkort MRI scan, daarna met neuroloog gesprek over resultaten.*

*Ba: Denkt men dat er iets meer is neurologisch?*

*Cl: Ja, dat weten we niet, in oogziekenhuis is niets gevonden. Eerst wil men lichamelijk alles uitsluiten. Daarna heeft mijn huisarts een psycholoog op het lijstje staan, maar eerst alles lichamelijk uitsluiten.*

*Ba: Dat lijkt me heel juist.*

.....

*Ba: Eerst moeten we de onderzoeken verder afwachten, en wellicht ook eens denken over de mogelijkheid van een andere functie waar bij geen computer nodig is om het niet verder te belasten.*

*Na afloop frons de arts. Hij geeft aan dat het mogelijk MS kan zijn, omdat hij in zijn praktijk wel heeft meege-*

*maakt dat het met wat vreemde oogproblemen begint.*

*Arts vertelt later dat een collega, die de cliënt in het verleden wel gezien heeft, de klachten meer psychisch duidde dan lichamelijk/ neurologisch.*

Het inzicht dat de informatie van de cliënt oplevert, is dat er op dit moment geen diagnose gesteld kan worden. De klachten kunnen veroorzaakt worden door een lichamelijke aandoening, maar ook een psychische oorzaak hebben. Het onderzoek dat wordt uitgevoerd moet daar uitsluitel over geven; een diagnose ligt met andere woorden in het verschiet. De bedrijfsarts wacht, net als in het eerder aangehaalde voorbeeld waarin het de vraag is of de klachten van de cliënt in verband moeten worden gebracht met spanningen of met hartklachten, die diagnose af. Totdat er uitsluitel is kan de arts door het ontbreken van een duidelijk baken niet verder.

---

<sup>11</sup> Bedrijfsartsen verschillen daar onderling in; sommige doen het bijna standaard (als er lichamelijke klachten zijn waaraan ze iets kunnen onderzoeken) andere alleen als ze daar specifieke aanleiding voor hebben.

### **De cliënt als informatieverstrekker**

Zoals we hiervoor lieten zien vormt de diagnose voor de bedrijfsarts een belangrijk baken. Daarom gaat de bedrijfsarts, wanneer dat baken niet meteen voorhanden is, actief op zoek naar informatie om de aandoening te kunnen reconstrueren of om een voorlopige diagnose te kunnen stellen. Een combinatie van verschillende typen informatie moet dan uitsluitend geven over de aandoening. Voor een belangrijk deel is de arts hier afhankelijk van de (kwaliteit) van de informatie die de cliënt, soms letterlijk, op tafel legt.<sup>12</sup> Van de cliënt wordt hier verwacht dat hij de vragen van de bedrijfsarts over zijn klachten en over wat er bij de behandelaar gebeurt, onversneden en ongekleurd beantwoordt zodat de bedrijfsarts de aandoening kan reconstrueren. Alhoewel in de anamnese de ervaring/beleving van de cliënt van belang is, gaat het hier voor een belangrijk deel over het (door)geven van informatie van de behandelende sector aan de bedrijfsarts.

Het 'goed' doorgeven van informatie is dus een belangrijke verantwoordelijkheid van de cliënt. Op de eerste plaats omdat het de bedrijfsarts zicht geeft op de betekenis die aan de klachten gehecht moet worden, de lasten en belemmeringen die aannemelijk zijn en de consequenties die dat heeft voor de reïntegratie. Op de tweede plaats speelt de wijze waarop de cliënt de informatie presenteert een rol bij het beantwoorden van de vraag of de cliënt te goeder trouw is. Als de klachten niet consistent zijn met de behandeling in de curatieve sector, alarmeert dat de bedrijfsarts dat er iets anders aan de hand kan zijn. Enerzijds kan dat een verdenking zijn, niet de waarheid te vertellen over de aard van de klachten en zich ten onrechte te hebben ziek gemeld. Anderzijds kan dat duiden op problemen van niet medische aard die, al dan niet bewust, (mede) aanleiding zijn geweest voor de ziekmelding.

Alhoewel het vragen naar informatie over de aandoening meestal niet primair gericht is op het 'doorprikken' van de cliënt, maar op een goed inzicht krijgen in wat er aan de hand is, speelt de vraag of de cliënt de waarheid spreekt op de achtergrond wel een rol. Voor beoordeling van beiden is de bedrijfsarts in belangrijke mate afhankelijk van de informatie die de cliënt verstrekt dan wel doorgeeft. Hoe helderder die informatie, hoe makkelijker de bedrijfsarts inzicht krijgt in de aandoening waarmee de klachten in verband moeten worden gebracht, de lasten of belemmeringen die de klachten met zich meebrengen en de consequenties die dat heeft voor het reïntegratietraject. En tegelijkertijd geeft een heldere presentatie van klachten in combinatie met de activiteiten van de behandelende sector bijna automatisch inzicht in de vraag of de cliënt de waarheid vertelt over zijn of haar klachten.

## **2.2 Zicht krijgen op de klacht: diffuse problemen**

Alhoewel de diagnose in het reïntegratietraject op een aantal verschillende manieren als baken fungeert en aangeeft in welke richting gedacht moet worden, is het reïntegratietraject daarmee in veel gevallen niet gegeven. In de meeste tot nu toe besproken voorbeelden was die (verwachte) diagnose tamelijk eenduidig, in de zin dat er een aandoening is of wordt vermoed waarbij duidelijk omschreven klachten horen of klachten die als zeer ernstig worden ingeschat. Te denken valt daarbij bijvoorbeeld aan vaatvernauwing, kanker, huidallergie, griep, MS, etc. Alhoewel beloop en behandeling van dergelijke eenduidige klachten niet geheel vastliggen, is er wel vaak een min of meer gestandaardiseerd behandeltraject. Bovendien gaat het hier om klachten die op zichzelf voldoende reden geven voor het verzuim. De aandoening is (volledig) verantwoordelijk voor de belemmeringen die iemand ondervindt en de werkhervatting is daar ook toe te herleiden. Wanneer een cliënt zijn klachten overdrijft is dat eveneens duidelijk.

---

<sup>12</sup> De bedrijfsarts kan in principe ook informatie opvragen bij de behandelende sector, als de cliënt daarmee instemt. Bedrijfsartsen maken wisselend gebruik van die mogelijkheid, maar vaak pas als cliënten al geruime tijd verzuimen.

Het observatiemateriaal laat echter zien dat de reconstructiepogingen van de bedrijfsarts in veel gevallen geen (uitzicht op een) “eenduidige” diagnose opleveren. Dat wil zeggen dat op basis van de gangbare medische kennis de herkomst van de klachten moeilijk vast te stellen is (bijvoorbeeld onverklaarbare pijn- of vermoeidheidsklachten; psychische klachten), het beloop erg context- en/of individugebonden is (bepaalde psychische klachten, zoals klachten die niet in een psychiatrische diagnose zijn in te passen en die bijvoorbeeld samenhangen met problemen op het werk of in de privé-sfeer) of dat er sprake is van een opeenstapeling of combinatie van klachten. Cliënt noch bedrijfsarts komen dan verder dan een duiding van klachten. De diagnose en de aandoening, als die überhaupt al benoemd worden, zijn in deze gevallen veel diffuser en het is veel minder duidelijk welke klachten een cliënt hier redelijkerwijs van kan ondervinden.

In het geval van diffuse klachten is het baken, figuurlijk gesproken, met mist omhuld, en de bedrijfsarts moet andere manieren vinden om de klachten te kunnen duiden en om de belemmeringen die de cliënt ondervindt te kunnen inschatten. Hij ziet zich voor de situatie gesteld dat hij de plausibiliteit van het verhaal en de claim van de cliënt moet beoordelen zonder dat hij daarvoor een duidelijk, hard criterium in handen heeft. Analyse van de gesprekken laat zien dat de bedrijfsarts in zulke gevallen anders te werk gaat dan bij klachten waarvoor (binnen afzienbare tijd) een heldere oorzaak kan worden aangewezen. Hij maakt van meer instrumenten gebruik dan alleen van zijn ‘medische kennis’. De volgende paragraaf beschrijft hoe bedrijfsartsen te werk gaan bij het begeleiden van cliënten met diffuse klachten, wanneer de bakenfunctie van de diagnose erg vaag is.

### **Ruimte scheppen**

Wanneer de cliënt zich nog maar kort geleden heeft ziek gemeld met klachten waarbij geen duidelijke diagnose voor de hand ligt, besluit de arts in de regel om de ‘arbeidsongeschiktheidsclaim’ in eerste instantie te honoreren. Cliënten hebben zich ziek gemeld en beschouwen hun klachten als dusdanig dat ze niet kunnen werken. Vaak zijn ze op dat moment ook nog te ‘vol van hun klachten’. In de volgende situatie krijgt de cliënt bijvoorbeeld de ruimte om eerst eens rustig bij te komen

#### ***14C. Autochtone vrouw, 1976***

*mevrouw is nu drie dagen ziek*

*Ba: Ik weet wel wat, maar niet alles.....*

*Wat kan ik voor je doen?*

*Cl: Waar zal ik beginnen (mevrouw is nerveus huilerig) het gaat niet zo lekker, het is rommelig op de afdeling, al een tijd, dat weet u vast ook wel, kent u de afdeling? Ik weet niet, heeft u een glaasje water, want ik had dit ook niet verwacht.*

*Ba: natuurlijk, laat maar komen, ik heb ook een hele doos tissues mocht dat nodig zijn.*

*Cl: Ik vind het moeilijk om het verhaal aan vreemden te vertellen. (Schets een chaotische toestand op het werk)*

*.....*

*En nu ben ik ingestort. (huilt)*

*Ba: In gewoon Nederlands, trek je het niet meer.*

*Cl: Nee, het is heel moeilijk om toe te geven.*

*.....*

*Ba: Ik zie een combinatie van factoren, je bedrijf heeft veel meegemaakt, een fusie, overname, veel wisseling in managers.*

*Cl: Ik weet niet goed wanneer het te veel is, 3 weken geleden had ik hartkloppingen en kon ik niet slapen.*

*.....*

*Ba: Als je carte blanche kreeg, wat zou er in jouw ogen dan moeten veranderen?*

*Cl: Vind ik moeilijk, F vroeg dat ook... ik denk dat de taakverdeling opnieuw bekeken moet worden. (weidt uit over werkverdeling en dergelijke).*

*Ba: In jouw bedrijf heerst duidelijk een aparte mentaliteit, een hard arbeidsethos, mensen werken er lang, nooit ziek. Hoe lang werk jij er?*

*Cl: 3,5 jaar, ik doe het werk met plezier, doe nu ook niet kortaf naar mensen en zo maar thuis...*

*Ba: er is sprake van surmenage. Wat doen we eraan? Er zijn vele routes, het lijkt dat ik jou met stoppen meer slecht doe dan niet.*

*Cl: Ik stop liever niet. Ik praat er ook wel met vriend over en die zegt ook waarom ga je er niet tussenuit, maar ja er zijn niet veel mensen, ik kan niet weg. Ik wil niet weg met het idee dat het in de soep draait. Oplossing weet ik ook niet*

*.....*

*Cl: Ik kan nu gewoon niet veel meer hebben, mijn grens is verlaagd.*

*Ba: Kan je grens aangeven?*

*Cl: Moeilijk, mensen bellen vrijdag voor collega, die dan niet werkt en dan zit ik dus op vrijdag haar werk te doen. X had ook al gezegd dat ik dan tegen die mensen moet zeggen dat ze terug moeten bellen, maar dat kan ik dan niet goed, het is ook altijd dringend.*

*Ba: .....*

*Je moet beginnen met wat grenzen te stellen en dat houdt ook in dat je je vrije dag gewoon gaat opnemen vanaf nu.*

*Cl: Ja ik denk het.*

*Ba: nee dat moet, dat zal ik ook tegen F zeggen, daarnaast ga je heel snel met vriend een vakantie boeken. Wat kan ik nu acuut voor je doen, je bent hier naartoe gekomen, wat was je verwachting?*

*Cl: niet echt een verwachting, ik ben bang dat als ik thuis zit ik dan alleen aan het werk kan denken.*

*Ba: Ik denk dat het in een paar weken weer op de rails kan staan. Je bent overwerkt, het is geen burn out. Hoe is het met slapen?*

*...er worden wat klachten besproken...*

*Ba: Nu ziekmelden en 25 januari zie ik je terug om te kijken hoe het je vergaan is, dat is dus de laatste dag van die 2 weken.*

De bedrijfsarts maakt uit de wijze waarop deze cliënte haar verhaal doet op dat ze nog helemaal in de war is. Ze is huilerig, lijkt nog niet goed te weten wat ze wil en kan geen afstand nemen van het werk. Zolang de cliënte de benodigde afstand niet heeft, begint de arts (nog) niet over hervatten, maar adviseert een periode van rust. Bovendien geeft hij wat adviezen over hoe de cliënte die afstand zou kunnen realiseren. Het volgende voorbeeld laat zien waarom het belangrijk is dat de cliënt die afstand kan nemen.

#### **17A. Autochtone vrouw**

*telefonisch*

*Ba: hoe gaat het ?*

*Cl: Ik kon gisteren pas naar huisarts omdat hij op vakantie was. Hij heeft medicijnen voorgeschreven. Ik was blij met gesprek want deze huisarts kent mij al 28 jaar. Hij zag het meer als depressie.*

*Ba: meer depressie dan overspannen, dat dacht ik ook ja.*

*Cl: Ja mijn huisarts zei dat, ja. Ik probeer nu wat meer regelmaat in mijn leven aan te brengen. Ik heb goede hoop dat het beter gaat en dat ik weer snel wat kan gaan doen.*

*Ba: U wilde weer beginnen?*

*Cl: Nou het probleem is dat er geen aangepast werk is en voor groepswork ben ik nog niet klaar.*

*Ba: Nee, nee zeker niet. Ik vind het jammer dat u een tijdje op een verkeerde spoor heeft gezeten met medicijnen. Ook jammer dat de psycholoog het niet heeft onderkend.*

*Cl: Ja, met longen gaat het ook al wel iets beter maar ook daarvoor kan ik nog niet direct werken op groep. Ik zou wel aangepast werk willen doen.*

*Ba: laten we voor over 1 maand nog eens afspreken. Wil je dan hier komen dan kunnen we weer eens wat uitgebreider praten, maar u kunt ook bellen als u dat verkiest.*

In de manier waarop deze cliënt over zichzelf, de klacht en de belemmeringen voor het werk praat, laat zij zien dat zij in staat is zodanig afstand van de eigen situatie te nemen dat ze die zelf kan analyseren. Daardoor krijgt ze inzicht in haar problemen en ontstaan aanknopingspunten om de werkhervatting vorm te geven.

De arts richt zich bij dit soort diffuse klachten dus niet alleen op het vinden van de oorzaak van klachten maar op het creëren van de nodige ruimte waarin cliënten (al dan niet met behulp van adviezen van zijn kant) de afstand vinden die nodig is om over werkhervatting te kunnen praten en om na te denken over de invulling van die werkhervatting. Dat vermogen tot “afstand nemen” komt als het ware in de plaats van daadwerkelijk (gedeeltelijk) “herstel”. Omdat de bedrijfsarts bij diffuse klachten afhankelijk is van de ruimte die het vermogen van de cliënt tot (zelf)reflectie



schept, proberen bedrijfsartsen cliënten te ondersteunen bij het vinden ervan. Van de cliënt wordt dan wel verwacht dat hij die afstandelijkheid ook echt nastreeft.

Niet in alle gevallen echter wordt de nodige “afstand” (uitsluitend) tot stand gebracht tijdens/door een periode van rust. Bij het ontbreken van een baken om te beoordelen of de klachten dusdanig ernstig zijn dat ze het werk verhinderen, kan ook de start van een behandeling de benodigde ruimte scheppen om de werkhervatting op de agenda te zetten:

**44C. Autochtone man, 1969**

*Meneer is twee maanden ziek*

*Ba: Hoe gaat het?*

*Cl: wel iets beter, ik ben naar manuele therapie gegaan.*

*Ba: en dat gaat beter?*

*Cl: ja wel wat, nog niet helemaal, heb nog maar 1 behandeling gehad.*

*Ba: nou dan moeten we even de behandeling afwachten*

*Cl: ja ik moet nog een paar keer.*

*Ba: Ik ben blij dat ik je naar de revalidatie therapeut heb gestuurd. Die weet precies, welke therapie waarvoor het beste is. Nou we moeten nog maar even wachten. Over 3 weken nieuwe afspraak, dan ben je verder in herstel en kunnen we verder kijken*

Deze meneer is thuis met pijnklachten zonder dat er een duidelijke oorzaak is gevonden. Een baken ontbreekt en zicht op een baken op korte termijn is er niet. Bedrijfsartsen wachten in dergelijke gevallen dan meestal de behandeling of de eerste paar behandelingen af (fysiotherapie etc). In eerste instantie is de behandeling natuurlijk bedoeld om de klachten te verhelpen. En omdat dat veronderstelt dat die klachten het werk in steeds mindere mate zullen belemmeren, maakt de arts het zo als het ware vanzelfsprekend om (weer) over hervatting van werkzaamheden te spreken. De inzet van de behandeling krijgt daardoor, net als rust, de functie van ‘mentale’ preparering van de cliënt: als de behandeling van start is gegaan, ontstaat ruimte om over de volgende stap, werkhervatting, na te denken. De (verwachte) resultaten van die behandeling en de afstand die dat bij de cliënt te weeg brengt, gebruikt de bedrijfsarts dan als opstapje voor het bespreken van eventuele terugkeer naar het werk of voor het bespreken van verdere stappen die de cliënt in het behandelcircuit zou kunnen nemen.

Uit het materiaal blijkt het voor het werk van de bedrijfsarts dus van belang te zijn dat er, met name bij diffuse klachten, een behandeling op gang komt omdat mede daardoor ruimte gecreëerd wordt om het onderwerp werkhervatting op de agenda te krijgen. Van cliënten wordt derhalve verwacht dat ze daartoe de nodige stappen ondernemen. Maar niet alle cliënten doen dat. In dergelijke gevallen geeft de arts hen een duwtje in de goede richting.

**43A. Allochtone vrouw, 1962**

*recentelijk uitgevallen. Arts zegt dat er privé-problemen spelen.*

*Ba: Het ging op bepaald moment goed?*

*Cl: Ik zit op moment in scheiding, verhuizing en een kind dat in de war is.*

*Ba: Maar u had eerst gebeld dat u weer ging werken, op 4 september.*

*Cl: Ja dat klopt, ja.*

*Ba: En nu is het weer fout gegaan?*

*Cl: Ja ik moest van ex het huis uit.*

*Ba: Werkt u nu?*

*Cl: nee.*

*Ba: Hoe gaat het nu?*

*Cl: Slecht. Ik slaap slecht en ik eet slecht.*

*Ba: Heeft dat met de scheiding te maken?*

*Cl: Ja, puur en alleen met dat ja. Wel heb ik een nieuw huis nu.*

*Ba: Heb je contact gehad met werk?*

*Cl: Ja met teamleider, die adviseerde mij met u contact op te nemen.*

*Ba: Ik stel voor dat u naar Mevr. X gaat, de bedrijfsmaatschappelijk werker voor een paar gesprekjes. Zij kan u wat begeleiden.*

*Cl: Ja dat is goed, kan geen kwaad. Raar dat ik daar zelf niet aan gedacht heb. Ik zie de bomen door het bos niet meer.*

*Ba: dan maken wij een afspraak voor over drie weken.*

*Naderhand:*

*Ach, dit zijn van die zaken, privé, daar moet je wel even tijd voor geven. Ze is pas recentelijk uitgevallen.*

Deze cliënt geeft aan dat ze problemen heeft in de thuissituatie en bedrijfsarts stelt voor om daar eens met het bedrijfsmaatschappelijk werk over te praten. Dergelijke adviezen geven bedrijfsartsen regelmatig. Ze verwijzen cliënten dan intern door naar andere hulpverleners binnen de arbo-dienst, zoals revalidatietherapeuten, maatschappelijk werkers of psychologen. In andere gevallen adviseren ze cliënten terug te gaan naar de huisarts om daar toch nog eens te bespreken of het niet zinnig is een foto te laten maken of bepaalde therapie voor te stellen. Soms geven bedrijfsartsen hun cliënten ook extra ‘gezondheidsadviezen’ en stellen ze voor om te gaan sporten, op het roken te letten of aan een dieet te houden.

### **Initiatief en plausibiliteit**

Bij het ontbreken van een heldere diagnose die licht kan werpen op een klacht probeert de arts dus actief de ruimte te scheppen waarin zijn cliënt tot inzicht in de eigen situatie kan komen en kan nadenken over werkhervatting. Daarnaast is het van belang dat er een behandeltraject op gang komt. Daarvoor is de arts afhankelijk van een cliënt die zowel het verkrijgen van afstand en inzicht als het vinden van een adequate behandeling nastreeft. Bedrijfsartsen proberen cliënten die niet meteen aan dergelijke verwachtingen voldoen daarom zodanig te sturen dat ze dat wel gaan doen.

Er zijn echter cliënten die er, ondanks adviezen van de bedrijfsarts toch niet in slagen de nodige afstand te verkrijgen of een behandeling in gang te zetten. Het onderzoeksmateriaal laat zien dat in dergelijke gevallen het werkhervattingstraject stagneert omdat de nodige ruimte daarvoor niet tot stand komt. In zulke gevallen proberen bedrijfsartsen te achterhalen waarom cliënten er niet in slagen een behandeling op gang te krijgen. Het antwoord op die vraag blijkt implicaties te hebben voor het oordeel dat de bedrijfsarts velt over de plausibiliteit van de klacht. Wanneer cliënten zich netjes aan de adviezen houden en duidelijk hun best doen om van de klachten af te komen, demonstrenen ze tegelijkertijd hun goede intenties ten aanzien van werkhervatting. Die goede wil telt dan als het ware als bewijs voor de echtheid van hun klachten. Wanneer cliënten zich niet erg inspannen in het behandelcircuit rijzen er daarentegen twijfels.

### **27F. Allochtone man, 43 jaar**

*plantenkweker, Sinds 4 maanden, op korte tussenpozen na, ziek.*

*Vooraf: Deze man heeft steeds weer andere klachten. Was van 23-30 sept. ziek; van 1-8 okt.; van 15-23 okt.; van 28-11 nov.; en van 2 dec. tot heden (7jan). Bovendien is de man bij de laatste oproep niet verschenen en bleek hij bij een huisbezoek niet thuis De werkgever wordt er gek van en laat ons dat goed weten. Er is inmiddels ge-dreigd met een loonstop.*

....

*Ba: U bent laat?*

*Cl: Was druk moest parkeren. Ging niet makkelijk.*

*Ba: Even kijken, wij hadden een afspraak op 18 december. U was er niet.*

*Cl: Ik kon niet lopen. Ik was alleen in huis. Ik had toen gebeld. Daarna beetje problemen met baas. Controle komen thuis en ik was niet daar.*

*Ba: U bent ziek sinds 23 september?*

*Cl: 23 september? (verbaasd)*

*Ba: Somt de verschillende episodes op uit computer.*

*Cl: Ja, maar*

*Ba: Dat telt als één ziekte.*

*Cl: Ja, griep geweest. Baas heeft ook gezien. En dikke oor gehad. Nu ander probleem..*

*Ba: Ja, en wat is er dan NU ziek?*

Cl: Mijn voet

.....

Ba: Wat is er niet goed?

Cl: Ik kan niet meer lopen

.....

Ba: Ben je bij de huisarts geweest?

Cl: Ja (laat briefje zien)

Ba: Oh, je moet nieuwe steunzolen!

Cl: ?????

Ba: trekt schoen uit en laat eigen steunzool zien

Cl: Nee die heb ik niet. Ik heb nog nooit zo'n pijn gehad. Om drie uur niets aan de hand. Opeens: pijn! Pijn!

Baas heeft het ook gezien. Hij heeft me met de auto naar huis gebracht.

Ba: Wat heb je de afgelopen vier weken thuis gedaan?

Cl: Niks. Thuiszitten, beetje wrijven. Naar ziekenhuis kreeg ik alleen medicijnen.

Ba: Medicijnen helpen niet tegen dit soort dingen. U kunt best weer gaan werken, zoals ik het nu zie. U moet steunzolen laten maken en er HAAST achter zetten. (typt, laat ongenoegen merken en loopt zonder iets te zeggen de spreekkamer uit.)

Cl: (Buigt hoofd. Kijkt wat voor zich uit)

Ba: (Komt terug, gaat met vrij veel kabaal zitten). Ik schrijf op dat U morgen weer kunt werken. Als U zegt dat doe of dat wil ik niet dan moet U een afspraak maken bij het GUO. Die zeggen dan wat er kan of moet.

Cl. Vertrekt zonder nog iets te zeggen

Naderhand:

Ik: Wat denk je, gaat hij aan het werk?

Ba: Die gaat werken. Een halve dag of zo en valt dan weer uit.

Ook zo irritant: Zit ie vier weken thuis en gaat dan de dag voor hij hier moet komen een briefje halen bij de huisarts.

Deze man valt telkens door andere klachten uit, zonder dat er sprake is van een duidelijke aan-doeing die dat zou kunnen verklaren. De arts, die in dit soort gevallen geen "baken" heeft om de plausibiliteit van de redenen die een cliënt geeft te beoordelen, leidt de plausibiliteit van de claim van de cliënt af van de inzet die de cliënt vertoont om iets aan zijn klachten te doen. De man zit al vier weken thuis met een zere voet, maar heeft nauwelijks een poging gedaan om van zijn klachten af te komen. Hij is pas de dag voor zijn oproep bij de bedrijfsarts naar de huisarts gegaan. De arts concludeert uit dit gebrek aan initiatief dat de man niet erg geïnteresseerd is in werkhervatting en dat impliceert dat de klachten niet plausibel zijn. Als de pijn echt zo erg was geweest dan was hij wel eerder naar een arts gestapt.

Hoewel de arts in bovenstaand voorbeeld concludeert dat de klacht ongeldig is, blijkt uit het observatiemateriaal dat bedrijfsartsen in deze gevallen niet zomaar tot een ongeldigheidoordeel komen. Ze blijken een dergelijk oordeel in de regel uit te stellen door eerst na te gaan of het gebrek aan initiatief en inzet dat aan de vertragingen ten grondslag ligt daadwerkelijk aan de cliënt te verwijten is.

### **39C. Autochtone man, 1971**

ruim 1 maand ziek

Meneer heeft echtgenote mee.

Ba: je loopt wat beter.

Cl: Ja nou, ik heb nu niet zo'n vertrouwen in de fysiotherapeut.

Ba: Nu weer geen vertrouwen in de fysio, wat is er?

Cl: ik ben er nu 3 maanden mee bezig en er is geen verbetering.

Ba: wat doe je in zo'n geval?

Cl: Nou ik dacht, weer naar de huisarts?

Ba: ja, goed zo, dat heb je gisteren gedaan hoop ik.

Cl: nee dat moet nog

Vrouw: gisteren was het zondag ha, ha.

Ba: je moet naar de huisarts, dat is je behandelaar ik ben slechts begeleider.

.....

Ba: maar dat heeft dan zo weer zijn andere redenen, daar ben ik niet voor (iedereen lacht)

Ba: hoe moet het nu verder? Wat kan ik doen?

*Cl: advies geven.*

*Ba: Ok maar de huisarts moet behandelen.*

*Vrouw: dat zei ik ook al.*

*Ba: ga terug naar je huisarts, blijf wel de oefeningen doen van de fysio.*

*Krijg je wel rust?*

*Cl: ja hoor*

.....

*Ba: Van mij mag je wel je werkzaamheden doen, maar je moet je wel echt aan beperkingen houden. Dat is wel jouw verantwoordelijkheid.*

*Cl: ja dat is zo moeilijk hè.*

*Ba: Wat staat er op je hoofd als je in de spiegel kijkt? Gekke Henkie?*

*Cl: Nee maar ik ga altijd zo in mijn werk op.*

*Ba: ja zeg... ik schrijf een briefje met beperkingen, ga maar eens met M praten om te kijken hoe het ingevuld kan worden.*

*Je gaat mij natuurlijk ook bellen over wat de huisarts beslist, daar ga je niet mee wachten hè, tot de volgende oproep, toch?*

*Maar je moet wel echt je grenzen bewaken, anders heeft niets zin, dan kan iedereen van alles doen maar jij hebt het ook in handen. Goed?*

.....

*Naderhand:*

*Ba: weer een BNU typje*

*O: een BNU typje?*

*Ba: Ja! Het buskruit niet uitgevonden*

Deze cliënt is, toen bleek dat de fysiotherapie niet veel bleek op te leveren, niet meteen teruggegaan naar de huisarts. Bovendien heeft hij er moeite mee gezondheidsadviezen en andere aanwijzingen op te volgen. De cliënt voldoet, m.a.w. niet aan de impliciete verwachtingen ten van initiatief en inzet. Uit zijn contact met deze cliënt concludeert de arts dat het de cliënt niet zozeer aan goede wil, maar aan assertiviteit en initiatief ontbreekt. Omdat de arts de cliënt als niet al te slim typeert ontstaat er echter geen twijfel aan de plausibiliteit van de klachten zelf. Dat valt de cliënt immers nauwelijks te verwijten. In plaats daarvan hamert de arts op de noodzaak van een bezoek aan de huisarts en op het bewaken van grenzen.

Omdat de bedrijfsartsen in dit soort gevallen dus niet kunnen terugvallen op de concrete, medische kennis die zij hebben over het verloop van klacht en herstel bij een specifieke aandoening kunnen ze niet zomaar bepalen of de klacht die de cliënt hen voorlegt een geldige reden is voor verzuim. Daarom hebben zij andere methoden nodig om de plausibiliteit van een klacht te kunnen beoordelen. Bedrijfsartsen doen dat aan de hand van informatie die licht kan werpen op de motivatie van de cliënt (en daarmee op de geldigheid van de claim). Zij kijken daarvoor niet alleen naar de inzet die een cliënt toont bij het zoeken van behandeling; ze kijken/vragen bijvoorbeeld ook naar het arbeidsverleden van de cliënt, of naar diens ziektegeschiedenis. Soms krijgen zij informatie van de werkgever die hen aan het denken zet. Maar in de meeste gevallen blijken de mate waarin en de wijze waarop de cliënt zich inzet bij het zoeken naar vermindering van de klachten en het actief proberen te reïntegreren doorslaggevend te zijn. Omdat dergelijke contextuele informatie ook bij het duiden van stagnatie tijdens het reïntegratieproces een rol speelt, zullen we hier nader op terugkomen in paragraaf 2.3.

### **De cliënt demonstreert intenties om beter te willen worden**

In de eerste paragraaf hebben we betoogd dat een diagnose die aangeeft met welke aandoening de klachten van een cliënt in verband gebracht moeten worden, een belangrijke rol speelt in het beoordelen en begeleiden van de cliënt. Bij het achterhalen of reconstrueren van de diagnose, heeft de cliënt vooral de rol van informatie doorgeven. Bij diffuse klachten krijgt de cliënt echter een andere rol. Bij diffuse klachten is het namelijk van belang dat er een zekere mentale ruimte tot stand komt, een vanzelfsprekend moment, waarop werkhervatting op de agenda gezet kan wor-

den. Deze werkwijze vraagt van de cliënt inzet en initiatief bij het nastreven van de nodige afstand die tot (zelf)inzicht kan leiden en inzet en initiatief ten aanzien van de behandeling.

De wijze waarop de cliënt omgaat met zijn klachten en de inzet en het initiatief die de cliënt daarbij toont, spelen tegelijkertijd een belangrijke rol bij de inschatting van de ernst en de geldigheid van diffuse klachten. Cliënten die in het bespreken van hun klachten laten zien dat ze naar inzicht in die klachten streven en cliënten die zich actief inzetten voor behandeling maken het werk van de arts niet alleen mogelijk, ze demonstreren tegelijkertijd goede intenties die impliceren dat hun klachten dan ook wel “echt” zullen zijn.

Hoewel zowel het nemen van initiatief als het afstandelijk spreken over de klachten bij veel cliënten te veel gevraagd lijkt, wordt niet onmiddellijk een gebrek aan goede intenties vermoed. De bedrijfsarts behandelt zo'n gebrek vaak als onvermogen en helpt cliënten dan door adviezen te geven. Het opvolgen van dergelijke adviezen vormt dan een bewijs van goede wil en, indirect, van de echtheid van de klacht. Hoe langer het traject echter duurt, hoe meer ruimte er komt voor twijfel aan de goede intenties. Hoeveel initiatief nodig is voor een demonstratie van goede intenties en hoe lang de cliënt als te goeder trouw wordt gezien, is afhankelijk van de beoordeling van de vaardigheden van de cliënt in kwestie. De bedrijfsarts vormt zich een beeld van de (vaardigheden van de) cliënt (met wat voor persoon heb ik van doen) om na te gaan wat redelijkerwijs van deze specifieke persoon verwacht kan worden.

### 2.3 Arbeidsongeschikt of niet?

Omdat alleen daadwerkelijke “ziekte” formeel gezien tot arbeidsongeschiktheid kan leiden, spelen gezondheidsklachten en de legitimering daarvan een belangrijke rol in de bedrijfsgeneeskundige praktijk. Voor het vaststellen van arbeidsongeschiktheid is inzicht in de klachten van een zieke werknemer echter onvoldoende. Het gaat uiteindelijk om de vraag of iemand zijn werk nog kan verrichten. Bij het beantwoorden van die vraag is niet alleen informatie over de klachten noodzakelijk, maar eveneens informatie over de werkzaamheden die iemand verricht en het type bedrijf of organisatie waarin iemand werkt. In de volgende paragraaf laten we zien hoe bedrijfsartsen te werk gaan bij het vaststellen wat iemand nog wel kan doen.

#### **Diagnose als baken, ook voor reïntegratie.**

Wanneer een cliënt op het spreekuur komt met ernstige klachten die duidelijk samenhangen met een op grond van medisch onderzoek aangetoonde aandoening, dan is het in de meeste gevallen vanzelfsprekend dat de cliënt op dat moment niet kan werken. Soms is de cliënt duidelijk te ziek om te werken (zie par. 2.1; casus 4A cliënt met kanker); in andere gevallen is de behandeling te intensief of te belastend om te werken.

#### **40A. Autochtone vrouw 1974**

*bijna 2 maanden ziek, werkt in Jeugdgevangenisinstelling*

*Ba: U had een heel erge huidaandoening. Hoe is het verlopen?*

*Cl: De behandeling is verlengd met een maand. Ik moet elke 2 uur me volledig insmeren en ook injecties toedienen. Ook 's nachts moet ik er uit.*

*Ba: Dan zal het wel moeilijk zijn voor u?*

*Cl: Ja, het is niet leuk. Ik ben ook echt heel moe. Vooral de onzekerheid is slopend. Dan doe ik het een tijdje en dan gaat het goed en moet ik even stoppen en dan komt het weer even hard terug.*

*Ba: Is er verbetering?*

*Cl: Ja, wel iets. Het schuift op naar boven, dus wie weet gaat het dan helemaal over. Ook is er lichttest gedaan, om te kijken of ik een lichtallergie heb. Na 12 sec. was er reactie, nu moeten ze daar over denken. Onderhand heb ik geen leven meer.*

*Ba: Psychisch is het zwaar?*

*Cl: Ja, er is zoveel onduidelijk, ik mag niet sporten, niet zus, niet zo. Elke 2 uur ben ik een half uur bezig met insmeren en natte lappen. Eerst ook 's nachts elke twee uur maar dat hield ik niet vol, dat is nu teruggebracht naar 2/3 x per nacht, maar dan ben ik nog hartstikke moe.*

*Ba: ja, ik snap het, dat is erg zwaar. Dat maakt het ook onmogelijk om te werken, niet? Met uw vermoeidheid en dan elke keer de behandeling.*

*Cl: Ja, ik zou het ook wel gênant vinden want dan ben ik daar bezig met natte doeken en heb hulp nodig. Ik voel me wel heel schuldig ten opzichte van werk. Er zijn zoveel problemen en er is zoveel verzuim....*

*Ba: Ja, ik versta het goed, maar praktisch gezien is het niet goed mogelijk voor u om te werken en is het dus ook afwachten wat de onderzoeken opleveren. Wanneer is de testmaand afgelopen?*

*Laten we een nieuwe afspraak maken voor 5/11.*

*(...)*

*Naderhand:*

*Ba: "als je elke twee uur moet behandelen en ook 's nachts dan kan je niet werken."*

Deze cliënt heeft een ernstige huidallergie en aan de behandeling daarvan heeft ze bijna een dagtaak. Dat is zowel psychisch als praktisch erg belastend en het is dan ook duidelijk dat de cliënt daarnaast niet kan werken. De aard van haar werkzaamheden is daarbij, net als bij cliënt 4A, van minder groot belang.

Niet alle  nduidige klachten zijn echter dusdanig belastend dat de cliënt helemaal niets meer kan. Uit de analyse blijkt dat een belangrijk deel van het werk van bedrijfsartsen erop gericht is zicht te krijgen op de vraag wat een cliënt dan (nog) wel kan. Om die vraag te kunnen beantwoorden, wegen bedrijfsartsen de belemmeringen die een cliënt ondervindt af tegen het werk dat die cliënt doet.

### **30E. Autochtone vrouw, +/- 1980**

*6 weken ziek*

*De vrouw heeft vrijwel geen stem als ze zich voorstelt.*

*Ba: Ik hoor dat het nog steeds niet gaat?*

*Cl: nee, er is nu een KNO onderzoek, de stembanden bewegen niet, ik moet naar logopedie.*

*Ba tikt.*

*Ba: Heeft neuroloog gezegd waardoor het komt?*

*Cl: Het is verzwakt en door ontsteking helemaal. Ik heb het geforceerd na de ontsteking. Bij logopedie moet aansturing versterkt worden. Ik heb er alle vertrouwen in.*

*Ba: tikt*

*Ik zit te denken, ja eigen werk, je kan niet praten.*

*.....*

*Ba: dan afspraak in september?*

*Cl: en als stem terug komt, wat dan?*

*Ba: Ik wil je toch zien. Je mag voor 50% voor de groep staan, maar je mag je stem niet belasten.*

*Cl: Nee dat doe ik niet nog een keer.*

*Ba: geen telefoon of schreeuwen naar de kinderen.*

*Cl: dat doe ik sowieso niet, maar dat zou nu niet kunnen ook.*

*.....*

Deze cliënt heeft last van haar stembanden en kan nauwelijks praten. Ze is lerares en daarvoor is praten noodzakelijk. Ze is, gezien de aard van haar werk, goeddeels arbeidsongeschikt.

Als de belemmeringen het eigen werk onmogelijk maken, gaan artsen vervolgens na of het mogelijk is om aangepaste werkzaamheden te doen. Een aantal cliënten komt zelf met een duidelijk voorstel voor alternatieve werkzaamheden. Ze kunnen hun eigen werk niet doen, maar realiseren zich tegelijkertijd dat ze niet volledig arbeidsongeschikt zijn.

### **9A. Autochtone man, +/- 1970**

*Ba: U werkt bij [naam justitiële jeugdinstelling]?*

*Cl: Ja, een van de weinigen nog.*

*Ba: Wat zijn uw problemen? Een beetje hetzelfde?*

*Cl: Nee, volstrekt niet. Ik mag niet werken. Er is incident geweest waarbij ik mijn rib dan wel zwaar gekneusd heb, dan wel gebroken. Ik heb een beetje last. Maar nu ben ik dus uit dienst gehaald, da's nog wel begrijpelijk*

*maar ik wil niet 6 weken thuiszitten. Ik had bedacht dat ik dan muziekles kon gaan geven, maar ze zeiden dat dat formeel via u moest. Dus ben ik in de telefoon geklommen.*

*Ba: Wat houdt dat precies in muziekles geven?*

*Cl: Nou ik speel een beetje gitaar en bij de muziekles zijn de groepen kleiner. In de dienst, heb je grotere groepen en kunnen incidenten voorkomen. Ja, niet dat die jongeren er iets aan kunnen doen, dat komt door het personeelstekort, nu zitten ze veel langer opgesloten en dat maakt agressiever. Ik heb al geïnformeerd; bij de muziek zijn in de laatste jaren nog nooit incidenten geweest. Het is dus afwachten wat we hier bespreken. Kijk, 's morgens kan ik dan de post doen en daarna dan op de groep met muziek*

.....

Deze cliënt heeft een gekneusde of gebroken rib en werkt in een justitiële jeugdinstelling. Bij het werken in de gewone dienst is het risico dat er een incident plaats vindt waarbij de rib een klap krijgt, groot. Hij stelt op eigen initiatief voor om wat werkzaamheden uit te gaan voeren waarbij hij dat risico niet loopt.

In het materiaal waren overigens ook voorbeelden van cliënten die graag willen gaan werken, maar waarvan de aandoening zo ernstig was dat (gedeeltelijk) werken in de ogen van de bedrijfsarts niet verantwoord is. Soms gaan de bedrijfsartsen dan onder de uitdrukkelijke voorwaarde dat de cliënt voor zichtig is, toch akkoord. Bijvoorbeeld als zij vrezen dat thuiszitten mensen geen goed doet. In andere gevallen treden zij 'beschermend' op en adviseren cliënten om toch niet te gaan werken

De vraag of iemand aangepaste werkzaamheden kan doen, is niet alleen afhankelijk van de mogelijkheden die een cliënt nog heeft ondanks zijn belemmeringen, maar ook van de vraag of er verantwoorde aangepaste werkzaamheden voorhanden zijn. Soms is voor de bedrijfsarts duidelijk dat dit niet het geval is, bijvoorbeeld als hij het bedrijf goed kent en op de hoogte is van de gang van zaken op dat bedrijf. Bedrijfsartsen zijn echter niet altijd op de hoogte van de verschillende mogelijkheden in een bedrijf. Het materiaal laat zien dat bedrijfsartsen in dergelijke gevallen verschillende dingen doen. De arts kan zelf met de werkgever gaan overleggen of hij geeft aan dat de cliënt dat moet doen. In weer andere gevallen probeert de bedrijfsarts met behulp van informatie van de cliënt duidelijk te krijgen of aangepast werk tot de mogelijkheden behoort.

### **31F. Autochtone man, 41 jaar**

*vier weken ziek*

*Vooraf: Deze man is stratenmaker. Werkt in de sierbestrating. Heeft last van de rug, al sinds hij 17 jaar is. Heeft fysiotherapie maar is ook doorverwezen naar de neuroloog. In het dossier staat dat meneer zich zorgen maakt over de toekomst.*

.....

*Cl: Nou, het is natuurlijk logisch dat dit soort werk last geeft, maar het wordt nu echt te gek. Ik ben niet iemand die gauw thuis zit, maar*

*Ba: Nee blijkbaar niet. Wat legt U aan, tuinen?*

*Cl: In het voorjaar wel. Nu doe ik echte straten. Klinkerwerk doe ik nu. Ik moet minimaal 400 stenen per dag leggen. Moet ik dat uitleggen?*

*Ba: Ja doe maar*

*Cl: (Legt uitgebreid uit wat hij moet doen, in welke houding, hoe hij zit en hoe hij dan naar de stenen reikt etc.)*

*Ba: Dat is zwaar werk, vooral als je niet in goede doen bent. Kun je wel gewoon lopen?*

*...klachten nader besproken*

*Ba: Dat kan, ja. Werk je voorover gebukt of met kniebeschermers?*

*Cl: Voorover*

*Ba: Voorover (typt). Is dat gewoon je techniek, zeg maar?*

*Cl: Ja, dat is met dit type werk het handigst.*

*...intermezzo over mogelijkheid rugschool*

*Ba: U moet alleen straten maken?*

*Cl: Nou als er geen werk is moet ik wel eens andere dingen doen. Maar meestal straten.*

*Ba: Dat kan niet iedereen toch?*

*Cl: Nou nee.*

*Ba: Is vervangend werk een optie?*

*Cl: Ik vrees van niet.*

*Ba: Wat doet men verder nog dan, bij dat bedrijf?*

*Cl: Wat hovenierswerk, maar dat is of net zo zwaar voor mijn rug, dat tillen en bukken of ik heb er niet genoeg verstand van. Van scheren en knippen zeg maar: Ik weet niet hoe je moet snoeien bijvoorbeeld. Ze doen ook wel rioleringen maar dan leg je ook de hele dag te hannesen met die rug. En dat is ook nog maar sporadisch. En daar komt dan natuurlijk nog bij dat het bedrijf een beetje klein is voor zulke geintjes. Allerlei zieken die vervangend werk doen. En dat er dan niemand meer is die het echte werk kan doen. (lacht) Zitten we met zijn allen op dat kleine kantoortje.*

*Ba: Ja, nee dat zie ik. (Legt uit dat er een probleemanalyse moet komen en dat meneer dan in overleg met werkgever een plan van aanpak moet maken. Vult vervolgens elektronisch plan van aanpak formulier in overleg met cliënt in.*

*Achteraf:*

*Ba: Helemaal geen type van een stratenmaker!*

*O: Hoezo?*

*Ba: Nou hoe die nadacht en over de dingen sprak, dat verwacht je niet van iedere stratenmaker*

De cliënt bespreekt naar aanleiding van de vraag van de bedrijfsarts of hij vervangende werkzaamheden zou kunnen doen, wat voor werkzaamheden er nog meer binnen het bedrijf zijn, en motiveert tevens waarom het niet mogelijk is om die te gaan uitvoeren.

Om de vraag te beantwoorden of iemand arbeidsongeschikt is, is naast informatie over de klachten, dus informatie nodig over de werkzaamheden die iemand uitvoert en de mogelijkheden voor alternatieve werkzaamheden bij de werkgever. Wanneer de arts niet zelf aan die informatie kan komen is hij ook hier afhankelijk van de informatie van de cliënt.

Uit de observatieverslagen blijkt dat de vraag wat voor werkzaamheden iemand gezien zijn klachten nu precies kan verrichten makkelijker te beantwoorden is wanneer die klachten in verband kunnen worden gebracht met een welomschreven aandoening waarvan min of meer bekend is hoe het herstel verloopt. Net als bij het duiden van de klachten verschaft de diagnose in zulke gevallen redelijk helder zicht op de klachten. Wanneer artsen weten wat de aandoening is, hoe het herstel bij een dergelijke aandoening precies verloopt, wat voor werk de cliënt precies doet en of er geschikte alternatieve werkzaamheden voor handen zijn, maakt dat een duidelijk antwoord mogelijk op de vraag of een cliënt alvast weer iets kan gaan doen of niet. Wat de rol van de cliënt is bij het leveren van dergelijke informatie, is in de praktijk afhankelijk van de wijze waarop het contact tussen bedrijfsarts en werkgever is georganiseerd. Soms kent de bedrijfsarts het bedrijf of de organisatie goed. Dan kan hij zelf conclusies trekken. Soms is hij afhankelijk van de informatie die de cliënt daarover verstrekt. Die informatie moet dan correct zijn en inzichtelijk.

### **Initiatief en vooruitgang**

Dergelijke heldere trajecten zijn echter, ook bij duidelijke diagnoses, vrij uitzonderlijk. Uit de observatieverslagen van de spreekuurcontacten blijkt dat het bij het grootste deel van de gevallen veel lastiger is om precies vast te stellen wanneer iemand weer kan gaan hervatten. Uit de grote hoeveelheid geobserveerde contacten tussen cliënten en bedrijfsartsen blijkt dat het herstelproces qua tempo en invulling sterk individueel- en contextbepaald is. Net als bij het duiden van diffuse klachten, ontbreekt er daardoor een duidelijke richtlijn op basis waarvan de arts de plausibiliteit van het herstelproces dat de cliënt rapporteert kan beoordelen. En, net als bij diffuse klachten is de bedrijfsarts daardoor genoodzaakt om ook op andere manieren tot een oordeel te komen over wat in het kader van werkhervatting redelijkerwijs mogelijk is. In deze subparagraaf gaan we nader in op de vraag hoe die werkhervatting ter hand genomen wordt, en hoe de bedrijfsarts de mate van arbeidsongeschiktheid dan wel vaststelt. Onze analyse wijst uit dat de bedrijfsarts daarbij tot op zekere hoogte dezelfde 'instrumenten' gebruikt als bij het zicht krijgen op diffuse klachten. In een aantal gevallen komt de werkhervatting zonder inmenging van de bedrijfsarts op gang, bijvoorbeeld wanneer cliënten zelf besluiten om weer aan het werk te gaan en dat ook gewoon doen.



### **21B. Autochtone vrouw, 1977**

*een maand geleden een ongeluk gehad en ziek gemeld.*

*...gesprek over klachten en behandeling*

*Ba: Nou u bent in handen bij de fysiotherapie. Ik laat u even arbeidsongeschikt.*

*Cl: Nou ik werk 's morgens, wel op advies van de fysiotherapeut.*

*Ba: Gaat dat? Ik zet dat arbeidstherapeutisch, u moet het zelf goed bekijken, als het niet gaat dan eerder stoppen.*

*Half januari zie ik u weer, wel wat in beweging blijven, zodat het niet strammer wordt.*

*Naderhand:*

*Ba: Het is een goed bedrijf, leuke sfeer, daar blijven mensen dan graag werken, dat merk je altijd.*

Daarnaast zijn er cliënten die uit eigen beweging over werkhervatting beginnen zonder dat de arts moeite hoeft te doen dat thema bespreekbaar te maken.

### **28A. Autochtone man**

*[cliënt heeft ademhalingsproblemen; longfoto en hartfilmpje laten niets zien, er volgt nog nader onderzoek]*

*Ba: Helpen de puffjes?*

*Cl: Nou iets te veel, nou was mijn voorstel, ik heb een hekel aan thuis zitten om alvast gewoon halve dagen te gaan werken en gewoon maar te kijken.*

*Ba: nou we gaan u eerst onderzoeken.*

*(...)*

*Ba: goede metingen. Je mag van mij wel vanaf morgen halve dagen werken, daarna driekwart en over 2 weken helemaal. Kijken of dat lukt. Wat voor werk doet u precies?*

*Cl: Chauffeur*

In andere gevallen brengt de bedrijfsarts de werkhervatting zelf ter sprake. In paragraaf 2.2 (ruimte scheppen) hebben we gezien dat de bedrijfsarts in zulke gevallen ruimte creëert om de werkhervatting op een vanzelfsprekende manier op de agenda te zetten.

Vaak probeert de bedrijfsarts die “mentale” ruimte langzaam op te bouwen zodat bespreken van werkhervatting gemakkelijker op de agenda gezet kan worden. Er wordt dan bijvoorbeeld van tevoren aangekondigd dat werkhervatting in de naaste toekomst op de agenda zal komen.

### **29D. Autochtone man, 1950**

*3 weken ziek*

*....*

*Ba: We moeten even de nieuwe medicijnen afwachten. Als dat aanslaat kunnen we gaan praten over werkhervatting. Laten we volgende week telefonisch contact hebben en dan overleg ik met X, wellicht kunt u dan de week erop beginnen.*

Een andere strategie om de nodige mentale ruimte bij de cliënt teweeg te brengen is door de werkhervatting in kleine stapjes op te knippen.

### **39A. Allochtone man, 1955**

*ruim 3 maanden ziek*

*Meneer heeft hartklachten gehad en heeft daar psychisch klap van gekregen.*

*...klachten zijn verminderd, cliënt heeft het nog wel psychisch zwaar*

*Ba: is er contact met het werk?*

*Cl: Ja er is contact, verloopt goed.*

*Ba: Hoe kijkt u tegen werk aan? En tegen toekomst?*

*Cl: Nou moeilijke vraag, er zijn nu ook veel problemen.*

*Ba: en bijv. een klein werkje om weer eens wat te proberen?*

*Cl: Nou ik heb het erover gehad met hoofd en ook met cardioloog en die raadde het af.*

*Ba: We doen het wat rustig aan. Wanneer begint revalidatie?*

*Cl: komende week.*

*Ba: Ik ga ook eens met werk praten om te kijken of u over een paar weken wat klein werk te geven om er weer een beetje in te komen.*

*Cl: Ja dat is wel de bedoeling.*

*Ba: Over 3 weken een afspraak dan heeft u ondertussen wat ondersteuning gehad en kijken we verder.*

*Naderhand:*

*Ba: Lichamelijk zou de man wel wat kunnen, maar hij heeft psychisch een klap gehad. Dus ik doe het wat rustig aan. Over 3 weken eens verder kijken.*

Wanneer de eerste stappen richting werkhervatting eenmaal zijn gezet verandert de aard van de gesprekken tussen bedrijfsarts en cliënt. Die draaien niet langer meer om het vaststellen van de aard van de klacht en de geldigheid van de claim, maar gaan over hoe het met de werkhervatting van de cliënt staat. De vraag wordt dan of de cliënt de hoeveelheid werk die hij doet goed aankan, of er uitbreiding van werkzaamheden inziet of dat de cliënt toch weer moet minderen. De stappen die de artsen in het kader van de reïntegratie ondernemen hebben daarom over het algemeen een sterk “trial and error” karakter. De cliënt gaat bijvoorbeeld voor een deel van de tijd aan het werk en de bedrijfsarts probeert dan in een volgend gesprek te achterhalen of die werkhervatting reëel was of dat hij de mogelijkheden van de cliënt heeft onder- of overschat.

### **33D. Autochtone man, 1965**

*7 maanden ziek*

*Ba: het aantal dagen zijn hetzelfde. Hoe gaat het ermee?*

*Cl: Het is zwaar maar het gaat.*

*Ba: wat is zwaar?*

*Cl: Nou met machines sjouwen is moeilijk en af en toe heb ik uitstraling naar bil. Ik kan er wel mee doorgaan, maar.*

*Ba: wat is er precies zwaar aan de huidige werkzaamheden?*

*Cl: nou dat gaat wel, maar ik weet niet wanneer ik weer met machines moet gaan sjouwen. Het is zwaar, ik doe nu 5 uur per dag en ik ben moe als ik thuis kom.*

*Ba: Bent u erg moe? Duurt het lang voordat u weer herstelt, of bent u de rest van de avond helemaal..?*

*Cl: nee wat later gaat het dan wel weer, dan moet ik vaak naar fysio of ik doe zelf wat op de hometrainer.*

*Ba: Hoe vaak gaat u nog naar fysio?*

*Cl: nou dat is wat minder, ik moet het nu zelf betalen, dus 1x in de week. De neurochirurg ziet duidelijk uitstulping van bot tegen de zenuw aan.*

*Ba: Heeft dokter X het met de neurochirurg besproken?*

*Cl: (medische uitwijding)*

*Ba: laten we in ieder geval doorgaan hiermee.*

*Cl: ja ik probeer het ook wel op te voeren.*

*Ba: geeft de manuele therapeut opluchting?*

*Cl: ja dat wel, als ik daar geweest ben dan voel ik meer ruimte, dat duurt dan ongeveer 2 of 3 dagen.*

*Ba: Nou even kijken. U doet nu 5x5 uur. Laten we een voorlopig schema maken. Per volgende week 5x6 uur.*

*Cl: ja dat is goed, wie niet waagt wie niet wint.*

*Ba: Twee weken erna, 2x hele dag?*

*Cl: ja, dan heb ik ook nog ergens een hele week vrij.*

*Afronding*

Deze cliënt werkt sinds een tijdje halve dagen. Door naar de vermoeidheid van de man na het werk te vragen probeert de bedrijfsarts zich een beeld te vormen van de belasting die de werkhervatting voor de cliënt oplevert. De cliënt is wel moe ‘s avonds, maar herstelt daar tamelijk snel weer van. De bedrijfsarts is tevreden over de gang van zaken. Er zit nog steeds schot in de zaak en het ligt dus voor de hand uitbreiding voor te stellen.

Omdat het in dit soort gevallen een kwestie is van uitproberen is, is feedback over de resultaten van die “trials” belangrijk. De bedrijfsarts is daarvoor afhankelijk van de informatie van de cliënt over het verloop en succes van de werkhervatting.

Naast de impliciete norm ten aanzien van het verschaffen van betrouwbare, inzichtelijke informatie, moet ook hier de cliënt weer laten zien dat hij van goede wil is. Zolang de cliënt laat zien dat hij nadenkt over zijn situatie, op basis daarvan actief naar mogelijkheden zoekt om te kunnen her-

vatten en daarnaast ook echt vooruitgang boekt voldoet hij aan de impliciete verwachtingen die in de bedrijfsgeneeskundige praktijk aan hem gesteld worden.

### **5C. Autochtone man, 1958**

*7 maanden ziek, werkzaam als trainer/psycholoog*

*Ba: Hoe is het gegaan?*

*Cl: Goed.*

*Ba: En het werk?*

*Cl: Ik zat op 40%, ik heb coaching afgerond. Nu ga ik naar de volgende fase, 50% (laat schema zien). Soms werkte ik 2 hele dagen, maar dan moest ik de rest bijkomen, dat werkte niet. Nu 5x 4 uur, ik wil daar zo streng mogelijk in zijn, om echt goed te kijken hoe het gaat.*

*Ba: Ik denk dat je dat gaat halen. Hoe is het met de coaching?*

*Cl: Goed, ik heb een nieuwe coach, ik kende haar al, zij was eerst mijn mentor. Ze heeft mij aangespoord om een aantal zaken af te ronden en nu is er wat ruimte voor progressie. Ook sport ik, hierdoor zijn de rugklachten afgenomen en ook de hoofdpijn is minder.*

*Ba: Mooi er is progressie, als je weer met klanten moet werken dan zal er wel weer meer spanning ontstaan.*

*Cl: Ja ik merk ook, morgen heb ik een functioneringsgesprek en een acquisitiesprek en dat vind ik dan best spannend, ja dat merk je dan.*

*Ba: Ja, op zich vindt iedereen een functioneringsgesprek spannend. Het schema is haalbaar, let wel op. Het gesprek morgen levert spanning op, dat is duidelijk, vervolgens een eerste klantencontact, let dan op wat voor afspraken je met hen maakt. Niet dat je direct de week daarop een training moet gaan geven.*

*Cl: Ja precies.*

*Ba: let op je kent de symptomen.*

*Cl: Het is wel zwaar, ik ervaar nu wat meer ruimte. Ook door gesprekken ben ik mij ervan bewust, dat als het niet lukt dan is dit werk niet voor mij.*

*Ba: Wellicht is acquisitie meer voor jou dan training? Er zijn ook mensen, daar ken ik ook de voorbeelden van die liever niets met acquisitie te maken willen hebben, die zeggen, laat mij maar trainingen doen, alleen.*

*Cl: Ja dat klopt, ik ben ook goed in acquisitie en trainen vind ik nu zwaar en er zijn mensen die alleen trainen leuk zouden vinden (hierover gesprek dat meneer dat moet aangeven).*

*Ba: Je kan goed onder woorden brengen wat je ideeën zijn, ga open het gesprek in, niet meteen hakken in het zand zetten.*

*Cl: Nee, het zou niet het eerste conflict zijn en dat is jammer want daar gaat altijd erg veel energie inzitten.*

*Ba: ga langzaam uitbreiden, zoals in het schema, zorg ook dat je elk uur even een kleine pauze inlast en niet alleen maar doorgaat.*

*(hierover gesprek, dat meneer baat heeft bij het wordpace programma voor RSI, dan schakelt je computer uit na 60 min of zo. Meneer heeft niet door hoe lang hij werkt als hij eenmaal ergens inzit)*

*Ba: Targets zijn: per 7/1/02 5x 4 uur aangepast werk, per 4/02/02 5x 6 uur eigen werk voor 75%. Half februari roep ik je weer op.*

Deze cliënt doet helder verslag van de resultaten van zijn eerste reïntegratie stappen. In eerste instantie werkte hij twee hele dagen, maar toen hij merkte dat dat nog te veel vergde heeft hij een en ander op eigen initiatief aangepast. Door deze aanpassing heeft hij het zichzelf toch mogelijk gemaakt voortgang te boeken. Deze cliënt beschikt dus over voldoende afstand en inzicht om zelf actief mee te denken over het reïntegratietraject. Hij weet waar eventuele risico's kunnen liggen en is zo in staat zelf de voortgang van het reïntegratie proces te bewaken. De "trial and error" aanpak is bij hem in goede handen.

Maar, net als bij de inrichting van het behandeltraject, geldt ook bij de inrichting van het werkhervattingstraject dat lang niet alle cliënten zelf met initiatieven of ideeën komen, en dat niet alle cliënten vooruitgang weten te boeken. Net als bij het op gang krijgen van de behandeling, intensificeert de bedrijfsarts dan in eerste instantie de begeleiding.

### **8A. Autochtone man**

*sinds april (dat is 5 maanden geleden) 80% arbeidsgeschikt, bedrijfsarts had advies gegeven om wat te gaan sporten. Meneer had WAO 55%-65%*

*Ba: Hoe vlot het?*

*Cl: Ik mag niet mopperen, deze afgelopen 2 weken. Daarvoor was ik nog somber, toen ging het niet. Ik sliep veel, dat probeer ik nu niet te doen.*

*Ba: Heb je gesport?*

*Cl: Ja, dat doe ik wel maar die week ging het niet. Toen had ik voor niets puf. Ik merk dan ook aan het trimmen of het goed met mij gaat of niet.*

*Ba: Wat heeft u gedaan?*

*Cl: 50 min. Trimmen*

*Ba: De laatste week gaat het beter?*

*Cl: Ja, wat ik zeg, ik heb ook wat karweitjes gedaan, was minder moe.*

*Ba: Waaraan is het te wijten dat het beter gaat?*

*Cl: Ja dat is het hem nou juist. Dat weet ik niet, als het beter gaat of slechter probeer ik te achterhalen wat de factoren kunnen zijn. Ook nog met mijn vrouw, toen het niet ging, vragen we ons af "waardoor komt het?" maar er is niets aanwijsbaars.*

*Ba: Wat zullen we doen?*

*Cl: Nou nog maar even zo proberen.*

*Ba: 80 % is limiet?*

*Cl: Ja.*

*Ba: Probeer echt wat aan sport te doen. Je merkt, ik ben er fan van. Maar uit onderzoek blijkt ook dat het bij depressies vaak goede resultaten heeft. Niet 1x in de week, maar uitbouwen naar 2, 3 x in de week.*

*Cl: Ja, maar wat ik zeg, als het slecht gaat, is het juist moeilijk. Dan heb ik ook geen puf om te gaan trimmen. Naderhand voel ik mij dan nog lustelozer en moeier, dat ik mij afvraag of dat dan niet door het trimmen komt. Als het beter gaat, doet het mij weer wel goed.*

*Na afloop:*

*Ba: Het is een wat sombere man. Hij kan misschien meer, maar het bedrijf is heel tevreden hoe hij het oppakt, dus dan laat ik het even zo. Maar sporten is echt goed, dat blijkt ook wel uit onderzoek dat het bij depressies resultaat boekt.*

Deze cliënt geeft aan dat het wat beter met hem gaat, maar wanneer de bedrijfsarts uitbreiding van werkzaamheden voorstelt, geeft de cliënt aan daar nog niet aan toe te zijn. Hij kan niet aangeven waar verbetering/verslechtering mee zou kunnen samenhangen en geeft daarmee impliciet te kennen dat zijn verbeteringen nog erg onbetrouwbaar zijn. De bedrijfsarts reageert daarop met advies over dingen die de cliënt zelf zou kunnen ondernemen om zijn klachten (en zijn arbeidsomgeschiktheid) beter en meer afdoende onder controle te krijgen.

Net als bij het duiden van diffuse klachten geldt ook hier dus weer, dat de cliënt, zolang hij netjes doet wat de bedrijfsarts hem adviseert en daarbij enige vooruitgang boekt, handelt volgens de impliciete normatieve noties die de wijze van werken van de bedrijfsartsen met zich meebrengt. Behalve dat de werkhervatting vordert, het uiteindelijke doel van de begeleiding, geeft deze vordering tegelijkertijd een soort indirect bewijs dat de claim van de cliënt op waarheid berust.

Net als bij het vaststellen van de geldigheid van een diffuse klacht blijkt uit het onderzoeksmateriaal dat wanneer de voortgang langere tijd stagneert de vraag rijst waarom die stagnatie optreedt. De observaties laten zien dat artsen, om die vraag te kunnen beantwoorden proberen te achterhalen hoe betrouwbaar het verhaal van de cliënt nu eigenlijk is. Dan kunnen zij op verschillende manieren doen. In eerste instantie kunnen zij naar de consistentie van het verhaal van de cliënt kijken.

### **3D. Autochtone man, 1949**

*ruim 3 maanden ziek (epilepsie en insult gehad)*

*Ba: hoe gaat dat?*

*Cl: nou het is wel zwaar. Ik heb ook vaak hoofdpijn, misschien komt dat door de hersenschudding.*

*Ba: Loopt u tegen dingen aan? Dat als er iets veranderd kan worden dat het dan beter gaat?*

*Cl: Nee, neuroloog zei ook, hersenschudding gaat wel over maar het duurt alleen zo lang.*

*Ba: U komt thuis en dan?*

*Cl: Even zitten of ik ga liggen want anders heb ik niets meer aan de avond.*

*Ba: Kookt en eet u wel, of is de hoofdpijn zo erg dat...*

*Cl: Nee, ja dat lukt wel, alleen de sociale verplichtingen kan je niet nakomen.*

*Ba: Maar het is niet zo dat u zo'n hoofdpijn heeft dat koken en eten niet lukt?*

*Cl: nee.*

*Ba: Hoeveel slaapt u per nacht?*

*Cl: vanaf half 10 of half 11 tot aan 6.30 uur, ik ben dan wel moe nog.*

*Ba: nou we moeten zeker niet uitbreiden.*

*Cl: u bedoelt, geen nachtdienst?*

*Ba: nee want dat is te zwaar.*

*Cl: nou maar dan zou ik wel overdag kunnen uitrusten.*

*Ba: Ja denkt u dat dat u beter afgaat?*

*Cl: ja misschien (werktechnisch verhaal van diensten en werkzaamheden)*

*Ba: Nou weet u met epilepsie en toen de insult waar u een hersenschudding aan heeft over gehouden is het wellicht voor het herstel beter als uw bioritme blijft bewaakt nog en als u dan al 's nachts gaat werken...*

Deze cliënt is inmiddels dagelijks aan het werk, maar is nog niet volledig inzetbaar. De bedrijfsarts besluit dat uitbreiding er nog niet inzit omdat de wijze waarop de cliënt aangeeft thuis te functioneren (is na redelijk normale nachtrust toch nog steeds moe) overeenkomt met de problemen die de cliënt op het werk zegt te hebben (vermoeidheid, hoofdpijn). De claim dat het allemaal nog erg zwaar is, wint daardoor aan plausibiliteit en de bedrijfsarts stelt verdere uitbreiding nog wat uit. De consistentie van het verhaal van de cliënt maakt diens claim aannemelijk.

In veel gevallen blijkt de plausibiliteit van de arbeidsongeschiktheidsclaim echter moeilijk vast te stellen aan de hand het verhaal van de cliënt alleen. De bedrijfsarts probeert in tweede instantie dan ook via indirecte informatie over de motivatie van de cliënt licht te werpen op de betrouwbaarheid van de claim. Daartoe maken bedrijfsartsen gebruik van verschillende "graadmeters". Een eerste graadmeter van de motivatie zijn de initiatieven die de cliënt ontplooit ten aanzien van de werkhervatting.

### **31D. Autochtone man, 1975**

*6 maanden ziek. Bedrijfsarts licht toe dat cliënt gecompliceerde beenbreuk heeft gehad, met langdurig herstel.*

*Hij zou de bedrijfsarts gebeld hebben, maar heeft dat niet gedaan; is daarom opgeroepen voor het spreekuur.*

*Ba: U werkt halve dagen, is dat gelukt?*

*Cl: nou min of meer. Het is niet mijn eigen werk, ik heb nog niet een volledige ronde gemaakt.*

*Ba: Zijn het staande werkzaamheden?*

*Cl: ja buiten staand, soms zittend.*

*Ba: een paar uur per dag begrijp ik. Een halve dag meedraaien op de technische dienst gaat niet?*

*Cl: Ik weet niet*

*Ba: dat heb je nog niet geprobeerd? (nee) Hoe gaat het lichamelijk met je?*

*Cl: Nou sinds het weekend heb ik een rare plek op mijn voet, die doet pijn.*

*Ba: (Kijkt) wat is er gebeurd?*

*Cl: Nou niets, ja ik ben uitgegaan, dat had ik wellicht beter niet kunnen doen.*

*Ba: Kunt u op één voet staan? En op uw tenen?*

*Daar kan ik zo een-twee-drie, niet van zien wat het is. Zal wel iets met spiertje zijn. Hoe is het met de therapie?*

*Cl: goed, we doen nu evenwichtsoefeningen.*

*Ba: hoe vaak?*

*Cl: twee keer per week*

*Ba: je zegt dat je het kan proberen op de technische dienst?*

*Cl: ja hoor dat is toch gewoon proberen.*

*Ba: maar je zegt niet van, als ik zus of zo doe dan krijg ik last of is het te zwaar?*

*Cl: nou dit van die plek of dat spiertje vind ik wel raar. Heb ik geen last meer van achilles dan dit weer maar ik weet ook niet hoe het komt.*

*Ba: dat zie je wel vaak, omdat je toch je bewegingen aanpast op wat de voet kan en dan kan je overbelasting van iets anders krijgen. Laten we halve dagen proberen. Kan dat morgen ingaan?*

*Cl: ja hoor.*

*Ba: over drie weken zien we hoe het gaat.*

#### Naderhand:

*Ba: Hij zit een half jaar in ziektewet, het was gecompliceerde breuk. Ik vind het altijd wel vreemd dat iemand meteen ja zegt op ander werk maar daar zelf dan niet mee komt*

Deze cliënt heeft, tegen de afspraken in, nagelaten contact op te nemen met de bedrijfsarts toen er verbetering in zijn klachten optrad. Bovendien impliceert het feit dat hij helemaal niet tegensput-

tert als de arts hem voorstelt weer te gaan werken, dat de cliënt al eerder aan het werk had kunnen gaan. Vanwege zijn afwachtende houding roept de cliënt twijfels op ten aanzien van zijn inzet en motivatie.

Een tweede “graadmeter” waarmee bedrijfsartsen informatie over de motivatie van de cliënt proberen te krijgen is het werkverleden of de ziektegeschiedenis van de cliënt.

### **31A. Autochtone man, 1946**

*Cliënt is de laatste 4 maanden met tussenpozen ziek. Had een week geleden weer volledig hervat.*

*Van tevoren licht arts toe: Hij was het zat op het werk. Soms gaat hij wel soms niet. Ik heb hem de vorige keer serieus aangepakt. Het bedrijf wil wel meewerken aan opleiding maar het is of het een of het ander. Ik ben benieuwd hoe het verloopt.*

.....

#### Naderhand:

*Ba: Ik ben een beetje meegegaan met hem, maar.....*

*O: wat denk je dat er met hem aan de hand is?*

*Ba: wellicht profiteert hij wat en wil hij van de WAO genieten. Hij wordt gevolgd door RIAGG, maar die wilde aan mij niet zijn ziektegeschiedenis geven. Dus eigenlijk kan ik geen goede beoordeling geven. Ik heb hem daar ook voor gewaarschuwd voorheen, dat als ik niets weet dan zelf maar een beoordeling geef en dat het beter zou zijn om wel mee te werken, maar ja.*

Deze cliënt is regelmatig ziek. Soms gaat hij wel, soms gaat hij niet werken. Omdat hij bovendien in een eerder gesprek heeft gezegd dat hij “het zat is” ontstaat er twijfel over zijn motivatie en wekt hij de indruk dat het gebrek aan vooruitgang in zijn geval een kwestie van onwil is.

Maar dergelijke indirecte informatiebronnen kunnen ook in positieve zin aan het geldigheidsoordeel bijdragen:

### **27A. Allochtone vrouw, 1966**

*Telefonisch consult*

*Mevrouw is maatschappelijk werkster, 5 maanden ziek.*

*Ba: Hoe gaan de 2x4 uur?*

*Cl: Ja, 1e week redelijk goed. Vorige week merkte ik dat het heel veel van mijn energie kost. Ik ben erg moe. Met leidinggevende heb ik nu elke dag een gesprekje. Het 'er zijn' gaat wel, maar het is er een chaos, dat maakt het heel moeilijk, ik moet er echt doorheen. Het niets doen, is ook niet goed. Ik moet nu wat dingetjes uitzoeken. Ik zal het er volgende week nog met X (bedrijfsmaatschappelijk werk) over hebben.*

*Ba: Dus eigenlijk is het wel voldoende, zo?*

*Cl: Ja, het lijkt wel maximaal.*

*Ba: Nou dan houden we het nog maar even zo. De 35 weekse rapportage zit er aan te komen, dat moeten we samen een keer invullen. Dus laten we een afspraken maken voor over 2 weken voor die rapportage.*

#### Naderhand:

*Ba: Zij was een heel goede werkster. Had veel te veel werk, alles kwam bij haar terecht en ze is echt overspannen geraakt. Nu blijkt de start moeilijk te zijn, had ik ook wel verwacht want ze wilde opeens hard van start gaan. Ze is vrijwel nooit ziek geweest.*

Deze cliënte krijgt op basis van haar werkverleden juist het voordeel van de twijfel. Ze laat in haar verhaal zien dat ze actief bezig is met haar reïntegratie en demonstreert zo haar inzet. Die inzet wordt echter des te geloofwaardiger omdat ze, zoals de arts opmerkt, vrijwel nooit ziek was. Dat ze in het verleden niet vaak een beroep op arbeidsongeschiktheid heeft gedaan impliceert kennelijk dat ze dat nu waarschijnlijk ook niet onnodig zal doen. In beide gevallen hangt het oordeel over de geldigheid van de arbeidsongeschiktheidsclaim dus mede af van het beeld dat de arts van de werkmotivatie van de cliënt construeert op basis van informatie over diens arbeids- en ziektegeschiedenis.

Een derde graadmeter voor de motivatie van de cliënt is het vaststellen of de cliënt persoonlijke motieven heeft om niet aan het werk te willen, bijvoorbeeld als hij zijn werk niet leuk vindt.

#### **26A. Autochtone man, 1948**

*Ba: we hadden afgesproken per...*

*Cl: Nee dat ging niet goed. Het gaat helemaal niet goed met mij, maar niemand kan mij vertellen wat er is. Huisarts heeft alleen wat extra witte bloedlichaampjes gevonden.*

*Ba: je werkt....*

*Cl: 50%*

*Ba: Is je project leuk?*

*Cl: Ja dat is echt leuk.*

*Ba: Dus niets werk-gerelateerd?*

*Cl: Nee, niet. Ik ga echt met zin naar mijn werk, maar lichamelijk gaat het niet goed. Ik sta heel moe op, sliep slecht vannacht. Normaal slaap ik wel wat beter maar ik ben nooit meer uitgerust. Ook heb ik 2 weken vakantie gehad. Vorige week maandag ben ik weer vol goede moed begonnen, maar een hele week lijkt veel te veel.*

.....

*Ba: Heeft huisarts iets gepland, of laat hij het op beloop?*

*Cl: Ja op zijn beloop dat doet hij altijd. Ik kan ook een hele lijst klachten van mijn vrouw opnoemen waar hij ook niets aan doet. Hij heeft altijd haast, lijkt niet te luisteren. Hij zegt alleen "als het niet gaat, dan niet doen"*

*Ba: Is er diagnose?*

*Cl: Nee, dat is het hem juist, hij heeft nooit diagnoses. Hij heeft nooit tijd voor je. Ik heb al eens nog in de spreekkamer gezeten toen hij alweer een andere patiënt binnenliet. Hij gaat nooit op je klachten in.*

.....

Naderhand:

*Ba: Hij moet echt werk maken van huisarts maar ik denk dat het meer psychisch is.*

Deze cliënt rapporteert geen vooruitgang. De arts vraagt hem daarop of hij zijn werk leuk vindt. De arts probeert daarmee vast te stellen of de cliënt wellicht om bepaalde redenen niet zou willen werken. Omdat de arts uit het verhaal van de cliënt opmaakt dat het probleem echt niet in het werk ligt neemt hij aan dat de klachten die de cliënt aangeeft "echt" zijn.

Een vierde graadmeter zijn motieven die zijn te herleiden tot de privé-situatie, waardoor de werkhervatting niet meteen prioriteit heeft.

#### **25A. Autochtone man, 1959, telefonisch consult**

*Ba: Hoe gaat het met de spanningsklachten?*

*Cl: Gaat wel, we zitten nu een beetje in de medische molen wat genetisch onderzoek betreft, dat maakt het weer moeilijk en zwaar. Maar ik wilde het veranderen van 2x8 uur naar 3x4 uur.*

*Ba: Nou dat lijkt mij goed. Dan maken we een afspraak voor over 4 weken per telefoon.*

Naderhand:

*Ba: Die is niet veel ziek, hij geeft keukenles. Hij heeft een kindje gekregen met een chromosoomafwijking en het heeft maar een paar maanden levenskans. Hij heeft veel stress en sliep niet. Hij wil graag werken, ik laat het hem zelf maar een beetje bepalen.*

Naast persoonlijke motieven checkt de bedrijfsarts als vijfde graadmeter ook redenen die met de werksituatie samenhangen. Het gaat dan vaak om een samenloop van werkverhoudingen of relaties op de werkplek die niet goed zijn en een gebrek aan medewerking van werkgever of collega's om aanpassingen door te voeren, die nodig zijn voor de werkhervatting.

#### **15F. Autochtone vrouw, 51 jaar**

*4 maanden ziek*

*Vooraf: deze mevrouw deed eerst schoonmaakwerk en had slijtage in de nek. Ze is toen gedeeltelijk AO verklaard en heeft passend werk gezocht. Ze moet nu ponskaarten scannen. Ze heeft nu weer nekklachten en ook een tennisarm. Ze werkt weer gedeeltelijk. Er is een werkplek onderzoek gedaan waaruit bleek dat de werkplek echt moest worden aangepast. Een en ander moest beter worden afgesteld. Wij hoopten dat het daarmee geregeld zou zijn en dat ze per 18 november weer drie uurtjes per dag extra aan het werk zou kunnen gaan, maar dat is kennelijk niet gelukt. We gaan nu uitzoeken waarom niet.*

*Ba: Hoe is het met de werkplek?*

*Cl: Nee dat was veel te duur. Weet U wat een nieuwe stoel kost? Maar ik weet niet hoe het nu verder moet.*

*Ba: Werkt U nu deels?*

*Cl: Van negen uur tot kwart over twaalf ja.*

*Ba: We hadden toch een afspraak dat U per 18 november zou uitbreiden? Is de rest wel netjes geregeld?*

*Cl: Ja, de rest is wel netjes geregeld. Alleen die stoel hè? Die lange leuning heb ik echt nodig hoor. Kijk, ik heb mijn spulletjes meegenomen zodat U een beetje begrijpt wat ik bedoel. (Mevrouw haalt stapel ponskaarten uit haar tasje en doet voor wat ze de hele dag moet doen. Ze laat zien in welke houding ze moet zitten en welke bewegingen ze moet maken). Kijk, ziet U, ik merk zelf als mijn arm rust dan gaat het allemaal veel beter.*

*Ba: (verrast) Ja, ik zie precies wat U bedoelt. Ik snap niet waarom dat niet geregeld kan worden.*

.....

*Ba: Ik heb nog een ander probleem. Volgende maand moeten we U alweer bij het GUO melden.*

*Cl: Ik vind dat nou zo jammer. Zonde dat het nu door die meubels komt. Door de werkgever! Die doet er niets aan en nu moet ik naar een keuring. Ik heb 't zelf toch vaak genoeg aangegeven. Ook al voor die arbo-expert dat hier kwam zeggen. Het is niet terecht! Ik doe mijn best; Ik probeer met stapjes aan het werk te ....*

*Ba: (valt cliënt in de reden) Maar dat gaat het GUO ook meenemen hoor, de rol van de werkgever.*

.....

#### Achteraf:

*Ba: Hierin investeren ze hier nooit! Het is toch een willig mevrouwetje! Wat kost dat nou zo'n stoel? Als iemand uitvalt kost dat ze meer. Ze zijn hier risicodragend.*

De werkplek van deze mevrouw moet worden aangepast, maar de werkgever wil de stoel die mevrouw nodig heeft niet aanschaffen. De cliënte geeft aan dat ze daardoor niet verder kan uitbreiden. De bedrijfsarts die het bedrijf kent gelooft (mede omdat de cliënte vrij overtuigend duidelijk weet te maken wat er precies mis is met haar werkplek) onmiddellijk dat de stagnatie in de werkhervatting hier niet te wijten valt aan een motivatiegebrek bij de cliënt.

In nogal wat gevallen noemen cliënten dergelijke werkgerelateerde redenen voor een stagnerende werkhervatting, al dan niet in reactie op vragen van de bedrijfsarts. De wijze waarop de bedrijfsarts hierop reageert is zeer divers en lijkt samen te hangen met een aantal overwegingen. Op de eerste plaats is de vraag aan de orde hoe aannemelijk het verhaal van de cliënt over de werkgever is. Naast een indruk die de bedrijfsarts van de cliënt heeft, speelt daarbij de indruk die de bedrijfsarts zelf heeft van de werkgever en de werksituatie. Hoe die indrukken gewogen worden is mede afhankelijk van de relatie die de bedrijfsarts met het bedrijf heeft. Een tweede overweging die een rol speelt, is de inschatting van de bedrijfsarts ten aanzien van de 'haalbaarheid' van veranderingen. Een cliënt kan wel gelijk hebben; als de bedrijfsarts inschat dat de werkgever niet zal veranderen, kan dat reden zijn om de cliënt er van te overtuigen zich daaraan aan te passen of om de cliënt te adviseren om maar ander werk uit te kijken. Daarmee samenhangend speelt ook de redelijkheid van de opstelling van de werkgever een rol; alhoewel een cliënt gelijk kan hebben, kan de implicatie daarvan bijvoorbeeld zijn dat de werkplek zodanig rigoureuus moet worden aangepast, dat daarmee gepaard gaande investeringen voor de werkgever niet te dragen zijn.

Een laatste "graadmeter" waarmee bedrijfsartsen proberen inzicht te krijgen in de motivatie van de cliënt is door in te schatten wat voor soort persoon de cliënt is. De onderliggende vraag daarbij is of artsen de cliënt het gebrek aan voortgang in de werkhervatting kunnen verwijten (en er dus waarschijnlijk sprake is van gebrek aan motivatie) of dat de cliënt eenvoudigweg niet over de vaardigheden beschikt om de reïntegratie zelf in de hand te houden of te controleren.

#### **12A. autochtone man, 1948**

*Meneer is anderhalf jaar ziek, overwerkt/depressief. Meneer is al een paar keer ter sprake gekomen, op SMT en op andere dag omdat hij eerder een afspraak had. Arts omschrijft hem als: Dat is zo'n beetje een Kruidje-roerme-niet, die het liefst in een glazen kooitje wil zitten. Het terugkeer proces gaat heel langzaam. Meneer wil nu het Gak afwachten, dat wordt een beetje als rekken gezien, evenals het feit dat hij zijn afspraken niet nakomt. Hij heeft WAO 50% en werkt nu 4x 5 of 5,5 uur.*

*Ba: Heeft u ondertussen een oproep gekregen van het GAK?*

*Cl: Nee nog niet.*

*Ba: Ja dat kan inderdaad lang duren, dus het heeft geen zin om daarop te wachten.*



*Cl: Ik heb dokter X en dokter Y gezien bij het GAK en die hebben mij nadrukkelijk afgeraden om zelf uit te bouwen.*

*Ba: Wanneer was dat?*

*Cl: In maart.*

*Ba: Ja, dat is natuurlijk lang geleden.*

*Cl: Ja, maar uitbouwen naar 6 uur is echt te veel.*

*Ba: Ja? (fronst) Nou ik denk dat we best 4x 5,5 uur kunnen uitbouwen. Het is nu al een heel lange tijd 4 x 5,5 uur.*

*Cl: Ja maar beste meneer [naam bedrijfsarts], het probleem is dat ik me gewoon niet beter voel. Na 5,5 uur ben ik echt op.*

*Ba: Als je het probeert dan wen je er ook aan, sporters zijn ook moe van een prestatie maar die verleggen vervolgens elke keer hun grenzen. Al vanaf januari wordt gesproken om uit te bouwen naar 6 uur. Nu al een half jaar 5,5 uur, dat ene half uurtje, is nogal erg povertjes, zeker ook in vergelijking met hoe daarmee om wordt gegaan in B en daar is de werkdruk ook heel erg hoog.*

.....

*Cl: Dat kunt u nu wel zeggen maar ik zit echt aan limiet. U gaat van herstel uit maar ik weet dat mijn lichaam niet meer de oude wordt. Elke dag heb ik aan het eind hoofdpijn en ik heb die tijd nodig om bij te tanken. Een half uur, kan je zeggen, wat is nu een half uurtje maar ik weet dat...*

*Ba: Het kan toch een kwestie zijn van proberen?*

*Cl: Waarom wilt u dat?*

*Ba: dat wil ik uit ervaring, je moet proberen je grenzen te verleggen*

*Cl: Nou dan kan ik u zeggen dat ik minder ga werken. U wilt mij uit alle macht ... waarop baseert u dat, u kent mijn geschiedenis niet. Het GAK heeft mij afgeraden het verder uit te bouwen, waarom wilt u dan meer?*

*Ba: het GAK is van meer dan een half jaar geleden. Als u herkeurd wordt kan het zijn dat u opeens een grote stap moet maken en daar wil ik u ook voor behoeden, dan kan je beter al wat meer geprobeerd hebben. Het blijft een kwestie van proberen. Als u zegt dat het half uur u per dag te veel is dan kunnen we ook uitbreiden naar de woensdag.*

*Cl: Nee dat kan niet, die dag is juist nodig voor ontspanning om bij te kunnen tanken. Het kan niet meer voor wat het was.*

.....

*Cl: Het lijkt weinig maar vorig jaar nog dacht ik geen 60 te worden en nu gaat het ook niet van een leien dakje.*

*Ba: bij niemand gaat het van een leien dakje..*

*Cl: Nu bagatelliseert u mijn klachten.*

*Arts legt een beetje uit dat uitbreiden niet van een leien dakje gaat altijd maar dat je daardoor wel weer je grenzen kan verleggen waardoor je je ook goed voelt.*

*Ba: Probeer het eens en dan maken we een afspraak voor 29/10.*

*Cl: Ik ben niet blij.*

.....

Deze cliënt houdt zich niet aan een aantal impliciete normen. Hij blijft hameren op zijn klachten en kan daardoor niet de nodige afstand creëren om zijn eigen situatie te doorzien. Van nadenken over verdere hervatting kan derhalve voor hem geen sprake zijn. De nodige mentale ruimte komt, met andere woorden niet tot stand en verdere uitbreiding van de werkzaamheden wordt geblokkeerd. Als gevolg daarvan stagneert de werkhervatting. De bedrijfsarts, die zich tijdens de contacten een beeld van de cliënt heeft gevormd, typeert hem als een kruidje-roer-me-niet. Hiermee bedoelt hij dat het hier gaat om een lastige cliënt die irreële eisen stelt. Dat impliceert vervolgens dat de stagnatie aan de cliënt te wijten is en dat de claim oneigenlijk is. De arts draagt de cliënt daarom op toch uit te breiden.

Analyse van het observatiemateriaal laat echter zien dat een typering ook duidelijk kan maken dat een cliënt simpelweg bepaalde vaardigheden mist. De bedrijfsarts heeft dan meer geduld. Een voorbeeld hiervan is het 'BNU-typje' uit paragraaf 2.2 (initiatief en plausibiliteit). Hoewel de cliënt in dat voorbeeld nauwelijks over het vermogen tot (zelf)reflectie beschikte, noch over voldoende assertiviteit om het werkhervattingstraject te bewaken en te controleren, verweet de arts hem dat niet omdat hij nu eenmaal niet de slimste is. In het materiaal zaten talloze van dergelijke voorbeelden waarin bedrijfsartsen met behulp van typologieën trachtten gedrag van hun cliënten, die niet voldeden aan de impliciete normativiteit, te doorgronden. Zo was er de "brave huisvader"

over een man die thuis op de bank ziek zat te wezen en zijn vrouw in de weg zat en steeds verder wegzakte in hopeloosheid; of de “noeste arbeiders” die door hun no-nonsense aanpak (niet zeuren maar doorgaan tot je er bij neervalt) nauwelijks oog hadden voor de psychische aspecten van hun klachten en daardoor niet tot de nodige inzichten in hun problematiek kwamen; of de jongeman die een “typisch product van deze tijd” was, wat impliceerde dat hij te egocentrisch was om aan iets anders te denken dan aan zijn eigen pijntjes en probleempjes; of de “opportunist” die een financieel slaatje uit zijn klachten probeerde te slaan door de eigenaar van de hond die hem gebeten had te vervolgen; of de cliënt die zich niet gedroeg als een “typische stratenmaker” omdat hij verstandig over zijn klachten en alternatief werk kon praten; of de “zeikerd” die ieder pijntje en ongemakje uitvergrootte; of de “oneerlijke” cliënt die op het werk niet wilde toegeven dat hij in fysiek opzicht geen “jonge kerel” meer was en die door zijn pogingen net zo hard te werken als voor zijn ziekte zijn eigen herstel in de weg zat. Voor het begeleiden van de werkhervatting combineert de bedrijfsarts dus een scala aan middelen, die de persoonlijkheid van de betreffende cliënt afmede de situatie waarin de cliënt zich bevindt (privé-situatie, werksituatie etc.) inzichtelijk maken en die het hem bij gebrek aan een “harde” diagnose mogelijk maken om in te schatten of de mate van arbeidsongeschiktheid die een cliënt claimt wel reëel is. Of de cliënt geen oneigenlijke motieven heeft voor de claim en of de cliënt dus iets te verwijten valt. In dit proces is overigens geen sprake van expliciete, bewuste werkwijzen. Hoewel we de graadmeters hier om redenen van overzichtelijkheid apart noemen, zijn ze in de gesprekken tussen artsen en cliënten sterk gekoppeld en maken ze gezamenlijk een totaal beeld mogelijk van de cliënt en zijn situatie. De overwegingen en interpretaties die de arts hierbij hanteert, blijven in de meeste gevallen impliciet en zijn voornamelijk waar te nemen in het soort vragen dat bedrijfsartsen stellen, de reacties op hun cliënten en de thema’s die ze aansnijden, benadrukken of negeren. In sommige gevallen zijn ze af te leiden uit het soort commentaar van de arts achteraf.

Analyse van het observatiemateriaal laat overigens ook zien dat het totaalbeeld dat met behulp van deze instrumenten van een cliënt tot stand wordt gebracht, nog een andere functie heeft en dat die tweede functie in feite een veel belangrijker rol speelt in het werk van de bedrijfsarts dan het duiden van de arbeidsongeschiktheidsclaim op zich. Omdat het beeld van de persoon en diens situatie de arts inzicht geeft in de problemen die er spelen, geeft het tegelijkertijd aanknopingspunten om de stagnatie in de werkhervatting aan te pakken. Daarvan waren er in het observatiemateriaal talloze voorbeelden. Zo nam de bedrijfsarts die met een minder slimme cliënt te maken had bijvoorbeeld meer tijd voor advies en uitleg en toonde meer begrip en geduld; zo nam de bedrijfsarts van de “noeste arbeider” zijn cliënt tegen zichzelf in bescherming; zo gaf de bedrijfsarts van “het typische product van deze tijd” zijn cliënt in figuurlijke zin “een schop onder de kont”; zo probeerde de bedrijfsarts van de “oneerlijke” cliënt zijn cliënt tot enig zelfinzicht te brengen; zo nam de bedrijfsarts van de “niet-assertieve” cliënt zelf contact op met diens werkgever om te voorkomen dat de cliënt zich door collega’s en werkbaas zou laten opjagen; zo kreeg de cliënte die met een reeks privé-problemen te maken had, wat tijd om dingen op een rijtje te krijgen; zo stapte de arts van de vrouw die haar werkzaamheden zonder werkplekaanpassingen niet verder kon uitbreiden, naar haar personeelsfunctionaris en zo stuurde de bedrijfsarts van de “zeikerd” zijn cliënt naar reïntegratiebedrijf “De gezonde zaak” om hem wat ziekte-inzicht bij te laten brengen.

Naast een mogelijkheid tot het duiden van de claim dient het beeld dat op deze manier van de cliënt ontstaat dus ook als instrument waarmee het reïntegratietraject aan de gang gehouden kan worden. Doordat er steeds aanknopingspunten zijn voor verdere actie, blijft er hoop op vooruitgang. Tegelijkertijd wordt het minder noodzakelijk om een definitief oordeel te vellen over de motivatie van de cliënt en daardoor over de geldigheid van de arbeidsongeschiktheidsclaim. Het onderzoeksmateriaal maakt duidelijk dat in dergelijke gevallen het uiteindelijke oordeel over de geldigheid van de claim in de regel vooruitgeschoven wordt. Zolang als er nog reële aanknopingspunten zijn voor verdere actie gaat de bedrijfsarts daarmee aan de slag. Pas als er geen alter-

natieve verklaringen meer voor de stagnatie voorhanden zijn (en aanknopingspunten voor actie dus ontbreken) accepteren bedrijfsartsen de conclusie dat de stagnatie aan de cliënt te verwijten valt.

### **De cliënt zet zich in en boekt vooruitgang**

In het voorgaande lieten we zien dat de bedrijfsarts, wanneer er geen heldere diagnose voor handen is die als uitgangspunt kan dienen bij de reïntegratie, genoodzaakt is een andere werkwijze te volgen. Werkhervatting wordt niet langer gerelateerd aan een duidelijk aanwijsbaar, voorspelbaar punt in het herstel, maar aan mentale ruimte bij de cliënt om (uitbreiding van) de werkhervatting op de agenda te zetten. Is de werkhervatting eenmaal ingezet dan komt er een “trial and error” proces op gang dat door de cliënt zelf bewaakt en uitgebouwd moet worden. Deze werkwijze veronderstelt logischerwijs cliënten die een zeker vermogen tot zelfreflectie hebben of dat nastreven, die inzet en initiatief tonen bij het zoeken naar mogelijkheden om de werkhervatting te starten of uit te bouwen en die daadwerkelijk vooruitgang boeken bij de werkhervatting. Er zijn echter cliënten die niet zonder meer aan deze impliciete normatieve noties voldoen en bij wie de reïntegratie niet wil vlotten. De bedrijfsarts probeert deze cliënten dan zodanig te coachen dat de reïntegratie weer op gang komt. Van deze cliënten wordt dan in plaats van reflexiviteit en eigen initiatief verwacht dat ze de adviezen van de bedrijfsarts zo goed mogelijk opvolgen.

Wanneer het reïntegratieproces desondanks niet op gang wil komen reist de vraag wat de reden van de stagnatie is. Om die vraag te kunnen beantwoorden combineert de bedrijfsarts verschillende informatiebronnen. Hij toetst de consistentie van het verhaal van de cliënt, hij probeert via informatie over werkgeschiedenis en dergelijke zicht te krijgen op de motivatie van de cliënt en/of hij probeert te achterhalen of er wellicht redenen voor de stagnatie zijn die buiten de cliënt om gaan, die bijvoorbeeld verband houden met problemen in de werksituatie. Bovendien combineert hij al deze informatie en reconstrueert zo een beeld van het soort persoon met wie hij van doen heeft en van diens vermogens en vaardigheden. Op basis van dat totaalbeeld krijgt hij dan niet alleen een indruk van de betrouwbaarheid van het verhaal van de cliënt en van diens motivatie, maar ook van knelpunten in het werkhervattingproces, die hij moet aanpakken om voortgang in het traject te houden. Naast inzet, initiatief, reflectieve en analytische vermogens, en het boeken van voortgang wordt van cliënten dus ook verwacht dat zij de informatie die de arts nodig heeft om al die instrumenten te kunnen gebruiken, open en onbevooroordeeld leveren. Daarmee maken ze het werk van de arts mogelijk en geven tegelijkertijd te kennen dat ze niets te verbergen hebben (wat impliceert dat ze geen oneigenlijke motieven hebben voor de claim).

## **2.4 Conclusie**

In de voorgaande paragrafen werd duidelijk dat het werk van bedrijfsartsen draait om het beantwoorden van twee typen vragen; Wat is er precies met de cliënt aan de hand en wat kan de cliënt, gezien die klachten en gezien de aard van zijn werkzaamheden, redelijkerwijs weer/nog voor werk doen. Bij het beantwoorden van die vragen maken bedrijfsartsen gebruik van een aantal werkwijzen waarin bepaalde impliciete eisen ten aanzien van de cliënt besloten liggen. Wanneer er een “harde” diagnose voorhanden is verschaft de ideale cliënt heldere, eenduidige informatie. In gevallen waarin die diagnose niet direct voorhanden is moet de ideale cliënt over een zekere mate van (zelf)inzicht beschikken en zich aantoonbaar inzetten voor adequate behandeling en werkhervatting. Zij moeten zelf de nodige initiatieven nemen. Daaruit blijkt dan dat ze geen ongeldig motieven hebben om niet te willen werken. Veronderstelling daarbij is dat dergelijke “ideale” cliënten uiteindelijk de nodige voortgang boeken en dat de werkhervatting op redelijke termijn gerealiseerd zal zijn.

Zoals we in dit hoofdstuk lieten zien verlopen de interacties tussen bedrijfsartsen en cliënten die probleemloos aan dergelijke verwachtingen weten te voldoen in de regel soepel. Bedrijfsartsen

twijfelen in dergelijke gevallen niet aan de plausibiliteit van de claims van de cliënt en arts en cliënt werken probleemloos samen aan de werkhervatting. Maar, zo blijkt uit het materiaal, een probleemloze interactie is in de bedrijfsgeneeskundige praktijk geen doel op zich. Het gaat erom dat met een probleemloze interactie de kans dat werkhervatting ook daadwerkelijk binnen een redelijke termijn tot stand komt, veel groter is. Met een soepele interactie is er sprake van vooruitgang en daarmee van een grotere kans op werkhervatting.

Anders ligt dat bij cliënten die niet aan de impliciete verwachtingen kunnen voldoen en bij wie er stagnatie in het herstel of in de werkhervatting optreedt. Zoals we in dit hoofdstuk lieten zien, zetten bedrijfsartsen dan met name bij diffuse klachten verschillende middelen in waarmee ze een beeld krijgen van de situatie waarin de cliënt zich bevindt en van de fysieke en mentale mogelijkheden van de cliënt. Een achterliggende vraag hierbij is of de cliënt wel gemotiveerd is. Hoewel dit beeld inderdaad (indirecte) informatie verschaft over de motivatie van de cliënt en over de plausibiliteit van de klacht, blijkt uit ons materiaal dat bedrijfsartsen de vraag of de cliënt gebrek aan motivatie te verwijten valt zo lang mogelijk van tafel houden. Ze gebruiken de informatie die het beeld van de cliënt oplevert in eerste instantie als aanknopingspunt voor verdere actie ten aanzien van de werkhervatting.

Gezien de problemen die zich voordoen wanneer zij van de motivatie van de cliënt een vraag maken is die handelwijze overigens logisch. In gevallen waarin bedrijfsartsen vragen stellen bij de motivatie van een cliënt (en daarmee bij de echtheid van de klacht) liggen serieuze conflicten met die cliënt op de loer. Uit het materiaal blijkt dat dergelijke conflicten de voortgang van het werkhervattingstraject op een aantal manieren in gevaar kunnen brengen. In de eerste plaats loopt de bedrijfsarts het risico dat de cliënt zich niet voldoende serieus genomen voelt. In zulke gevallen dreigt er een verstoring in de relatie tussen arts en cliënt die de ideale, gezamenlijke aanpak van de werkhervatting in de weg staat. Het herstel van deze relatie vraagt veel tijd en energie en het risico op vertragingen neemt toe. Daarnaast zijn er ook cliënten die in dergelijke gevallen op een “second opinion” door het UWV aandringen. Omdat de uitslag van zo’n “second opinion” op zich kan laten wachten, liggen ook hier vertragingen op de loer. Ook in gevallen waarin bedrijfsartsen de claim van een cliënt verwerpen en hem per direct aan het werk sturen is er het risico dat de cliënt binnen korte tijd opnieuw uitvalt of de hakken in het zand zet. Cliënten intensiveren, in reactie op het wantrouwen van de bedrijfsarts, vaak hun zoektocht naar legitimatie van de klachten. Ze dringen aan op verder onderzoek, verdere behandeling etc. In al die gevallen is er risico dat de werkhervatting opgeschort wordt en vertraging oploopt, waardoor al snel de WAO-keuring aan het einde van het eerste ziektejaar in zicht komt.

Het stellen van de vraag of een cliënt wel te goeder trouw is (i.e. wel wil werken, wel beter wil worden), is, met andere woorden, een riskante onderneming die risico’s meebrengt voor de voortgang van de werkhervatting, maar die weinig oplevert in termen van daadwerkelijke hervatting. Zolang hij actief met het werkhervattingstraject bezig is, blijft de kans bestaan dat de cliënt uiteindelijk binnen het jaar (volledig) reïntegreert, maar wanneer het traject wegens conflicten stil komt te liggen of ernstig wordt vertraagd, wordt die kans veel kleiner. De bedrijfsarts slaagt er dan niet in om datgene voor elkaar te krijgen waar het bij zijn werk om draait: de cliënt met inachtneming van zijn klachten en zijn werkzaamheden steeds optimaal te laten functioneren. De functie van het beeld van de cliënt als aanknopingspunt voor werkhervatting blijkt in de praktijk derhalve belangrijker dan de functie van dat beeld om de cliënt “door te prikken” en verklaart de aarzeling bij bedrijfsartsen om conflicten over de motivatie van hun cliënten aan te gaan. Een dergelijke “conflictmijdende” houding ten aanzien van cliënten, hebben bedrijfsartsen overigens gemeen met hun collega’s uit andere zorgpraktijken. Uit onderzoek blijkt dat in die praktijken van cliënten eveneens intrinsieke motivatie tot vooruitgang en herstel verwacht wordt. Artsen zijn in dergelijke praktijken eveneens afhankelijk van de motivatie van de cliënt omdat gebrek aan motivatie in feite betekent dat verdere behandeling zinloos is (Silverman, 1987; Dodier, 1998).

Daarnaast gaan artsen ervan uit dat een goede vertrouwensrelatie tussen hulpverlener arts en cliënt een noodzakelijke voorwaarde is voor daadwerkelijk succesvolle hulpverlening.

### 3 **Etniciteit in de spreekkamer van de bedrijfsarts**

In het vorige hoofdstuk hebben we de praktische rationaliteit van de bedrijfsgeneeskundige praktijk in kaart gebracht. Op basis van observaties van gesprekken tussen cliënten en bedrijfsartsen hebben we laten zien hoe die praktijk geordend is, welke impliciete normatieve noties aan in het handelen besloten liggen en welke verwachtingen dat met zich meebrengt ten aanzien van cliënten. In dit hoofdstuk staan we expliciet stil bij de vraag of die praktische rationaliteit, met name als cliënten zich niet gedragen conform de impliciete verwachtingen, andere consequenties heeft voor allochtone cliënten, dan ze heeft voor autochtonen. Daarbij besteden we, in lijn met onze theoretische veronderstellingen over etniciteit, uitvoerig aandacht aan de vraag of en hoe eventuele normoverschrijdingen leiden tot definities van etniciteit: wordt een normoverschrijding bij allochtone cliënten in verband gebracht met kenmerken, gewoonten of posities die specifiek voor autochtonen worden beschouwd?

In de eerste paragraaf gaan we in op de normen en verwachtingen die in het geding zijn bij het verkrijgen van zicht op eenduidige aandoeningen (vgl. paragraaf één hoofdstuk twee). Daarbij gaan we eerst in op de normen en verwachtingen als zodanig, en besteden we vervolgens aandacht aan de implicaties die dat heeft voor de verzuimbegeleiding. In de tweede paragraaf gaan we in op normen die in het geding zijn bij het krijgen van zicht op diffuse klachten en het begeleiden van de werkhervatting (vgl. paragraaf twee en drie van hoofdstuk twee). Deze laatste thema's hebben we gecombineerd omdat de impliciete verwachtingen die hier in het geding zijn sterk op elkaar lijken. In paragraaf twee is eveneens een onderverdeling gemaakt naar normen en verwachtingen en implicaties.

#### 3.1 **Eenduidige klachten**

##### **Allochtone en autochtone cliënten als informatieverstrekkers**

Zoals in paragraaf één van hoofdstuk twee aan de orde is geweest, oriënteren bedrijfsartsen zich in eerste instantie op de vraag of de klachten van de cliënt in verband kunnen worden gebracht met een wel omschreven aandoening. Als de cliënt meteen met een diagnose op de proppen komt, die verwijst naar een éénduidige aandoening is dat makkelijk. Als dat niet gebeurt, dan probeert de bedrijfsarts met behulp van een eigen anamnese, lichamelijk onderzoek en uitvragen van de stappen die in het behandelcircuit zijn gezet een (voorlopige) diagnose te reconstrueren. In beide gevallen is de bedrijfsarts afhankelijk van de informatie die de cliënt verstrekt. Deze manier van werken veronderstelt een bepaald type cliënt. Zo'n "ideale" cliënt informeert de bedrijfsarts over de gestelde diagnose, en als daar nog geen zicht op is, over de stappen die hij heeft genomen in de behandelende sector, en de activiteiten (doorverwijzingen naar specialisten, onderzoek, echo's, etc.) die daar in gang zijn gezet. Deze informatie komt dan onversneden en ongekleurd op tafel.

Bij de meeste cliënten, zowel degene die wij in ons observatiemateriaal in eerste instantie als allochtoon hebben aangemerkt, als de autochtone cliënten, levert deze impliciete norm geen problemen op. De meeste cliënten verstrekken de bedrijfsarts in het eerste gesprek informatie over de diagnose, dan wel over de stappen die ze in het behandelcircuit hebben ondernomen en de activiteiten die daar plaats hebben gevonden. Bij deze cliënten, ook bij "allochtonen", gaat de begeleiding dan gewoon over naar de volgende stap. Een eventuele "etnische" achtergrond of mogelijke ideeën over andere opvattingen en gedragingen van cliënten van andere etnische afkomst komen niet ter sprake. Het zijn, met andere woorden, "gewone" cliënten en ze worden niet geduid of "herkend" als allochtoon.

De analyse van de gesprekken laat zien dat bij een aantal cliënten het verstrekken van informatie over diagnose en behandeling bijzonder moeizaam verloopt. Dat komt zowel voor bij autochtone cliënten, als bij cliënten die wij als allochtoon hadden aangeduid. In deze gevallen van ‘normoverschrijding’ probeert de bedrijfsarts, met behulp van het beeld dat hij van de cliënt construeert, te zoeken naar de reden waarom het de cliënt niet goed lukt om de informatie te geven.

#### **8D. Autochtone man, 1965**

*6 maanden ziek*

*Ba: Hoe is het gegaan?*

*Cl: Nou goed wel.*

*Ba: Gelukkig maar zeg.*

*Cl: Ja je bent dan toch weer onder de mensen en ik doe best belangrijk werk, offertes maken en dat moet je dan toch ook weer leren. Het is wel leuk.*

*Ba: O dat is nieuw voor u, gaat het wel?*

*Cl: ja.*

*Ba: Hoeveel uur doet u dat?*

*Cl: 3x4 uur.*

*Ba: Mooi. Hoe gaat het met uw rug?*

*Cl: eigenlijk hetzelfde. Ik ben weer naar de dokter gegaan en als de uitstraling zo blijft dan moet ik een MRI scan laten maken. Ook zei ze, als pijn niet te verdragen is dan kan ik geopereerd worden. Vond ik ook raar dat ze dat zo zei.*

*Ba: het gaat voornamelijk over straling, dus, hoe is die precies.*

*Cl: (uitleg) vanuit rug naar bil. De pijn die ik eerst had is niet te vergelijken met nu.*

*Ba: Ze wil dus nog even therapie afwachten en afhankelijk van de pijn, is er sprake van operatie.*

*Cl: Ja vond ik vreemd hoe ze dat zei, afhankelijk van de pijn....*

*Ba: Heeft ze niet meer over de operatie verteld?*

*Cl: Ja, dat er een risico is van 56% dat het niet goed gaat en je in een rolstoel komt.*

*Ba: Nou inderdaad, er is een risico dus dat is dan de afweging en dus afhankelijk hoe draagbaar de pijn is.*

*.....*

*Ba: laten wij een afspraak maken voor het hervattingschema, dan kan in ieder geval de overdracht goed verlopen. Wanneer moet u weer naar dokter C?*

*Cl: dat is telefonisch.*

*Ba: OK laat even weten wat daar uitkomt. Nu 3x4 uur, per 1 april 4x4 uur aangepast werk. Daarna die 5 uur.*

*Naderhand:*

*O: wat had deze man nou?*

*Ba: rugklachten door vernauwing in wervelkolom.*

*O: is operatie zo risicovol?*

*Ba: ja maar ik kan mij niet goed voorstellen dat neuroloog dat zo zegt “u heeft 56% kans op een rolstoel.....nou ja dat is dan ook wel weer duidelijk. Ook typisch voor hem is dat hij het raar vindt dat zij zegt, afhankelijk van de draagbaarheid van de pijn, besluit tot operatie. Later blijkt dan wel dat ze het kader geeft, namelijk het risico.*

Deze cliënt blijkt niet goed als doorgeefluik voor informatie over de behandeling te fungeren. De arts moet vrij veel moeite doen om te achterhalen wat de behandelaar bedoeld kan hebben. Hij twijfelt aan de juistheid van de interpretatie die de cliënt geeft aan de informatie van de behandelaar. In het voorbeeld zoekt de arts de verklaring voor het onvermogen om heldere informatie door te geven in persoonlijke kenmerken van deze specifieke cliënt. Het is “typisch voor hem” dat.... Alhoewel het enige moeite kost om te reconstrueren wat de behandelend arts bedoeld kan hebben, is aan het einde van het gesprek wel duidelijk wat er aan de hand is.

Ook bij een deel van de in eerste instantie door ons als allochtoon aangeduide cliënten verloopt het verstrekken van informatie over diagnose en behandeling soms moeizaam.

#### **10D. Allochtone man, 1958**

*3 weken ziek*

*Ba: U werkt bij P?*

*Cl: Ja sinds 1987.*

*Ba: dat is een hele tijd. U bent ziek sinds 7 maart?*

*Cl: klopt, even kijken ik was naar het ziekenhuis gegaan op 5 maart en toen 6 maart geopereerd.*

*Ba: was dat iets wat eraan zat te komen of was het spoed?*  
*Cl: Nee ik wist het, ik had last en ook de operatie 2x uitgesteld. Ik wilde het met medicijnen proberen, eerst, ik was bang weet je, maar dat lukte niet en toen op advies van chirurg geopereerd.*  
*Ba: wat hebben ze gedaan?*  
*Cl: ik heb niet meegekeken.*  
*Ba: Nee, maar wat heeft dokter verteld?*  
*Cl: Het was al bekend wat ze gingen doen.*  
*Ba: was het de meniscus of een knieband?*  
*Cl: Weet ik niet.*  
*Ba: Ik kijk zo even. U bent 3 weken geleden geopereerd, wanneer bent u uit het ziekenhuis gekomen?*  
*Cl: Op 18 maart.*  
*Ba: was het een kijkoperatie?*  
*Cl: ?*  
*Ba: hebben ze u plaatselijk verdoofd?*  
*Cl: ja vanaf hier verdoofd, 5 april moet ik weer terug.*  
*Ba: Hoe gaat het nu?*  
*Cl: Met bewegingen maakt het pijn, vrijdag zijn de hechtingen eruit gehaald en verwezen naar de fysiotherapie.*  
*Ba: U loopt met 1 kruk, gaat dat?*  
*Cl: Ja hoor, het doet wel pijn.*  
*Ba: En als u zit?*  
*Cl: als ik gewoon rustig zit, dan gaat het goed, als ik sta dan niet.*  
*Ba: (arts bekijkt de knie) had u een cyste? Heeft de arts dat genoemd?*  
*Cl: Nou ik weet niet, hier was het dik.*  
*Ba: Ja, doet dit pijn? Helder, ik zie het.*  
*Even iets anders: spreekt u de mensen van P[naam bedrijf]?*  
*Cl: Ja wel hoor we hebben wel contact, ik heb niet te klagen, geen problemen.*  
*Ba: Nou mooi, we moeten even de knie afwachten.*

Deze cliënt is aan zijn knie geopereerd, maar weet duidelijk niet waarom. Hij is er blijkbaar niet van op de hoogte dat van hem verwacht wordt, dat hij dat aan de bedrijfsarts had moeten kunnen doorgeven. Bij dergelijke ‘eenvoudige’ aandoeningen lijkt dat bij allochtone cliënten vaker voor te komen dan bij autochtone cliënten.

Net als bij autochtone cliënten moet er dan veel werk worden verzet om een mogelijke diagnose en het verloop van de behandeling van de klachten te reconstrueren.

### **5A. Allochtone man, 1952**

*Er wordt via receptie doorgegeven dat meneer er is. Hij wordt niet verwacht. Lengte ziekte duur daardoor onduidelijk. Hij had voor PAGO (Periodiek Arbeidsgeneeskundig Onderzoek) moeten komen paar dagen daarvoor. Arts wil eerst dossier vinden voordat man door kan. Als dossier gevonden is, gaat consult door. Onduidelijk is waarvoor man komt.*

*Ba: Was er een vergissing gebeurd?*

*Cl: Nee, ik wist het wel maar ik vind het een beetje lastig, ik had allemaal last, allemaal hart geklopt, hier, en niet bewegen deze kant helemaal niet, en nu weer beetje wel bewegen.*

*Ba: Kunt u mij vertellen wat er gaande is?*

*Cl: Ja gewoon niet lekker voelen, allemaal slapen en die kant niet meer bewegen, gewoon moe en zwaar, weet je niet lekker. Ik slapen en toen wakker en niet lekker, toen toch werken, er was nachtdienst. 3 weken geleden ook al, opeens gevallen, gewoon niet goed. Ik voelde allemaal gek. Bij nachtdienst zij zeggen: ga maar weg, ik zeggen, nee ik blijf. Later mijn chef naar huis gebracht, hij zegt, gaat niet. Ik gewoon allemaal slapen, en naar ziekenhuis van 1500-1730 allemaal gecontroleerd, hoe heet dat.....scanner. Hij mij medicijn gegeven, Hij zei gewoon, wacht maar thuis en dan komt vanzelf over foto's. Later ik terug van 10.00 tot 17.00 uur precies. Alles gedaan, met alles meten, bloed en nek. Specialist zei: alles klopt, je kan naar andere specialist.*

*Ba: Dus uw hart is goed zei de specialist?*

*Meneer heeft van alles meegenomen, laat papieren en verschillende medicijnen zien.*

*Ba: Neemt u deze medicijnen goed in?*

*Cl: Ja, en deze ook, maar ik vind jammer want ik vraag nu doorgaan of stoppen, ik weet niet, dus wat doe ik?*

*Arts adviseert met 1 medicijn te stoppen omdat die niet vaak samen gegeven worden.*

*Cl: Morgen moet ik prikken.*

*Ba: (praat harder) Heeft iemand U van de specialisten gezegd wat er aan de hand is?*



*Cl: ja ze zeiden dat, ik weet niet hoe jullie noemen. (Laat papier zien)*

*Ba: Ja dat dacht ik al. (harder) Voel je je ondertussen wat beter?*

*Cl: (iets harder) Ja wel beter maar nog wel zwaar.. Maar ik ben gekomen om te kijken wat er aan de hand is.*

*Cl: Gisteren had ik prikkeling hier.*

*Ba: Pijn?*

*Cl: nee geen pijn, een soort slaap/zwaar gevoel. Ik beweeg gewoon maar voelt zwaar.*

*Er vindt onderzoek plaats*

*Ba: Ik zal u uitleggen wat er is gebeurd. U heeft wat hartrimestoornissen, hierdoor wat zuurstofgebrek opgelopen waardoor u u niet goed kon bewegen aan een kant door verlamming. U moet het nog rustig aandoen en dan stilletjes aan...*

*Cl: op 6/11 ik weer naar het ziekenhuis.*

*Ba: Is dat voor behandeling?*

*Cl: Ja ze gaan kijken want er is iets niet goed en als het terugkomt.*

*Arts maakt afspraak voor 8/10 en adviseert de man het rustig aan te doen en op krachten te komen.*

*Naderhand:*

*Ba:Ja, je ziet met allochtonen loopt het gesprek vaak rommelig, moeilijk is het om structuur er in te brengen. Maar dit is weer zo'n brave man, wat onderdanig, nooit een dag ziek geweest. Ik vind het ook netjes dat ze altijd netjes alles meenemen aan papieren en medicijnen. Dat doen allochtonen vaak.*

*.....*

*De cliënt moet over twee weken terug komen omdat de bedrijfsarts wil kijken hoe hij zich voelt en omdat er wellicht al iets meer bekend is. Deze cliënt moet je niet tegen heug en meug aan het werk zetten, eerst moet hij herstellen.*

Ook deze cliënt valt op, omdat hij de impliciete norm van het helder verstrekken van informatie overschrijdt. Net als bij autochtone cliënten probeert de bedrijfsarts te plaatsen waarom de cliënt er niet conform de verwachtingen in slaagt de informatie over te brengen. In tegenstelling tot autochtone cliënten, gebeurt dat in bovenstaand casus echter in termen van kenmerken of gedragingen die typisch zijn voor allochtonen. De casus is een van de voorbeelden uit het materiaal waarin afwijking van de verwachting niet typisch is voor "hem", maar voor "hen".

Als het gaat om een moeizaam verloop van de informatieverstrekking, zijn er drie type 'kenmerken' van allochtonen, die in verband worden gebracht met de normoverschrijding. Op de eerste plaats verwijzen bedrijfsartsen vaak naar de slechte beheersing van de Nederlandse taal. Dat maakt het voor allochtone cliënten uiteraard lastig om helder te vertellen wat er in het behandelcircuit gebeurt. Op de tweede plaats brengen artsen de moeite die een deel van de allochtone cliënten hebben met het vertellen van wat er in het behandelcircuit met het idee dat allochtonen slecht op de hoogte zijn van het functioneren van de Nederlandse gezondheidszorg. Ze kunnen het met andere woorden niet goed vertellen wat er gebeurt omdat ze waarschijnlijk niet goed snappen hoe en waarom ze zijn doorverwezen, wat een huisarts precies voor taak heeft etc. Ten derde gaat het om onbekendheid met de rol van de bedrijfsarts.

Dat laatste punt is regelmatig zichtbaar in de interacties tussen cliënt en bedrijfsarts. In de hierboven besproken casus zegt de cliënt bijvoorbeeld dat hij eigenlijk in bed had willen blijven, maar toch maar is gekomen is 'om te kijken wat er aan de hand is'. Hij begint met een opsomming van klachten en geeft aan hoe en wanneer die begonnen zijn. Zo lijkt hij van de bedrijfsarts te verwachten dat die, net als de behandelend arts, uitzoekt welke aandoening de klachten van de man veroorzaakt. Dat betekent dat hij zich niet conformeert aan de verwachtingen die artsen in de bedrijfsartsenpraktijk bij heldere aandoeningen van de cliënt hebben. In zijn interactie met de bedrijfsarts lijkt de cliënt zich te oriënteren op een andere verwachting, namelijk dat hij zijn klachten moet vertellen en dat de arts de diagnose stelt en vertelt wat hij moet doen. Omdat de arts (onverwachts) veel energie moet steken in het achterhalen van informatie die eigenlijk voor het grijpen zou moeten liggen, vindt hij het voeren van een gesprek hier lastig.

Overigens is het interessant om te zien dat cliënten die de bedrijfsarts met dit type uitspraken impliciet als een behandelend arts aanspreken, de bedrijfsarts ongemerkt lijken te dwingen om ook

steeds meer te reageren als behandelend arts. Dat wordt versterkt doordat de bedrijfsarts veel moeite doet om te achterhalen wat er in het behandelcircuit gebeurt is, daar veel vragen over stelt, en als hij er grip op krijgt ook vaak uitlegt aan de cliënt wat er nu met hem aan de hand is. De focus van het gesprek raakt, juist door het aanhoudend stellen van vragen door de bedrijfsarts en een eventueel eigen lichamelijk onderzoek, juist steeds medischer. Hierdoor draagt de arts mogelijk bij aan de indruk die de cliënt heeft van de bedrijfsarts als een behandelaar. Zo kan er een vicieuze cirkel ontstaan die ertoe leidt dat cliënten zich, in reactie daarop, meer en meer opstellen als “gewone” patiënt. Dit patroon treedt overigens zowel bij allochtone als bij autochtone cliënten op. Bij allochtone cliënten brengen bedrijfsartsen deze ‘haperingen’ in het gesprek in verband met onbekendheid met de rol van de bedrijfsarts, die als specifiek voor allochtonen wordt benoemd. Bij autochtonen krijgt het een plaats in het beeld dat de bedrijfsarts van de cliënt construeert, waardoor niet expliciet benoemd hoeft te worden dat een cliënt slecht op de hoogte is van de rol van de bedrijfsarts.

### **Implicaties voor de verzuimbegeleiding**

Bij heldere aandoeningen waarbij allochtone cliënten moeite hebben om de nodige informatie door te spelen duiden bedrijfsartsen die moeizame informatieverstrekking aan de hand van een drietal verschillende definities van etniciteit. De vraag is of dat ook implicaties heeft voor het verdere verloop van de begeleiding van de allochtone cliënt. In paragraaf 1.2 van hoofdstuk 2 lieten we zien dat er twijfel over de goedwillendheid van de cliënt rijst (en daarmee over de echtheid van de klacht) wanneer de cliënt niet de verwachte informatie geeft.

Het voorbeeld van de “allochtonen” met wie het gesprek vaak “rommelig” verloopt vanwege hun veronderstelling dat ze met een behandelend arts te maken hebben (voorgaande paragraaf; voorbeeld 5A) laat zien dat het in gevallen waarin een moeizame informatieoverdracht in verband wordt gebracht met de etnische achtergrond van de cliënt (of die nu gedefinieerd wordt in termen van taalachterstand, of in termen van onbekendheid met de Nederlandse zorg of de rol van de bedrijfsarts) met die twijfel over het algemeen wel mee valt. De cliënt in voorbeeld 5A wordt door de arts geduid als een typisch voorbeeld van “zo’n brave, wat onderdanige man” die “netjes” een papieren zak met medicijnen meebrengt. Die onderdanigheid heeft de arts in dit geval toch in staat gesteld de diagnose te reconstrueren. Tegelijk met het moeizame verloop van het gesprek stelt de arts vast dat de man niet moedwillig informatie achterhoudt en dat hem in dat opzicht niets te verwijten valt. Ook hier wordt een verband met de etnische achtergrond van de cliënt verondersteld, maar nu in positieve zin. Omdat de “onderdanige” cliënt de arts via een omweg in staat stelt om conclusies te kunnen trekken over de diagnose kan de begeleiding uiteindelijk toch verder vorm krijgen. De motivatie van de cliënt komt niet in het geding en er is geen sprake van een conflict of impasse.

Dit voorbeeld staat niet op zich. Het laat zien dat er naast de drie eerder genoemde definities van etniciteit regelmatig nog een vierde definitie van etniciteit wordt gehanteerd die als het ware een tegenwicht vormt voor definities in termen van taalachterstand of onbekendheid met de Nederlandse gezondheidszorg of met de rol van de bedrijfsarts. Kenmerkend voor allochtonen is volgens die definitie dat allochtone cliënten “braaf zijn” of “onderdanig” en daarom medicijnen, verwijsbrieven etc. meenemen naar het spreekuur en aan de arts overhandigen. Omdat ze daarmee hun goede wil demonstreren lijken de definities van etniciteit hebben bij heldere aandoeningen in het begin van het traject geen specifieke consequenties te hebben voor de begeleiding van cliënten. Definities van etniciteit leiden hier niet tot twijfels over de claim en evenmin tot vertragende conflicten.

## 3.2 Diffuse klachten, herstel en werkhervatting en etniciteit

### Constructies van etniciteit: inzicht, initiatief, motivatie en vooruitgang

Zoals we in hoofdstuk 2 hebben gezien, is het voor bedrijfsartsen bij diffuse klachten lastiger om de plausibiliteit van de claim van de cliënt dat hij of zij (nog) niet kan werken in te schatten. In zulke gevallen moet de bedrijfsarts zich verlaten op 'indirect' bewijs. Ook de inschatting van het herstel is lastig, zelfs bij duidelijk aanwijsbare aandoeningen. Daar maakt de bedrijfsarts eveneens gebruik van indirect bewijs. Dat indirecte bewijs haalt de bedrijfsarts uit een combinatie van verschillende graadmeters. De vooruitgang die de cliënt weet te boeken is één zo'n graadmeter. Zowel in de omgang met de klachten, als in (het denken over) de werkhervatting, moet beweging zitten: De cliënt moet de klachten laten behandelen, de ruimte vinden om de werkhervatting weer serieus op te pakken, afstand kunnen nemen van de ziekenrol en serieus pogingen doen om, al dan niet gecoacht door de bedrijfsarts, (stapsgewijs) terug te keren naar het werk. Als een cliënt zichtbaar pogingen doet om aan het werk te komen, impliceert dat, dat er daadwerkelijk een klacht is die het werken in de weg staat.

De analyse laat zien dat veel cliënten, zowel autochtone als allochtone, onproblematisch aan deze impliciete verwachtingen voldoen, en dat bedrijfsartsen bij "onproblematische" cliënten, ook al zou ze als allochtoon kunnen worden geduid, niet verwijzen naar kenmerken of gewoonten die zouden samenhangen met hun 'allochtoon-zijn'. Het zijn met andere woorden 'gewone' cliënten.

In hoofdstuk twee hebben we echter besproken dat ook aardig wat cliënten niet aan de impliciete verwachtingen van afstand, initiatief en vooruitgang voldoen. De bedrijfsarts gaat in die gevallen na wat daarvoor de redenen kunnen zijn. Hij construeert daartoe tijdens de gesprekken met de cliënt een beeld van de persoon en van de situatie waarin deze zich bevindt (subassertief, goeierd, niet-de-slimste, maar bijvoorbeeld ook de rol van een weerbarstige werkgever, privé-problemen, etc). Op basis van dat beeld probeert hij vast te stellen waar het bij deze cliënt precies aan schort en wat er gedaan kan worden om problemen op te lossen en de werkhervatting aan de gang te houden. Zo kan hij bepalen of hij (intensiever) moet gaan 'coachen', nadere adviezen moet geven over behandeling en werkhervatting, contact op moet nemen met de werkgever, etc.

Bij allochtone cliënten die zich niet houden aan de impliciete norm van afstand nemen van de klachten om de werkhervatting bespreekbaar te kunnen maken en de verwachting van het tonen van initiatief, verloopt dat proces echter anders. Net als bij allochtone cliënten die er niet in slagen heldere informatie te verstrekken, worden bij allochtone cliënten dan specifieke kenmerken, gewoonten, gedragingen en opvattingen verondersteld, die voortkomen uit de 'allochtone' achtergrond. In dergelijke situaties wordt het specifieke beeld dat bedrijfsartsen construeren bij autochtone cliënten en dat kenmerkend is voor een persoon en zijn specifieke context vervangen door een beeld dat kenmerkend is voor allochtonen als categorie. Het draait in dit beeld om bepaalde opvattingen over ziekte en ziektegedrag.

### 30C. Allochtone man, 1956

*4 maanden ziek*

*Vooraf: Volgende auw patiënt. Hij wil graag laten zien dat hij pijn heeft. Geboortedatum 1/1/56, is dus van een bepaalde origine, die datum zie je dan vaak.*

*Ba: Is het nog niet over?*

*Cl: Steeds erger wordt. Helemaal hier en slaap steeds aan de andere kant. Ook dingetjes gekocht om te helpen (laat zien)*

*Ba: O dat is midalgaan.*

*Cl: Ook steeds bij verwarming zitten, voor warmte. Iedereen zegt operatie*

*Ba: Wie zegt dat, iedereen?! Zegt de specialist dat? Zegt je huisarts dat? Zegt de avk dat? Zegt S dat?*

*Cl: (lacht) Nee alleen alle anderen.*

*Ba: Ik maak grapjes. Hoe is het met de huisarts?*

Cl: Niet meer geweest bij huisarts, ik kan niets meer doen, naar specialist nu al 3 jaar. Als u meer wilt weten dan kunt u bellen naar specialist die gaat zeggen.

Ba: wij kunnen toch ook goed praten?

Cl: Ja maar is belangrijk, u en specialist weten samen, wel erg, niet erg. Middeltjes helpen helemaal niets.

Ba: Even terug naar je hand, daarmee ken ik je. Wat zegt de specialist?

Cl: Ja hand, nee niets vanaf hier, iets met zuren, ik weet niet, helemaal niets. Alleen foto gedaan en klaar.

Ba: wat zou je het liefst willen? Dat ik een mes pak en het open snij?

Cl: wat?

Ba: Wat zou je het liefst willen?

Cl: beter gaat.

Ba: Ik ben geen tovenaars, wat wilt u dat....

Cl: nee u zeggen.

Ba: Nee u!

Cl: Ik kan niets doen, niet met kinderen spelen, niets, vrouw moet alles doen.

Ba: dat was toch altijd al.

Cl: Ja maar nu meer, ook last met slapen al 3 jaar alleen, ik ben getrouwd maar het lijkt van niet....misschien andere specialist?

Ba: Heb je al gedaan toch?

Cl: Ja, alleen foto van hier weer (wijst naar pols) moet goed onderzoek, ik kan toch niet 5/6 jaar bij specialist en dan helemaal niets gedaan? Ook eentje warm en eentje koud arm (trekt mijn aandacht, ik moet naar arm kijken, arts zit te typen)

Cl: wat denk je?

Ba: Ik denk dat je terug moet naar huisarts. Hij is behandelaar, ik luister alleen maar, ik zou direct MRI scan doen en dan meteen weer werken, dat is het beste nieuws dat je krijgen kunt. Het is al eerder gebeurd dus ik moet je weer aanmelden bij het GAK, het is binnen 5 jaar.

Cl: Gak maar 5% ziek toen.

Ba: Ja het is binnen 5 jaar en nu weer dezelfde klacht.

Cl: ja jullie weten het niet.

Ba: even weer naar huisarts en vertellen opnieuw.

Cl: Jij moet mee praten.

Ba: Ik niet, JIJ

Cl: ik geweest ja.

Ba: je zegt net van niet, al een tijdje.

Cl: ja hij zeggen, weet niet.

Ba: dan moet u dat accepteren.

Cl: geen goed leven, altijd hard werken.

Ba: hoeft niet, 6 dagen werken hoeft niet.

Cl: jullie zeggen wat er is.

Ba: Als de specialist het niet weet, dan weet ik het ook niet.

Cl: Jullie praten dan zeggen erg of niet.

Ba: Ik weet wat hij ervan vindt, wat moet ik met hem bespreken?

Cl: jullie praten.

Ba: Stel ik heb een blik met specialisten, misschien een orthopeed, hij kijkt naar meneer X (cliënt). Hij kan niets doen, wat dan?

...

Ba: Ik kan kijken of ik je naar een orthopeed kan laten gaan. Als er gesneden moet worden dan doet hij dat, ik doe mijn best.

Cl: OK, graag, als de pijn 30% minder is dan is het goed, werken. Ik wil iemand mij helpen. Hier pijn en hier dik.

Ba: Ik kijk of ik u naar een orthopeed kan laten gaan, ik beloof niets, alleen proberen,

Cl: graag, geen probleem voor mij.

Ba: afhankelijk wat daaruit komt, laat ik je langs komen weer.

De bedrijfsarts kondigt van tevoren aan dat dit de volgende “auw patiënt” is. Die introductie maakt duidelijk dat de bedrijfsarts er vanuit gaat dat het hier om onverklaarbare pijnklachten gaat. De cliënt wil daarentegen weten wat de oorzaak van de klachten is. Hij vindt dat hij verder onderzocht moet worden en dat de specialisten iets moeten doen. De cliënt “zondigt” hier tegen een aantal normen in de bedrijfsgeneeskundige praktijk. Hij lijkt aan te nemen dat de rol van de bedrijfsarts vergelijkbaar is met die van de specialist (‘u en de specialist weten samen, wel erg, niet

erg.’). In samenhang daarmee is hij te veel gebrand op het achterhalen van de medische oorzaak en beschikt hij bovendien niet over het (zelf)inzicht om somatische en psychische aspecten van zijn situatie van elkaar te kunnen onderscheiden. De cliënt maakt het de bedrijfsarts hiermee moeilijk om concrete stappen in de werkhervatting op de agenda te zetten en om de nodige voortgang te boeken.

Hoewel er in het materiaal ook autochtone cliënten te vinden zijn die de impliciete normen op vergelijkbare wijze overtreden en te veel in hun klachten blijven hangen, laat de analyse van het materiaal laat zien dat bedrijfsartsen, wanneer zich zulke problemen voordoen bij cliënten die zij mogelijk als allochtoon zouden kunnen duiden, een “allochtone achtergrond” veronderstellen. Die achtergrond wordt dan gedefinieerd in termen van “somatisatie”, het “benadrukken van pijn” etc., hetgeen dan typisch is voor allochtonen.

Bedrijfsartsen brengen, met andere woorden, de moeite die het kost om allochtone cliënten ‘te activeren’ in verband met de etnische achtergrond van de cliënt. Alhoewel dergelijke invullingen van etniciteit niet geheel geëxpliciteerd worden, gaat het dan in de regel om een neiging tot somatiseren; een zwart-wit benadering van pijn (pijn is een teken van gevaar of van overbelasting dat je serieus moet nemen; doorwerken, zelfs met een beetje pijn, is dan riskant) en van ziekte (je bent ziek of je bent niet ziek; belasting ten gevolge van doorwerken staat genezing in de weg); en het niet kunnen of willen onderscheiden van psychische en somatische aspecten van ziekte. Onderstaand citaat is daar een voorbeeld van.

*Ba: Er zijn bevolkingsgroepen waar gezichtsverlies belangrijker is dan je gezondheid te laten krijgen. En vooral mensen van allochtone afkomst voor wie het bijvoorbeeld onmogelijk is om te praten over hun psychische problematiek. Die hier wel kunnen uiten en ik kan het wel met ze bespreekbaar maken, maar ik kan ze niet behandelen. En als je dan zegt van nou ik denk dat het verstandig is om naar de huisarts te gaan, of verwijzing naar een psycholoog of wat dan ook, te vragen, gebeurt gewoon niet.*

*O: Nee en wat geven ze daar zelf over aan?*

*Ba: Dat ze er zelf wel uitkomen.*

*O: En dan hebben ze tegenover jou wel kunnen verwoorden hun psychische of...*

*Ba: Nou meestal zit ik er zelf naar te wroeten, als het beeld niet helemaal klopt wat ik verwacht, of je raakt per ongeluk, bijna zelden, bijvoorbeeld je raakt een gevoelige snaar, dan komt het er vaak uit. Is het nog afhankelijk van of ze alleen zijn of ze iemand anders bij zich hebben, maar dat zijn wel lastige problemen. Waarvan de werknemer en de bedrijfsarts allebei zien dat er een probleem is, en dat de oplossing niet kan komen. Dat is een groot probleem. Een ander probleem is de ziek zijn beleving. In de ene cultuur ben je ziek als ongeveer je hoofd van je romp gescheiden is en in de andere cultuur is het van ik geloof dat ik me niet helemaal lekker voel, 's morgens, reden genoeg om in je bed te blijven liggen. En dat zie je dus ook leeftijdsverschil heel duidelijk. Met name bij jonge werknemers zie ik dat veel meer dan bij ouderen.*

*O: En dat is ongeacht hun culturele achtergrond?*

*ba: Ja.*

*O: Ja. Dus dat jonge mensen eerder denken van ik voel me niet lekker eh...*

*Ba: Ik heb geen zin om te werken, daar komt het op neer. En dat is lastig voor de werknemers.*

*O: En hoe ga je daar eh, dus je zei dat allochtone die andere ziekte...*

*Ba: Die hebben een andere beleving, een heel andere ziektebeleving van ja en bij de een is, kijk heel simpel, als ik pijn heb, wil nog niet zeggen dat ik niet kan werken. Maar voor die mensen is vaak pijn, ik kan niet werken. En dat moet je zien te doorbreken want ze blijven de klacht naar de voorgrond schuiven en je moet de klacht niet behandelen. En als die mensen niks hebben, als je ze goed onderzocht hebt, dan moeten ze weer aan het werk, klaar. Zo simpel is het. Dan denk ik ja, dan hebben ze nog steeds pijn, en dan moet je hun duidelijk maken dat je ook met pijn gewoon prima kunt werken.*

Een tweede type etnische definitie dat we tegen kwamen in de praktijk, hangt samen met de impliciete verwachting dat cliënten initiatief nemen ten aanzien van hun eigen reïntegratietraject. Artsen brengen problemen die zich voordoen bij allochtone cliënten als het gaat om het nemen van initiatief eveneens in verband met kenmerken die zij als typisch voor allochtonen veronderstellen.

### **33B. Allochtone man, 1967**

*5 maanden ziek.*

*Vooraf: Meneer was naar [naam land] gegaan en werd daar ziek. Is onlangs pas terug gekomen. Bedrijf belde voor het spreekuur, ze willen graag weten wat voor infectie meneer heeft opgelopen in [naam land]. Arts stelt voor hem dan door te sturen naar het ziekenhuis op kosten van bedrijf.*

*Meneer is in juli ziek geworden en op 2 december teruggevlogen.*

*Ba: U bent alweer een tijdje ziek?*

*Cl: Ik ben naar [naam land] gegaan en daar heb ik het Dengué-virus gekregen.*

*Ba: Knokkelkoorts.*

*Cl: Ja, toen ging ook pijn in mijn rug niet over.*

*Ba: Wat waren uw klachten bij de knokkelkoorts?*

*Cl: Ik had diarree en pijn in de gewrichten.*

*Ba: Had u hoge koorts?*

*Cl: Ja*

*Ba: Daarnaast rugklachten?*

*Cl: ja, ik heb ook briefje van arts.*

*Ba: Dat is prettig, mag ik het kopiëren? Hoe gaat het nu?*

*Cl: Ik ben opgeknapt door therapie en pijnstillers. Denkt u dat het terug kan keren, in 1997 had ik het ook.*

*Ba: De knokkelkoorts of de rugklachten?*

*Cl: De rugklachten, toen was ik pas in Nederland. (meneer praat heel zacht)*

...

*Ba: Zijn de rugklachten beter (ja veel beter) en de koorts en diarree?*

*Cl: Ook geen last meer*

*Ba: dus rugklachten over en de koorts ook?*

*Cl: Ja, ik heb niet iets van "ik kan niets doen"*

*Ba: sorry, ik versta u niet?*

*Cl: herhaalt.*

*Ba: U kunt niets doen?*

*Cl: Nee, wel.*

*Ba: Ik zat te denken om het werk weer te hervatten.*

*Cl: Ja dat lijkt mij ook.*

*Ba: Morgen weer volledig?*

*Cl: Ja goed.*

*Ba: Heeft u nog vragen?*

*Cl: Ja eigenlijk of dat terugkerend is die rugklachten?*

*Ba: kan een zwakke plek zijn. Het is dan van belang dat je een goed spiercorset traint zodat rug ontzien wordt. Verder niet?*

*Cl: Nee.*

*Ba: Veel succes met uw computerwerk.*

**Naderhand:**

*Man werkt bij de gemeente. De bedrijfsarts belt de gemeente om te zeggen dat hij arbeidsgeschikt is. De werkgever is verbaasd, die dacht dat er onderzoek gedaan moest worden. Arts zegt dat virus bekend is.*

*Ba: Ik vond hem eigenlijk wel zakelijk. Dit en dat is er aan de hand, ook zaken op papier. Maar kan jij je nu voorstellen dat je niet aan het werk gaat als je geen klachten meer hebt?*

*O: Nee dat vind ik ook wel vreemd.*

*Ba: Dat is typisch iets voor allochtonen, autochtonen zie je dat niet doen. Het is geen onwil maar ze wachten op bevestiging om weer aan het werk te mogen*

Deze cliënt beschikt wel over de benodigde distantie (zakelijkheid), maar hij komt niet zelf op het idee dat hij weer aan de slag kan. Hij is te afwachtend en dat is "typisch" voor allochtonen.

Analyse van het onderzoeksmateriaal laat zien dat definities van etniciteit in termen van afwachtendheid, of soms ook wel in termen van onderdanigheid of fatalisme, naast definities die verwijzen naar pijnbeleving en somatisatie, veelvuldig worden gebruikt wanneer het gesprek tussen bedrijfsarts en allochtone cliënt moeilijk verloopt, de bedrijfsarts niet toekomt aan de werkwijze die hij idealiter volgt, en de werkhervatting of de behandeling niet op gang komt.

In het voorgaande hoofdstuk lieten wij zien dat bij een dergelijke stagnatie normaal gesproken de vraag rijst of de cliënt andere redenen heeft om niet te willen hervatten. Ook bij allochtone cliënt n-

ten waar de begeleiding moeizaam verloopt en initiatief en vooruitgang ontbreken, komt die vraag aan de orde. Het materiaal laat zien dat bedrijfsartsen bij problematische allochtone cliënten over het algemeen vrij snel tot een oordeel komen over de arbeidsmotivatie en dat zij daarbij in de regel gebruik maken van een derde definitie van etniciteit.

### **33F. Allochtone man, 35 jaar,**

*Vooraf*

*Ba: De meneer die zo komt is wat je noemt een “frequent ziekmelder”. Ik denk niet dat hij tot zijn 50ste zal werken. In '98 is hij drie keer ziek geweest terwijl men in de agrarische sector gemiddeld 1,6 keer per jaar ziek is. In '99 is hij zes keer ziek geweest en in 2000 vier keer. De ziekteperiodes werden steeds langer. Het ging steeds om rug- en schouderklachten. In 2001 is hij weer vier keer ziek gemeld. Ze hebben hem toen maar eens doorgestuurd voor een deskundigenoordeel. In december is hij weer hersteld verklaard. Begin dit jaar is hij weer uitgevallen. Met kramp in de knie. Wat IS dat???? Nu is hij sinds april weer regelmatig ziek. Nu met “psychische klachten”. Zijn ouders waren teruggegaan naar Turkije maar konden daar niet aarden. Ze zijn toen maar weer teruggekomen naar Nederland. Omdat ze geen eigen woning meer hadden zijn ze ingetrokken bij cliënt. Van de spanning die dat oplevert is de cliënt nu dus ziek.*

*Dat zie je vaak bij die gasten (doelt op allochtonen). Heeft er één rug- en schouderklachten en worden die gehonoreerd, dan heb je ze zo allemaal. Krijgt een ander een allergie en mag ie een tijdje thuis blijven staan ze binnen de kortste keren allemaal met een allergie op de stoep.*

Deze cliënt is een “oude bekende” van de arts. Hij heeft hem al heel wat keren op het spreekuur gehad en permanente werkhervatting is niet haalbaar gebleken. De arts twijfelt aan de plausibiliteit van de klacht en daarmee impliciet aan de motivatie van de cliënt. Hij maakt dit op uit de frequentie van de ziekmeldingen en uit de redenen die voor het verzuim worden opgegeven. Hoewel ook bij autochtone cliënten in het kader van een geldigheidsoordeel wel naar informatie over eerdere ziekmeldingen verwezen wordt (zie hoofdstuk 2), is er wel een verschil. In de gevallen waarin artsen de ziektegeschiedenis bij autochtone cliënten aanvoeren als aanwijzing voor een gebrek aan motivatie gaat deze informatie deel uitmaken van het beeld dat zij van de betreffende cliënt trachten te krijgen (zie hoofdstuk 2). Zij proberen dan uit te zoeken waarom een bepaalde cliënt niet gemotiveerd is en wat zij daaraan kunnen doen. Pas in laatste instantie proberen zij de informatie te gebruiken om na te gaan of zij de cliënt een dergelijk gebrek aan motivatie kunnen verwijten.

Zoals het bovenstaande voorbeeld ook laat zien, vragen bedrijfsartsen zich bij problematische allochtone cliënten niet zozeer af OF er sprake is van motivatie problemen. Het voorbeeld illustreert hoe bedrijfsartsen, wanneer zij te maken hebben met stagnatie in de werkhervatting bij een allochtone cliënt, in de regel simpelweg aannemen aan DAT er sprake is van een dergelijke gebrekkige arbeidsmotivatie. Die zou dan samenhangen met de allochtone achtergrond van de cliënt. In het volgende voorbeeld doet zich iets vergelijkbaars voor:

### **42F. Allochtone man, 35 jaar**

*Werkt in paprikateelt*

*Vooraf*

*Ba: Deze cliënt is een oude bekende. Had altijd al last van benauwdheden, loopneuzen, etc., maar is twee maanden geleden twee weken uitgevallen vanwege allergische klachten. Onderzoek bij de allergoloog wees uit dat hij een allergie heeft voor huisstof. Nu zijn paprika's wel berucht vanwege allergieproblemen, maar dat is niet hetzelfde als een allergie voor huisstof. Ik heb hem toen dus gezegd dat hij weer moest werken en hem een second opinion voorgesteld. Hij is toen weer gaan werken. Omdat zijn allergie klachten niet meer opgingen, kreeg hij vervolgens last van zijn schouder. Die ging maar niet over en dus heb ik hem weer met een second opinion bedreigd. Hij is toen maar weer gaan werken. Nu is hij na twee weken weer uitgevallen. Ik weet niet wat die gasten (doelt op allochtone cliënten) bezielt hoor!*

Ook hier wordt getwijfeld aan motivatie van de cliënt en brengt de arts dat gebrek aan motivatie in verband met een achtergrond die allochtone cliënten gemeen zouden hebben. Etniciteit wordt hier met andere woorden gedefinieerd in termen van een gebrek aan arbeidsethos, dat lijnrecht tegen een van de belangrijkste normen in de bedrijfsartsenpraktijk ingaat, en dat voortvloeit uit de

cultuur van de cliënt. Waar artsen bij autochtone cliënten pas in laatste instantie vragen stellen bij de motieven van de cliënt, zijn die vragen bij problematische allochtone cliënten in feite al van begin af aan beantwoord.

Overigens werd gebrek aan arbeidsethos niet alleen gezien als uiting van een soort van “culturele achtergrond”. Een van de bedrijfsartsen gaf bijvoorbeeld een andere invulling, toen hem gevraagd werd waarom hij dacht dat een bepaalde allochtone cliënt zich aan zijn werk zou willen onttrekken: “Heb je wel enig idee wat voor werk dat is, die paprikateelt?” Hij tekende daarop voor hoe de paprikateelt in elkaar zit, liet zien hoe belastend dat is voor rug- en schouders, en wees erop hoe weinig “voldoening” er uit dit zware, eentonige werk te putten is. Hoewel de tuinders naar zijn mening vrij gemakkelijk de eentonigheid (en de eenzijdige fysieke belasting) zouden kunnen oplossen, zouden zij in de praktijk weinig geneigd zijn om dat ook te doen, omdat het hele productieproces daarmee minder overzichtelijk en moeilijker te organiseren wordt.

Maar of arbeidsethos nu een cultureel fenomeen is of het gevolg is van de sociaaleconomische positie van de cliënt, bedrijfsartsen nemen, wanneer zij te maken hebben met een haperende werkhervatting bij een cliënt die zij als allochtoon zouden kunnen duiden, in de regel bijna automatisch een gebrek aan arbeidsmotivatie aan dat dan kenmerkend zou zijn voor allochtonen.

### **Implicaties voor de verzuimbegeleiding**

In paragraaf 3.1 lieten wij zien dat de problemen die zich bij allochtone cliënten voordoen als het gaat om het doorgeven van medische informatie door bedrijfsartsen in verband worden gebracht met zaken die zij als typisch voor allochtonen beschouwen. Alhoewel zij de problemen bij het doorgeven van informatie dus anders duiden dan bij autochtone cliënten waar de informatieverstrekking moeizaam verloopt, lijkt dat geen duidelijke consequenties te hebben voor de begeleiding. Het kost wat meer moeite, maar bij éénduidige klachten krijgen ze zowel bij autochtone als bij allochtone cliënten uiteindelijk wel zicht op de klacht.

In het geval van diffuse klachten en de reïntegratie brengen de bedrijfsartsen problemen die zich bij allochtone cliënten voordoen, omdat ze niet voldoen aan de impliciete verwachtingen, eveneens in verband met zaken die specifiek zijn voor allochtonen. Het materiaal laat zien dat deze duiding van problemen wel implicaties heeft voor de begeleiding.

Zoals eerder al gezegd, vervangen bedrijfsartsen het specifieke persoonsgebonden beeld dat ze maken bij autochtone cliënten, door een beeld van een categorie wanneer er problemen optreden bij de werkhervatting van allochtone cliënten. In de begeleiding van autochtone cliënten heeft het persoonsgebonden beeld twee functies. Op de eerste plaats maakt het begrijpelijk waarom een cliënt er niet in slaagt zich aan de impliciete normatieve noties te conformeren en geeft het aanknopingspunten om het begeleidingstraject vlot te trekken. Ten tweede geeft het zicht op de plausibiliteit van de claim en op de verwijtbaarheid van de normovertreding. Bedrijfsartsen combineren bij het vormen van een persoonsgebonden beeld onder meer ‘typologieën’ van de persoon met informatie over diens werk- en ziektegeschiedenis, werkomstandigheden etc. Dergelijke persoonstypologieën zijn gebaseerd op ervaring. Ze zijn niet helder gedefinieerd, maar vloeiend en dynamisch. De functie van deze typologieën is dat een “vreemde” cliënt met behulp ervan in een “bekende” getransformeerd wordt. De arts weet dan met wat voor persoon hij te maken heeft en waar het bij dergelijke personen aan schort.

De combinatie van persoonstypologie met andere informatie leidt tot een compleet beeld van de persoon en dat biedt de mogelijkheid om problemen in de werkhervatting verder aan te pakken. Alhoewel ook bij allochtone cliënten een typologie wordt gebruikt, ontberen deze typologieën, omdat ze niet een specifieke persoon maar een grotere categorie betreffen, het specifiek contextuele, vloeiende en dynamische karakter dat bij de persoonstypologieën van autochtone cliënten wel



aanwezig is. Bovendien maakt de categorisering van een cliënt als allochtoon, hem of haar tot een vreemde.

### **18D. Allochtone man, 1952**

*2 maanden ziek*

*Vooraf: Meneer heeft longproblemen en ook is zijn zuster overleden en heeft problemen in de rouw.*

*Ba: Het is een aantal weken geleden dat we elkaar gezien hebben. U bent nu halve dagen aan het werk. Gaat dat?*

*Cl: Ja, morgen ga ik hele dag werken.*

*Ba: Morgen al, Ok.*

*Cl: ja proberen, niet goed gaan nog maar als gaat dan gaat en als niet dan stoppen.*

*Ba: U bent nog niet beter?*

*Cl: Ik ben nog helemaal niet goed maar als baas vraagt dan proberen. Gewoon proberen.*

*Ba: heeft u last van uw longen?*

*Cl: Ook, ook verdriet.*

*Ba: Door overlijden van uw zus?*

*Cl: Ja moeilijk.*

*Ba: wat doet u als u verdriet heeft?*

*Cl: Nou veel roken.*

*Ba: O maar dat was het probleem he?*

*Cl: Ja longen niet goed.*

*Ba: Gaat u nog wel naar de huisarts?*

*Cl: Ja, hij zegt stop met roken en ook medicijnen voor de slaap.*

*Ba: U kon goed met hem praten, toch?*

*Cl: Ja eerst wel, nu niet.*

*Ba: Heeft hij het te druk?*

*Cl: Nee ik wil niet praten, ook vrouw meegenomen, had hij gezegd en slaaptabletten.*

*Ba: gaat dat beter nu met slapen?*

*Cl: Nee. Ik ga proberen hele dagen en als niet gaat dan stoppen.*

*Ba: Nou laten we afspreken om hele dagen te proberen en als dat niet gaat dat u dan weer halve dagen gaat werken. Dat lijkt mij beter dan om helemaal te stoppen. Hoe gaat het met de darmen?*

*Cl: Ook medicijnen.*

*Ba: gaat het beter?*

*Cl: Ja wel, alleen hier nog pijn.*

*Ba: Bent u nog verder afgevallen?*

*Cl: Nee, zelfde ongeveer.*

*Ba: Hetzelfde gebleven is goed maar meer afvallen niet. Eens even kijken: we maken een afspraak voor over twee weken. Gaat het niet hele dagen dan langskomen, als het wel gaat, kunt u afbellen.*

*Cl: het leven is klein. Ik had nog 1 zus en naar ziekenhuis en dood, 42 jaar en kinderen.*

*Ba: ja, heeft u contact met de kinderen?*

*Cl: Moeilijk.*

*Ba: Gaat u er naartoe binnenkort?*

*Cl: Wel plannen met zomer. Mijn zus heel eerlijk geweest, echt waar, nooit zeggen wat niet waar en alle mensen, zij echt eerlijk. Eerlijke mensen nooit lang leven, echt niet.*

*Ba: u wordt er somber van, he?*

*Cl: ja.*

*Ba: (schrijft) we gaan kijken of het lukt hele dagen.*

### **Naderhand:**

*Ba zegt dat ze het lastig vindt. Het is niet zo duidelijk hoe ze deze man kan helpen, ze vindt het ook moeilijk in te schatten wanneer en of de rouw overslaat in depressie bij deze mensen. Ze vertelt dat ze wel eens eerder iemand had, die was Marokkaans en die wilde ze naar een hulpverlener sturen. De enige Marokkaanse hulpverlener die ze kon vinden, had geen plek. Verder is ze niet bekend met allochtone hulpverleners.*

*Ba: Je kan ze sturen naar een RIAGG en dan moet je maar hopen dat er iemand zit die er raad mee weet.*

*O: Denk je dat het rouwproces anders is.*

*Ba: Ja, ach ik weet niet, het is moeilijker in te schatten. Natuurlijk hebben ze hun geloof en daarin zullen er ook wel rituelen bestaan waar je je aan vast kunt houden. Maar iedereen gaat er ook weer anders mee om. Ik ga nooit naar het graf van mijn vader en andere mensen zitten er elke dag bij wijze van.*

Deze cliënt voelt zich nog niet echt goed, maar gaat maar weer aan het werk. De bedrijfsarts weet niet zo goed hoe ze de situatie van de man nu moet inschatten. De veronderstelling dat de allochtone achtergrond wellicht een rol speelt lijkt haar onzekerder te maken. Het maakt het moeilijker in te schatten wat er precies allemaal speelt en om de klachten en de arbeidsongeschiktheidsclaim te beoordelen. Overigens relateert de bedrijfsarts dat op het moment dat het expliciet besproken wordt weer ‘... maar iedereen gaat er ook weer anders mee om...’.

Het bovenstaande voorbeeld illustreert een patroon dat bij de analyse van het observatiemateriaal zeer duidelijk naar voren kwam. Die analyse wijst uit dat er, wanneer bedrijfsartsen problemen en onduidelijkheden (die ontstaan wanneer een cliënt zich niet houdt aan de impliciete normativiteit die in de werkwijze van bedrijfsartsen besloten ligt) duiden aan de hand van definities van etniciteit, nauwelijks een beter zicht ontstaat op die problemen, maar dat de greep op de problemen juist vermindert. Het gebruik van typologieën in termen van etniciteit die de cliënt eerder tot een vreemde dan tot een bekende maken hebben namelijk tot gevolg dat bedrijfsartsen niet alleen onzeker worden over hoe ze het verhaal van deze allochtone cliënten moeten interpreteren, maar ook over hoe ze de begeleiding moeten aanpakken. Waar de typologieën bij autochtone cliënten functioneel zijn omdat ze richting geven aan de inrichting van de verdere begeleiding, wordt dat laatste juist lastig als mensen als allochtoon worden getypeerd. Waar arts en arts bij autochtone cliënten zoeken naar specifieke persoonlijkheidskenmerken en naar differentiatie, en waar de autochtone populatie uit een scala aan types bestaat, een scala aan voor de arts inleefbare situaties, bestaat de allochtone populatie, althans de populatie lastige cliënten die als allochtoon wordt benoemd, eigenlijk uit maar één type persoon met één soort achtergrond die vreemd en ongrijpbaar is. Daardoor kan de bedrijfsarts niet putten uit de verschillende handelingsopties die bij autochtone cliënten ten gevolge van de differentiatie in typering wel gegenereerd wordt. Wanneer arts en arts gebruik maken van definities van etniciteit die de hele categorie van allochtone cliënten betreffen, denken zij met andere woorden wel te weten waarom allochtone cliënten niet het juiste gedrag vertonen, maar niet hoe zij een specifiek allochtoon individu verder kunnen helpen.

Door het gebruik van één algemene categorie, die gebaseerd wordt op DE culturele achtergrond van dit type cliënt, wordt voorbijgegaan aan relevante informatie over de betreffende persoon (vaardigheden, persoonlijkheid, etc.), maar ook aan contextuele factoren, zoals werkomgeving en dergelijke.

De conclusie die hieruit te trekken valt is dus in feite dat het gebruik van definities van etniciteit het zicht belemmert op zowel persoonlijke mogelijkheden en onmogelijkheden van de cliënt als op andere relevante contextuele informatie zoals de werksituatie. Wanneer de bedrijfsarts aanknopingspunten zoekt om de werkhervatting op gang te krijgen of te houden of om die te versnellen staat hij in feite met lege handen op het moment dat hij etniciteitsdefinities gebruikt als uitgangspunt om problemen rond de voortgang aan te pakken.

Het materiaal laat zien dat bedrijfsartsen, wanneer zij met lege handen staan, twee dingen kunnen doen. Sommige bedrijfsartsen gaan gewoon op de oude voet verder. Ze blijven proberen de werkhervatting toch telkens weer zo goed en zo kwaad als het kan op gang te krijgen. Zij vullen hun begeleiding verder in door te blijven “schipperen”.

### **8C. Allochtone man, 1979**

*4 maanden ziek*

*Ba: Meneer heeft schouderklachten en lage rug klachten. Leuk geval voor jou. Hij is er van overtuigd dat er iets aan de hand is. Hij wilde naar orthopeed. Ik twijfel eraan, heb hem rugbesparende werkzaamheden opgelegd. Typisch geval van cultuur verschil. Deze laat ik wel het formulier tekenen, lastig mannetje.*

*Ba: U bent bij de orthopeed geweest. Er was niets te zien?*

*Cl: Nee*

*Ba: nee, he?*

Cl: Nee, wellicht nu naar neuroloog, wellicht is er een zenuw bekneld of ik heb klachten die bij tachtig procent van de bevolking speelt, die ook last hebben van hun rug.

Ba: Ja, dat is wat ik denk.

Cl: Mijn rug loopt helemaal recht, geen bocht in de ruggengraat, daar kunnen klachten vandaan komen.

Ba: Ik denk dat neuroloog onderzoek gaat doen?

Cl: Hoe doet hij dat? Hoe ziet neuroloog of er iets is, met scan of zo?

Ba: Nee dat hoeft niet uit onderzoek kan zo al blijken dat er niets is. Dat is wat ik verwacht.

Cl: De orthopeed vroeg of ik medicijnen slik, maar ik ben niet zo'n slikker. Gisteravond had ik heel veel last. Ik ben bang dat ik terug naar af ga. De pijn komt hier opzetten en dan naar rechts hier.

Ba: Doe je rugbesparend werk?

Cl: ja

Ba: Nou we moeten neuroloog afwachten. Ik hoop voor jou dat er niets te vinden is.

Cl: Ja ik hoop het ook, als het gewoon zo is dat ik bij 80% van de bevolking hoor, dan weet ik dat in ieder geval.

Ba: je bent eigenlijk gewoon bang.

Cl: Ja, ik wil weten of er iets is.

Ba: Hoeveel werk je nu?

Cl: 3 dagen 8 uur.

Ba: wel rugbesparend?

Cl: ja, daar let ik op.

Ba: We zijn met de handen en voeten gebonden aan de neuroloog, bel mij als je daar geweest bent.

Cl: ja goed.....de orthopeed zei iets over mijn wervels en wellicht een hernia [vraag wordt wat uitgediept, kon ik niet bijschrijven]

Ba maakt tekening en legt uit hoe wervels in elkaar steken.

Cl: Ja, nou wellicht mogelijk een hernia zei hij, maar die klachten heb ik niet, dus dat denk ik niet. Ik vraag mij af wat ik fout doe, als ik misstap of zo dan pas na een tijdje pijn. Sinds het ongeluk is het eigenlijk fout gegaan. Mijn schouder is overgegaan dus waarom rug niet?

Ba: Heeft auto je van achter aangereden?

Cl: nee van de zijkant.

Ba: was het jouw schuld of zijn schuld.

Cl: (legt ongeluk uit, de verkeerssituatie, het klinkt als zwaar ongeluk, de zijkant van de auto zat helemaal in elkaar)

Ba: vraag neuroloog ook eens naar het verband, pijn en ongeluk. Jijzelf trekt verband sterk.

(er ontstaat gesprek over verzekering en soort schadeloosstelling voor bedrijf)

Cl: Ja want ik heb 6 weken thuis gezeten, dus dat kost geld.

Naderhand:

Ba: Dwingende medicalisering. Hij wordt doorgestuurd omdat men eraf wil. Waar ging ik nu niet op in? Dat is een leuke.

O: Ik weet het niet, wat bedoel je?

Ba: Ik ging niet in op de werkzaamheden en de verergerde klachten. Dat is niet cultuurgebonden maar het is toch wachten op wat de neuroloog zegt.

Volgens de arts lijdt deze cliënt aan “dwingende medicalisering”. In het verleden heeft de cliënt blijkbaar aangedrongen op onderzoek door de orthopeed. Nu wil hij naar de neuroloog. Hoewel de bedrijfsarts daaruit opmaakt dat deze cliënt als gevolg van zijn etnische achtergrond “somatiseert” (hij stelt de cliënt bij de voorbespreking voor als een typisch voorbeeld van cultuurverschil) gaat hij uiteindelijk mee met de cliënt en verwijst hem door naar de orthopeed. De werkhervatting loopt vertraging op omdat er nog steeds geen mentale ruimte is om de werkhervatting op de agenda te zetten. Vele andere voorbeelden in het materiaal laten zien dat deze arts geen uitzondering vormt en dat de reïntegratie zich in dergelijke gevallen eindeloos voort kan slepen en mogelijk niet binnen het jaar afgerond kan worden.

Een tweede manier om de begeleiding verder in te vullen is door de confrontatie aan te gaan met de cliënt. In het voorgaande hoofdstuk lieten we zien dat bedrijfsartsen dergelijke confrontaties pas in laatste instantie aangaan, als de werkhervatting na vele pogingen echt niet op gang komt en ze de vraag of de cliënt wel gemotiveerd is niet langer kunnen uitstellen. Zij doen dat omdat de werkhervatting door conflicten met cliënten een reële kans loopt in een impasse te geraken. In de voorgaande subparagraaf in dit hoofdstuk lieten wij echter eveneens zien dat artsen bij problematische allochtonen vaak een definitie van etniciteit hanteren waarin zij een gebrek aan arbeidsmo-

tivatatie veronderstellen. Dat zou betekenen dat de geldigheid van de klacht bij deze cliënten bijna per definitie in het geding is en dat juist bij deze categorie cliënten conflicten op de loer liggen. Het volgende voorbeeld laat zien dat dat risico inderdaad aanwezig is.

### **26F Allochtone man, 45 jaar**

*4 maanden ziek*

*Vooraf: Zo dadelijk een echte [verwijst naar bepaalde categorie allochtonen]. Hij heeft last van de schouder -er zit een tik in- en pijn in de derde vinger. Hij is tussen 4 september en 13 november ziek geweest en toen na een korte tijd opnieuw ziek geworden. Vanaf 18 november is hij weer ziek. De fysiotherapie helpt niet. Enfin, de man is inmiddels bij de chirurg geweest en ook bij de neuroloog. Er zijn foto's gemaakt en als het goed is horen we daar zodirect meer over. Ik denk dat ik hem maar gewoon aan het werk stuur.*

*Ba: 25 november zagen we elkaar voor het laatst. Inmiddels ben je bij de chirurg geweest en ben je klaar bij de fysiotherapeut. Er waren foto's genomen. Is daar wat uitgekomen?*

*Cl: Ja. [Laat brief zien. Daaruit blijkt dat de man bij de orthopeed is geweest en dat hij op diens aanraden is doorverwezen naar de neuroloog.]*

*Ba: Ah, U bent ook bij de orthopeed geweest en bij de neuroloog. Bent U daar al geweest, heeft men U iets verteld?*

*Cl: Ja, eh, disk die is eh, hernia?*

*Ba: Hernia, Oh jee! (schrikt)*

*Cl: Wat is hernia?*

*Ba: Ik zal het je zo vertellen. (typt gegevens in). Nu moet je op 31 december weer naar de neuroloog...*

*Cl: Ja*

*Ba: (Leest brieven hardop voor en typt eruit over) Mogelijk cervicale hernia....*

*Cl: vraagt iets (kan ik niet verstaan)*

*Ba: Ja, ik zal het je zo vertellen (typt verder. Pakt na enige tijd een model van de nekwervels en legt met behulp daarvan aan de cliënt uit wat er aan de hand is).*

*Hoe oud bent U? (kijkt in computer) Oh, nog jong zie ik. Heeft U een ongeluk gehad met de nek?*

*Cl: Nee, wel met hoofd?*

*Ba: Nee, dat kan niet. Een andere specialist gaat nu foto's maken?*

*Cl: Operatie of wat gaan ze doen?*

*Ba: Tja, dat weet je nog niet*

*Cl: Gaat de arm over?*

*Ba: Dat weet je allemaal nog niet.*

*.....*

*Cl: Nee. Moet ik terug naar werk?*

*Ba: Nee, zo kun je niet werken*

*Cl: Nee (lacht; dat is vanzelfsprekend)*

*.....*

*Cl: Neemt afscheid.*

### **Achteraf**

*Ba: Ja, weer iemand die het hele rondje orthopeed-chirurg-neuroloog gaat maken. Maar hij is wel consequent in zijn verhaal. Van die arm, dat klopt wel met het vermoeden van hernia.*

*.....*

*Dit is al de derde [...] uit dat bedrijf. Bij een vorige [...] ook veel ellende. Allemaal conflicten. Deze heeft blijkbaar wel iets, maar het is toch de derde al met problemen. (Arts doelt hier op conflicten naar aanleiding van frequente ziekmeldingen die hij bij deze groep patiënten steeds ervaart en die hij in verband brengt met een gebrek aan arbeidsmotivatie. Bij een andere cliënt uit deze groep is er in het verleden reeds een loonstop geweest).*

In deze casus gaat de bedrijfsarts er in eerste instantie dus inderdaad vanuit dat de klacht van de cliënt niet geldig zal blijken te zijn ("ik denk dat ik hem maar weer aan het werk stuur") en is hij van plan de confrontatie met de cliënt aan te gaan. Uit het gesprek achteraf en in combinatie met andere gesprekken die tijdens de observatieperiode bij deze arts gevoerd zijn blijkt dat hij dit opmaakt uit de frequente ziekmeldingen die hij opvat als indirect bewijs voor een kenmerkend gebrek aan arbeidsmotivatie dat in het verleden al tot conflicten heeft geleid.

Hoewel het in bovenstaand geval niet tot het conflict komt dat de bedrijfsarts in eerste instantie wel wilde aangaan blijkt uit het volgende voorbeeld dat dergelijke conflicten zich bij lastige allochtone cliënten wel degelijk kunnen voordoen.

**27F. Allochtone man**

*plantenkweker, Sinds 4 maanden, op korte tussenpozen na, ziek.*

*Vooraf: Deze man heeft steeds weer andere klachten. Was van 23-30 sept. ziek; van 1-8 okt.; van 15-23 okt.; van 28-11 nov.; en van 2 dec. tot heden (7jan). Bovendien is de man bij de laatste oproep niet verschenen en bleek hij bij een huisbezoek niet thuis De werkgever wordt er gek van en laat ons dat goed weten. Er is inmiddels gedreigd met een loonstop.*

*Ba: U bent laat?*

*Cl: Was druk moest parkeren. Ging niet makkelijk.*

*Ba: Even kijken, wij hadden een afspraak op 18 december. U was er niet.*

.....

*Ba: U bent ziek sinds 23 september?*

*Cl: 23 september? (verbaasd)*

.....

*Cl: Ja, griep geweest. Baas heeft ook gezien. En dikke oor gehad. Nu ander probleem..*

*Ba: Ja, en wat is er dan NU ziek?*

*Cl: Mijn voet*

*Ba: Welke kant?*

*Cl: Rechts*

*Ba: Wat is er niet goed?*

*Cl: Ik kan niet meer lopen*

*Ba: De trap op niet?*

*Cl Gewoon lopen niet.*

*Ba: Ben je bij de huisarts geweest?*

*Cl: Ja (laat briefje zien)*

*Ba: Oh, je moet nieuwe steunzolen!*

.....

*Ba: Je hebt steunzolen?*

*Cl: ?????*

*Ba: trekt schoen uit en laat eigen steunzool zien*

*Cl: Nee die heb ik niet. Ik heb nog nooit zo'n pijn gehad. Om drie uur niets aan de hand. Opeens: pijn! Pijn!. Baas heeft het ook gezien. Hij heeft me met de auto naar huis gebracht.*

*Ba: Wat heb je de afgelopen vier weken thuis gedaan?*

*Cl: Niks. Thuiszitten, beetje wrijven. Naar ziekenhuis kreeg ik alleen medicijnen.*

*Ba: Medicijnen helpen niet tegen dit soort dingen. U kunt best weer gaan werken, zoals ik het nu zie. U moet steunzolen laten maken en er HAAST achter zetten. (typt, laat ongenoegen merken en loopt zonder iets te zeggen de spreekkamer uit.)*

*Cl: (Buigt hoofd. Kijkt wat voor zich uit)*

*Ba: (Komt terug, gaat met vrij veel kabaal zitten). Ik schrijf op dat U morgen weer kunt werken. Als U zegt dat doe of dat wil ik niet dan moet U een afspraak maken bij het GUO. Die zeggen dan wat er kan of moet.*

*Cl. Vertrekt zonder nog iets te zeggen*

Naderhand:

*O: Wat denk je, gaat hij aan het werk?*

*Ba: Die gaat werken. Een halve dag of zo en valt dan weer uit.*

.....

In het observatiemateriaal waren veel vergelijkbare voorbeelden te vinden waarin de arts dreigde met een loonstop, de cliënt doorverwees naar het UWV voor een second opinion, of de cliënt zonder verder uitstel aan het werk zette.

Hoewel dat gezien de aard van het onderzoeksmateriaal niet met zekerheid te zeggen is, maken dergelijke voorbeelden het wel aannemelijk dat de werkhervatting bij problematische allochtone cliënten ten gevolge van dergelijke conflicten eerder mislukt dan bij autochtone cliënten. Bij au-

tochtone cliënten beschikken artsen immers over meer middelen om de reïntegratie op gang te houden en conflicten uit de weg te gaan.

### 3.3 Conclusies

Op basis van dit hoofdstuk valt zeker het een en ander te zeggen over de rol die etniciteit speelt in de spreekkamer van de bedrijfsarts, over de wijze waarop die etniciteit gedefinieerd wordt en over de implicaties die dat heeft voor de reïntegratie van allochtone cliënten.

In de eerste plaats wordt duidelijk dat etniciteit niet altijd een rol speelt, maar slechts in bepaalde gevallen. Dat gebeurt met name wanneer de bedrijfsarts te maken krijgt met een cliënt die zich niet houdt aan de impliciete normativiteit die in het werk van de bedrijfsarts besloten ligt en die mogelijk als allochtoon aangemerkt zouden kunnen worden. Alleen in zulke gevallen maken bedrijfsartsen verschil tussen allochtone en autochtone cliënten. Dat wil zeggen dat ze bij allochtone cliënten definities van etniciteit gebruiken om knelpunten in het reïntegratie proces te kunnen duiden, terwijl ze daarvoor bij autochtone cliënten gebruik maken van een veel specifiekere, gedetailleerder, persoonlijker context.

In de tweede plaats blijken bedrijfsartsen in verschillende invullingen aan etniciteit te geven. Wanneer een allochtone cliënt niet in staat blijkt te zijn om als doorgeefluik te fungeren voor een duidelijke, medische informatie over behandeling of aandoening, definiëren bedrijfsartsen etniciteit in termen van taalachterstand of in termen van gebrek aan kennis over en inzicht in de Nederlandse (gezondheids)zorg; Wanneer een bedrijfsarts er niet in slaagt mentale ruimte te creëren om werkhervatting bespreekbaar te maken, omdat de betreffende cliënt een gebrek aan ziekte-inzicht en distantie toont, verwijst hij naar culturele taboes ten aanzien van het onderscheid psychisch-somatisch, of naar culturele betekenissen van pijn of ziekte; Wanneer de reïntegratie moeizaam verloopt, veronderstelt de arts bij problematische allochtone cliënten een cultureel (soms sociaal-economisch) bepaald gebrek aan arbeidsmotivatie. Uit het materiaal dus blijkt dus, met andere woorden, dat etniciteit in wezen heterogeen van aard is en in menselijke interacties tot stand komt en invulling krijgt. Etniciteit wordt immers slechts in specifieke gevallen door bedrijfsartsen van stal gehaald en wordt bovendien in verschillende situaties verschillend gedefinieerd. Toch blijken bedrijfsartsen, wanneer zij problemen met een (mogelijk) allochtone cliënt ervaren, een gegeven, vaststaande etnische achtergrond te veronderstellen die dan gebruikt wordt om te verklaren waarom de problemen zich voordoen.

Deze veronderstelling is om twee redenen problematisch. In de eerste plaats omdat er vele cliënten zijn aan wie men een etnische achtergrond zouden kunnen toeschrijven, maar die zich prima volgens de impliciete normatieve noties weten te gedragen en omdat er, omgekeerd, veel autochtone cliënten zijn die dat niet doen. Het gebruik van algemene etnische verklaringen kan dus geen afdoende verklaring zijn voor de knelpunten die bedrijfsartsen met allochtone cliënten ervaren.

In de tweede plaats heeft het gebruik van dergelijke (twijfelachtige) definities gevolgen voor het verdere verloop van het reïntegratietraject omdat er verschillen tussen als allochtoon aangemerkte cliënten en andere cliënten door ontstaan voor wat betreft hun kansen op succesvolle reïntegratie. Wanneer er bij knelpunten in het reïntegratieproces, verwezen wordt naar de etnische achtergrond van de betreffende cliënt wordt het risico dat er zich verdere vertragingen en stagnatie zullen voordoen immers groter dan bij knelpunten in de reïntegratie van autochtone cliënten. Dat is met name het geval bij diffuse klachten of bij klachten waarbij tempo noch verloop van het herstel gegeven is. Enerzijds heeft dat te maken met het probleem dat bedrijfsartsen, wanneer ze naar definities van etniciteit grijpen, de meer concrete aanknopingspunten in de individuele context van de cliënt buiten spel zetten, terwijl de definities zelf nauwelijks aanknopingspunten bieden om de zaak open te breken en de reïntegratie aan de gang te houden. Anderzijds veroorzaakt het idee

dat iemand volgens afwijkende, wellicht onbekende, culturele gedragscodes zou handelen onzekerheid bij de bedrijfsarts over de vraag hoe hij dat gedrag dient te begrijpen, hoe hij het zou kunnen sturen en of hij het de cliënt mag verwijten. Een ander probleem daarbij is dat, zoals we in het voorgaande hoofdstuk lieten zien, de reïntegratie tot mislukken gedoemd is op het moment dat bedrijfsartsen de geldigheid van de klacht in twijfel gaan trekken. Omdat bedrijfsartsen bij problematische allochtone cliënten in de regel een (cultureel bepaald) gebrek aan motivatie veronderstellen liggen twijfels over de geldigheid van de klachten bij allochtone cliënten eerder op de loer dan bij autochtone cliënten. De instrumenten die artsen in dergelijke gevallen tot hun beschikking hebben (per omgaande aan het werk sturen, second opinion, loonstop, etc) blijken bovendien weinig vruchtbaar en leiden tot impasse. Hoewel artsen dergelijke impasses uit de weg proberen te gaan door pas in laatste instantie confrontaties aan te gaan is de kans erop bij allochtonen groter. De conclusie die men uit dit alles kan trekken is dat het gebruik van definities van etniciteit bij problemen die artsen met allochtone cliënten ervaren, de kans op succesvolle reïntegratie van die cliënten negatief beïnvloedt en dat het risico dat men niet op tijd volledig gereïntegreerd is groter is bij (problematische) allochtone cliënten dan bij (problematische) autochtone cliënten. De kans voor allochtonen om in de WAO te stromen, wordt daardoor groter.

## 4 Het werk van de verzekeringsarts

In hoofdstuk twee lieten we met een reconstructie van de werkwijze van de bedrijfsarts zien, welke impliciete verwachtingen daarin besloten liggen voor de taken en verantwoordelijkheden van de patiënt. In hoofdstuk drie lieten we zien dat het werkhervattingsproces, in gevallen waarin allochtone cliënten niet aan die impliciete normativiteit voldoen, een ander verloop krijgt dan wanneer autochtone cliënten niet aan de verwachtingen voldoen, en dat de kans dat er vertragingen optreden bij allochtone cliënten daardoor groter is dan bij autochtone cliënten.

In de volgende twee hoofdstukken over het werk van de verzekeringsarts gaan we op dezelfde manier te werk. Om de rol van etniciteit in de spreekkamer van de verzekeringsarts op het spoor te komen, geven we in dit vierde hoofdstuk, op basis van ons veldwerk, een reconstructie van de werkwijze van de verzekeringsarts en van de impliciete normativiteit die in die werkwijze besloten ligt. In hoofdstuk vijf gaan we vervolgens in op de vraag wat er gebeurt als cliënten niet aan de impliciete verwachtingen voldoen, of er daarbij verschillen zijn tussen allochtone en autochtone cliënten, en of die verschillen bij allochtone cliënten tot een andere werkwijze leiden bij de beoordeling van de arbeidsongeschiktheid dan bij autochtone cliënten.

Op basis van de analyse van de gesprekken tussen de verzekeringsarts en zijn cliënt zullen we in dit hoofdstuk laten zien dat het werk van verzekeringsartsen een ander karakter heeft dan dat van bedrijfsartsen. Daardoor wijken ook de impliciete eisen die aan de cliënt van de verzekeringsarts gesteld worden af van de eisen die in de bedrijfsartsenpraktijk aan de cliënt gesteld worden. Waar de bedrijfsarts fungeert als een begeleider of coach in een werkhervattingstraject en waar het erom draait de cliënt weer aan het werk te krijgen, moet de verzekeringsarts op basis van één gesprek, het zogenaamde claimbeoordelingsgesprek, een oordeel vellen over de arbeidsongeschiktheid van een cliënt. Dat oordeel heeft, anders dan bij de bedrijfsarts, geen betrekking op het werk dat de cliënt doet of deed op het moment van de beoordeling, maar op het functioneren van de cliënt in algemene zin. Het doel van het claimbeoordelingsgesprek is na te gaan in welke opzichten de cliënt normaal functioneert en in welke opzichten en in welke mate de cliënt in zijn of haar functioneren beperkt is. Op basis van de resultaten van dat gesprek vult de verzekeringsarts een zogenaamde Functie Mogelijkheden Lijst (FML) in. Daarnaast schrijft hij een rapport waarin hij zijn bevindingen toelicht.

In dit hoofdstuk zullen we laten zien hoe verzekeringsartsen te werk gaan bij het verkrijgen van de informatie die zij nodig hebben voor het invullen van de FML. We zullen laten zien dat zij dat doen aan de hand van vraaggesprekken over de klachten van de cliënt en de beperkingen die hij daarvan ondervindt, de levenssituatie van de cliënt en medische informatie. We zullen ingaan op de wijze waarop die thema's aan de orde komen, welke rol die thema's spelen bij het geven van een beoordeling en welke eisen deze werkwijze stelt aan de cliënt.

### 4.1 Waar heeft u nu precies last van?

Het belangrijkste doel van het claimbeoordelingsgesprek is het aangeven van concrete functiebeperkingen van een cliënt op een FML. Op basis van zo'n FML moet uiteindelijk duidelijk worden welk type werkzaamheden de cliënt in de toekomst nog kan uitvoeren. Hoewel verzekeringsartsen, in tegenstelling tot bedrijfsartsen, van begin af aan weten welke aandoening bij hun cliënt is vastgesteld, blijkt dat het invullen van zo'n FML geen kwestie is van het simpel aankruisen van een rijtje beperkingen. Verzekeringsartsen maken gebruik van een combinatie van verschillende instrumenten, om zicht op individuele beperkingen te krijgen.



Een van die instrumenten betreft het bevragen van de klachten van de cliënt. Om vast te kunnen stellen wat een individuele cliënt voor beperkingen heeft proberen verzekeringsartsen in eerste instantie te weten te komen waar hun cliënt nu precies last van heeft, welke klachten een individuele cliënt ten gevolge van zijn aandoening ervaart. Om de klachten van een individuele cliënt op de agenda te krijgen, en niet een wat algemenere, medische formulering van klachten, wordt op de eerste plaats de ziekmelding of de dag van de ziekmelding als opstapje gebruikt. De verzekeringsarts vraagt de cliënt dan bijvoorbeeld te vertellen welke klachten er toen optraden.

### **L3. Autochtone vrouw, 1961**

....

*Va: Ok, u staakt het werk vanwege ziekte van Pfeiffer?*

*Cl: Ja dat was volgens de huisarts de boosdoener.*

*Va: Is het in het bloed aangetoond.*

*Cl: Ja, het was al wel op zijn retour zei hij.*

*Va: heeft u medicijnen gekregen.*

*Cl: Ja, X*

*Va; dat is niet voor Pfeiffer.*

*Cl: nee dat was omdat ik niet sliep (uitweiding)*

*Va: U had Pfeiffer, maar wat waren de klachten toen u zich ziek meldde.*

*Cl: ik was moe, had geen concentratie, vergeetachtig, gewoon versleten.*

*Va: Versleten? Hoe bedoelt u dat, versleten?*

*Cl: nou ik sliep slecht en dan werd ik heel moe wakker en had dan echt het gevoel: hoe moet ik nu de dag door.*

*Va: U sliep slecht. Hoe sliep u in?*

Deze cliënt heeft zich indertijd ziek gemeld vanwege Pfeiffer. Omdat, zoals dit voorbeeld illustreert, op voorhand niet altijd vast ligt wat voor klachten een cliënt met een bepaalde aandoening heeft, vraagt de verzekeringsarts de cliënt nader te omschrijven wat de klachten waren. Als de cliënt zegt dat zij “versleten” was vraagt de arts door. Hij wil weten wat “versleten” dan concreet voor de cliënt betekende. Ook in het volgende voorbeeld wordt de cliënt gevraagd nader uit te leggen wat voor last zij ondervond van de ‘spanningsklachten’.

### **T14. autochtone vrouw, 2e helft 30**

*[vg vraagt eerste e.e.a. uit over werk dat mevrouw doet]*

*Va: en u heeft last van spanningsklachten, vertel eens, wat zijn de klachten?*

*Cl: nou eigenlijk sinds de vakantie vorig jaar ging het niet goed, ja ik liep tegen dingen aan, en ging fouten maken, ja dat ging niet goed*

*Va: fouten maken, geeft u eens een voorbeeld*

*Cl: ja afspraken vergeten*

*Va: dan maakte u een afspraak met een klant en kwam niet opdagen*

*Cl: ja, dat stond dan in de agenda, maar ja, dat vergat ik dan. Of dan zei ik dingen toe om te doen die deed ik dan niet, vergat ik gewoon helemaal. En fouten typen in brieven, dan zag ik dat pas als de brief al weg was, heel erg ja*

*Va; en snel geïrriteerd*

*Cl: nee*

*Va: dat is een mooie eigenschap*

*Cl: nou, ik begin te merken dat, ja voor anderen, maar dat heeft ook zijn keerzijde*

*Va: wel geëmotioneerd?*

*Cl: ja, huilen, opeens*

*Va: en slaat u wel eens met de vuist op tafel?*

*Cl: nee, ja en huilen, ja thuis dan, als ik thuis kom vaak*

De cliënt geeft aan dat ze door haar spanningsklachten fouten ging maken op haar werk. De verzekeringsarts vraagt vervolgens wat voor fouten dat dan waren en hoe de cliënt daar op reageerde. Op die manier komt de arts er achter dat de cliënte vergeetachtig is. Als hij daar verder op door gaat ontdekt hij bovendien dat de cliënte thuis vaak last heeft van huilbuien.

Soms probeert de verzekeringsarts de klachten tastbaarder te maken door zich te richten op de concrete aanleiding van de ziekmelding.

### **R2. autochtone man, 1976**

*Va: u bent hier omdat u op 6 nov. een jaar ziek bent. Volgens de wet moeten alle mensen beoordeeld worden voor WAO, als ze na een jaar niet terug zijn in eigen werk. U bent, zie ik in het dossier al eerder ziek geweest.*

*Cl: ja, toen had ik een aanrijding gehad, en therapie, maar dat speelt nu niet meer.*

*Va: u bent 6 nov uitgevallen, wat was daar de reden voor?*

*Cl: scheiding van ouders*

*Va: de aanleiding was alleen privé*

*Cl: ja, phff... ik voelde veel druk, de nachtdienst kon ik niet meer verdragen. Contact met ouders was slecht, dat gaf spanningen en m'n vriendin is depressief*

*Va: hoe lang zat dat er al aan te komen?*

*Cl: ouders twee-en-een-half, drie jaar geleden gescheiden; na twee jaar kwam dat opzetten, die nachtdienst dat ging niet meer; ik had al gevraagd of het niet mogelijk was in de dagdienst te werken, maar dat zou wel kunnen maar dat werd steeds uitgesteld.*

*Va: en op 6 nov zelf, was er toen iets bijzonders?*

*Cl: phff.... Nee, nee, niet dat ik me kan herinneren*

*Va; wat gebeurde er?*

*Cl: ik moest opeens huilen, ik zweette overal, ja, ik opeens, toen ben ik naar de huisarts gegaan, die zei voorlopig niet naar het werk*

Deze cliënt is uitgevallen vanwege klachten die zich langzaam hadden opgebouwd en brengt ze in verband met de scheiding van zijn ouders. Omdat de verzekeringsarts preciezer wil weten waar de cliënt last van heeft, probeert hij de klachten met de vraag 'En op 6 november zelf, was er toen iets bijzonders?' helder te krijgen. Hij vraagt wat er gebeurde en waarom de cliënt tot de conclusie kwam dat het werk niet meer ging. De arts wil er zo achterkomen waar de cliënt precies last van heeft.

Een tweede manier waarop de verzekeringsarts probeert om de klachten die een cliënt van zijn ziekte ondervindt boven tafel te krijgen, is informeren naar de klachten op het moment van het claimbeoordelingsgesprek. Soms volgt dit op het relaas van de reden tot ziekmelding, soms begint de arts ermee. De verzekeringsarts doet dit bijvoorbeeld met vragen als "Hoe gaat het nu met u?" of "Waar heeft u nu precies last van?"

### **L7. Allochtone vrouw, 1963**

*[voorzinformatie: cliënt heeft zich ziek gemeld vanuit de WW, werkte daarvoor in de thuiszorg; man is overleden, heeft 2 kinderen waarvan één gehandicapt; is onder behandeling van maatschappelijk werk en psycholoog].*

*.....In het gesprek is het werkverleden aan de orde geweest en de aanleiding voor de ziekmelding; de man van mevrouw is omgekomen door zinloos geweld....*

*Va; Hoe gaat het nu met u?*

*Cl: ene keer goed, de andere keer niet. Met de rollenspelen bijvoorbeeld, iedereen kan doen of het een toneelstuk is maar ik niet. Ik zei ook eerst dat ik niet mee deed, maar toen moest ik toch en nu is iedereen geschrokken, bij de rondvraag vroegen ze toen ook of we de rollenspellen wel moesten doen, of dat wel goed was omdat sommigen er helemaal in op gingen. Maar ja, zo ben ik nu eenmaal, ik leef mij dan helemaal in daar kan ik ook niets aan doen. Er zit gewoon zoveel boosheid dat komt dan allemaal naar boven.*

*(Mevrouw bleek aan een soort assertiviteitstraining mee te doen via maatschappelijk werk)*

*Va: u gaat dan te veel in het rollenspel op?*

*Cl: ja, er was gewoon zoveel boosheid. Ik dacht eerst dat ik met maatschappelijk werk de goede kant op ging, maar nu denk ik dat ik mij maar van mensen terug moet trekken.*

*Va: hoe vaak doet u die training?*

*Cl: (uitweiding, geen antwoord op de vraag) nou en toen speelde we dat er iemand zat te roken in de coupé waar het niet mocht. Zegt ze tegen mij dat ik daar dan iets van moest zeggen, maar ik zeg: zo ben ik niet, ik bemoei mij niet met andere mensen, maar ik moest meedoen, dus ik zeg tegen haar van nou u mag hier niet roken en toen zei ze tegen mij dat ik dan maar zelf moest weggaan, nou dat kan niet en toen werd ik zo kwaad!! Ze behandelde mij zo slecht, hoe ze dat zei alsof ik niets waard was. Maar zo ben ik, dat moeten anderen dan maar accepteren .*

*Va: Hoe reageerde de groep daar dan op?*

*Cl; nou geschrokken, maar ja mensen zoals ik die zijn er, daar kan ik niets aan doen, zo ben ik nu eenmaal.*

De antwoorden die de cliënt geeft wanneer de verzekeringsarts in dit voorbeeld vraagt hoe het gaat geven zicht op ‘de toestand’ van de cliënt. Ze heeft last van woedeaanvallen. Met behulp van dit soort vragen komen verzekeringsartsen dus te weten dat hun cliënt huilbuien heeft, niet kan slapen, vergeetachtig is, oncontroleerbare boze buien heeft, etc. Ze krijgen, met andere woorden, zicht op de concrete klachten cliënten van hun ziekte ondervinden en beschikken daarmee over een eerste indicatie van mogelijke functiebeperkingen bij die cliënten.

In de regel worden vragen die moeten leiden tot zo’n globaal beeld over de toestand van de cliënt aangevuld met meer gerichte vragen. Afhankelijk van de aard van de aandoening, richten deze vragen zich op verschillende functies.<sup>13</sup> Bij pijnklachten bijvoorbeeld, vraagt de arts waar de pijn precies zit of wat voor soort pijn het is. Vervolgens loopt de arts een aantal functies af met de vraag of de cliënt ze kan uitvoeren. Bij psychische klachten wordt vaak het slaappatroon uitgevraagd, maar ook of bepaalde symptomen zich voordoen, of hoe het staat met de cognitieve functies.

Hoewel verzekeringsartsen wanneer ze weten waar een individuele cliënt last van heeft een indicatie hebben van het type beperkingen van die cliënt, laat het observatiemateriaal zien dat verzekeringsartsen hun oordeel zelden baseren op informatie over de klachten alleen. Inzicht in wat voor klachten een cliënt heeft, zo blijkt uit het materiaal, maakt niet per definitie duidelijk of en in hoeverre de cliënt beperkingen van die klachten ondervindt. Verzekeringsartsen proberen daarom tijdens het claimbeoordelingsgesprek ook vast te stellen wat voor beperkingen individuele cliënten ten gevolge van hun klachten ervaren. Om daar zicht op te krijgen vragen verzekeringsartsen in eerste instantie meestal naar wat de cliënt nog allemaal doet.

#### ***P6. Allochtone vrouw, 1948***

*Va: doet u boodschappen?*

*Cl: ja soms, en hulp van vrienden*

*Va: kookt u?*

*Cl: ja, slecht niet meer als vroeger.*

*Va: maar kookt u nog wel?*

*Cl: ja soms vrienden die helpen.*

*Va: hoe vaak?*

*Cl: 1x in de week.*

Door te vragen of deze vrouw boodschappen doet probeert deze arts zicht te krijgen op wat de vrouw gezien haar klachten nog kan en wat niet. Soms worden dit soort activiteiten (boodschappen doen, koken, etc.) tussendoor aan de orde gesteld. Naast alledaagse activiteiten kunnen ook de hobby’s van een cliënt licht werpen op wat een cliënt nog kan. Vooral wanneer cliënten aangeven welke hobby’s ze vroeger hadden maar nu vanwege hun klachten niet meer uitoefenen, is dat informatief.

Soms maakt de bespreking van de activiteiten die een cliënt nog ontplooit deel uit van het vertellen van een zogenaamd “dagverhaal”. De verzekeringsarts vraagt de cliënt dan om een willekeurige dag te beschrijven.

#### ***M2. Autochtone man, 1964***

*Va: Manager, hoofd inkoop. Ba vindt hem AO op 1/11/01. Man heeft last van paniekstoornis, jeugdtrauma, slikt antidepressiva, heeft uitputtingsverschijnselen. Hij hoopt te hervatten in zijn eigen werk en heeft daartoe reïntegratieschema.*

*Va: Hoe ziet je dag eruit, vrijdag bijvoorbeeld?*

*Cl: 8.00 uur opgestaan, douchen en dan ontbijten.*

---

<sup>13</sup> Belemmeringen die bij deze functies optreden moeten op de FML worden ingevuld, vandaar dat dit soort rijtjes worden doorgelopen.

*Va: dan zijn we een half uur verder?*

*Cl: Nou ik ontbijt 15 min of zo, dan kijk ik hoe ik mij voel.*

*Va: en hoe was dat?*

*Cl: ik was moe, ik heb veel meegemaakt, op werk wat ik vertelde. Ik heb een beetje op pc gewerkt, een uur gewandeld, boodschappen gedaan, de afwas.*

*Va: heb je geluncht?*

*Cl: ja om 11.45 tot 1200*

*Va: wat?*

*Cl: brood*

*Va: ok, 2 sneeën brood met kaas en toen?*

*Cl: nou het waren er drie met muisje en jam of zo, ik ga altijd rusten 1 uur, gewoon op bed en ogen dicht, van 1330-1430. Ik ben nu ook moe (het was die tijd)*

*Va: Het is je rusttijd, nou je doet het goed.*

*Cl: verder heb ik wat tv gekeken.*

*Va: heb je gekookt?*

*Cl: doe ik altijd*

*Va: wat?*

*Cl: Nou soep eigenlijk uit blik, haha, maar dat eet ik niet altijd hoor, ik kook ook*

*Va: nou je hoeft je niet te verontschuldigen...en wat deed je 's avonds?*

*Cl: tv gekeken en gebeld met mijn zus, vader en een vriendin van mij.*

*Va: hoe laat ga je naar bed?*

*Cl: om 2130 uur of 2200, dan lees ik nog een half uur*

De verzekeringsarts vraagt de cliënt precies te vertellen wat hij op een dag doet. Daarbij komt aan bod wat hij aan huishoudelijke taken verricht, of hij regelmatig moet rusten, of hij voor zich zelf zorgt etc. Zo wordt duidelijk wat de concrete beperkingen zijn die de cliënt in zijn dagelijks leven van zijn aandoening ondervindt. In combinatie met medische informatie over de aandoening en de aard van de klachten ontstaat zo een eerste beeld van de functionele beperkingen van de cliënt.

Hoewel het hier gaat om informatie die in principe met behulp van vrij simpele vragen te achterhalen moet zijn, bevat het onderzoeksmateriaal toch voorbeelden waaruit blijkt dat het niet vanzelf spreekt dat cliënten die vragen zonder meer kunnen beantwoorden.

### **N8. Autochtone vrouw, 1970**

*Cl: ik had nieuwe relatie, we kregen een kind, we gingen samenwonen, op het werk ging het niet lekker.*

*Va: wat ging niet lekker?*

*Cl: ik kan grenzen moeilijk aangeven.*

*Va: maar wat gebeurde er dat u ermee stopte, had u veel hoofdpijn, liet u bijv dingen uit uw handen vallen?*

*Cl: Ik stond voor de klas en ik was intern begeleider, daar had ik niet genoeg tijd voor, ik liep op mijn tenen, thuis was ik te moe, ik kookte niet meer.*

*Va: Op een gegeven moment liep het niet meer, maar wat? Waarom stond je op en besloot niet meer naar je werk te gaan?*

*Cl: (raakt wat overstuur) Het is al een jaar geleden, ik weet niet wat u horen wilt, (huilt)*

*Va: Er is iets gebeurd dat u op een dag besloot dat u niet meer ging werken, ik wil graag weten wat de aanleiding was.*

*Cl: (huilt) ik heb alles uitgelegd, u wilt iets horen en ik begrijp niet wat, meer dan dit kan ik niet antwoorden.*

*Va: (legt nog eens uit wat hij wil)*

*Cl: het werd mij te veel*

*Va: en hoe uitte zich dat?*

*Cl: het werd te veel, ik kreeg een gesprek en ze zeiden dat ik geen interne begeleiding meer mocht doen en dus alleen voor de klas, er was een kindje op komst en mijn man had een eigen bedrijf.*

*Va: het is interessant waarom u op een dag besloot niet meer te gaan werken.*

*Cl: ik was zwanger en ik realiseerde mij dat ik niet alleen mij zelf kan kapot maken maar ook het nieuwe leven.*

*Va: wanneer meldde u zich ziek.*

*Cl: ik weet het niet meer, rond de jaarwisseling.*

*Va: Was er vakantie aan vooraf gegaan?*

*Cl: nee*

*Va: (vat samen) factoren: druk, kindje, bedrijf van man*

De vraag naar wat er precies op de dag van uitval gebeurde lijkt een eenvoudige vraag, maar de betreffende cliënt kan dat niet aangeven. Duidelijke, concrete redenen voor haar ziekmelding kan ze niet geven.

Ook op de simpele vraag ‘Hoe gaat het?’ geven cliënten niet altijd het antwoord dat van hen verwacht wordt.

**Pl. Autochtone man, 1950**

*Va: waar heb je last van?*

*Cl: Nou ik heb nu medicijn.*

*Va: waar heb je last van? Slapeloosheid?*

*Cl: slapeloosheid, angstaanvallen.*

*Va: wat is dat?*

*Cl: Dat ik het allemaal niet meer zie zitten, dan fiets ik naar [naam psychiatrische instelling] want daar heb ik een klinische stoel. (Cliënt mag daar naar eigen behoefte langs komen voor ondersteuning).*

....

*Va: heeft u last met uw geheugen?*

*Cl: nou uit de test kwam dat..*

*Va: nee, heeft U last van uw geheugen?*

*Cl: ja ik schrijf alles op.*

*Va: u schrijft alles op. Hoe is uw concentratie?*

Net als in andere voorbeelden in het materiaal beantwoordt deze cliënt de vraag ‘waar heb je last van’ met een verwijzing naar medicijnen, naar de gang van zaken in het behandelcircuit. Hij gaat niet in op de klachten waar hij op dat moment last van heeft.

Uit het observatiemateriaal valt af te leiden dat verzekeringsartsen hun pogingen om de betreffende informatie boven tafel te krijgen in dergelijke gevallen intensiveren. Ze herhalen of herformuleren hun vragen enkele malen, ze laten hun cliënt merken dat er iets anders van hem verwacht wordt door hem in de reden te vallen, ze dringen aan, etc. De arts in het eerste voorbeeld doet dat zelfs ondanks het feit dat zijn cliënt erdoor van streek lijkt te raken.

Verzekeringsartsen blijken dus, met andere woorden, vrij veel moeite te doen om de concrete informatie over klachten en beperkingen boven tafel te krijgen. Nadere analyse van het observatiemateriaal laat zien dat de reden daarvoor is dat de combinatie van informatie over aandoening, last en beperking bij heldere, eenduidige klachten voldoende aanknopingspunten biedt voor het invullen van de FML. En dat is waar het in het werk van de verzekeringsarts om draait. De verzekeringsarts gebruikt de informatie van de cliënt niet alleen om een beeld te krijgen van de beperkingen die een individuele cliënt precies ervaart, maar hij kan ook met zijn medische kennis over de aandoening toetsen of die beperkingen waarschijnlijk zijn. Wanneer de beperkingen die een cliënt claimt inderdaad bij de aandoening “passen” heeft de verzekeringsarts in feite voldoende informatie om een FML in te vullen, en is het werk van de verzekeringsarts rond.

Concrete informatie over de specifieke klachten en beperkingen is echter lang niet altijd afdoende en in veel gevallen moet de verzekeringsarts op zoek naar meer informatie. Dat is in de eerste plaats het geval wanneer de cliënt beperkingen claimt die logischerwijs niet het gevolg van de aandoening kunnen zijn. Net als bij de bedrijfsarts doet zich dan de vraag voor of de cliënt wel te goeder trouw is en, net als bij de bedrijfsarts is, aanvullende informatie nodig om die vraag te kunnen beantwoorden. Maar in de tweede plaats ook als een aandoening geen eenduidige klachten en beperkingen heeft. Klachten en beperkingen zijn, zoals uit het materiaal naar voren is gekomen, vaak sterk individueel bepaald en het ligt daardoor meestal niet op voorhand vast welke lasten en beperkingen een arts kan verwachten en welke lasten gezien de aandoening “redelijk” zijn. Hoewel dat in sterke mate opgaat voor diffuse klachten, geldt dat in veel gevallen ook voor eenduidige aandoeningen. Omdat daardoor als het ware een standaard ontbreekt om te kunnen bepalen wanneer een klacht plausibel is, moeten verzekeringsartsen aanvullende informatie zien te

vergaren die wel licht kan werpen op de vraag of een bepaalde claim terecht is. In paragraaf 4.2 en 4.3 zullen we laten zien om wat voor soort informatie het dan gaat en hoe verzekeringsartsen precies te werk gaan bij het verzamelen van die extra informatie.

## 4.2 Wat leeft u voor leven?

In de voorgaande paragraaf lieten we zien dat verzekeringsartsen in eerste instantie proberen een helder beeld te krijgen van de klachten en van de beperkingen die de cliënt tengevolge van die klachten ondervindt. Is er sprake van een duidelijke aandoening met daarbij duidelijk omschreven klachten en beperkingen, en passen de beperkingen die de cliënt aangeeft bij de aandoening, dan heeft de arts al snel voldoende informatie om de FML in te vullen en zijn rapport te schrijven.

Het onderzoeksmateriaal laat echter zien dat dergelijke voorspoedige gesprekken zeldzaam zijn en dat in de meeste gevallen meer werk verzet moet worden voordat er een FML ingevuld kan worden of er een rapportage gemaakt kan worden. Wanneer cliënten niet goed snappen wat er van hen verwacht wordt of wanneer ze om andere redenen niet in staat zijn hun problemen en gevoelens duidelijk en concreet te verwoorden, maar ook wanneer de beperkingen die zij claimen niet zonder meer te verklaren zijn vanuit de aandoening die zij hebben, kan de verzekeringsarts niet goed bepalen wat hij op de FML moet invullen. In dergelijke gevallen zetten verzekeringsartsen een tweede instrument in dat nader licht kan werpen op de (aard en mate van) beperkingen, maar dat vooral inzicht moet geven in de plausibiliteit van de geclaimde beperkingen.

Dat tweede instrument is de constructie van een beeld van “het soort leven dat de cliënt leeft”. Dat beeld wordt aan de hand van verschillende onderwerpen uitgevraagd. In het volgende voorbeeld stelt de verzekeringsarts de thuissituatie bijvoorbeeld aan de orde.

### ***L4. Autochtone vrouw, 1958***

*Va: Hoe is uw privé situatie, bent u getrouwd? Heeft u kinderen?*

*Cl: ja, ik heb 3 kinderen, allemaal nog thuis.*

*Va: Hoe oud zijn uw kinderen?*

*Cl: 18, 17, 15.*

*Va: heeft u hulp in het huishouden?*

*Cl: Ja, mijn man helpt wel.*

*Va: en van de thuiszorg?*

*Cl: ja 1 ochtend (uitleg wat de vrouw doet)*

*Va: wat doet u zelf?*

*Cl: ik doe de was, de strijk, de boodschappen. De oudste heeft nu zijn rijbewijs dus dan gaan we samen, hij helpt me dan met de wekelijkse boodschappen, het sjouwen en zo, ik kook en houd alles een beetje bij.*

Hoewel de vragen die de arts hier stelt, lijken op de vragen over de dagbesteding, gaat het hier om meer dan inzicht in het type beperking. Door te vragen naar de thuissituatie krijgt de arts extra informatie over de mate waarin de klachten de cliënte beperken (hij krijgt zicht op wat de cliënte kan en waar zij hulp bij nodig heeft) en over de context waarin de klachten en beperkingen zich precies voordoen. Uit de wijze waarop de cliënte vertelt over haar gezinsleden, leidt de arts bijvoorbeeld af dat er geen andere kwesties spelen die het herstel zouden bemoeilijken of de klachten zouden kunnen bevorderen.

Indirect werpt deze manier van werken van de verzekeringsarts dus licht op de vraag of de klachten, gezien de omstandigheden van de cliënt, “reëel” zijn. Hoewel dat in het bovenstaand voorbeeld niet het geval is kunnen vragen naar de thuissituatie informatie over een problematische situatie aan het licht brengen die verklaart waarom een cliënt meer beperkingen van een aandoening ondervindt dan redelijkerwijs verwacht kan worden.

Hoe diep deze thuissituatie wordt besproken, is afhankelijk van de vraag of de verzekeringsarts inderdaad ‘problemen’ vermoedt die consequenties kunnen hebben voor de mate waarin een cliënt beperkingen ondervindt. In het volgende voorbeeld is er bijvoorbeeld sprake van een problematische thuissituatie die de beperkingen die de cliënte ervaart kan beïnvloeden.

**P15. Autochtone vrouw, 43 jaar**

Naderhand:

*O: is zij erg beperkt?*

*Va: knieën, ja. Het is een moeizame zaak. Hier zit ze de hele tijd, dus dat klopt eigenlijk al niet. De knieën zijn echt stijf. En de rug..ook wel beperkt. Ook het stuitje. Ze heeft ook niet door dat ze hier 45 minuten heeft gezeten. Dat bukken dat geloof ik graag. Verder heeft ze grote problemen thuis. Haar man is ontslagen, heeft iets gedaan wat niet mocht. Ze zit hier wel veel te lachen, maar heeft veel problemen.*

*De werkgever is niet actief, zijzelf ook niet. Ze heeft wel lang gewerkt bij deze werkgever, vanaf 1974. dat kon ze toen wel. In 1995 is zij getrouwd, heel laat, zei ze. Ze heeft veel problemen.*

*O: vindt u dit geval moeilijk te beoordelen?*

*Va: Lichamelijk is het wel duidelijk, maar ze overdrijft het zo. Wat moeilijk is, is dat ze psychisch wat heeft en dat ik daar toch wel meelij mee heb. Aan de hand van de FML zal ze wel wat kunnen werken, maar zou ze daar dan iets mee doen?*

*O: de werkgever is niet actief, krijgen ze dan sanctie?*

*Va: nee het is een te oud geval.*

Deze cliënt presenteert haar klachten volgens de verzekeringsarts nogal overdreven. Dat zou kunnen betekenen dat haar klachten en beperkingen in feite niet “echt” zijn en daarom niet in een FML zouden mogen terechtkomen. Tegelijkertijd heeft ze het zwaar, omdat haar man problemen heeft en zijzelf psychische problemen. Die context maakt een overdreven klachtenpresentatie wel begrijpelijk. Sterker nog, het wijst erop dat deze cliënt niet moedwillig zit te overdrijven en de last die ze ondervindt, aandikt, maar dat ze oprecht vertelt hoe ze haar klachten ervaart. De overdrijving zit niet in het verhaal wat ze doet, maar in haar daadwerkelijke ervaring. De klacht is in dat geval dus wel “echt”.

Het materiaal laat zien dat verzekeringsartsen niet alleen zicht proberen te krijgen op het leven van de cliënt met behulp van vragen over de thuissituatie, maar dat ook via andere onderwerpen proberen te doen. Welke onderwerpen zij aan de orde stellen, hangt over het algemeen af van de aard van de aandoening en de klachten. Bij psychische klachten vragen verzekeringsartsen bijvoorbeeld niet zozeer naar de thuissituatie, maar naar zaken als de jeugd en de opvoedingssituatie.

**N8. Autochtone vrouw, 1970**

*Va: heeft u familie?*

*Cl: geen contact, moeder heeft borderline, ook is ze gehandicapt (vertelt iets over de moeizame relatie tussen haar en de moeder) Ik stond boven haar, contact verbroken maar toen ik zwanger was... ik vind wel dat een kind recht heeft op grootouders dus toen met vader en moeder contact opgenomen (die waren op bezoek geweest maar dat was niet goed bevallen, mevrouw is ook bang voor haar moeder, wil haar kind niet met haar achterlaten. Met vader heeft ze slechte relatie maar weidt er niet over uit)*

*Va: en hoe is het met de ouders van .. [naam man]*

*Cl: de vader is dood en die moeder...nou dat is een pittig mens maar er is geen liefde in dat gezin ( analyse over de familieleden en rollen binnen het gezin van man)*

*Va: wat doet..[naam man]?*

*Cl: hij is tussenpersoon voor verzekeringen?*

*Va: loopt dat nog wel in deze tijd?*

*Cl: ja mensen blijven zich verzekeren tegen brand en diefstal en zo.*

*Va: ja, ja. Heeft u zelf broers en zussen?*

*Cl: ja 1 broertje, is geadopteerd. Door haar handicap was het eigenlijk al voor mijn moeder niet verstandig dat ze in verwachting was van mij. Zij wilde niet dat ik alleen opgroeide en heeft toen mijn broertje geadopteerd. Hij is 3,5 jaar jonger. Hij is ADHD dus hij had niet in een slechter gezin terecht kunnen komen, dan heb je juist behoefte aan regelmaat en consequente ouders, nou....*

*Va: hebben jullie een goede band samen?*

*Cl: nou ik heb hem altijd uit de stront getrokken, stond altijd voor hem klaar. Hij zat in de gevangenis, daar belde ik hem ook altijd en zocht hem op, maar toen hij vrij kwam, toen was ik zwanger en ging het niet goed met mij. Ik kon er gewoon niet meer voor hem zijn, had genoeg aan mijzelf. Dus nu geen contact.*

*Va: heb je het idee dat je de lasten voor anderen moet dragen?*

*Cl: nee*

De verzekeringsarts probeert bij de bovenstaande cliënt een beeld te schetsen van de verhoudingen in het gezin en de familie, zowel vroeger als nu. Mede op basis daarvan gaat hij na of de huidige klachten verklaarbaar zijn vanuit dat verleden. De arts wil bijvoorbeeld weten of de opvoedingssituatie de problemen kan verklaren die de cliënt nu ondervindt.

In andere gevallen combineren verzekeringsartsen een aantal thema's die tezamen een beeld opleveren dat licht werpt op de echtheid van de beperkingen.

## **R2. autochtone man, 1976**

### Naderhand

*O: dat lijkt voor jou duidelijk; de klachten zijn plausibel, waar let je nu op? Waar baseer je dat op?*

*Va: ja kijk, (leest uit het vragenformulier) gewerkt als hovenier, daarna schoonmaakbedrijf, nog een keer schoonmaakbedrijf en nog een; die heeft zal ik maar zeggen niet zoveel in de bovenkamer; de opleiding LBO, maar dan bij diploma's, geen, niets afgemaakt dus. Weinig geld, weinig aanzien en dus ook niet iets om je aan op te trekken, geen diploma dat vertrouwen geeft; weinig weerbaar; ja, als je sec kijkt, zo'n scheiding en inbraak is dat nou zo erg, maar zo iemand heeft geen ankerpunten, en dan een vriendin, depressief, dat versterkt elkaar. Maar hij is al aardig aan het terugkeren, ben niet zo gecharmeerd van hoe dat gaat, maar ja*

*O: die bedrijfsarts*

*Va: ja, die leidinggevende moet dat doen, en de bedrijfsarts moet meekijken, maar ja dat is met die contracten en geen tijd, geen ruimte, dat loopt niet...*

*O: ken je deze bedrijfsarts?*

*Va: nou, nee niet persoonlijk*

*O: maar je indruk is dat die het niet goed doet?*

*Va: nou, ik weet het niet, het is ook de positie hè, en we zullen zien of het doorzet en of de bedrijfsarts eraan trekt, soms wachten ze gewoon de herbeoordeling af na een jaar, dan gebeurt er niets; ik hecht eraan zo iemand dan weer op te roepen, een medische herbeoordeling te doen, zodat er wat gebeurt, maar ja, dat heeft hier (bij de uvi) geen prioriteit, dus als het druk is plannen ze dat gewoon niet in, dan zie ik hem pas over een jaar. En ja, zo iemand is nog niet zo sterk, die doet dat niet zelf, ja pech met de thuissituatie; ik heb laatst ook een inbraak gehad, nou de eerste dag, dan denk je wel wat zal ik aantreffen, maar daarna was het over, nergens last van gehad; en m'n vriendin die zegt dan een week later, van nou ik vond het wel eng hoor, maar dat is dan achteraf. Hier versterken ze elkaar, die partner zegt niet, kom we lopen een blokje om, even maar proberen en dan een volgende week, zullen we nog eens, vorige week ging het toch goed; ja, dat mag niet, zo'n thuissituatie meewegen, maar ja; als je hier druk gaat uitoefenen, dan decompenseert ie, dan wordt het alleen maar erger, ik doe dat gewoon.*

Deze cliënt heeft geen enkele opleiding afgemaakt, heeft geen ankerpunten, niets om vertrouwen aan te ontlenen, niets om op terug te vallen etc. De arts breit al die afzonderlijke stukjes informatie tot een samenhangend geheel. De afzonderlijke stukjes informatie zijn als het ware stukjes van een puzzel, die, pas wanneer ze aan elkaar gepast zijn, betekenis krijgen. In het bovenstaand voorbeeld rijst gedurende het gesprek voor de verzekeringsarts een duidelijk herkenbaar beeld van de cliënt als een weerloos slachtoffer van de omstandigheden. De huidige sociale situatie, waarin de vriendin in plaats van een steun eigenlijk een extra last is, versterkt dat. Daardoor worden ogenschijnlijk overkomelijke gebeurtenissen voor iemand niet te nemen hordes. De klachten zijn volgens de arts in dit beeld niet overdreven, maar te verklaren door het leven waar deze cliënt op dit moment in verzeild is geraakt. Het is voor de verzekeringsarts duidelijk dat de cliënt volledig arbeidsongeschikt is. De cliënt laat zich mogelijk al te snel uit het veld slaan, maar dat is, gezien de combinatie van zijn persoonlijkheid en zijn situatie, begrijpelijk.

In bovenstaande voorbeelden komt de verzekeringsarts op basis van het beeld dat hij van het leven de cliënt reconstrueert tot de conclusie dat de claim van de cliënt gerechtvaardigd is. Ui-



tervaard kan het oordeel over de klacht op basis van zo'n totaal plaatje ook negatief uitvallen, dat wil zeggen dat de arts niet, of niet helemaal met de claim van de cliënt meegaat.

### **S6. Autochtone vrouw, 1978**

*Werkt als zorgcoördinator, nov. 2001 ziekmelding, rug en psychische klachten. Bij va geweest voor second opinion*

*Va: vrij jong nog dus; goed ik ga even kijken naar de rug*

*(lichamelijk onderzoek; lengte gewicht, lopen op tenen, hakken, buigen, op de bank, reflexen, hoesten, longen, hart, bloeddruk, zitten en nog eens buigen)*

*va: goed, ik ga de röntgenfoto's opvragen en bekijken, ik verwacht niet dat het ernstig is, de afwijking, dat valt binnen de grenzen van het normale, legt uit dat niet iedereen hetzelfde is, kleine verschillen die binnen het normale vallen, en tekent plaatje van wervels en heilig been, soms zit onderste of onderste twee vastgegroeid; ik moet uw beperkingen vaststellen, en dat is nu de aannname, maar ik ga eerst naar de röntgenfoto's kijken, maar ik verwacht niet dat daar ernstige beperkingen zijn, misschien zwaar tillen, dat u daar wat beperkt in bent; en ook psychisch, daar kan ik niets over zeggen nu, daarover wil ik de psycholoog schrijven als dat goed is.*

*Cl: ja, [tekent formulier]*

*Va: lichamelijk bent u verder in orde, ik heb naar uw rug gekeken, en dat is niet ernstig*

*Cl: de fysiotherapeut zei dat er een afwijking naar rechts zat*

*Va: ja maar die valt binnen de normaal ( haalt anatomie boeken erbij om te laten zien wat echte rugafwijkingen zijn) u heeft waarschijnlijk niet echt een afwijking, wel pijn, ik zie dat u pijn heeft, maar die komt niet van de afwijking, maar van de stress; ik denk binnen de normaal, maar daarvoor wil ik de foto's bekijken. En ik ga de therapeut bellen*

*Als de gegevens binnen zijn, dan beperkingen benoemen, voor de psychische klachten hetzelfde, dat weet ik niet, maar sommige dingen in uw karakter, door vroeger, kunnen beperkingen geven; als ik de gegevens binnen heb, roep ik u opnieuw op en dan nemen we die door; rug denk ik niets ernstigs, psychisch, misschien valt het mee, maar misschien vroeger toch problemen gehad die beperkingen veroorzaken*

.....

#### **Naderhand:**

*Va: rug geen beperkingen, ja misschien zwaar tillen, zware belasting vermijden, gezien voorgeschiedenis, en ervaring dat het klachten geeft, maar eigenlijk, moet dat gewoon kunnen. Vroeger heeft ze zelfs gekickboks, en nergens last van. Psychisch weet ik niet, maar ik denk daar wel beperkingen, dat die er wel uitkomen, daar toch een persoonlijkheidsstoornis, niet zo ernstig, maar wel iets.*

Pijnklachten waar geen duidelijke somatische oorzaak voor is, zoals in bovenstaand voorbeeld, zijn lastig te beoordelen. Zoals deze verzekeringsarts uitlegt heeft de cliënt wel pijn, en is de pijn ook "echt", maar volgens hem ligt de oorzaak niet in een eventuele rugafwijking, maar heeft de pijn andere oorzaken (stress, jeugd, etc.). Ze zou haar rug gewoon moeten kunnen belasten zonder dat er gevaar op verdere schade is. Als tiener deed ze dat ook terwijl de kleine afwijking er toen ook was. De arts gaat op basis van dit plaatje dan ook niet helemaal mee met de pijnklachten. Hij vult slechts een lichte beperking voor rugbelastend werk op de FML in.

Kort gezegd laat het materiaal zien dat verzekeringsartsen veel tijd en aandacht besteden aan het vergaren van informatie over allerlei aspecten van het leven van de cliënt en dat zij voortdurend bezig zijn met het construeren van een totaalbeeld op basis van wat de cliënt vertelt. Zij doen dat, zoals uit het materiaal eveneens duidelijk wordt, omdat dat beeld iets zegt over de redelijkheid van de beperking die de cliënt claimt en dus uitsluitel geeft over de vraag of de beperking daadwerkelijk op de FML moet worden opgenomen. Inzicht in de thuissituatie is daarbij een belangrijk onderwerp, maar verzekeringsartsen kunnen ook geïnteresseerd zijn in het verleden van de cliënt, in diens sociale leven, in diens vrijetijdsbesteding of in een combinatie van dergelijke onderwerpen.

De verzekeringsarts baseert zijn oordeel over de geldigheid van een beperking dus volledig op het verhaal van de cliënt. Niet in de zin dat hij klakkeloos aanneemt wat de cliënt aan klachten en beperkingen claimt, maar om op basis van het verhaal dat hij de cliënt door middel van vragen over allerlei thema's laat vertellen een beeld te kunnen vormen van de context waarin de beperkingen zich voordoen en om daarmee een oordeel te kunnen vellen over de vraag of de beperkin-

gen die een cliënt aangeeft gezien die context redelijk zijn zodat ze op de FML moeten worden opgenomen.

In een aantal gevallen gebruiken verzekeringsartsen de informatie over het leven ook om, net als de bedrijfsarts dat doet, vast te stellen met wat voor type cliënt zij te maken hebben.

#### **L4. Autochtone vrouw, 1958**

##### Naderhand:

*Va: dit is echt zo'n boeren vrouw, zo'n tuindersvrouw.*

*Va: ja dat lijkt een bepaald type vrouw. Dat is ook wel een beetje haar probleem, ze heeft vanaf het begin haar pijn niet geaccepteerd, is er mee doorgelopen waardoor de spieren onder in haar rug helemaal verkrampd zijn. Ze heeft een paar pijnblokkades gehad, dat is ook niet niets (uitleg wat pijnblokkades zijn, zenuwen in de rug zijn dood gemaakt. Ik vind het nogal een rigoureuze vorm van behandelen, hierover hebben we het even.)*

*Va: Verder vind ik haar niet echt depressief. Ze doet heel opgeruimd en opgewekt en lacht, maar er valt echt niet te lachen. Daarbij veel migraine.*

*Va: ja, ze lijkt ook los van haar lichaam te staan, ja, voor haar zou haptonomie wellicht goed zijn...Ik beperk haar ook in uren, dat kan niet anders.*

#### **S4. autochtone man, 1940**

##### Naderhand:

*Va: nette man, niet iemand die z'n klachten aandikt, hij heeft z'n werk al aangepast, ja, je weet natuurlijk nooit of hij nog andere motieven heeft.*

*Tenzij er echt niets te zien is, beperk ik hem wat in uren; ja, nou ja tenzij het een normaal beeld is dat bij de leeftijd hoort; maar daarvoor vraag ik de foto's op; en sowieso als er beroepszaken komen, daar is nu niet echt sprake van. En de huisarts, dat vinden mensen fijn als je even met de huisarts belt, dan voelen ze zich serieus genomen*

De verzekeringsarts typeert de cliënte uit het eerste voorbeeld op basis van haar verhaal en op basis van de manier waarop zij dat verhaal presenteert als een "echte tuindersvrouw". Alhoewel dat impliciet blijft, zegt dat voor de arts blijkbaar iets over hoe ze in het leven staat (hard werken, niet zeuren, hard zijn voor jezelf, etc.) en waarom ze onverantwoord lang met haar klachten is doorgelopen zonder er iets mee te doen. Dat past bij haar levensopstelling en is dus begrijpelijk. Er is geen opzet in het spel. De cliënt uit het tweede voorbeeld komt op basis van de zaken die hij inbrengt over als een "nette" man. Zo'n man kan vertrouwd worden, die overdrijft zijn klachten niet.

Het typeren van cliënten op basis van hun verhaal levert extra informatie op over de plausibiliteit van de beperking. De indruk die de arts van de cliënt heeft, zegt namelijk iets over de waarschijnlijkheid dat een cliënt een reëel verslag van zijn klachten en beperkingen doet. Typering van de cliënt op basis van diens levensverhaal dient dus als extra controle op de echtheid van de concrete beperkingen die de arts al op tafel weet te krijgen.

Er is echter nog een tweede manier waarop verzekeringsartsen het beeld dat zij tijdens de claimbeoordeling van de cliënt construeren, gebruiken. Het observatiemateriaal laat zien dat verzekeringsartsen zo'n totaalbeeld ook gebruiken om de consequenties in te schatten die een bepaalde beperking in de FML heeft voor het leven en het werk van de cliënt.

#### **T11. autochtone vrouw, 1970**

##### Vooraf

*thuishulp b, sinds 30 augustus 1999, voor 12 uur per week. Ziekmelding 13-8-2001. is hier voor EW beoordeling geweest in mei 2002. Sinds april 2001 rugklachten, slijtage onderste wervels. In mei zei ze altijd pijn, kan niet ver lopen, ik heb haar toen onderzocht, rug was wat gespannen, vertoont duidelijk pijnvermijdend gedrag, man doet veel in huishouden, werkt, goede baan, druk, kinderen van 9 en 7. Ik heb toen informatie opgevraagd bij het ziekenhuis, binnen gekregen op 6 augustus (Onderzoeker merkt op dat er veel tijd is verstreken tussen einde wachttijd beoordeling mei en nu; ja ik ging toen op vakantie; en het ziekenhuis is traag, daarom vraag ik ook niet graag informatie op, dit is nog snel trouwens, dat duurt vaak nog veel langer). Er is geen indicatie voor een operatie, lichte slijtage en veel pijn.*

*Kijk hier is duidelijk pijngedrag, dat heb ik ook vastgesteld bij het lichamenlijk onderzoek; dan kun je twee dingen doen. Één: er is niets aantoonbaar dus u kunt gewoon aan het werk; twee beperkingen geven, want de pijn is er, dat zie je in pijngedrag. Beide gebeuren, je hebt beiden soorten artsen*

... ..

**Naderhand:**

*Va: Sommige artsen zeggen hier is geen aandoening, dus kun je niet objectief beperkingen vast stellen, dus kan cliënt normaal functioneren. Als we dat doen, is ze dus geschikt voor eigen werk. Daar is ze het niet mee eens, ze zal dan in beroep gaan en volharden in haar klachten en komt nooit meer aan het werk. Dan wordt het van kwaad tot erger. Ik beperk haar voor rugbelastend werk. Ik heb bij het lichamenlijk onderzoek vastgesteld dat er daadwerkelijk pijnvermijndend gedrag is, dat kan ik zien. Bovendien is gebleken dat ze last krijgt, daarom is ze uitgevallen. Deze cliënt wil nog wel wat, en na wat omscholing via de ad [arbeidsdeskundige], gaat ze gewoon weer aan het werk, met een beetje geluk tot 'r pensioen. De sociale situatie is goed, man heeft een goede baan, dat gaat dan wel lukken. Volgens mij is dat de geest van de wet, mensen weer duurzaam terug brengen op de arbeidsmarkt.*

Deze cliënt heeft geen objectief medische aandoening die haar klachten afdoende kan verklaren. Toch is de verzekeringsarts op basis van het totaalbeeld van de cliënt van mening dat het beter is om haar een beperking voor rugbelastend werk te geven. Daarbij speelt naast de vraag of de klachten plausibel zijn, ook de vraag wat op lange termijn het meest verstandig is een rol.<sup>14</sup> Hij gaat er in dit geval vanuit dat de kans dat de cliënte, gezien haar houding ten opzichte van ander werk, haar bereidheid om een opleiding te volgen en haar stabiele sociale situatie, met een beperking voor rugbelastend werk op de langere termijn duurzaam zal reïntegreren, groter is dan wanneer hij die beperking niet zou opleggen.

Een vergelijkbare redenering zagen we overigens ook in het eerder besproken voorbeeld waar de cliënt geen 'ankerpunten' heeft. Ook in dat voorbeeld geeft de verzekeringsarts met de zinsnede 'ja dat mag niet, zo'n thuissituatie meewegen' aan dat de cliënt in technische zin wel kan schoonmaken, maar het schoonmaakwerk in de praktijk niet aan zal kunnen. De verzekeringsarts vreest dat de klachten zullen verergeren en dat de cliënt mogelijk zal decompenseren en dan veel langer arbeidsongeschikt zal zijn.

Het totaalbeeld kan ook leiden tot het omgekeerde. Het onderstaande voorbeeld laat zien hoe artsen in bepaalde gevallen een beperking niet in de FML invullen terwijl dat wel had gekund.

**L6. Autochtone man, 1951**

*Va: u werkt nu 2 uur?*

*Cl: Ja ik maak dan winkel schoon met schrobmachine. Het contact met klanten moet ook blijven want anders is het ook niets. Ik ga ook naar het maatschappelijk werk.*

*Va: hoe vaak gaat u daar naar toe?*

*Cl: ik ga elke drie weken, ze was eerst op vakantie.*

*Va: wanneer bent u daarmee begonnen?*

*Cl: Anderhalve maand terug. Er was wachtlijst, die was in juni van het jaar al aangekaart. Ik had driftbuien ik had mijzelf niet in de hand.*

*Va: had u dat in het verleden ook?*

*Cl: ja*

*Va: waar zou dat vandaan komen denkt u?*

*Cl: Nee, gewoon helemaal doorgedraaid totdat zoon me een paar klappen gaf toen kwam ik weer bij mijn positieve van "nou, hèhè, we zijn er weer." Echt niet leuk hoor, dan draai ik door en geeft mijn zoon mij een paar flinke dreunen. Dan ben ik niet te handhaven.*

---

<sup>14</sup> Deze verzekeringsarts maakt in zijn commentaar achteraf onderscheid tussen verzekeringsartsen met oog voor de consequenties van hun oordeel (zoals hijzelf) en verzekeringsartsen die uitsluitend een beperking zouden geven wanneer er sprake is van een objectief vastgestelde aandoening, ook al zou dat voor de kansen op reïntegratie of voor het welzijn van de cliënt niet gunstig uitpakken. Tijdens onze observaties zijn wij echter geen verzekeringsartsen tegengekomen die in hun overweging uitsluitend de objectiviteit van een diagnose betrekken. Vrijwel alle verzekeringsartsen wogen de consequenties van hun oordeel in meer- of mindere mate mee en vrijwel altijd leverde de keuze tussen oordelen op basis van formele regels dan wel oordelen in de "geest" van de regels (zoals wanneer men, door niet geheel volgens de formele regels te handelen, de kans op reïntegratie hoopt te vergroten) een dilemma op. In alle gevallen was het uiteindelijke oordeel een compromis tussen beide uitersten, waarbij sommige verzekeringsartsen meer richting formele toepassing van de regels neigden dan anderen.

.....

Naderhand:

*De FML wordt ingevuld. De man wordt beperkt op het item 'eigen gevoelens uiten' en bij specifieke voorwaarden voor persoonlijk functioneren wordt aangegeven dat de man is aangewezen op werk zonder veelvuldige deadlines omdat hij niet stressbestendig is. Sommige rubrieken worden wel als normaal ingevuld omdat het ook in het licht wordt gezien van het werk dat hij doet of zou kunnen doen. De arts zegt namelijk dat hij wel weet wat er bij sommige beperkingen allemaal aan functies wegvalt, wat niet goed zou zijn. Samenwerken, wordt bijvoorbeeld als normaal aangevinkt omdat hij bij [naam bedrijf] werkt en wel zelf op klantencontact gesteld is en de arts schat dat wel als haalbaar contact in. Conflict oplossing wordt wel weer beperkt.*

Deze cliënt heeft last van ernstige driftbuien, die verklaarbaar zijn vanuit zijn aandoening. Het totaalplaatje laat overtuigend zien dat die klachten 'echt' zijn. Dat zou een legitimatie vormen om deze cliënt te beperken op bepaalde functies in het sociaal functioneren. Maar in dit geval besluit de verzekeringsarts om de functie "samenwerken" toch als normaal aan te merken om de cliënt de mogelijkheid te bieden het werk dat hij graag doet te blijven doen. De vraag of deze man beperkt is in samenwerken, is dus niet alleen afhankelijk van de inschatting van wat hij kan, maar ook van de vraag wat hij wil en wat hij belangrijk vindt. De overweging daarbij is dat de kans dat een cliënt in de toekomst aan het werk zal blijven groter is wanneer hij werk heeft wat hij leuk vindt.

In weer een ander geval schat de verzekeringsarts eigenlijk in dat de belastbaarheid zodanig is dat werken niet reëel is. Toch beoordeelt hij de cliënt niet volledig arbeidsongeschiktheid op medische gronden, maar stuurt hem door naar de arbeidsdeskundige. De motivatie daarbij is dat het van belang is dat er nog wat geprobeerd wordt om 'wegglijden' te voorkomen.

**P7. Allochtone man, 1955**

Naderhand:

*We lopen naar het koffiezetapparaat. De arts zegt dat wat de cliënt zei over stoom in de ogen, heel duidelijk is. Dat is echt heel naar, dus voor eigen werk is hij niet geschikt. De rest zit in het bolletje, zegt de arts. Later zegt hij dat de man niet kan werken, op de kaart van de man stond dat er een crisisopname was geweest. Dat hij dan met die stemmen komt, daar is de arts dan alleen maar blij mee. Ik vraag of het 80-100 wordt, daar moet de arts nog over denken. Ook zegt hij dat er bij een autochtoon meer uit zou komen, die kunnen beter aangeven wat er dan op het werk mis gaat. Bijvoorbeeld: ik laat alles uit mijn handen vallen, ik hoor niet als iemand iets tegen mij zegt. Daar komt hij niet mee, dan moet je het uit de context halen. (vervolgens over crisisopname en de stemmen). Ook zegt hij dat je soms wat boos moet doen om te kijken of er nog wat pit in zit, maar dat was bij deze man niet het geval. Hij zat een beetje stil in een hoekje, stemmingsstoornis en dan ook een slecht slaappatroon, samen met de angst versterkt het elkaar.*

*Later die week vertelt de arts mij dat hij er nog eens over heeft nagedacht en de man niet 80-100 heeft gemaakt. Hij wordt nu opgeroepen bij de ad [arbeidsdeskundige], zodat hij nog gevolgd wordt en dat er wellicht iets uitkomt. Het zou waarschijnlijk toch goed zijn als hij wat uit huis komt en iets gaat doen.*

Hoewel de verzekeringsarts er vanuit gaat dat deze cliënt niet in arbeid kan functioneren hoopt hij dat er misschien toch nog iets is dat de cliënt kan doen, gewoon omdat de cliënt daar baat bij zal hebben.

Dergelijke voorbeelden illustreren hoe de consequenties, in samenhang met andere overwegingen, mede bepalen welke beperkingen er op de FML worden gezet. Bij het invullen van de FML speelt dus niet alleen de vraag of iemand op aanvaardbare gronden een beperking heeft op een bepaalde, geïsoleerde functie (dat blijkt trouwens ook vaak niet eenduidig aan te geven te zijn) maar ook de vraag wat de consequenties zijn van een beperking voor iemands mogelijkheden in de toekomst. Overigens speelt niet alleen de kans dat een cliënt in de toekomst aan het werk zal blijven een rol bij besluitvorming over beperkingen. Ook allerlei andere gronden worden door verzekeringsartsen bij hun beoordeling betrokken. Een voorbeeld daarvan is de aard van de behandeling.

### **S5. autochtone man, 1967**

#### Naderhand.

*Va: Moeder heeft borderline.*

*Als hij in psychotherapie gaat dan zeker in uren beperkt, dat is heel intensief, meer dan halve dagen werken daarnaast kan niet*

*Ik weet niet of hij het redt, ben bang van niet eigenlijk; maar ja, toch maar proberen, als er nog wat kan, als je nog 10 jaar wacht is alles verloren; zo'n afgelopen jaar is hij toch heel ver afgegeden*

Heel andere problemen bij de vertaling van het totaalplaatje naar de FML, spelen als iemand al gedeeltelijk aan het werk is en de verzekeringsarts (en ook vaak de bedrijfsarts) verwacht dat iemand weer volledig in eigen werk zal terugkeren. De wachttijd WAO is dan in feite gewoon te kort. Hoewel iemand dan eigenlijk formeel beoordeeld dient te worden volgens de WAO-criteria (wat kan iemand in algemene zin nog), kiezen veel verzekeringsartsen er in zulke gevallen voor om 'pragmatisch' te zijn.

### **L12. Autochtone vrouw, 1950**

*Vooraf: "mevrouw werkt als verpleegkundige, 36 uur per week, ziekmelding 28 september, in het verleden heb ik haar ook gezien. In maart 1999 had ze skiletsel, stukje van de talus is niet goed doorbloed, enkeltrauma, niet gebroken. 14 februari 2000 weer hersteld, dus einde wachttijd niet vol. Nu is ze weer ziek."*

*Va: Ik beperk u wat, ik denk dat u in 3, 4 maanden hersteld bent. Als u niets met WAO te maken wilt hebben dan kan ik u nog een keer zien.*

*Cl: ik had nog discussie met de bedrijfsarts dat het zo langzaam ging.*

*Va: je hebt te maken met botgroei daar moet langzaam opgebouwd worden, dat moet gecontroleerd gaan, dus voorzichtig met belasten. U vindt uw werk leuk?*

*Cl: ja geweldig, ik was zo blij dat ik mijn witte pakje weer aandeed, ha ha, ik dacht, ik mag weer!!*

*Va: nou dan moeten we zuinig op u zijn, met al die tekorten in de zorg. De WAO is een stugge wet, ik kan uw beperkingen invoeren. Heeft u vragen?*

*Cl: nee eigenlijk niet.*

*Va: Ik zou u wat uren kunnen beperken, maar dat is moeilijk, eerst wordt gezocht naar passend werk. Maar dat is in uw geval niet reëel. Wellicht dat ik toch op uren ook beperk. Over 6 weken ongeveer wordt u opgeroepen bij de arbeidsdeskundige.*

#### Naderhand:

*O: ga je op uren beperken?*

*Va: ja in zo'n geval moet je eigenlijk praktisch zijn, ze gaat gewoon terug naar eigen werk, dat wil ze ook, ze wil graag. Dus moet ik het eigenlijk praktisch invullen, dat mag natuurlijk niet, daar is het systeem niet voor, maar ja wat moet je dan.*

*O: ze moet gewoon tot januari kunnen overbruggen?*

*Va: precies, ze gaat toch weer terug naar eigen werk.*

De verzekeringsarts geeft de cliënte in dit voorbeeld om praktische redenen een urenbeperking. Hij verwacht dat de cliënte binnen een paar maanden toch weer volledig hervat zal zijn en hoopt zo onnodige rompslomp te voorkomen.

Waar de arts in bovenstaande casus op "praktische" gronden voor een tijdelijke urenbeperking kiest, vindt een andere verzekeringsarts een (tijdelijke) WAO-uitkering juist geen goede oplossing.

### **T14. autochtone vrouw, 2e helft 30**

.....

*Va: moet je nou de WAO in?*

*Cl: ik hoop het eigenlijk niet*

*Va: 7 oktober is de deadline, dan moet je dan alles op gepakt hebben*

*Cl: ik wil toch wel proberen daar een start voor te maken*

*Va: dat is goed en wel, maar u bent voor 32 uur verzekerd, dan moet je wel voor die tijd 32 uur loonwaarde werken*

*Cl: ja, ja*

*Va: gaat u dat redden?*

*Cl: ja, dan moet ik goed nadenken over de consequenties?*

*Va: WAO is een loondervingverzekering, nu ben je nog niet reïntegratie in eigen werk, de beoordeling is voor alle werk en dan kijken ze naar het verschil in loonwaarde; de WAO is niet blijvend, bij u is het dan een stukje verlengde ziektewet; maar ja staat het goed op je cv*

*Cl: nee*

*Va: maar anderzijds bent u 8 oktober geschikt voor eigen werk, daar heb ik een beetje mijn twijfels bij*

*Cl: ja, dat is duidelijk*

*Va: ja, wat denkt u*

*Cl: ja ik zou dat toch wel graag willen proberen*

*Va: hoe wilt u dat doen*

*cl: beginnen op arbeidstherapeutische basis, ja en dan doen*

*Va: maar de vraag is, ja hoe is het dan op 8 oktober?*

*Cl: ja, er moet ook niet te veel druk op zitten*

*Va: nee, te meer daar u de neiging heeft het werk gauw wat op te voeren*

*Cl: ja, maar ik zou het wel graag willen*

*Va: er zijn 2 opties of volledig WAO, evt. een korting, tot u weer hervat heeft. Of ik verklaar u einde wachttijd volledig hersteld, dat is de keuze, maar ik heb het gevoel dat dat wat veel is. Naar de arbeidsdeskundige, dat wil ik u niet aandoen, dat vind ik beledigend, dat ze u allerlei rare functies gaan duiden*

*Cl: misschien is dat niet gebruikelijk, maar mag ik er even over nadenken?*

*Va: oké, dan moet u mij eind van de week even bellen, met wat u doet*

**Achteraf:**

*Va: Nou even afwachten. Deze vrouw, dat kan niet zo'n ad beoordeling, die heeft het goed op een rijtje, laat haar zelf maar even de afweging maken, dat kan ze thuis ook goed bespreken (verzekeringsarts verwijst naar het beroep van de echtgenoot. Omdat dat een beroep is voor hoogopgeleiden impliceert hij daarmee dat men die afweging met een gerust hart aan de cliënte (en haar man) kan overlaten.*

Om te voorkomen dat deze cliënt 'het stempel' van de WAO krijgt, mag ze proberen om alsnog in de komende paar weken haar werk te hervatten. De verzekeringsarts betwijfelt of dat haar wel gaat lukken, maar daar moet ze zelf een afweging in maken.

Het totaalbeeld dat verzekeringsartsen met behulp van allerlei vragen op tafel proberen te krijgen is dus op verschillende manieren van belang bij het invullen van de FML. Op de eerste plaats leiden verzekeringsartsen eruit af of de beperkingen die een cliënt aangeeft, gezien de omstandigheden redelijk en plausibel zijn en daarom in de FML moeten terechtkomen. Op de tweede plaats gebruikt hij die informatie om de cliënt te typeren, om op die manier te beoordelen of de cliënt een oprecht verhaal vertelt. Ook die informatie draagt bij aan het oordeel van de arts ten aanzien van de plausibiliteit van de beperking en ook die informatie bepaalt of de arts een beperking in de FML opneemt of niet. Op de derde plaats gebruikt de verzekeringsarts de contextuele informatie om in te schatten wat de gevolgen van bepaalde beslissingen vermoedelijk zullen zijn in het licht van een mogelijke reïntegratie. Ook deze informatie heeft consequenties voor de wijze waarop de arts de FML invult.

Toch is de verzekeringsarts er niet in alle gevallen zeker van of het beeld dat hij van de cliënt heeft gereconstrueerd volledig is of dat hij het correct interpreteert. In andere gevallen is de verzekeringsarts uit op bevestiging van of aanvulling op het oordeel dat hij van de cliënt heeft. In de regel wordt daarom naast concrete informatie over klacht en beperking en naast het levensverhaal ook nog "medische informatie" ingewonnen. Soms is dat aanvullende informatie, gewoon voor de zekerheid, soms dient die informatie echt om duidelijkheid te verkrijgen over inconsistenties in het verhaal van de cliënt. In de volgende subparagraaf bespreken we hoe de verzekeringsarts aan die medische informatie komt, in welk soort omstandigheden die informatie belangrijk wordt en hoe ze uiteindelijk door de arts wordt gebruikt.

### **4.3 Medische informatie**

Naast de wijze waarop de cliënt zelf concrete belemmeringen ervaart, en naast inzicht in de levenssituatie van de cliënt is een derde onderwerp in de gesprekken het verkrijgen van meer medi-

sche informatie over de klachten.<sup>15</sup> Zoals gezegd is uit de voorinformatie vaak bekend welke diagnose is gesteld. Het is echter niet altijd duidelijk hoe ernstig de aandoening is en in welk fase van herstel een cliënt zit. Om die medische informatie te achterhalen kan de verzekeringsarts op verschillende manieren te werk gaan.

Op de eerste plaats vraagt hij, net als de bedrijfsarts aan de cliënt of en zo ja wat voor behandeling deze heeft ondergaan of ondergaat, wat voor specialisten en therapeuten zijn geraadpleegd, wat voor onderzoek er is gedaan en wat specialisten hebben voorgeschreven aan therapie en behandeling. En net als de bedrijfsarts doet de verzekeringsarts naar aanleiding van de informatie van de cliënt nog wat suggesties ten aanzien van de behandeling.

De verzekeringsarts verzamelt dergelijke informatie echter niet om de rol van adviseur of huisarts op zich te kunnen nemen. Het gaat hem bij het uitvragen van de behandeling vooral om meer zicht op de klacht van de cliënt. Net als bedrijfsartsen proberen verzekeringsartsen de behandeling te reconstrueren, aan de hand van datgene wat de cliënt vertelt, maar als het nodig is ook met behulp van materiaal uit de behandelende sector, zoals medicijnen, verwijsbrieven etc. Als er sprake is van lichamelijke klachten wordt de informatie van de cliënt over behandeling (zowel mondelinge informatie als verwijsbrieven ed.) soms aangevuld met een lichamenlijk onderzoek, om na te gaan hoe ernstig de aandoening is.

Meestal dient dat onderzoek als aanvulling op het verhaal van de cliënt, soms als ‘contra-indicatie’. Dan legt de arts de medische informatie als het ware naast het verhaal van de cliënt en kijkt of de medische bevindingen in overeenstemming zijn met de ernst/aard van de beperkingen die de cliënt schetst. Dat is bijvoorbeeld het geval als de verzekeringsarts denkt dat de herkomst van de klachten tamelijk onschuldig is en belasting ondanks de pijnklachten geen kwaad kan of wanneer hij vermoedt dat de cliënt bepaalde beperkingen “aandikt”.

In aanvulling op of in plaats van lichamenlijk onderzoek kunnen verzekeringsartsen besluiten om ook nog informatie bij de behandelende sector op te vragen. Er moet dan toestemming aan de cliënt gevraagd worden. Uit het onderzoeksmateriaal blijkt dat de redenen om extra informatie op te vragen uiteen lopen. Soms is het niet meer dan een routine kwestie; een extra bewijs van een beeld dat eigenlijk voor de verzekeringsarts wel duidelijk is. De verzekeringsarts heeft dan eigenlijk al een beeld van de belastbaarheid, maar doet nog even navraag. Informatie opvragen is in deze gevallen niet echt noodzakelijk voor het vormen van een oordeel, maar dient een aantal andere zaken. Het is een bouwsteen in de argumentatie, het kan van belang zijn als er een beroepszaak komt of het is een handeling die naar de cliënt toe duidelijk kan maken dat de claim zorgvuldig wordt behandeld.

De mate waarin verzekeringsartsen van dit instrument gebruik maken blijkt per arts sterk uiteen te lopen. Alhoewel het opvragen van informatie in de protocollen als een soort standaard kwestie wordt gezien, zien sommige verzekeringsartsen er vanaf als het beeld hen duidelijk is. Behalve dat ze het dan overbodig vinden, geven ze eveneens als reden dat het vaak veel tijd kost om de nodige informatie op te vragen.

*Va: en het ziekenhuis is traag, daarom vraag ik ook niet graag informatie op, dit is nog snel trouwens, dat duurt vaak nog veel langer.*

In andere gevallen speelt het opvragen van informatie bij behandelaars echter een belangrijkere rol. Dit is bijvoorbeeld het geval als op basis van het verhaal van de cliënt en lichamenlijk onderzoek nog steeds onvoldoende duidelijk is hoe ernstig de klachten nu precies zijn. Met name bij

---

<sup>15</sup> In zekere zin is de in het eerste deel van deze paragraaf behandelde thematiek ook ‘medisch’. Het uitvragen van de klachten lijkt op een anamnese.

meer zeldzame aandoeningen of bij aandoeningen waarvan het verloop grillig en onvoorspelbaar is, is informatie van de specialist nodig om een oordeel te kunnen geven.

#### **N5. Allochtone vrouw, 1982**

*Vooraf: "1e jaars herbo, vanuit vangnetzietwet. Jonge vrouw had een huidaandoening, kanker van de weke delen, dan moet je denken aan bindweefsel ed. Prognose: er is niets zinnigs over te zeggen"*

...

*Va: we bekijken gewoon even alles. Ik ben benieuwd hoe het nu met je is. Indertijd informatie gehad van het ziekenhuis over bestraling...*

*Cl: nou ik heb veel doorgemaakt hoor, ik heb 6 kuren gehad en toen zeiden ze dat ik er nog 6 moest, ik zei, dat doe ik echt niet hoor, echt niet, het was zo vreselijk, dan ga ik nog liever dood zei ik, ik kon niet nog zoiets door-  
maken, ik wilde het echt niet hoor. Ik zei: opereer maar of zo, nou en toen bestraling*

*Va: hoe is het nu?*

...

*Cl: ik had ook bloed laten prikken*

*Va: voor controle?*

*Cl: ja wel dat is nog wel elke 3 maanden en dan moet ik ook bellen als er iets is. Ook heb ik een afspraak bij dinges.*

*Va: wie is dinges?*

*Cl: ja ik weet niet (kijkt in papieren), dokter X, de radioloog.*

*Va: en de oncoloog, zie je die ook?*

*Cl: ja. Toch? Ja weet je ik weet het gewoon niet meer, ik zie er zoveel dat ik niet meer weet wie wat doet en is.*

*Va: ben je altijd zo chaotisch geweest, vroeger ook?*

*Cl: Ik? Nee, helemaal niet dankzij mijn ziekte ben ik zo raar.*

*Va: dankzij? (bekijkt papieren) Wordt er nog onderzoek gedaan?*

*Cl: Nou ze vragen wat er is. Ik had last van mijn rechter arm en dat zei ik toen ook en dan zeggen ze waarom heb je dan niet meteen gebeld, dan moet je niet wachten, maar ja, toen hebben ze alles gedaan, bloed weer, MRI, mijn skelet. Ik heb er niets meer van gehoord.*

*Va: was bloed goed?*

*Cl: Nou ze zeiden: er is iets met je bloed maar we weten niet ongeveer wat het is.*

*Va; dat zeiden ze?*

*Cl: ja!! Dat zeiden ze, nou als jullie het niet weten, hoe moet ik het dan weten, zeg ik.*

*(mevrouw vertelt dat ze dit ook in het eerste stadium van haar ziekte hebben gezegd)*

*Cl: weet je wat ik zo erg vind? Na de behandelingen slaap ik helemaal niet meer, dat vind ik zo erg, niemand kan mij helpen.*

...

*Va: We moeten de controles afwachten, de moeheid komt van de bestraling*

*Cl: ja dokter X zegt dat het er langzaam uit moet, dat er veel verschil is tussen mensen.*

*Va: wanneer was kuur, langer dan een jaar hè?*

*Cl: ja*

*Va: het herstel gaat in het begin snel maar dan gaat het steeds langzamer.*

*Cl: ja echt langzaam, ik dacht echt van na een paar maanden dan ben ik weer zoals ik was, maar ik ben alleen maar moe*

..

*Va: ik wil ook info van het ziekenhuis*

Alhoewel deze cliënt helder kan schetsen wat ze voor behandeling heeft ondergaan en wat behandelend artsen daarover zeggen, heeft de verzekeringsarts onvoldoende kennis om op basis daarvan goed in te schatten wat dat precies voor implicaties zou kunnen hebben in termen van concrete beperkingen.

In andere gevallen wordt informatie opgevraagd, omdat de verzekeringsarts op basis van het verhaal van de cliënt niet goed begrijpt wat er aan de hand is of omdat de verzekeringsarts de interpretatie die de cliënt geeft van wat de artsen gezegd zouden hebben merkwaardig vindt.

#### **N9. Allochtone man, 1965**

*Einde wachttijd vanuit vangnet ziekwet. Er zijn geen gegevens alleen eigen formulier.*

*Meneer heeft van '88 tot '99 dienstverband gehad. 1 jaar ziek tussen 95 en 96.*



*Heeft nierklachten, hoofdpijn, jeukklachten, vet in het bloed*

*O: wat is dat vet in het bloed, cholesterol?*

*Va; nee weet ik veel, wat hij daar mee bedoelt.*

... ..

*Va: als u nu in de tomaten kon werken. Zou dat kunnen?*

*Cl: Nee*

*Va: waarom niet?*

*Cl: Dan benauwd*

*[Va vraagt benauwdheid uit, waar het zit en wanneer.]*

*Vr: het is allergie voor tomaten.*

*Cl: rapport.*

*Va: heeft u daar een rapport van?*

*Vr: ja alles ingeleverd.*

*[Va zoekt]*

*Cl: nu alles jeuk.*

*Va: Wanneer bent u voor het laatst geweest?*

*Discussie man en vrouw*

*Vr: 10-1-03*

*Va: hier staat niets in over allergie tomaten.*

*Cl: ook jeuk.*

*Va: wat is je voornaamste klacht?*

*Cl: jeuk en alles rood en ook plekjes.*

*[Va zoekt verder in het dossier]*

*Vr: het is nu 15 maanden dat hij die jeuk heeft.*

*Va: maar wat vreemd is: U werkt niet meer in de tomaten en sindsdien heeft u tomatenallergie?*

*Cl: alles onderzoeken in ziekenhuis, straks ook naar ziekenhuis.*

...

*Va: waarom is het nu besmettelijk?*

*Vr: (legt uit, blijft onduidelijk, herhaling plekken en jeuk)*

*Va: (bekijkt de handen) Zien er rustig uit.*

*Vr: het zit in het bloed zegt de dermatoloog.*

*Va: alle uitslagen zijn goed, zie ik hier (gaat op bevindingen in). Ik zal het straks bekijken. Heeft u last van de gewrichten?*

*Cl: moe*

*Va: Ok, wacht even. Heeft u last van de gewrichten?*

*Cl: van ziekenhuis op apparaten, toen helemaal pijn. Arts zegt is goed. Lang, dan niet goed.*

*Va: ik begrijp het niet*

*(Vr en cl leggen iets uit over bestraling met lichttherapie)*

*Va: heeft dat geholpen?*

*Cl: als stoppen dan goed maar het komt door*

*(...)*

*Va; maar helpt de bestraling?*

*Cl: dat kan, over 6 maanden misschien over maar nu niet. (laat kaart met afspraken zien)*

*Va: dit zijn alle afspraken?*

*Vr: ja lastig helemaal naartoe 3x per week en dan voor 30 sec licht.*

*Va: en wat is er met uw buik?*

...

*Va: de huiduitslag valt mij mee, ik zie wat bultjes van gekrab maar de huid is rustiger dan ik dacht. Ik weet niet hoe het was?*

*Vr: ja erger.*

*Va: wellicht dat de lichttherapie dan toch al helpt?*

*Vr: ja.*

*Va: de rug was goed, de longen waren goed. In principe denk ik dat het goed is. Alleen dus de jeuk en de huid.*

*Dat van de tomaten allergie, dat kan ik niet vinden, dat zal ik opvragen. Aan de dermatoloog zal ik vragen: is het een allergie en waarvoor dan?*

*Vr: ook voor huisstof, nu ligt er overal zeil*

*Va: daar kunt u subsidie voor krijgen, heeft u dat gehad.*

*(hier gesprekje over)*

*Va: ik vraag dus, voor welke dingen allergisch? En wat is de oorzaak van de huidproblemen. Als hij het niet weet, dan wordt het moeilijk. Het is niet het zonlicht. Wel door warmte gaf u aan, dat u dan ook niet sliep, dus bijvoorbeeld bij de Hoogovens kunt u dan niet werken, dus daar beperk ik u op. Ook tomaten is niet goed. Lichamelijk vind ik je goed. Daarin zal ik je niet belasten (beperken). Ik denk dat je werk kan doen, alleen moeten we rekening houden met de allergie. Dus wat gaat er verder gebeuren? Er wordt rapport gemaakt, ik beperk je op de dingen die ik aangaf en dan gesprek met arbeidsdeskundige (uitleg) Er worden functies geduid, bijvoorbeeld: chauffeur, dat werk moet je dan wel zelf zoeken maar je krijgt hulp bij de reïntegratie.*

Deze cliënt heeft jeuk en er is sprake van dat dat door een tomatenallergie komt. De verzekeringsarts vindt dat vreemd, omdat de cliënt niet meer in de tomaten werkt. Om hier helderheid over te krijgen, gaat de verzekeringsarts de dermatoloog om informatie vragen.

In een aantal gevallen speelt het opvragen van informatie niet alleen een rol bij het achterhalen van de klachten, het bevestigen van het beeld of de legitimering naar de uitvoeringsinstelling, soms is het ook van belang om een besluit naar de cliënt toe te legitimeren. Dat is bijvoorbeeld het geval als de cliënt van mening is niet te kunnen werken maar de verzekeringsarts nog wel mogelijkheden ziet. De verzekeringsarts gebruikt de informatie dan om zijn besluit naar de cliënt te onderbouwen of te legitimeren.

Samenvattend gebruikt de verzekeringsarts verschillende bronnen om de nodige medische informatie over de klachten van de cliënt te krijgen. Op de eerste plaats bespreekt hij met de cliënt, welke behandelaars hij heeft geraadpleegd over zijn klachten, wat die over de klachten zeggen en of dat helpt en wat er verder nog gaat gebeuren. Op de tweede plaats vult de arts dat bij lichamelijke klachten meestal aan met een lichamelijk onderzoek, waarbij de arts zich een beter beeld vormt over de klachten. Een derde bron is het opvragen van informatie van de behandelend arts. Soms doen verzekeringsartsen dat als een routine onderdeel van het werk, als teken van zorgvuldigheid en vormt het een check voor de zekerheid, terwijl ze eigenlijk al een oordeel hebben. Soms is deze informatie echt nodig voor de beoordeling omdat de verzekeringsarts onvoldoende zicht heeft op de klachten en hij zich niet uitsluitend op het verhaal van de cliënt over diens concrete beperkingen en over diens levenssituatie wil baseren. Dat kan zijn omdat hij onvoldoende bekend is met een ziektebeeld en de verschillende manieren waarop zich dat kan uiten en extra zekerheid nodig heeft. Soms ook omdat het verhaal van de cliënt onhelder, eigenaardig of inconsistent is en er twijfels zijn over de vraag of de cliënt de waarheid spreekt.

De arts legt die medische informatie vervolgens naast het beeld dat hij zich van de cliënt en diens leven gevormd heeft op basis van de informatie over ervaren beperkingen en het levensverhaal. Hij combineert en vergelijkt die verschillende bronnen van informatie om een totaalbeeld van de cliënt samen te stellen. Tegelijkertijd gebruikt hij de bronnen om de betrouwbaarheid van de andere bronnen en van het totaalbeeld te kunnen vaststellen.

#### **4.4 Conclusie**

Zoals eerder aangegeven moet de verzekeringsarts bij het invullen van de FML aangeven in welke mate een cliënt voor wat betreft een bepaalde, geïsoleerde functie “beperkt” is, dat wil zeggen, afwijkt van “normaal”. Het onderzoeksmateriaal laat zien dat het per individu nogal kan verschillen welke klachten men in welke mate van een bepaalde aandoening ondervindt. Het is niet bij voorbaat gegeven in welke mate een bepaalde klacht tot beperkingen leidt. Daarom achterhaalt de verzekeringsarts niet alleen waar een specifieke cliënt precies last van heeft; hij bepaalt ook steeds opnieuw welke beperkingen gezien de aandoening, het verloop van het herstel, het type cliënt en de samenhang met andere problemen (van psychische aard bijvoorbeeld of ten gevolge van de gezinssituatie) redelijk zijn. Anders gezegd hangt wat als “redelijk” of “overdreven” wordt beoordeeld samen met de context waarin een bepaalde klacht of beperking zich voordoet. Inzicht in de

context speelt daardoor een belangrijke rol in het werk van de verzekeringsarts. Verzekeringsartsen moeten die context destilleren uit een combinatie van informatiebronnen.

De arts combineert, vergelijkt en controleert de informatie die hij uit verschillende bronnen ontvangt totdat hij een oordeel kan vellen over de plausibiliteit van de beperkingen die een cliënt claimt en een beeld kan maken van diens daadwerkelijke mogelijkheden en beperkingen. Hoewel we de verschillende bronnen in dit hoofdstuk voor de duidelijkheid na elkaar hebben besproken, volgen deze elkaar in werkelijkheid niet netjes op. De verschillende onderwerpen lopen door elkaar heen en komen op verschillende momenten in het gesprek terug. Ze vullen elkaar aan en vormen verschillende ingangen om de cliënt op concreet en alledaags niveau over de klachten en belemmeringen te laten praten. Dat de arts de levenssituatie van de cliënt dus meeweegt, betekent overigens niet dat hij per definitie meegaat met de klachten die de cliënt claimt. Hij komt op basis van het levensverhaal tot een zelfstandig oordeel over wat er redelijkerwijs in de toekomst van de cliënt verwacht kan worden. Die mogelijkheden en beperkingen vertaalt de verzekeringsarts dan naar functiebeperkingen die hij op de FML invult. Hij probeert dat zo te doen dat de kans op slagen (dwz dat de cliënt in de toekomst (gedeeltelijk) duurzaam aan het werk gaat) zo groot mogelijk is.

Hoewel verzekeringsartsen bij het vergaren van medische informatie ook wel gebruik kunnen maken van lichamelijk onderzoek, expertiserapporten van deskundigen en van schriftelijke informatie uit de behandelende sector, is de verzekeringsarts voor een belangrijk deel aangewezen op bronnen waarin mondelinge informatieoverdracht een belangrijke rol speelt. De verzekeringsarts is daardoor aangewezen op het vermogen van de cliënt om de vragen van de arts over concrete last en beperkingen, levenssituatie en de activiteiten in de behandelende sector, op adequate wijze te beantwoorden. In de werkwijze van de verzekeringsarts wordt, met andere woorden, een cliënt verondersteld die enerzijds over voldoende (taal)vaardigheden beschikt om de vragen van de verzekeringsarts duidelijk en inzichtelijk te beantwoorden en anderzijds begrijpt wat voor soort antwoorden er op elke vraag verwacht wordt. Het initiatief ligt bij de verzekeringsarts, waardoor de cliënt zelf geen actieve rol hoeft te vervullen. Hij hoeft niet op eigen initiatief met informatie op de proppen te komen.

## 5 **Etniciteit in de spreekkamer van de verzekeringsarts**

In het vorige hoofdstuk hebben we op basis van observaties van gesprekken tussen verzekeringsartsen en cliënten de praktische rationaliteit van de verzekeringsgeneeskundige praktijk gereconstrueerd. We hebben laten zien hoe die praktijk geordend is, welke impliciete normatieve noties in het handelen besloten liggen en welke verwachtingen dat met zich meebrengt ten aanzien van de cliënt. In dit hoofdstuk bespreken we de vraag of de praktische rationaliteit, met name als cliënten zich niet gedragen conform de impliciete verwachtingen, andere consequenties heeft voor allochtone cliënten dan voor autochtone cliënten. Daarbij besteden we wederom aandacht aan de vraag of en hoe eventuele normoverschrijdingen leiden tot definities van etniciteit en of dergelijke definities van etniciteit implicaties hebben voor het verzekeringsgeneeskundig deel van de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling.

### 5.1 **Allochtone cliënten als informatieverstrekkers**

De belangrijkste verwachting ten aanzien van cliënten in de verzekeringsgeneeskundige praktijk is dat zij de verzekeringsarts informatie verstrekken op basis waarvan deze de plausibiliteit van de claim van de cliënt kan beoordelen. Die informatie bestaat in de eerste plaats uit het concreet formuleren van lasten die de cliënt ervaart. Op de tweede plaats uit het verschaffen van informatie over zijn levenssituatie en op de derde plaats over de behandeling van de klachten. De concrete lasten die de cliënt als gevolg van de klachten heeft, bepalen de beperkingen die in de verzekeringsgeneeskundige beoordeling moeten worden geduid. Maar voordat de verzekeringsarts de concrete lasten die de cliënt zegt te ervaren omzet in beperkingen, toetst hij de 'waarheid' van de claim. Om te beoordelen of de cliënt zijn ervaringen waarheidsgetrouw vertelt, verzamelt de verzekeringsarts informatie over diverse aspecten van het leven van de cliënt. Die informatie wordt belangrijker als er een discrepantie lijkt te bestaan tussen de gestelde diagnose en de lasten die een cliënt zegt te ervaren of als de diagnose diffuser is. Op basis van die informatie vormt de verzekeringsarts zich een beeld van de cliënt waarmee hij kan inschatten of de lasten die de cliënt ervaart daadwerkelijk tot beperkingen leiden. Anders dan bij de bedrijfsarts wordt van de cliënt niet verwacht dat hij zelf een analyse van zijn of haar situatie maakt, maar dat hij de verzekeringsarts in staat stelt om dat te doen.

De cliënt heeft hier een minder actieve rol dan in de bedrijfsartsenpraktijk. Het verstrekken van informatie wordt, zo hebben we gezien, door de verzekeringsarts geïnitieerd. De verzekeringsarts stelt allerlei tamelijk eenvoudige vragen over het dagelijks functioneren van de cliënt.

De cliënt moet zo concreet mogelijk antwoord geven. De verzekeringsarts doet "het werk": het combineren en wegen van de antwoorden, het construeren van een beeld, het afwegen van de plausibiliteit van de claim en de vertaling naar de FML. De verschillende vragen dienen als een soort toets, maar werpen tegelijkertijd licht op elkaar en vullen elkaar aan. Een onbevredigend antwoord op een vraag is niet direct problematisch omdat de plausibiliteit van de claim ook met andere vragen en antwoorden belicht kan worden.

De meeste cliënten slagen erin om aan de verwachtingen te voldoen. Zowel autochtonen als in eerste instantie als allochtoon aangeduide cliënten slagen erin om dusdanig informatie te verstrekken dat de verzekeringsarts kan vaststellen of de claim van een cliënt plausibel is. In deze gevallen is er geen verwijzing naar een mogelijk afwijkende etnische achtergrond van de cliënt.

Bij een deel van de cliënten verlopen de gesprekken echter moeizaam, in de zin dat er veel vragen nodig zijn om een beeld te reconstrueren. Voor een deel hangt dat samen met de complexiteit van de situatie waarin cliënten zich bevinden: met name bij klachten zonder een duidelijke medische oorzaak speelt vaak een combinatie van lichamelijke, psychische en sociale problematiek die la-

tig is te ontrafelen. Daardoor is het moeilijk om de verwoorde klachten en beperkingen op waarde te schatten. Maar voor een deel hangt het moeizaam verlopen van een gesprek ook samen met de mate waarin cliënten informatieve antwoorden geven. Dergelijke moeizame gesprekken komen zowel voor bij in eerste instantie als allochtoon geduide cliënten als bij autochtonen cliënten.

Net als bedrijfsartsen brengen verzekeringsartsen dat moeizame verloop van het gesprek bij allochtone cliënten in verband met de etnische achtergrond. We hebben daarbij drie onderling sterk samenhangende definities van etniciteit gezien. Op de eerste plaats wordt het moeizame verloop van gesprekken, als het gaat om een cliënt die als allochtoon valt te duiden, in verband gebracht met een onvermogen om concrete lasten te formuleren.

### **P7. Allochtone man, 1955**

*Kok, is uitgevallen door gezichtsverlamming.*

.....

*Va: weet u waarom u hier bent?*

*Cl: ja*

*Va: waarom dan?*

*Cl: Omdat ik allang ziek ben.*

*Va: ja dat heeft er alles mee te maken, ja. (laat brief zien) U bent hier omdat u het zelf heeft aangevraagd en daarom bent u opgeroepen. U heeft daarvoor natuurlijk onderliggende redenen. Ik voer alles in op het scherm (draait scherm toe) u kunt meelesen. U bent hier voor de beoordeling verstrekking WAO. Ik kijk wat u wel kan. Wat u niet kan is uw eigen werk, daarom bent u hier, u bent 47 jaar, u bent kok. Klopt dat allemaal?*

*Cl: ja*

*Va: op 27/3 bent u gestopt, waarom?*

*Cl: verlamming van gezicht*

*Va: Hoe is het, ik zie het niet zo heel erg?*

*Cl: ja mensen niet, maar ik voel het.*

*Va: ja ik zie wel iets, daar...*

*Cl: hier oog (uitweiding, kort) het tittelt.*

*Va: het tittelt. Wat is dat?*

*Cl: zo (maakt gebaar met vingers) soms oog gaat dicht.*

*Va: ook open soms, als u slaapt?*

*Cl: (onduidelijk)*

.....

*Va: Ik typ even een aantal dingen in: slaapt u goed?*

*Cl: soms door medicijnen.*

*Va: voelt u zich goed verder?*

*Cl: nee ik heb medicijnen*

*Va: even niet over medicijnen. Hoe VOELT u zich?*

*Cl: duizelig, moe.*

*Va: was dat altijd al?*

*Cl: sinds ziekte.*

*Va: u bent duizelig en moe, is dat verbeterd?*

*Cl: nee, medicijnen*

*Va: even nog niet over medicijnen. Hoe is de duizeligheid?*

*Cl: ... (maakt gebaar met handen of zo)*

.....

*Va: u bent niet blij, bent u soms blij?*

*Cl: .... (schouder op halen)*

*Va: moet u huilen?*

*Cl: ja te veel huilen.*

*Va: wat vindt u te veel, elke dag?*

*Cl: meestal wel, ik kan niet zeggen elke dag.*

*Va: hoe lang duurt zo'n huilbui, een half uur? Of 1 minuut?*

*Cl: soms duurt het lang, 3 kwartier.*

*Va: dat is lang. En wat is dan kort?*

*Cl huilt*

*Va: weet u waarom u huilt?*

*Cl: ik vind niet lekker dat ik in deze situatie ben. Altijd gedacht, ik ga werken tot pensioen, in deze situatie niet goed.*

*Va: kunt u helemaal niet meer werken?*

*Cl: Ik moet beter zijn om te werken, ik voel niet goed.*

*Va: dat is te vaag, soms kan je niet goed voelen maar wel werken. Leg eens uit?*

*Cl: Ik voel moe en ik denk dat ziekte terugkomt.*

*Va: wat zei uw dokter daarvan?*

*Cl: die zei ja kan, maar niet denken.*

*Va: nee, het is heel ongebruikelijk dat het terugkomt maar..*

*Cl: ja*

*Va: u maakt zich dus zorgen. Wat gebeurt er als u werkt? Heeft u dat geprobeerd?*

*Cl: ja 3x*

*Va: wat ging u dan bijvoorbeeld doen? Ging u praten of alleen zitten?*

*Cl: nee ik praat niet, ik kook.*

*Va: en hoe ging dat?*

*Cl: ik voel niet goed.*

*Va: maar hoe dan?*

*Cl: "psychic" niet goed.*

*Va: hoe dan?*

*Cl: kan niet zeggen*

.....

*Va: hoe laat gaat u naar bed.*

*Cl: wat zegt u*

*Herhaling*

*Cl: is moeilijk, als medicijnen*

*Va: hoe laat gaat u naar bed?*

*Cl: 2300. Is moeilijk, vroeger altijd later.*

*Va: hoe laat staat u op?*

*Cl: zitten en tv kijken*

*Va: Hoe laat staat u op!*

*Cl: ik kan niet, als ik medicijnen*

*Va: meneer, u bent nu hier, dus hoe laat staat u op?*

*Cl: oh, om 5 uur kan niet meer slapen.*

Bovenstaand voorbeeld laat zien dat de cliënt regelmatig onbevredigende antwoorden geeft op de vragen van de verzekeringsarts. De verzekeringsarts benadrukt bijvoorbeeld dat hij niet naar de medicijnen vraagt, maar naar hoe meneer zich voelt. De poging van de verzekeringsarts om een beter beeld te krijgen van de exacte lasten van de cliënt door te vragen naar het werk, levert ook geen adequaat antwoord op: 'niet goed', maar wat precies niet goed gaat, formuleert de cliënt niet. De verzekeringsarts legt na afloop van het gesprek een verband met de etnische achtergrond van deze cliënt. Hij zegt daarover het volgende:

*..Bij een autochtoon zou er meer uitkomen, die kunnen beter aangeven wat er dan op het werk mis gaat. Bijvoorbeeld: ik laat alles uit mijn handen vallen, ik hoor niet als iemand iets tegen mij zegt. Daar komt hij niet mee, dan moet je het uit de context halen.*

Het materiaal laat zien dat verzekeringsartsen gebrek aan concreetheid bij allochtone cliënten in de regel aanmerken als een kenmerk van DE allochtone cliënt. Er komt dan een definitie van etniciteit tot stand in termen van onvermogen om ervaren klachten en problemen te vertalen naar concrete informatie.

Een tweede definitie van etniciteit, zo komt uit het materiaal naar voren, hangt samen met het zicht op de levenssituatie van de cliënt. Typisch voor allochtonen cliënten is dan dat zij geen informatie verschaffen over de gezins- of huwelijksituatie nu of in het verleden.

## **S12. Allochtone vrouw**<sup>16</sup>

### Vooraf

*Va: 10 jaar geleden heeft mevrouw buikklachten gekregen als gevolg van TBC en uiteindelijk is de baarmoeder weggehaald. Daarna was er sprake van psychische klachten, de vrouw had er erg veel last van dat ze geen kinderen kon krijgen. Dat is ook zo in die cultuur is dat heel belangrijk kinderen, voor de eer en de status, dus dat is erg moeilijk als je geen kinderen kunt krijgen. Maar ja, op een gegeven moment moet je daar toch uit komen, moet je verder, maar dat gebeurt hier niet. Ze heeft klachten aan de arm, maar dat is somatoform; het is ook duidelijk geen conversie, want dan treedt atrofie op en dat heeft ze niet.*

.....

*Haar man, die komt altijd mee, dat is een harde werker, die werkt bij N, keurige man. Ja, wat er nu is, dat krijg je niet boven tafel, ik zie wel die man wordt er ook niet goed van, dat merk ik ook dat er wel spanningen zijn in het huwelijk, maar ja dat zeggen ze mij niet, dat zullen ze nooit zeggen, dus dat blijft gissen wat er nu achter zit, of vroeger in haar jeugd ik weet het niet*

.....

### Na afloop:

*De communicatie is redelijk goed, ik heb ze nu vaak gezien, zeker die man, die is slim, die snapt het wel, maar zij ook wel, maar wil het niet zien, of kunnen, dan is het een persoonlijkheidsstoornis, maar ja daar kom je niet achter, wat verder het beeld is, vroeger, hoe is ze opgegroeid en zo.*

.....

In bovenstaande reactie geeft de verzekeringsarts aan dat er een aantal zaken, zoals spanningen in het huwelijk, de jeugd, hoe het vroeger was, niet boven tafel komen. Het blijft gissen want daar zullen “ze” nooit over vertellen. Deze reacties geven verzekeringsartsen regelmatig. Verzekeringsartsen formuleren dat in termen als ‘je komt er niet achter’, ‘je krijgt daar niet echt de vinger achter’. Typisch voor gesprekken met allochtonen is dan dat bepaalde onderwerpen uit de privé-situatie niet bespreekbaar zijn.

Dat brengt ons bij een derde definitie van etniciteit, die verwijst naar de interactie tussen verzekeringsarts en cliënt. Alhoewel allochtone cliënten, weliswaar soms moeizaam, antwoorden geven op de vragen van de verzekeringsarts, geven verzekeringsartsen aan dat ze dat vraag en antwoord spel niet ervaren als communicatie of een gesprek.

### *M gesprek tussendoor.*

*[Tussen de gesprekken door komt de vergelijking tussen allochtonen en autochtonen ter sprake] De arts geeft aan dat het bij allochtonen vaak moeilijker is vanwege de taal maar ook vanwege een cultureel kader. En dat allochtonen veel meer in pijn blijven steken en in het ziekteverhaal. De onderzoeker trekt een vergelijking met één van de laatste gesprekken met een autochtoon. De onderzoeker geeft aan dat haar indruk was dat deze autochtone cliënt ook heel lang bleef steken in “ik zit in een dip en ik red mij wel (met niets doen)”. De arts lijkt wat verrast, alsof hij dat zelf zo niet had ervaren maar het nu in een ander licht ziet. Va: “ja, toch is het zo dat je eerder op één golf lengte zit, met wat humor en dan kom je verder en met een allochtoon doe je dat niet omdat je het niet aanvoelt”.*

Bij allochtonen komt het met andere woorden niet tot een betekenisvol gesprek. Gebruikelijke interventies of strategieën van vragen en opmerkingen om het ijs te breken of te confronteren werken bij allochtonen niet.

Waar bij de eerste definitie van etniciteit vrij precies in het gesprek aan te wijzen is aan welke verwachting cliënten niet voldoen, is dat bij deze twee laatste punten moeilijker. Als het gaat om bespreken van privé-onderwerpen als relatie, gezinssituatie en de jeugd hebben verzekeringsartsen het gevoel dat ze soms minder informatie krijgen, maar regelmatig wordt er ook niet of nauwelijks naar dit soort zaken gevraagd, bijvoorbeeld omdat de verzekeringsarts er bij voorbaat vanuit gaat dat dat zinloos is of dat antwoord niet betrouwbaar zal zijn. In casus S12 wordt dat bijvoorbeeld mede ingegeven door de aanwezigheid van de partner. In veel gevallen vertelt de cliënt wel din-

<sup>16</sup> Dit is geen Einde Wachtijd beoordeling, maar ook geen gewone herbeoordeling. Deze cliënt is in beroep gegaan tegen de eerste uitspraak. In de bezwaarprocedure zijn er fouten gemaakt. Er zijn in de loop van de periode klachten bij gekomen en 2 expertises uitgevoerd, die elkaar tegenspreken. Een en ander heeft erg lang geduurd en is nog steeds onduidelijk.

gen, maar zijn die niet voldoende voor de verzekeringsarts om een totaalbeeld te vormen waar hij op durft te vertrouwen. Hoewel het bij autochtone cliënten soms ook veel inspanning kost om informatieve antwoorden te krijgen en (contextuele) informatie zeer summier blijft, kunnen verzekeringsartsen zich bij autochtone cliënten meestal veel sneller een voorstelling maken van de levenssituatie en de persoonlijkheid van de cliënt en van de samenhang tussen die persoonlijkheid en de klachten die de cliënt zegt te ervaren. Op basis daarvan durven ze conclusies te trekken over hoe de situatie er uit ziet, waarom de cliënt dingen op een bepaalde manier zegt en ervaart, of de claim oprecht is en in welke mate de ervaring ook daadwerkelijk beperkingen oplevert.

Bij allochtone cliënten ligt dat veel moeilijker. Verzekeringsartsen hebben meer moeite zich iets bij het leven van de allochtone cliënt voor te stellen omdat ze nooit zeker weten of het gedrag van de allochtone cliënt voortkomt uit diens persoonlijkheid of uit diens ziekte, of dat het gedrag misschien te maken heeft met onbekende en onzichtbare processen die voortkomen uit de (culturele) achtergrond van de cliënt. Ze zijn, met andere woorden, nooit zeker of zij de informatie die zij ter beschikking hebben, correct interpreteren. Ze vermoeden dat er meer of andere dingen spelen dan op tafel komen. Daardoor komen zij niet tot een herkenbaar plaatje van de situatie of weten niet zeker of het beeld dat zij reconstrueren wel betrouwbaar is. Die onzekerheid van de verzekeringsarts en de moeizame uitdrukkingsvaardigheid van allochtone cliënten lijken elkaar te versterken. We zien een vergelijkbaar proces als bij bedrijfsartsen. Door de cliënt als allochtoon te zien, wordt hij een vreemde en ontstaat onzekerheid over de informatie. Het feit dat iemand als allochtoon wordt geduid, en bijvoorbeeld niet als een typische tuindersvrouw, zorgt voor meer onzekerheid in plaats van minder. Waar een beeld van de specifieke situatie en persoon bij autochtonen helpt om de antwoorden te interpreteren, bemoeilijkt het beeld van 'DE allochtoon' juist de interpretatie.

## 5.2 Implicaties

We zien dus bij een deel van de cliënten dat het gesprek moeizaam verloopt, cliënten zich moeizamer uitdrukken en verzekeringsartsen moeite hebben om zich een totaalbeeld te vormen van de cliënt. Verzekeringsartsen schrijven deze problemen toe aan de etnische achtergrond wanneer het een cliënt betreft die in eerste instantie door ons als allochtoon is geduid. Het verzamelen van informatie verloopt bij deze cliënten dus moeizaam. Het verzamelen van de informatie is echter geen doel op zich. De verzameling is van belang om de plausibiliteit van de lasten die de cliënt zegt te ervaren, in te schatten. De mate waarin een moeizame informatieverzameling ook het beoordelen moeilijk dan wel onmogelijk maakt verschilt. Het gesignaleerde onvermogen van cliënten om op bepaalde vragen antwoord te geven, of het hiaat dat valt in het levensverhaal van de cliënt, kan namelijk in het gesprek voor een deel en soms zelfs helemaal gecompenseerd worden door andere informatie.

Dat is het geval bij de eerst genoemde definitie van etniciteit, waarbij cliënten in het gesprek op een specifiek punt niet aan de verwachtingen voldoen, namelijk bij het formuleren van concrete lasten die ze ervaren. In het daar gebruikte voorbeeld komt later in het gesprek 'de aap uit de mouw'. Als de verzekeringsarts vraagt naar de behandeling die de cliënt ondergaat blijkt er, naast de oogaandoening die de cliënt heeft, ook een psychiatrische behandeling te zijn.



### **Vervolg P7**

...

*Va: wie is uw huisarts?*

*Cl: X Va: gaat u daar vaak naartoe?*

*Cl: ja zij denkt wel vaak*

*Va: hoe vaak?*

*Cl: 2 weken geleden, voor suiker. (onderzoek hiernaar, geen suiker)*

*Va: komt u er zo elke 2 weken?*

*Cl: ja*

*Va: komt u bij een specialist?*

*Cl: ja RIAGG (kaartje zien)*

*Va: in D. In december ging het niet zo goed hè? Wat was er?*

*Cl: niet lekker, die tijd, ik hoor stemmen in mijn hoofd.*

*Va: wat zeiden ze?*

*Cl: mijn naam roepen.*

*Va: geven ze opdrachten?*

*Cl: nee ik denk te veel zeiden ze.*

*Va: wie zei dat?*

*Cl: de mensen van het RIAGG.*

*Va: zijn het stemmen van buiten?*

*Cl: ik weet niet zo goed.*

*Va: vertel maar wat u weet.*

*Cl: ja ze roepen me en daarom bang*

Aan het einde van het gesprek met deze cliënt (dat overigens lang geduurd heeft) vraagt de verzekeringsarts naar de behandeling die de cliënt ondergaat. Dan blijkt dat de cliënt een crisisopname heeft gehad en stemmen hoort. Uitgangspunt van het gesprek was echter dat de cliënt een oogandoening had. Alhoewel eerder in het gesprek wel verwijzingen zitten naar 'iets psychisch', werden de concrete lasten niet duidelijk, en waren deze antwoorden niet te plaatsen. Alhoewel het gesprek hier veel moeite heeft gekost en de verzekeringsarts veel uit de kast heeft moeten halen, valt de informatie uiteindelijk op zijn plaats, en ziet de verzekeringsarts zichzelf in staat om de betrouwbaarheid van de claim van de cliënt vast te stellen en om de "daadwerkelijke" beperkingen boven tafel te krijgen.

Ook in een aantal andere gevallen acht de verzekeringsarts zich in staat om een voldoende betrouwbaar oordeel over de beperking te geven, ondanks het feit dat hij niet geheel grip heeft op de samenhang tussen complex op elkaar inwerkende lichamelijke, psychische en sociale problematiek. Dit is regelmatig het geval bij de tweede definitie van etniciteit, dat je bij allochtonen niet goed zicht krijgt op de privé-situatie. Niet alle 'checks and balances' zijn dan uitgevoerd, maar er blijft voldoende argumentatie over om de beperkingen die de cliënt claimt al dan niet als plausibel te beoordelen.

### **L10 Allochtone vrouw, 1981**

*Spreekt goed Nederlands. Zwangerschapsproblemen. Later ademhalingsproblemen en neuspoliepen.*

*Va doet uitgebreid navraag naar de gebruikelijke thema's en vult dat aan met lichamelijk onderzoek. Naast ademhalingsproblemen zegt de cliënte ook met rug-, been- en buikproblemen te kampen te hebben waarvan de oorzaak niet duidelijk wordt. De cliënte heeft veel pijn en zegt vanwege rug ook niet te kunnen tillen.*

#### Naderhand:

*Va: De rug was helemaal niets. Verslaptte spieren maar dat was het.*

....

*Ze is verder niet depressief. Ze lijkt eigenlijk niet te willen. Ik weet niet goed waarom. Daar krijg je dan bij hun (allochtonen) niet echt je vinger achter. Uiteindelijk bleek wel dat ze schoonmaakte, met haar zus. Eerst zegt ze dat niet.*

In dit voorbeeld is de verzekeringsarts niet onzeker over de beperkingen. Hij neemt aan dat de pijn die de cliënt aangeeft in haar rug, wordt veroorzaakt door verslaptte spieren en dat is geen

reden om op dat vlak beperkingen te duiden. Hij krijgt echter geen vinger achter de vraag of de cliënte haar pijnklachten aandikt en, als dat zo is, waarom ze dat zou doen. In hoofdstuk 4 hebben we gezien dat inzicht in die waarom-vraag (bijvoorbeeld als het gaat om pijnklachten die in verband kunnen worden gebracht met de psychosociale situatie waarin de cliënt verkeert) eventueel in combinatie met inzicht in het toekomstperspectief van een cliënt op verschillende manieren wordt gebruikt. Bijvoorbeeld om een alternatieve verklaring te geven voor klachten die in eerste instantie niet te plaatsen waren en daardoor niet redelijk leken. Het voegt dan een extra element toe aan het afwegingsproces voor de plausibiliteit. Daarnaast wordt het mogelijk om een inschatting te maken van de vermoedelijke consequenties van het aangeven van beperkingen voor het reïntegratieproces. Die consequenties worden niet alleen meegewogen bij het duiden van beperkingen, maar speelt, zo hebben we in hoofdstuk 4 gezien, ook een rol in de wijze waarop de verzekeringsarts de boodschap van zijn beoordeling overbrengt. Klachten die de cliënt ervaart (u heeft wel pijn, maar die komt niet door de rugafwijking) worden daarom erkend en krijgen een plaats, ook zonder dat ze vertaald worden in een beperking.

Verzekeringsartsen proberen met deze werkwijze hun besluit aan cliënten uit te leggen en acceptabel te maken. Dat is volgens artsen niet zozeer van belang voor de beoordeling zelf, maar vooral voor de kans van slagen van een duurzame reïntegratie die in het traject na de beoordeling tot stand moet komen. Conflicten, en daar is sprake van als een cliënt het niet eens is met de beoordeling, ondermijnen dan de professionele vertrouwensrelatie die volgens artsen een noodzakelijke voorwaarde is voor succes.

De implicaties van deze eerste twee definities van etniciteit, waar een aanwijsbaar deel van de informatie ontbreekt, blijken vooral op het niveau van het voeren van een gesprek te liggen. Dat voeren van een gesprek verloopt moeizamer, kost meer inspanning en levert verhoudingsgewijs een minder betrouwbaar oordeel op. Of het oordeel daardoor structureel anders uitpakt dan bij autochtone cliënten valt op basis van dit onderzoek niet zonder meer aan te geven. Bij allochtone cliënten waar het gesprek moeizaam verloopt, ontbreken enkele informatiebronnen en juist omdat die er niet zijn, kunnen we niet beoordelen of de beoordeling anders zou hebben uitgepakt dan bij een autochtone/ideale cliënt. Wel wordt duidelijk dat het ontbreken van een totaalbeeld implicaties heeft voor de communicatie en de mogelijkheden die de verzekeringsarts heeft om de boodschap aan de cliënt over te brengen. Het risico dat de cliënt het niet eens is met het oordeel van de arts, als deze geen aanleiding ziet om beperking te duiden terwijl de cliënt deze wel ervaart, wordt groter. Dit draagt mogelijk bij aan de relatieve oververtegenwoordiging van allochtonen als het gaat om het aantekenen van beroep.

Bij de derde definitie van etniciteit gaat het niet om het ontbreken van een aanwijsbare informatiebron, maar komt het beeld überhaupt niet tot stand. Deze definitie omvat daarmee ook de eerste twee: als er geen adequate communicatie tot stand komt krijgt de verzekeringsarts geen zicht op de concrete lasten van de cliënt en diens privé-situatie. Het gaat bij de verschillende definities van etniciteit dan ook om een analytisch onderscheid, de communicatieproblemen komen in de spreekkamer in verschillende gradaties voor.

Of hiaten in het verhaal wel of niet gecompenseerd kunnen worden en of verzekeringsartsen zich in staat achten om desalniettemin een voldoende betrouwbaar oordeel te kunnen vellen hangt samen met het verhaal dat de cliënt vertelt maar ook met het type klachten of met de aandoening van de cliënt. Zoals we in het vorige hoofdstuk hebben laten zien wordt de informatie over het levensverhaal en het vermogen dat verhaal te verwoorden, belangrijker naarmate de klachten van de cliënt diffuser zijn of niet goed in verband zijn te brengen met een duidelijke medische diagnose. Serieuze problemen bij de beoordeling blijken zich dan ook vooral voor te doen bij een specifieke categorie allochtone cliënten. Het gaat dan om cliënten die slecht Nederlands spreken, ongeschoold werk doen (en waarschijnlijk een lage opleiding hebben) en diffuse klachten hebben. Dit

is het type allochtoon waarnaar verzekeringsartsen im- of expliciet verwijzen als ze de vraag voorgelegd krijgen of er verschillen zijn in het beoordelen van allochtonen en autochtonen.

Dat juist deze categorie allochtonen problemen geeft bij de verzekeringsgeneeskundige beoordeling hangt samen met een aantal op elkaar inwerkende processen. Dat een slechte taalbeheersing de communicatie lastig maakt zie je in de gesprekken terug. Antwoorden van de cliënt hebben regelmatig een wat steekwoordachtig karakter, waardoor het voor artsen moeilijker is er betekenis aan te geven; concrete klachten worden niet echt aangegeven; cliënten brengen zaken naar voren waar de verzekeringsarts op dat moment niet naar vraagt en als de partner zich daar ook in mengt, maakt dat de lijn van het gesprek rommelig. Anderzijds lijkt de verzekeringsarts ook minder te vragen. In onderstaand gesprek bijvoorbeeld, vertelt de partner van de cliënt dat de cliënt geprobeerd heeft om te werken, maar dat dat niet ging. De verzekeringsarts grijpt dit niet aan om te vragen waarom niet.

#### **K16. allochtone vrouw, 1969**

*Vooraf: deze vrouw is 33, nog jong, misschien spreekt ze dan wat beter Nederlands, dat maakt het anders*

....

*Va: u spreekt goed Nederlands?*

*Man: ja*

*Va: weet u waarvoor u hier komt?*

*Cl: ja, we hebben die brief gekregen (wijst naar vragenformulier op het bureau) daar stond in we moeten bellen voor een afspraak, toen hebben we gebeld, en toen zeiden ze vandaag komen.*

*Va: voor de WAO*

*Man: ja voor de WAO*

*Va: De WAO, bent u hier geboren*

*Cl: nee*

*Va: en u?*

*Man: nee*

*Va: en hoe lang bent u in Nederland?*

*Cl: 10 jaar*

*Man: zij 10 jaar ik, langer*

*Va: hoe lang?*

*Cl: mmm, 16–17 jaar ongeveer*

*Va: goed, volgens mijn informatie zit u sinds begin januari in de ziektewet, en na 1 jaar, dat is komende januari, dan houdt de ziektewet op. Als u dan nog niet aan het werk bent, dan moet ik kijken wat mevrouw nog kan, wat voor klachten ze heeft, wat ze niet kan en wel kan en dan daarna gaat de arbeidsdeskundige kijken wat voor werk ze dan nog kan doen*

*Cl: ik heb pijn hier*

*Va: nee, nee, wacht even, laat mij eerst even vertellen, dan later komen we daar op. De arbeidsdeskundige gaat dan kijken naar werk wat u nog kunt en wat u daar mee kunt verdienen. U zit nu nog in de ziektewet?*

*Cl: ja*

*Va: wanneer was uw laatste bezoek aan de bedrijfsarts?*

*Cl: (na even denken en overleg) 2 maanden geleden*

*Va: en heeft u nog een nieuwe afspraak met de bedrijfsarts?*

*Cl: nee*

*Va: wat waren uw klachten in januari*

*Man: rug*

*Cl: pijn hier (wijst naar de onderrug)*

*Man: ja, rug en schouder*

*Va: de rug*

*Man: ja eerst de schouder, daar heeft ze fysiotherapie voor en toen de rug, toen zijn we naar de huisarts gegaan, die zei dat de schouder komt door de rug, niet recht en naar fysiotherapie gestuurd*

*Va: voor de schouder?*

*Man: nee voor de rug*

*Va: dus u had pijn aan de rug, toen bent u naar de huisarts gegaan en die zei dat u naar fysiotherapie moest*

....

*Va: en waar had u precies last van?*

Cl: (wijst op de onderrug) hier en dan trekt het in heen, zo, (wijst op rechter been) helemaal Va: dus pijn onder in de rug en dat trekt in het rechter been, hoe ver

Cl: ja, alleen dit been

Va: helemaal, 't hele been

Cl: ja (wijst tot aan de voet)

Va: (kijkt onder tafel) dus tot in de voet?

Cl: ja

Va: en wanneer?

Cl: sinds januari

Va: ja, maar wanneer heeft u pijn?

Cl: altijd

Va: en altijd even erg, of soms meer, als u wat doet?

Cl: nee altijd, ook 's nachts, ik kan niet goed slapen

Va: en altijd even erg, het is niet soms wat minder?

Cl: nee, altijd hetzelfde

Man: door haar heb ik het zwaar thuis, ik moet alles doen. We hebben ook kinderen, en zij heeft een beetje geprobeerd, want altijd zitten is ook niet goed, een beetje wat doen, maar moet vasthouden, ja met lopen de kinderwagen vasthouden, anders kan ze niet lopen

Cl: ja, of ik loop met de fiets, de fiets nodig om te lopen

Va: en u heeft kinderen, hoeveel?

Cl: 3

Va: hoe oud?

Cl: 13, 9 en 2

Man: ja, ik doe alles thuis

Va: en werkt u ook

Man: ja

.....

Va: en het huishouden?

Cl: goed, ik niet veel werken

Va: wat doet u dan?

Cl: kleren maken, beetje

Va: en koken

Cl: nee, niet koken, alleen beetje, frites maken, niet meer, want kan niet lang staan

Va: en het zware werk?

Cl: zijn moeder beetje schoonmaken

Man: dat doe ik ja ik werk dan 6 dagen en dan heb ik 4 dagen vrij, dan doe ik schoonmaken en zo

Va: en wat doet u?

Cl: zitten

Va: alleen zitten

Cl: ja

Va: en wat doet u dan als u zit?

Cl: een beetje Nederlands leren

Va: hoe?

Cl: met computer

Va: op de computer Nederlands leren, en tv kijken

Cl: (lacht wat) ja ook

Va: welke zenders?

Cl: Nederlands en ook Arabisch

Va: ook Arabisch

Cl: ja, we hebben satelliet

Va: en heeft u ook hobby's, dingen die u leuk vindt om te doen

Cl: nee, nee

Va: geen andere dingen die u leuk vindt

Cl: nee

.....

Man: dokter...

Va: oké, als u dat goed vindt ga ik praten met uw huisarts, even kijken wat hij er van zegt, dan moet u hier even tekenen

Man: ja, goed, die weet alles

Cl: ja, dokter..

*Man: ja, want ze is nog jong hè, wij hopen dat ze beter wordt, ze heeft ook geprobeerd hè, van de 6 uurtjes dan eerst 2 uurtjes werken,*

*Va: dat heeft ze geprobeerd*

*Man: ja, maar dat ging niet*

*Cl: ja, want ik heb ook problemen hè, met alleen maar thuis zitten, dus heb ik dat geprobeerd, maar 2 uurtjes, maar dat ging niet*

*Va: nee, nou ik ga contact opnemen met dokter...*

*Naderhand:*

*Va: nou zeg het maar, wat moeten we hier mee?*

*O: tja, dat weet ik ook niet*

*Va: hier kan je geen kant mee op, je kunt niet communiceren, 10 jaar in Nederland!*

*O: en het is moeilijk om er achter te komen wat er nu zit?*

*Va: ja, en met zo'n man erbij, dan krijg je er niets meer uit, ja ze zeggen meteen dat hij alles doet, en nou ja het enige dat ze steeds zegt is dat ze moe is, wel 3x*

*O: de klachten op zich, die zie je toch bij autochtonen ook?*

*Va: ja, maar dan kun je er toch meer over praten, dan kun je het er over hebben, en die kunnen ook vaak naar ander werk begeleid, dat gaat hier ook niet, ja wat moet je er mee?*

*O: ze kunnen niets anders dan de schoonmaak?*

*Va: ja, nu ja, en dan 10 jaar hier en geen Nederlands spreken, ja dan komen ze hier en meteen de schoonmaak in. Voor Nederlandse vrouwen, ja die gaan dat dan wel weer doen voor de contacten, om onder de mensen te zijn, maar hier gaat dat niet op. Net in Nederland, 30 uur werken en de kinderen, dat geeft geen tijd voor sociale contacten.*

*O: ook niet op het werk?*

*Va: nee, geen sprake van, ze werken ook vaak alleen denk ik*

De interactie tussen cliënt en verzekeringsarts verloopt stroef, en de arts wordt gedurende het gesprek bevestigd in de gedachte dat hij hier een typisch allochtone cliënt voor zich heeft, waar niet mee te communiceren valt. Dat ontmoedigt en roept allerlei twijfels op. In het gesprek lukt het de verzekeringsarts niet daar doorheen te breken. Bij de afronding van het gesprek gaat hij niet meer in op de poging van de werkhervatting, die dan door de partner van de cliënt wordt ingebracht. In het gesprek achteraf zijn twee verklaringen te destilleren, die aangeven waarom de verzekeringsarts denkt dat hij niet verder komt. Op de eerste plaats is dat de communicatie, die loopt niet. De aanwezigheid van de echtgenoot versterkt daarbij het idee dat wat hij ook zal proberen er toch niet op tafel zal komen wat er speelt.

Op de tweede plaats geeft hij aan dat de situatie van deze cliënt perspectiefloos is, en dat ze niet naar ander werk kan worden gereïntegreerd. Die laatste conclusie baseert hij op een algemeen beeld dat hij heeft van de sociaal-economische positie van laag opgeleide allochtonen in Nederland. Enerzijds verwijst hij wat verontwaardigd naar het feit dat de cliënt na 10 jaar in Nederland nog geen Nederlands spreekt, maar anderzijds vindt hij haar situatie vrij treurig. Hoe de beoordeling ook uitpakt, hij verwacht dat dit type cliënt niet begeleid kan worden naar ander werk. Het schoonmaakwerk dat ze nu doet, acht hij weinig opwekkend omdat een aantal extrinsieke waarden van werk waar autochtonen in de schoonmaak een zekere voldoening uit kunnen halen, niet opgaan.

Dit voorbeeld is illustratief voor dit type interactie. Een andere arts zegt hierover het volgende:

### ***S algemeen praatje met de arts***

*Vertelt een en ander over zijn kijk op allochtonen. Stuurt ze regelmatig naar een psychiatrische expertise (is hier niet zo eenvoudig omdat in de buurt geen gespecialiseerde psychiaters zitten); daar komt toch regelmatig wel wat uit, een niet gediagnosticeerde depressie. Als ze slecht Nederlands spreken, dan kun je wel proberen dat zelf te achterhalen, maar dat krijg je niet op tafel, dat kost zoveel tijd en moeite. En d'r zit veel problematiek, mensen voelen zich behandeld als tweederangsburgers, dat voelen ze heel goed en dat wordt alleen maar erger; ze vrouwen dat niet, jullie geven toch niets om ons. En dan ben ik ook zo'n westerling, ook naar mij denken ze dat denk ik, ik ben voor jou toch maar tweederangs; en nu je ziet het meteen, economisch gaat het slechter, de eerste ontslagen vallen weer bij allochtonen.*

De reacties van verzekeringsartsen laten zien dat ze geen grip krijgen op de vraag wat er nu met deze cliënten aan de hand is. Hun instrumentarium schiet te kort om zicht te krijgen op de situatie van een cliënt als de communicatie niet loopt. Slechte beheersing van de taal en de uitdrukkingsvaardigheid, een gebrek aan notie van wat er verwacht wordt in het gesprek en de aanwezigheid van een partner zijn, in combinatie, niet bevorderlijk voor het voeren van een gesprek en zaaien twijfel. In de reflectie die verzekeringsartsen op deze gesprekken geven, zoeken ze naar een verklaring waarom dat in deze situaties zo moeilijk is. Daarvoor gebruiken ze op de eerste plaats algemene ideeën over de sociaal-economische positie van laag opgeleide allochtonen. Die schatten ze als weinig rooskleurig en perspectiefloos in. Op de tweede plaats brengen ze de situatie in verband met cultureel bepaalde noties van ziektegedrag en ideeën over oneigenlijk gebruik van sociale voorzieningen. Op de derde plaats overwegen ze wat de consequenties zijn van het al dan niet aangeven van een beperking, niet zozeer voor de vraag of iemand een uitkering krijgt, maar voor de mogelijkheden van een cliënt op de arbeidsmarkt. Dat leidt vaak tot de conclusie dat die mogelijkheden er hoe dan ook niet zijn.

Alhoewel dit pogingen van verzekeringsartsen zijn om grip te krijgen op de situatie, blijken deze overwegingen de onzekerheid te versterken. De sociaal-economische positie maakt het wellicht voorstelbaar dat cliënten daadwerkelijk klachten krijgen, maar dat geeft geen antwoord op de vraag of de beperking van een specifieke cliënt plausibel is. En dat zelfde geldt voor het andere type overwegingen. Uiteindelijk leidt dat tot frustratie en machteloosheid. Met name omdat hoe de FML ook wordt ingevuld, de situatie in de ogen van de verzekeringsarts perspectiefloos blijft. Deze overwegingen leiden dus niet tot een duidelijke conclusie. Het totaalbeeld ontbreekt nog steeds en is omgeven met allerlei vragen. Overigens leidt deze situatie tot een zekere moedeloosheid bij verzekeringsartsen die weinig inspirerend is voor het voeren van gesprekken met laag opgeleide, slecht Nederlandse sprekende allochtonen. Dergelijke gesprekken kosten immers veel energie, maar leveren weinig op. Desondanks moet er zoals gezegd een oordeel komen. Hoe verzekeringsartsen in deze situatie oordelen wordt uit het materiaal niet goed duidelijk (overigens mede doordat in een aantal gevallen nog geen FML werd ingevuld omdat eerst informatie van de behandelende sector werd afgewacht). Wel is duidelijk dat het oordeel omgeven is met veel twijfel, en dat tast de betrouwbaarheid van het oordeel aan.

Over welke consequenties dit verzekeringskundig oordeel heeft voor de uitkomst van de WAO-beoordeling in haar geheel en eventuele reïntegratie daarna, kunnen evenmin harde uitspraken worden gedaan omdat dit traject niet is onderzocht. Wel geven verzekeringsartsen zelf aan dat in deze gevallen van twijfel twee opties hebben bij het duiden van de beperkingen, die geen van tweeën erg bevredigend zijn. In de eerste plaats kan de verzekeringsarts besluiten om de betreffende functiebeperking niet op de FML op te nemen, simpelweg omdat er geen afdoende objectief bewijs voor is. In dergelijke gevallen loopt de arts grote kans dat hij voorbij gaat aan klachten die de cliënt echt ervaart en ontstaat het risico dat de cliënt het niet met die beslissing eens is. De cliënt kan dan in beroep gaan. En zoals één van de voorbeelden in paragraaf 5.1 liet zien (S12), leiden beroepszaken er volgens verzekeringsartsen vaak toe dat cliënten zich in hun klachten vastblijven en reïntegratie van de agenda verdwijnt. Als de cliënt wel gaat werken, geeft dat gezondheidsrisico's en het risico op hernieuwde uitval; als hij dat niet doet verdwijnt hij uit zicht.

In de tweede plaats kan de arts besluiten de beperking wel te honoreren. Maar als dat gebeurt terwijl de verzekeringsarts niet zeker is van de plausibiliteit van de klachten, brengt dat twijfels ten aanzien van de rechtvaardigheid. En daarnaast roept het de vraag op of de cliënt, gezien de verwachting dat voor hem geen functies te duiden zullen zijn en hij waarschijnlijk volle dig arbeidsongeschikt zal worden verklaard, daarmee wel gediend is. Het kan de situatie nog uitzichtlozer maken.

### 5.3 Conclusie

Op basis van dit hoofdstuk valt het een en ander te zeggen over de rol van etniciteit in de spreekkamer van de verzekeringsarts. Op de eerste plaats wordt duidelijk dat, net als in de bedrijfsartsenpraktijk, etniciteit niet bij voorbaat een rol speelt in de verzekeringsgeneeskundige praktijk. Een deel van de in eerste instantie als allochtoon aangeduide cliënten voldoet net als veel autochtone cliënten aan de belangrijkste verwachting ten aanzien van cliënten in deze praktijk, namelijk het verstrekken van informatie over concrete lasten die ze ervaren, inzicht geven in hun levenssituatie en het verstrekken van informatie over de behandeling. Ze stellen de verzekeringsarts daarmee in staat om zich een totaalbeeld te vormen van de cliënt, de beschikbaarheid van de verwoorde ervaringen vast te stellen en de beperkingen te duiden. Bij de ‘allochtone’ cliënten die aan deze verwachtingen voldoen komt de etnische achtergrond niet ter sprake en zijn het “gewone” cliënten.

Op de tweede plaats wordt duidelijk dat er cliënten zijn, zowel autochtone als allochtone, waar de informatieverstrekking op bepaalde punten moeizaam verloopt. Het kan dan bijvoorbeeld gaan over het verwoorden van de concrete lasten die de cliënten ervaren of delen uit het levensverhaal. Alhoewel dit zowel bij allochtone als autochtone cliënten voorkomt, brengen verzekeringsartsen dit moeizame verloop van het gesprek bij allochtonen in verband met de etnische achtergrond van de cliënt. Typisch voor DE allochtone cliënt is dan dat zij concrete lasten niet kunnen formuleren, dat de privé-situatie, met name als het gaat om problemen in de gezins- of huwelijkssituatie of problemen ten gevolge van de opvoedingssituatie in het verleden, niet bespreekbaar is en dat je niet met ze kunt communiceren. Als op één van deze punten informatie achterwege blijft, moet de verzekeringsarts meer werk verzetten om een totaalbeeld te vormen. De gesprekken kosten dan meer tijd, omdat de verzekeringsarts zoekt naar compenserende informatie om dat een totaalbeeld toch te vormen. In een aantal gevallen lukt dat en heeft het moeizaam verlopen van het gesprek geen aanwijsbare consequenties voor de duiding van beperkingen. In sommige gevallen blijven hiaten in het beeld over, heeft de arts minder controlepunten, maar acht de verzekeringsarts zich wel in staat om beperkingen te duiden. Als dat leidt tot het niet honoreren van de claim van de cliënt, beperkt dat wel de mogelijkheden die de verzekeringsarts heeft om de boodschap zodanig te presenteren dat de beoordeling acceptabel is voor de cliënt. Alhoewel de onzekerheidsmarge van de beoordeling iets groter is, lijken de consequenties hier voornamelijk te zijn dat het risico op beroepszaken toeneemt.

Verzekeringsartsen lijken bij autochtone cliënten dus minder moeite te hebben met het reconstrueren van een totaalbeeld van de cliënt, ook als zich hiaten in de informatie voordoen. Deze hiaten zijn, onder meer door het gebruik van herkenbare persoonstypen, sneller gecompenseerd, verzekeringsartsen durven makkelijker conclusies te verbinden aan de uitspraken van de cliënt en vormen zich gemakkelijker een beeld van de cliënt. Hier doet zich eenzelfde type verschil voor als bij bedrijfsartsen, namelijk dat op het moment dat problemen in verband gebracht worden met de etnische achtergrond, dit de cliënt tot een vreemde maakt en twijfel genereert over de betekenis van de uitspraken van de cliënt.

Tenslotte is er een specifieke categorie allochtone cliënten, waarbij verzekeringsartsen de beoordeling echt problematisch vinden. Het gaat dan om laag opgeleide, slecht Nederlands sprekende allochtone cliënten die ongeschoold werk doen en diffuse klachten hebben. Deze combinatie van factoren geeft geen ruimte om onvolledige informatie op het ene punt te compenseren met andere bronnen van informatie, omdat over de hele linie de informatie gebrekkig is. Het instrumentarium van verzekeringsartsen schiet hier te kort, en het gesprek eindigt in grote onzekerheid. Of er patroon zit in de wijze waarop deze onzekerheid zich uiteindelijk vertaalt in het duiden van beperkingen, is op basis van de analyse niet aan te geven.

## 6 Samenvatting en Conclusies

### 6.1 Inleiding

De afgelopen tijd trekt de positie van allochtonen in het veld arbeidsongeschiktheid en reïntegratie steeds meer aandacht. Die aandacht hangt onder meer samen met het vermoeden dat allochtonen een groter WAO risico hebben dan autochtonen. In aansluiting bij recente benaderingen in het uitvoeringsonderzoek hebben wij in dit onderzoek bekeken of deze oververtegenwoordiging kan worden verklaard in termen van de sociaal selectieve werking van beleid en uitvoering op het terrein van verzuim, arbeidsongeschiktheid en reïntegratie. Ons onderzoek richtte zich op de vraag of *de wijze waarop regels ten aanzien verzuimbegeleiding, verzuimbeoordeling en reïntegratie in de uitvoeringspraktijk vorm krijgen andere consequenties heeft voor allochtonen dan voor autochtonen.*

Bij de operationalisering van dat onderzoek hebben we ons laten leiden door ideeën uit het sociaalconstructivistisch uitvoeringsonderzoek en die gecombineerd met dynamisch-heterogene conceptualisering van etniciteit zoals die momenteel op het terrein van de zogenaamde etnische studies gehanteerd worden. Uitgangspunt van het sociaalconstructivistisch onderzoek is dat professionals als bedrijfs- en verzekeringsartsen zich in hun handelen oriënteren op een zogenaamde praktische logica, die een eigenstandig karakter heeft en geen onproblematistische afgeleide vormt van formeel beleid.

Praktische logica verwijst dan naar de vanzelfsprekende manier van werken die in iedere praktijk in de loop van de tijd per definitie ontstaat en die het resultaat is van een samenspel van formele regels, procedures en doelstellingen enerzijds en professionele kennis, ervaring, routines, methodieken, informele regels en praktische mogelijkheden anderzijds. Zo'n manier van werken is vanzelfsprekend in de zin dat professionals weten hoe te handelen zonder dat ze volledig kunnen expliciteren waarom ze zo handelen. De praktische logica impliceert niet alleen wat er in de betreffende praktijk op het spel staat, maar bevat tevens impliciete voorschriften ten aanzien van de rollen, taken, verantwoordelijkheden, passend gedrag etc. van de professionals en andere betrokkenen (zoals cliënten). Dat wil zeggen dat de manier van werken van een professional zoals een bedrijfs- of verzekeringsarts een bepaald type cliënt veronderstelt. Zo'n "ideale" cliënt gedraagt zich conform de praktische logica en neemt de taken en verantwoordelijkheden op zich die impliciet aan hem zijn toegeschreven. Zo'n cliënt, kortom, maakt het de professional mogelijk zijn werk met succes te doen.

Uitvoeringsonderzoek zoals dat van Meershoek (1999) laat echter zien dat cliënten zich niet altijd probleemloos conformeren aan de verwachtingen die er in een bepaalde praktijk ten aanzien van hun handelen zijn en dat dat het werk van de professional bemoeilijkt. Omdat het succes van hun werk op het spel staat reageren professionals daarop. Zij doen dat onder meer door de knelpunten die zij in de interactie met hun cliënt tegenkomen zodanig te duiden dat er aanknopingspunten ontstaan voor verdere actie en voor oplossingen.

Eerder onderzoek laat zien dat zowel allochtone als autochtone cliënten in hun gedrag normen tot uiting kunnen brengen die afwijken van de impliciete eisen die de werkwijze van bedrijfs- of verzekeringsarts aan hen stelt. Met dit onderzoek zijn wij nagegaan of de wijze waarop professionals zulke knelpunten duiden bij allochtone cliënten afwijkt van de manier waarop ze dat bij autochtone cliënten doen. Wij hebben etniciteit, in aansluiting bij recente conceptualisering, opgevat als het heterogene, veranderlijke product van menselijke praktijken. Wij wilden weten of en hoe noties van etniciteit een rol spelen in het handelen van bedrijfsartsen, of het gebruik van dergelijke noties ertoe leidt dat professionals knelpunten die zij in het werken met allochtone cliënten tegenkomen anders duiden en of dat leidt tot verschillen met autochtone cliënten voor wat betreft de



kans op succesvolle reïntegratie. We wilden, kortom, weten of er sociale selectie plaatsvindt, die samenhangt met de manier waarop beleid ten aanzien van verzuimbegeleiding en arbeidsongeschiktheidsbeoordelingen ten uitvoer gebracht wordt.

Omdat wij etniciteit in dit onderzoek opvatten als een product van de (vanzelfsprekende) manier van werken van de bedrijfs- of verzekeringsarts moeten wij dat productieproces inzichtelijk maken. Daarvoor is dus in de eerste inzicht nodig in die praktische manier van werken en in de vanzelfsprekendheden die er in besloten liggen. Om die reden is in dit onderzoek gekozen voor een intensieve studie van de betreffende handelingspraktijken zelf. Daarbij is met name gebruik gemaakt van de participerende observatie. Zoals uit het bovenstaande duidelijk zal zijn ging het er daarbij niet om om het werk van bedrijfs- en verzekeringsartsen op basis van formele criteria te beoordelen, maar om een beschrijving van twee praktijken die zich binnen de kaders van wat praktisch mogelijk is gevormd hebben.

De resultaten van de observaties zijn voor wat betreft de bedrijfsarts beschreven in hoofdstuk twee en voor wat betreft de verzekeringsarts in hoofdstuk vier. In hoofdstuk twee proberen we de eerste vier van onze onderzoeksvragen voor wat betreft de bedrijfsgeneeskundige praktijk te beantwoorden. In hoofdstuk vier doen we hetzelfde voor de verzekeringsgeneeskundige praktijk. Die vragen luiden:

- Hoe betrokken professionals precies te werk gaan
  - Welke impliciete normatieve noties in hun manier van werken besloten liggen.
  - Of er inderdaad sprake is van verschillen tussen de impliciete normatieve noties van de professionals enerzijds en hun cliënten anderzijds.
  - Hoe betrokken professionals omgaan met dergelijke verschillen
- In hoofdstuk drie en vijf borduren we voort op de impliciete normativiteit die we in het werk van respectievelijk de bedrijfs- en de verzekeringsartsen aantreffen. In deze hoofdstukken gaan we nader in op de laatste drie onderzoeksvragen
- Of problemen die uit dergelijke verschillen voortvloeien bij allochtone cliënten geduid worden in termen van etniciteit,
  - Welke definitie hier aan etniciteit wordt gegeven,
  - Welke consequenties dat heeft voor allochtone cliënten met name in termen van mogelijke verschillen met autochtone cliënten

In de volgende twee paragrafen zetten we bevindingen van ons onderzoek nog eens op een rijtje.

## 6.2 Het werk van de bedrijfsarts

De analyse van de gesprekken tussen bedrijfsartsen en cliënten die we in hoofdstuk 2 hebben gepresenteerd laat zien dat in deze gesprekken twee, overigens onderling verweven, thema's op de agenda staan. Op de eerste plaats gaat het om het verkrijgen van inzicht in de klachten van cliënten. Op de tweede plaats om het vormgeven van het reïntegratietraject. Voor beide kwesties vormt kennis over de aandoening die de klachten verklaart een belangrijk oriëntatiepunt. Bedrijfsartsen zijn in het gesprek dan ook geïnteresseerd in de diagnose die gesteld is in de behandelende sector. Als cliënten die diagnose niet kunnen geven gaan bedrijfsartsen actief op zoek naar informatie aan de hand waarvan ze die diagnose kunnen reconstrueren.

Van cliënten wordt in deze eerste fase van het begeleidingstraject verwacht dat ze de bedrijfsarts informeren. Als het kan over de diagnose die is gesteld. Als cliënten die niet weten of als de diagnose nog niet is gesteld, wordt van hen verwacht dat ze informatie over hun klachten en met name over datgene wat in het behandelcircuit gebeurt, onversneden en ongekleurd aan de bedrijfsarts vertellen. Die informatie stelt de bedrijfsarts in staat om te beoordelen welke betekenis aan de

klachten moet worden gehecht, of de lasten en belemmeringen aannemelijk zijn en wat in eerste instantie de consequenties zijn voor het reïntegratietraject. Alhoewel dat niet de primaire focus van hun werk is, stelt heldere informatie de bedrijfsarts bovendien in staat om te beoordelen of de cliënt te goeder trouw is. Hoe helderder de informatie van de cliënt, hoe makkelijker de bedrijfsarts zicht krijgt op aandoening en de consequenties die daaraan moeten worden verbonden.

In nogal wat situaties echter, blijkt het verschaffen van heldere informatie lastig. Niet omdat cliënten niet in staat zijn om heldere informatie te verschaffen, maar omdat er sprake is van diffuse en/of gecombineerde problematiek. In deze gevallen is er überhaupt geen diagnose of in ieder geval geen diagnose die een helder en eenduidig verband geeft tussen aandoening en klachten. De bedrijfsarts beschikt dan niet over een duidelijk ijkpunt om de klachten van de cliënt te beoordelen. Bedrijfsartsen hanteren in deze gevallen (en dat zijn verreweg de meeste) een andere strategie om te beoordelen of de klachten aannemelijk zijn en om het begeleidingstraject vorm te geven.

In zekere zin maken bedrijfsartsen bij zogenaamde diffuse klachten, evenals in de herstelfase bij meer eenduidige aandoeningen, gebruik van 'indirect' bewijs. Dat indirecte bewijs is gebaseerd op een interpretatie van de gedragingen van de cliënt. Van cliënten wordt verwacht dat zij laten zien dat zij de intentie hebben om beter te worden en weer aan het werk te gaan. Die intentie blijkt uit de mate waarin ze initiatief tonen bij de behandeling van hun klachten en bij het vormgeven van de reïntegratie. Met name bij de reïntegratie vormt de vooruitgang die een cliënt weet te boeken een belangrijke oriëntatiepunt. Als cliënten hun best doen om beter te worden en het werk te hervatten, zoals blijkt uit het feit dat ze daar ook echt in slagen, impliceert dat voor de arts dat er daadwerkelijk een klacht is die het werken in de weg staat.

Voor een deel van de cliënten is de verwachting dat op eigen beweging gewerkt wordt aan een werkhervatting te hoog gegrepen. Het vergt namelijk de vaardigheid om met distantie naar de eigen situatie te kijken en afstand te nemen van de ziekenrol en de vaardigheid om zelf initiatieven te bedenken en te ontplooien. Het in gebreke blijven op deze punten, is dan ook niet onmiddellijk een bewijs voor onwil. De bedrijfsarts probeert bij cliënten die een gebrek aan distantie en initiatief vertonen te achterhalen wat daar de oorzaak van zou kunnen zijn. Dat doet hij op de eerste plaats door zich een beeld te vormen van het type cliënt dat hij voor zich heeft (subassertief, goeierd, niet-de-slimste) en van diens omstandigheden (bijvoorbeeld de rol van een weerbarstige werkgever, privé-problemen, etc.). Aan de hand van de typologie wordt duidelijk wat redelijkerwijs van een specifieke cliënt verwacht kan worden, en op welke wijze hij het beste begeleid kan worden: een intensievere coaching, nadere adviezen geven over behandeling en werkhervatting, iemand wat meer tijd geven, streng optreden, of met de werkgever gaan praten. Cliënten die zich vervolgens netjes aan de aanwijzingen van bedrijfsartsen houden, zetten zich naar eigen kunnen in en demonstreren op die manier hun goede intenties. Op de tweede plaats gaat de bedrijfsarts na of een cliënt wellicht andere redenen heeft om niet te werken die de stagnatie zouden kunnen verklaren. Het gaat dan om redenen die in de privé situatie zijn gelegen, of om redenen die verband houden met de situatie op het werk. Afhankelijk van het type redenen dat achter de stagnatie steekt, en de mate waarin de cliënt daar reflectieve en analytische verantwoording over weet te geven, krijgt de cliënt respijt, worden stappen ondernomen richting werk, adviseert de bedrijfsarts de cliënt maar ander werk te gaan zoeken of rijst er twijfel over de intenties van de cliënt.

De bedrijfsarts gebruikt de contextuele informatie dus ook om onderscheid te maken tussen cliënten die zelf geen initiatieven *kunnen* ontplooien of het proces niet zelf *kunnen* controleren en cliënten die dat om uiteenlopende redenen niet *willen*, en aan wie de stagnatie derhalve te verwijten valt. Hoe meer de voortgang stagneert, of hoe regelmatig cliënten zich ziekmelden, hoe meer de bedrijfsarts de informatie over de persoon en de specifieke situatie dus inzet om te bepalen of de stagnatie aan de cliënt te verwijten valt. Daarbij probeert de bedrijfsarts de conclusie dat het om "onwil" gaat echter zo lang mogelijk uit te stellen, omdat daarmee de kans op conflicten vergroot

wordt. Dergelijke conflicten leiden, zoals we in hoofdstuk drie hebben laten zien, tot impasses in de begeleiding en brengen de voortgang van de reïntegratie in gevaar, terwijl dat nu juist is waar het in de praktijk van de bedrijfsarts om gaat. Omdat bedrijfsartsen bovendien de ervaring hebben dat de middelen die zij hebben om met “onwil” om te gaan in de praktijk weinig opleveren wordt het zinloos geacht een conflict aan te gaan. Zij zetten die middelen dus in feite pas in als er geen reële aanknopingspunten meer zijn voor verdere actie. Wanneer men tot die conclusie komt hangt af van de individuele bedrijfsarts.

### **Verschillende definities van etniciteit**

In hoofdstuk twee laten we zien wanneer en hoe etniciteit interfereert met de gang van zaken in de bedrijfsartsenpraktijk. Bij een groot deel van de cliënten, zowel de autochtone als degene die door ons in eerste instantie als allochtoon geduid waren, leveren de verwachtingen die er gezien de werkwijze van de bedrijfsarts ten aanzien van cliënten zijn geen problemen op. Deze cliënten gedragen zich conform de impliciete normatieve noties van de bedrijfsgeneeskundige praktijk. In deze situaties is er bij cliënten die wel als allochtoon zouden kunnen worden geduid geen verwijzing naar de etnische achtergrond; ze worden niet als allochtoon ‘aangemerkt’. In een aantal gevallen echter leveren die verwachtingen wel problemen op. Bedrijfsartsen brengen knelpunten die zich voordoen in de begeleiding van cliënten als het gaat om cliënten die mogelijk als allochtoon aangemerkt kunnen worden, in verband met kenmerken en factoren die zij beschouwen als typisch voor allochtonen. Bedrijfsartsen construeren met andere woorden op die momenten etniciteit.

Die constructies van etniciteit krijgen, afhankelijk van de norm die wordt overtreden, cq van de verwachting waar niet aan wordt voldaan, steeds een andere invulling. Wanneer cliënten niet in staat zijn om informatie te verschaffen over hun klachten als er sprake is van tamelijk eenduidige, heldere aandoeningen, definieert men etniciteit in termen van taalachterstand of in termen van onbekendheid met het Nederlands zorgsysteem. Wanneer cliënten niet in staat zijn om met distantie naar hun eigen klachten te kijken, geen blijk geven van ziekte-inzicht en blijven zoeken naar medische verklaringen voor hun klachten, met andere woorden als het proces al hapert bij het werken aan genezing van de klachten, brengen bedrijfsartsen deze stagnatie in verband met culturele taboes ten aanzien van het onderscheid psychisch-somatisch, en met culturele betekenissen van ziekte en pijn. Als cliënten bij de aanvang van het reïntegratietraject onvoldoende initiatief nemen krijgt etniciteit de invulling van een onderdanige houding, van fatalisme, van een zwart-wit beleving van ziekte en soms van een cultureel bepaald en soms van een sociaaleconomisch bepaald gebrek aan arbeidsmotivatie.

Hoewel etniciteit in de bedrijfsgeneeskundige praktijk dus een heteroog en veranderlijk karakter heeft, blijkt uit de wijze waarop bedrijfsartsen problematische ervaringen met (mogelijk) allochtone cliënten verklaren, dat zij etniciteit opvatten als een geheel van vaststaande kenmerken of eigenschappen van ‘allochtonen’.

### **Implicaties**

Analyse van het materiaal laat zien (hoofdstuk 3) dat het gebruik van de verschillende definities van etniciteit de begeleiding en beoordeling van allochtone cliënten eerder in de weg staat dan dat ze die inzichtelijk maakt.

Een eerste probleem is dat het hanteren van verklaringen in termen van etniciteit kan leiden tot te gemakkelijke conclusies. In een enkel geval blijkt de bedrijfsarts klachten ten onrechte af te doen als “somatiseren”. Het gevolg daarvan is dat de vertrouwensrelatie tussen arts en cliënt verstoord wordt omdat de cliënt het gevoel krijgt dat de arts hem niet vertrouwt. De cliënt bijt zich in de klacht vast en het reïntegratieproces loopt vertraging op.

Een tweede probleem is dat het toeschrijven van bepaalde (problematische) gedragingen aan de “cultuur” of de “achtergrond” van de cliënt het zicht ontnemt op specifieke individuele kenmerken, terwijl het juist die persoonlijke kenmerken zijn die bedrijfsarts gebruikt om cliënten te kunnen “typeren”. Die typologieën zijn functioneel voor de inrichting van het handelingstraject omdat ze cliënten als het ware herkenbaar maken en ideeën opleveren over hoe iemand het beste behandeld of aangepakt kan worden. Bij het gebruik van meer diffuse, met cultuur samenhangende probleemdefinities creëren bedrijfsartsen echter juist “vreemden”, cliënten met onbekende en onvoorspelbare gewoonten en opvattingen. Waar men bij autochtone cliënten dus zoekt naar specifieke persoonlijkheidskenmerken en naar differentiatie hanteert men voor de allochtone populatie, althans de populatie die als allochtoon wordt benoemd, eigenlijk maar één type persoon met één soort achtergrond die daarbij vreemd en ongrijpbaar zijn. Dat maakt bedrijfsartsen niet alleen onzeker over hoe ze het verhaal van deze allochtone cliënten moeten interpreteren, het risico is vooral dat de bedrijfsarts daardoor de concrete, persoonsgebonden aanknopingspunten om de begeleiding vlot te trekken en op gang te houden, mist. De reïntegratie blijft dan doorsudderen zonder dat er noemenswaardige resultaten geboekt worden of eindigt in een conflict met de nodige risico’s voor de voortgang.

Het onderzoek onder de bedrijfsartsen laat dus in feite zien dat er bij voorbaat geen structurele verschillen zijn tussen allochtone en autochtone cliënten, maar dat er tijdens het reïntegratie traject verschillen gegenereerd worden doordat er definities van etniciteit worden ingezet. Daardoor neemt de kans toe dat het reïntegratieproces vertraging oploopt of zelfs stagneert, en ontstaat er als het ware een categorie van problematische allochtone cliënten.

### 6.3 Het werk van de verzekeringsarts

De analyse van gesprekken van verzekeringsartsen die wij in hoofdstuk 4 presenteren laat zien dat het in het werk van verzekeringsartsen vooral draait om het zorgvuldig invullen van de zogenaamde Functiemogelijkheden Lijst (FML), een lijst waarmee de functionele mogelijkheden van een cliënt in kaart worden gebracht. Daarvoor moet de verzekeringsarts vaststellen in welke opzichten een individuele cliënt daadwerkelijk beperkt is. We laten in dat hoofdstuk zien dat verzekeringsartsen dat doen aan de hand van verschillende typen informatie. Over het algemeen weten verzekeringsartsen bij aanvang van het gesprek door welke aandoening cliënten zijn uitgevallen en hun werk nog niet (volledig) hebben hervat. Ze moeten proberen in een gesprek zicht te krijgen op welke beperkingen een individuele cliënt precies ondervindt als gevolg van die aandoening. Het gesprek richt zich daarom op de eerste plaats op de concrete lasten en belemmeringen die de cliënt ervaart. Die worden besproken aan de hand van vragen naar hoe cliënten zich voelen en aan de hand van vragen naar activiteiten en functies die cliënten in het dagelijks leven wel of niet verrichten. Van de cliënten wordt hierbij verwacht dat zij in concrete alledaagse termen kunnen verwoorden waar zij last van hebben en hoe hun dagbesteding er concreet uitziet.

Om die concrete ervaringen betekenis te geven en vast te stellen of de lasten die de cliënt claimt plausibel zijn, ook als deze lasten niet geheel lijken te passen bij de aandoening, verzamelt de verzekeringsarts op de tweede plaats informatie over ‘het leven dat de cliënt leeft’. Het gaat dan om zaken als de gezinssituatie, relaties in bredere kring, de (familie) geschiedenis en de wijze waarop de cliënt naar de toekomst kijkt. Deze informatie helpt op verschillende manieren om de lasten die cliënten ervaren te kunnen plaatsen. Op de eerste plaats geeft het zicht op de vraag of klachten van de cliënten door gebrek aan steun of verwickelingen in andere problemen, verhevingen of het herstel vertragen. Op de tweede plaats maakt deze informatie het mogelijk om cliënten, net als dat we bij de bedrijfsartsen zagen, te typeren. Deze typologieën maken het mogelijk om eventuele ‘afwijkende’ of niet direct voor de hand liggende lasten te plaatsen, zonder dat er sprake hoeft te zijn van een onoprecht verhaal. De plausibiliteit van de klachten kan zo worden belicht.

Van de cliënten wordt dus niet alleen verwacht dat ze hun concrete ervaringen vertellen, maar ook informatie geven over hun leven in bredere zin.

Deze contextuele informatie is ook van belang omdat het vaststellen of cliënten bepaalde functionele mogelijkheden hebben, anders dan de FML wellicht doet vermoeden, niet alleen een kwestie is van het vaststellen of cliënten afzonderlijke functies in technische zin kunnen uitvoeren. De vraag of een cliënt deze functies kan uitvoeren wordt namelijk beoordeeld in het licht van de functies die de cliënt in de toekomst naar verwachting zal kunnen uitvoeren. Het gaat er daarbij om dat de cliënt daadwerkelijk zal kunnen voldoen aan de eisen die bepaalde arbeidsfuncties aan hen zal stellen. Verzekeringsartsen wegen in hun oordeel mee welke consequenties het duiden van beperkingen heeft voor de kans op succesvolle reïntegratie na de WAO-beoordeling.

Een derde soort informatie waar de verzekeringsarts gebruik van maakt is de medische informatie over de aandoening. Ook deze informatie proberen verzekeringsartsen, net als bedrijfsartsen, in eerste instantie via de cliënt te achterhalen. Daarnaast kunnen verzekeringsartsen deze informatie via lichamelijk onderzoek, door informatie op te vragen bij behandelend artsen en in een enkel geval door een expertise aan te vragen, op tafel krijgen.

De medische informatie is in de meeste gevallen informatie die het beeld completeert. De opgevraagde informatie is een bouwsteentje voor de argumentatie, speelt een rol bij de legitimering naar de uitvoeringsinstelling en is een kwestie van zorgvuldig handelen ten opzicht van de cliënt. In een aantal gevallen spelen lichamelijk onderzoek en het opvragen van informatie bij behandelend artsen echter een belangrijkere rol. Dat is het geval als het verhaal van cliënten onvoldoende inzicht biedt omdat de verzekeringsarts onvoldoende kennis heeft van de betreffende (zeldzame) aandoening òf omdat cliënten niet goed in staat zijn een helder beeld te schetsen van de gang van zaken in de behandelende sector. De opgevraagde informatie wordt dan van groter belang bij het vaststellen van wat cliënten kunnen. In een aantal gevallen, namelijk als cliënten lasten en beperkingen claimen die de verzekeringsartsen niet plausibel vinden, fungeert de medische informatie als contra-informatie. De medische informatie wordt dan ingezet om het besluit van extra argumentatie te voorzien om het te legitimeren naar de cliënt en om sterk genoeg te staan in een eventuele bezwaarzaak.

Zoals gezegd reconstrueren verzekeringsartsen op basis van de verschillende soorten informatie die cliënten geacht worden te verstrekken, een totaalbeeld van de cliënt. Pas als dat totaalbeeld is gevormd wordt het mogelijk om een gewogen beslissing te nemen of cliënten de functies die de FML geeft, normaal kunnen uitoefenen of dat zij beperkt zijn. Om alle bovenstaande overwegingen mogelijk te maken (overwegingen die, zoals we lieten zien, nodig zijn om tot een oordeel te kunnen komen over de beperkingen die op de FML moeten worden opgenomen) stellen verzekeringsartsen in de eerste plaats vragen aan hun cliënten. Verzekeringartsen nemen daarbij het initiatief en bepalen wat voor informatie ze nog nodig hebben om zich het totaalbeeld te kunnen vormen op basis waarvan zij hun beslissingen kunnen nemen. Gezien deze manier van werken is de "ideale" cliënt van de verzekeringsarts een cliënt die goed snapt wat voor type antwoorden van hem verwacht wordt en die daarbij in staat is die antwoorden helder en duidelijk te geven. De verzekeringsarts construeert aan de hand van brokjes informatie vervolgens een beeld. Anders dan bij de bedrijfsarts wordt hier dus geen eigen afstandelijke analyse van de situatie van de cliënt zelf verwacht.

### **Constructies van etniciteit**

In hoofdstuk vijf gaan we nader in op de rol die etniciteit speelt in het werk van de verzekeringsarts. Ook hier blijkt dat een groot deel van de cliënten, zowel van de autochtone als van de in eerste instantie als allochtoon geduide cliënten, prima aan de verwachtingen die in de verzekeringsgeneeskundige praktijk besloten liggen weten te voldoen. Deze cliënten leveren dusdanige infor-

matie aan de verzekeringsarts, dat deze in staat is een beeld te construeren van de (situatie) van de cliënt. Daarmee kan hij een oordeel vellen over de plausibiliteit van de beperkingen die de cliënt claimt. In deze situaties komt de etnische achtergrond van mogelijk als allochtoon te duiden cliënten niet ter sprake en worden deze cliënten niet 'aangemerkt' als allochtoon.

Net als bij de bedrijfsarts komt etniciteit bij de verzekeringsarts pas op de agenda als allochtone cliënten zich niet volgens de verwachtingen gedragen. Dat gebeurt op de eerste plaats wanneer zich problemen voordoen bij het verwoorden van concrete lasten die cliënten ervaren. Verzekeringsartsen identificeren het onvermogen om ervaren klachten en problemen te vertalen in concrete informatie, in zulke gevallen als typisch voor allochtonen. Op de tweede plaats brengen verzekeringsartsen ook problemen die zij ervaren met het zicht krijgen op de privé-situatie in verband met de etnische achtergrond. Typisch voor allochtonen vinden zij dan dat ze niet willen praten over gezins- en huwelijksproblemen of hun opvoedingssituatie. Hier is overigens lastiger aan te wijzen of dit probleem kan worden toegeschreven aan het feit dat de cliënt niet informatief is of aan onzekerheid bij de interpretatie van die informatie door artsen. Een derde constructie van etniciteit, die de voorgaande twee overigens omvat, is dat bij moeizaam verlopende gesprekken de conclusie wordt getrokken dat met allochtone cliënten niet kan worden gecommuniceerd.

Het eerste type problemen doet zich ook voor bij autochtone cliënten, maar wordt in die gevallen niet in etnische termen geduid. De andere twee problemen zien we alleen bij een deel van de in eerste instantie als allochtoon geduide cliënten. Verzekeringsartsen achtten zich bij autochtone cliënten namelijk goed in staat om ook bij summierdere informatie een beeld te construeren van de cliënt. Hiaten in het verhaal zijn, onder andere door het gebruik van op ervaringskennis gebaseerde flexibele typologieën, makkelijker te compenseren en verzekeringsartsen verbinden makkelijker conclusies aan de uitspraken van de cliënt. Ten dele treedt hier een vergelijkbaar proces op als bij bedrijfsartsen. Als problemen in verband worden gebracht met de etnische achtergrond van een cliënt, belemmert dat het zicht op de situatie, omdat de cliënt dan tot vreemde wordt gemaakt. Meer dan bij bedrijfsartsen, lijkt de interactie tussen cliënt en verzekeringsarts het probleem te versterken.

### **Implicaties**

In dit vijfde hoofdstuk laten we zien dat het gebruik van probleemdefinities die verwijzen naar de gemeenschappelijke (culturele) achtergrond van allochtone cliënten ook bij de verzekeringsarts problemen met zich mee brengt. Afhankelijk van de gradatie waarin problemen zich in het verstrekken van informatie voordoen, heeft dat consequenties voor de beoordeling.

Als de problemen zich vooral voordoen bij het verwoorden van concrete lasten, heeft de verzekeringsarts veel mogelijkheden om deze hiaten te compenseren met andere informatiebronnen. Het voeren van een gesprek kost dan veel moeite en energie, maar de verzekeringsarts acht zich in staat om een voldoende onderbouwd oordeel te geven.

Als informatie over de privé-situatie niet goed in beeld komt, beschikt de verzekeringsarts over minder controlepunten om het oordeel te motiveren. Of en hoe dat doorwerkt in de beoordeling valt gezien het ontbreken van deze controlepunten niet te beoordelen. Wel wordt duidelijk dat de verzekeringsarts hier over minder mogelijkheden beschikt om de boodschap dat geclaimde lasten niet vertaald worden in beperkingen, zodanig te presenteren dat hij geen weerstand oproept bij de cliënt. Dat raakt niet aan het oordeel zelf, maar volgens verzekeringsartsen zullen zich problemen voordoen bij de reïntegratie, als een cliënt het niet eens is met het oordeel van de verzekeringsarts.

Als de problemen betrekking hebben op het communiceren in het algemeen, is niet alleen het voeren van gesprek moeilijk, maar ook het vellen van een betrouwbaar oordeel. Deze situatie doet zich voor bij een specifieke categorie allochtone cliënten: slechte beheersing van de Nederlandse

taal, lage opleiding, ongeschoold werk en diffuse klachten. Deze opeenstapeling van factoren leidt ertoe dat het instrumentarium van de verzekeringsarts onvoldoende geschikt is om een beeld te reconstrueren van de cliënt, terwijl juist bij diffuse klachten het totaalbeeld zo belangrijk is. Daarvoor is een betekenisvolle communicatie nodig, maar die komt juist, als gevolg van de wisselwerking tussen gebrekkige uitdrukkingsvaardigheid van de cliënt en grotere behoefte aan informatie van de verzekeringsarts, niet tot stand. Daarnaast vragen verzekeringsartsen zich juist hier af of de moeite die het kost om een dergelijk gesprek te voeren wel opweegt tegen de opbrengst, omdat ze de situatie van deze allochtone cliënten als perspectiefloos inschatten.

#### 6.4 Tot slot

In dit onderzoek hebben we aan de hand van observatiemateriaal een reconstructie gemaakt van de praktische logica van zowel de bedrijfsartsen- als de verzekeringsartsenpraktijk. We laten zien dat bedrijfs- en verzekeringsartsen volgens een eigenstandige logica te werk gaan die niet per definitie samenvalt met de formele wet- en regelgeving ten aanzien van die praktijken. Recent sociaalconstructivistisch uitvoeringsonderzoek laat zien dat dat geen specifieke tekortkoming is van bedrijfs- en verzekeringsgeneeskundige praktijken, maar dat in iedere handelingspraktijk een praktische logica besloten ligt waarin formele regels een belangrijke plaats hebben, maar niet de enige. Regels, zo wordt uit dergelijk uitvoeringsonderzoek duidelijk, kunnen nooit zo gedetailleerd zijn dat professionals hun volledige handelingsrepertoire eruit kunnen afleiden. Daarvoor is de praktijk waarop ze betrekking hebben te dynamisch en te diffuus (Bal, 1998; Meershoek et al, 2001; Van der Veen, 1990). In iedere handelingspraktijk ontstaan dan ook onvermijdelijk manieren van werken die een zekere responsiviteit mogelijk maken, dat wil zeggen die het mogelijk maken op steeds weer andere situaties in te spelen. In die “responsieve” werkwijzen liggen, naast formele, ook allerlei informele normen besloten. De manier van werken die we in hoofdstuk twee beschrijven voor wat betreft de bedrijfsarts en in hoofdstuk vier voor wat betreft de verzekeringsarts zijn dus in feite voorbeelden van dergelijke responsieve instrumenten.

Ook onderzoek naar het professioneel handelen van artsen en andere medici laat zien dat bedrijfs- en verzekeringsartsen niet uniek zijn wanneer ze informele of niet-medische overwegingen in hun werk integreren (Mudde, 1995; Van der Veen, 1990). Uit dergelijk onderzoek blijkt dat professionals telkens weer geconfronteerd worden met het gegeven dat ziekte en gezondheid geen vaste, eenduidige categorieën zijn, maar dat individuele patiënten verschillende symptomen van een aandoening kunnen ondervinden, dat niet iedere patiënt op dezelfde manier op ziekte of klachten reageert. Niet iedere patiënt is even ziek en niet iedere patiënt geneest even snel. Ziekte, gezondheid en genezen zijn, zo blijkt uit dit onderzoek, contextafhankelijk en medische professionals zien/voelen zich genoodzaakt die context in hun handelen en hun beslissingen mee te nemen. Medisch handelen, waaronder het stellen van diagnoses, het afnemen van anamneses, het voorschrijven van behandelingen, etc., is nooit voor de volle 100% gebaseerd op medisch objectieve kennis, maar omvat, juist vanwege het subjectieve karakter van ziekte, ook niet-medische elementen. Net als wetten en regels omvat medische kennis (al dan niet vertaald in protocollen) geen eenduidige handelingsvoorschriften voor iedere denkbare situatie, maar kan slechts in algemene zin richting geven aan het professioneel handelen (Berg en Mol, 1998). Om toch met steeds wisselende personen en omstandigheden om te kunnen gaan zijn artsen en uitvoerders aangewezen op een discretionaire ruimte (Van der Veen, 1990; Bakker en Van Waarden, 1999) die het hen mogelijk maakt steeds op die unieke, wisselende omstandigheden in te spelen, die hen de ruimte geeft voor responsief handelen.

Met dit onderzoek hebben we laten zien dat ook bedrijfs- en verzekeringsartsen geconfronteerd worden met het diffuse, subjectieve karakter van ziekte. We hebben gezien dat de formele regels die zij ter beschikking hebben geen volledig uitsluitel geven over hoe te handelen en te oordelen

en dat zij, om hun werk met succes uit te kunnen voeren, aangewezen zijn op een combinatie van medische en niet-medische en formele en niet-formele instrumenten. Zij hebben alternatieve werkwijzen ontwikkeld die “logisch” zijn in de zin dat ze de noodzakelijke responsiviteit bieden om om te gaan met heterogeniteit, verandering en variatie, en die een eigen impliciete normativiteit meebrengen.

Dat die instrumenten “noodzakelijk” en “logisch” zijn gezien de complexe aard van het werk, wil overigens niet zeggen dat er geen kritiek kan zijn op de handelingen en beslissingen van bedrijfs- of verzekeringsartsen. Hoewel hun handelen samenhangt met de mogelijkheden die de praktijk hen biedt, moeten zij daarin de doelstellingen die in de formele regelgeving besloten liggen recht doen. Een oordeel over de vraag of bedrijfs- of verzekeringsartsen bij hun werk afwijken van wat de formele regels voorschrijven valt echter buiten het kader van ons onderzoek. Daarin hebben wij ons wel beziggehouden met de vraag of er in de uitvoering van de verzuimbegeleiding en arbeidsongeschiktheidsbeoordeling sprake is van onbedoelde sociale selectie die te verklaren is vanuit de manier van werken in die praktijken en die, zoals gezegd, niet volledig samenvalt met formele regelgeving. We hebben, met andere woorden, geprobeerd antwoord te geven op de vraag of die werkwijze, ten gevolge van de impliciete normativiteit die erin besloten ligt, voor allochtone cliënten andere implicaties heeft dan voor autochtone cliënten. Omdat het hier om impliciete normativiteit gaat zijn eventuele verschillen die zich tussen allochtone en autochtone cliënt voordoen, verankerd in de praktijken van bedrijfs- en verzekeringsartsen. Het zijn daarmee onbedoelde bijeffecten van die praktijken. Bij de bedrijfsarts gaat het om verschillen in de kans op reïntegratie binnen het eerste ziektejaar. Bij de verzekeringsarts staat het gewogen oordeel ten aanzien van de beperkingen op het spel.

Zoals we lieten zien ontstaan die verschillen alleen op het moment dat de responsieve instrumenten die ingezet worden niet afdoende werken, dat wil zeggen wanneer cliënten niet kunnen voldoen aan de eisen die die instrumenten aan hen stellen. Zowel bij de bedrijfs- als verzekeringsartsen zijn er genoeg voorbeelden van autochtone cliënten die niet aan de verwachtingen voldoen. Desalniettemin schrijven bedrijfsartsen vergelijkbare knelpunten voor wat betreft taal, uiterlijk of andere kenmerken bij cliënten die als allochtoon aangemerkt zouden kunnen worden, toe aan etniciteit. Dat is om twee redenen problematisch. Ten eerste omdat uit het materiaal blijkt dat er zowel allochtone cliënten zijn die aan de impliciete eisen voldoen als autochtone cliënten die dat niet doen, wat betekent dat verklaringen voor knelpunten in termen van etniciteit per definitie niet afdoende kunnen zijn. Ten tweede staat het gebruik van dergelijke definities het uitvoeren van het werk in de weg. Zowel bedrijfs- als verzekeringsartsen zijn in dergelijke gevallen aangewezen op een gedetailleerd beeld van de persoonlijkheid van de cliënt en van het leven dat hij leidt. Enerzijds werpt dat licht op de plausibiliteit van de claim, anderzijds biedt het aanknopingspunten voor verdere acties (bedrijfsarts) of voor het overzien van de consequenties van een bepaald oordeel (verzekeringsarts). Wanneer een dergelijk totaalbeeld wordt opgehangen aan de etnische achtergrond van de cliënt, vertegenwoordigt dat totaalbeeld niet meer een individuele cliënt, maar een stereotiep beeld van een “groep” vreemden. We lieten zien dat zo’n stereotiep beeld niet de benodigde aanknopingspunten levert omdat het de mogelijkheden tot inzicht en responsiviteit beperkt. Daardoor ontbreken bij de bedrijfsarts aanknopingspunten om het reïntegratieproces op gang te houden en bij de verzekeringsarts de basis voor het gewogen oordeel op grond waarvan de FML bij autochtone cliënten wordt ingevuld. Bij de bedrijfsarts leidt dat tot een verhoogd risico op vertragingen in de reïntegratie en bij de verzekeringsarts op een minder goed onderbouwd (en wellicht een minder betrouwbaar) oordeel over de daadwerkelijke beperkingen. Hoewel we kunnen beargumenteren waarom een minder gewogen oordeel zou kunnen leiden tot een verlaagde kans dat de betreffende allochtone cliënt in een later stadium weer aan het werk gaat, is, om daar preciezer inzicht in te krijgen, vervolgonderzoek nodig naar het verdere traject (werk van de arbeidsdeskundige, de indeling in “fasen”, de verdere begeleiding bij de reïntegratie etc.). Maar ons onderzoek laat zien dat er zowel bij de bedrijfs- als bij de verzekeringsarts sprake is van (onbe-



doelde) sociaal selectieve werking in de manier waarop het beleid ten aanzien van verzuimbegeleiding en arbeidsongeschiktheidsbeoordeling ten uitvoer wordt gebracht.

Overigens willen we hiermee niet zeggen dat bedrijfs- of verzekeringsartsen die stereotiepe beelden van etniciteit construeren, kortzichtig zijn. In de meeste gevallen zijn dergelijke beelden afkomstig uit wetenschappelijk onderzoek, uit hun opleiding, of van andere deskundigen in het veld. Interesse in en kennis over de etnische en culturele achtergrond van allochtone cliënten maken in feite deel uit van de professionele achtergrond van de arts. Als artsen (zoals in de interviews) expliciet gevraagd wordt naar verschillen tussen allochtonen en autochtonen, verschijnen die allochtonen in hun herinnering die hen op een of andere manier zijn opgefallen, en dat zijn de allochtone cliënten waarbij de begeleiding stroef is verlopen. Zij duiden dat stroeve verloop dan aan de hand van definities van etniciteit die hen via dat wetenschappelijk onderzoek, opleiding, cursussen etc. zijn aangereikt. Bij ‘onproblematische’ allochtone cliënten hebben zij geen definities van etniciteit nodig. Daarom zijn dergelijke definities bij onproblematische allochtonen niet aan de orde, worden deze cliënten niet geïdentificeerd als allochtoon, en doen zij bij die categorie geen verschillen voor met autochtone cliënten ten aanzien van reïntegratie of oordeel.

Wij willen uit dit alles evenmin de conclusie trekken dat de problemen die bedrijfs- en verzekeringsartsen bij allochtone cliënten ondervinden “denkbeeldig” zouden zijn en zonder meer zouden verdwijnen wanneer zij iedere verwijzing naar etniciteit of cultuur achterwege zouden laten. In de manier waarop cliënten zich tijdens de interactie met bedrijfs- of verzekeringsartsen gedragen, liggen net als in het handelen van de bedrijfs- of verzekeringsarts allerlei impliciete veronderstellingen besloten over wie wat moet doen en hoe dat dan moet. Het is daarbij denkbaar dat de impliciete normen die aan het gedrag van een specifieke cliënt ten grondslag liggen, (gedeeltelijk) afkomstig zijn uit gebruiken die deze cliënt heeft meegebracht uit het land van herkomst. Dat wil echter niet zeggen dat iedere cliënt uit dat land altijd volledig volgens die gebruiken handelt. Zoals van Dijk (1998) bijvoorbeeld laat zien hebben migratie-ervaringen, ervaringen in Nederland, generatie verschillen, opleiding, woonomgeving, etc. invloed op de mate waarin men aan gebruiken vasthoudt. Dat impliceert dat het handelen van iedere individuele cliënt moet worden bekeken voor wat betreft de mate waarin en de wijze waarop er “vreemde” elementen in zitten, zodat die kunnen worden meegenomen in het totaalbeeld dat zowel voor bedrijfs- als voor verzekeringsartsen zo belangrijk is.

## Literatuur

- Aykaç, R. (2000) *Dubbele Integratie; de moeizame weg terug van arbeidsgehandicapte allochtonen naar de arbeidsmarkt*. Utrecht: Multicultureel Instituut.
- Bakker, W. & Waarden, F. van (red.) (1999) *Ruimte rond regels; stijlen van regulering en beleidsuitvoering vergeleken*. Amsterdam: Boom.
- Bal, R. (1998) *Grenzenwerk; over het organiseren van normstelling voor de arbeidsplek*. Enschede: Twente University Press.
- Bastiaanssen, M. (1993) *Bedrijfsartsen en werknemers afkomstig uit een niet-Nederlandse cultuur*. Helmond.
- Berg, M. & Mol, A. (eds) (1998) *Differences in medicine; unraveling practices, techniques, and bodies*. Durham: Duke University Press.
- Dodier, N. (1998) Clinical practice and procedures in occupational medicine: A study of framing of individuals. In : Berg, M. & Mol, A. (eds) *Differences in medicine; unraveling practices, techniques, and bodies*. Durham: Duke University Press.
- Dijk, R. van (1998) Culture as excuse. The failures of healthcare to migrants in the Netherlands. In: Geest, S. van der & Rienks, A. (eds.) *The art of medical anthropology*. Amsterdam: Spinhuis.
- Hijmans van de Bergh, A. (2002) *Sociaal-medische begeleiding van allochtonen; een verkennend onderzoek*. Utrecht: FORUM.
- Hijmans van de Bergh, A. & Haffmans, M. (red.) (1999) *Binnen werk*. Utrecht: FORUM.
- Jenkins, R. (1997) *Rethinking ethnicity; arguments and explorations*. London: Sage
- Komter, A. (1993) De onmacht van het getal, *Kennis en methode*, 3, 202-206.
- Konig-Zahn, C., Tax, B., Nuy, M., Hodiament, P. & Heyendaël, P. (1993) *Gezondheid en bestaansonzekerheid in Nederland: literatuurstudie naar de gezondheidssituatie van allochtonen, langdurig arbeidsongeschikten en thuislozen*. Rijswijk: Ministerie van VWS.
- Lewis, G. (1998) Welfare and the social construction of 'Race'. In: Saraga, E. (ed) *Embodying the social: constructions of difference*. London: Routledge.
- Meershoek, A., Horstman, K., Plass, S. & Vos, R. (2001) Wat regelen regels? De rol van wetgeving bij de bevordering van reïntegratie van zieke werknemers. In : Abma, T. & In 't Veld, R. (red.) *Handboek Beleidswetenschap*. Amsterdam: Boom.
- Meershoek, A., Plass, S., Horstman, K. & Vos, R. (2000) *Zicht op reïntegratie; een onderzoek naar de uitvoering van de poortwachtersfunctie*. Zoetermeer: Ctsv.
- Meershoek, A. (1999) *Weer aan het werk; Verzekeringsgeneeskundige verzuimbegeleiding als onderhandeling over verantwoordelijkheden*. Amsterdam: Thela Thesis.

- Minderhout, P.E. (1993) *“Voor mij zijn ze allemaal gelijk”*; een rechtssociologische studie naar verschillen tussen migranten en Nederlanders bij de uitvoering van de kinderbijslag- en de arbeidsongeschiktheidswetgeving. Nijmegen: Academisch proefschrift KUN.
- MIU (2000) *Helden van het dagelijks leven; allochtone WAO-ers over hun terugkeer naar de arbeidsmarkt*. Utrecht: MIU/Provinciaal Utrechts WAO-Beraad.
- Moerman, M. (1968) ‘Being Lue: uses and abuses of ethnic identification’. In: Helm, J. (ed.) *Essays on the problem of tribe*. University of Washington Press.
- Mudde, E.C. (1995) *Ziek in de zin der wet; de interpretatie van verzuim door verzekeringsgeneeskundigen en rapporteurs*. Den Haag: Sdu.
- Neggers, H. (2000a) Een beeld van moeilijk bereikbaar Nederland, *Arbeidsomstandigheden*, 76(5), 48-51.
- Neggers, H. (2000b) Stressfactoren bij allochtone werknemers, *Arbeidsomstandigheden*, 76(7/8), 40-42.
- Poppel, J. van, Kamphuis, P., Marcelissen, F. & Wersch, S.F.M. van (2002) *Allochtonen, sociaal-medische begeleiding en reïntegratie; een literatuurstudie naar de invloed van sociaal-culturele aspecten op de Sociaal-Medische begeleiding en reïntegratie van allochtonen*. Tilburg: IVA/ZONMw.
- Saraga, E. (1998). *Embodying the social. Constructions of difference*. London/New York: Open University Press/Routledge.
- Silverman, D. (1987) *Communication and medical practice; social relations in the clinic*. London: Sage Publications.
- Slutzky, M. (1997) Discriminatie op het werk bestaat dat?, *Arbomagazine*, 13(5) , 16-17.
- Snel, E. (2002) *In de Fuik; Turken en Marokkanen in de WAO*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- Stecr (2003) *Sociaal-medische begeleiding allochtonen; assist*. Hoofddorp: Stecr, platform Reïntegratie.
- Struijs, A. en S. Saharso (red.) (2001) Themanummer Gezondheidszorg en de multiculturele samenleving, *Migrantenstudies*, 17(2).
- Veen, R.J. Van der (1990) *De sociale grenzen van beleid; een onderzoek naar de uitvoering en effecten van het stelsel van sociale zekerheid*. Leiden: Stenfert Kroese.
- Veenman, J. (2000) *CWI en allochtonen op de arbeidsmarkt*. Utrecht: FORUM.
- Wekker, G. en H. Lutz (2001). Een hoogvlakte met koude winden. De geschiedenis van het gender- en etniciteitsdenken in Nederland. In: Botman, M., Jouwe, N. de & Wekker, G. (red.), *Caleidoscopische visies. De zwarte, migranten- en vluchtelingen-vrouwenbeweging in Nederland*. Amsterdam: KIT.
- Widdershoven, G.A.M. (1987) *Handelen en rationaliteit; een systematisch overzicht van het denken van Wittgenstein, Merlau-Ponty, Gadamer en Habermas*. Amsterdam: Boom.



## **Bijlage I**

### **Methodologische toelichting**

Paul ten Have, voorzitter begeleidingscommissie

Graag wil ik het onderzoek waarvan in dit rapport verslag wordt gedaan, met enkele woorden in een ruimer perspectief plaatsen. Ik doe dat vanuit mijn rol als voorzitter van de wetenschappelijke begeleidingscommissie, die van begin tot eind bij dit onderzoek betrokken is geweest. Ik ga daarbij eerst in op het specifieke karakter van kwalitatief onderzoek zoals dat hier is toegepast, en daarna op problemen van categorisering zoals die zich voordoen in institutionele contacten met cliënten.

#### **De aard van kwalitatief sociaal onderzoek**

In de opvatting van Charles Ragin (1984) is de essentiële operatie in sociaal-wetenschappelijk onderzoek het met elkaar in verband brengen van enerzijds theoretische ideeën en anderzijds empirische aanwijzingen, om zo een beeld te scheppen van het sociale leven van mensen. Er zijn verschillende manieren om dat te doen, waarbij het contrast tussen kwantitatief en kwalitatief onderzoek al een eerste maar nog onvolledige ordening biedt. Het algemene beeld van sociaal-wetenschappelijk onderzoek is sterk bepaald door grootschalig kwantitatief onderzoek, waarbij een aanzienlijke hoeveelheid mensen systematisch wordt ondervraagd. De resultaten van zulk onderzoek kunnen in cijfers worden weergegeven, in tabellen en percentages, die vervolgens worden toegelicht en geïnterpreteerd. Het onderhavige onderzoek, echter, is kwalitatief van aard en de weergave van de resultaten daarvan vergt tekst, veel tekst. In dit rapport zijn veel illustratieve citaten uit observatieprotocollen opgenomen. Die geven een indruk van de feitelijke praktijken waar dit onderzoek over gaat. Die protocollen worden vervolgens toegelicht en geïnterpreteerd. En de daarin naar voren komende inzichten worden uiteindelijk als de resultaten van het onderzoek samengevat. Om die resultaten naar waarde te kunnen schatten moet de lezer als het ware meedenken met het interpretatieproces. Dat is vergelijkbaar met het meelesen en interpreteren van tabellen, maar de criteria die men daarbij dient toe te passen hebben een ander karakter. Bij kwantitatief onderzoek gaat het om zaken als representativiteit en het correct toepassen van statistische procedures. Dergelijke 'harde' of ten minste expliciete criteria ontbreken in het geval van kwalitatief onderzoek, maar dat betekent niet dat er geen kwaliteitsbeoordeling mogelijk zou zijn. Welke criteria daarbij een rol spelen hangt af van het type kwalitatief onderzoek dat is verricht en welk type men kiest kan beoordeeld worden in het licht van de doelstelling, rekening houdend met praktische omstandigheden.

Een belangrijk verschil tussen kwantitatief en kwalitatief onderzoek is dat men bij het eerste uit de aard der zaak werkt met van te voren opgestelde categorieën. Immers, als men bij voorbeeld kenmerken (waaronder opvattingen) van te ondervragen personen kwantitatief wil onderzoeken, moet men eerst vaststellen om welke kenmerken het gaat, voordat men ze kan 'tellen'. En bovendien moet men van te voren beslissen op grond waarvan men zal vaststellen of iemand een bepaald kenmerk bezit of opvatting huldigt. Met andere woorden, voordat men kan overgaan tot kwantitatief onderzoek moet men zich al een, liefst nauwkeurig, beeld vormen van de te onderzoeken kenmerken. Die kenmerken kunnen gespecificeerd zijn in voorafgaand onderzoek, maar vaak zal het ook gaan om voor de hand liggende veronderstellingen of algemeen gedeelde opvattingen. Zulk onderzoek is daarom met name geschikt om een getalsmatige specificatie te verkrijgen van de verdeling van kenmerken over een populatie, waarbij de aard van die kenmerken bekend verondersteld wordt. De ideeën die in kwantitatief onderzoek in verband gebracht worden met empirische aanwijzingen hebben daarom het karakter van een vergaand uitgewerkt analytisch kader.

Voor kwalitatief sociaal onderzoek zijn zulke voorafgaande veronderstellingen helemaal niet nodig. Het is vaak juist de bedoeling van kwalitatief onderzoek om te ontdekken welke categorieën

en kenmerken binnen een bepaald gebied van de werkelijkheid nu de meest relevante zijn en hoe men die zou kunnen specificeren. Kwalitatief onderzoek is vaak 'verkenkend' of 'explorerend', en wordt daarom nog wel eens gezien als een nuttig of noodzakelijk voorstadium van kwantitatief onderzoek. Maar evengoed kan kwalitatief onderzoek dienstig zijn als een vervolg op kwantitatief onderzoek. Kwantitatief onderzoek levert kennis over de spreiding van kenmerken over een populatie, en over de samenhangen die in die spreidingen aangetoond kunnen worden, maar daarmee heeft men nog geen inzicht in hoe kenmerken in specifieke situaties uitwerken. Men kan, bij voorbeeld, vaststellen dat personen die behoren tot bepaalde categorieën een bovengemiddelde kans hebben om in de WAO terecht te komen. Maar daarmee weet men nog niet welke omstandigheden en processen hier nu precies verantwoordelijk voor zijn. Men kan daar, door meer en meer kenmerken in de analyse te betrekken in kwantitatieve zin wel meer over te weten komen, maar het proces zelf blijft toch buiten beeld. Met andere woorden, kwalitatief onderzoek kan diep zijn als verdieping van reeds beschikbare kennis van kwantitatieve aard. De ideeën die in kwalitatief onderzoek in verband gebracht worden met empirische aanwijzingen kunnen zodoende gaandeweg nader worden gespecificeerd, geïnspireerd door wat men in het onderzoek aantreft. Het resultaat van kwalitatief onderzoek heeft daarom mede het karakter van een meer uitgewerkte, 'verdiepte' verzameling ideeën over het onderzochte onderwerp.

### **Typen kwalitatief onderzoek**

Globaal gesproken kan men drie hoofdtypen van kwalitatief onderzoek onderscheiden, op basis van de aard van de materiaalverzameling: interviewonderzoek, documentenonderzoek en observatieonderzoek (Ten Have, 2004). Het meest voorkomende type is interviewonderzoek. Dit is vooral geschikt om de visie en beleving van een categorie onderzochten te onderzoeken, in verkennende en/of verdiepende zin. Een beperking hierbij is dat men gebonden blijft aan wat informanten willen en kunnen verwoorden. Men onderzoekt geëxpliciteerde individuele opvattingen en persoonlijke verslagen van gebeurtenissen en niet het concrete optreden van mensen in situaties als zodanig. Ook bij documentenonderzoek wordt het optreden van mensen op een indirecte wijze onderzocht, namelijk door gebruik te maken van allerlei bewaard gebleven 'producten' van het sociale leven. Aan de hand daarvan probeert men dan aspecten van dat optreden te reconstrueren, zoals dat in historisch onderzoek gedaan wordt. In zulk onderzoek is men uit de aard der zaak beperkt tot wat is vastgelegd en bewaard is gebleven. Zo kan men WAO-beoordelingen bestuderen aan de hand van dossiers, maar dan weet men alleen wat uiteindelijk is opgeschreven of ingetikt en niet wat daaraan vooraf is gegaan. Het derde type, observatieonderzoek, biedt een meer directe toegang tot het optreden van mensen in situaties. Men kan hierbij twee subtypen onderscheiden. Het kan zijn dat de onderzoeker lijfelijk aanwezig is bij de situaties in kwestie. Dat heeft het bijkomende voordeel dat men ook kan praten met de betrokkenen, hun toelichtingen kan aanhoren, om wat er gebeurt beter vanuit het perspectief van de deelnemers te kunnen beschouwen. Hierbij kan de onderzoeker soms tijdens de observatie al aantekeningen maken, of dit zo snel mogelijk achteraf doen. Dit is de werkwijze van etnografisch onderzoek, zoals dat met name in de antropologie is ontwikkeld. In een tweede subtype observatieonderzoek, dat steeds meer in zwang komt, maakt men gebruik van geluids- of video-opnamen, die men later in transcripties uitwerkt. Dat is een arbeidsintensieve werkwijze die een heel gedetailleerde analyse van interacties mogelijk maakt, zoals in de conversatieanalyse gebruikelijk is.

Aan de hand van deze korte schets kan de werkwijze, die in het onderhavige onderzoek is toegepast, nu nader worden gekarakteriseerd. De onderzoekers hebben gekozen voor wat ik hierboven het eerste, etnografische, type van observatieonderzoek heb genoemd. Men heeft spreekuren bijgewoond en daarbij aantekeningen gemaakt, die naderhand zijn uitgewerkt tot observatieprotocollen. Als aanvulling en verdieping zijn interviews gehouden met de betrokken artsen en een beperkt aantal cliënten. Had men zich beperkt tot interviews, dan had men veel minder directe informatie over de feitelijke gang van zaken verkregen. Bovendien hebben uitspraken in interviews

bijna onvermijdelijk een generaliserend en rechtvaardigend karakter. Als men alleen was afgegaan op documenten, dan was men, zoals gezegd, beperkt geweest tot een formeel eindresultaat en was het eigenlijke proces eveneens buiten beeld gebleven.

De keuze voor het eerste type observatieonderzoek, een etnografische aanpak, in plaats van het tweede, gebaseerd op opnamen, is op het eerste gezicht misschien minder voor de hand liggend. In de literatuur over vergelijkbare cliëntcontacten treft men beide benaderingen aan, waarbij opnamen gebruikt worden voor meer gedetailleerde analyses. Een onderzoeker die eveneens voor een etnografische aanpak heeft gekozen schrijft in zijn *methodological appendix*:

*There is a variety of procedures for recording interaction, each with its own advantages and disadvantages. Audio or video-tape offer the possibility of highly accurate recording but are obtrusive and pose major problems for transcription. The pen and paper method used in this study is, by comparison, extremely inaccurate; much that is spoken is lost and much that is recorded is no doubt altered. At the same time however, it does enable the relatively easy study of a very large number of cases and it is this which justifies its use in the present study.*

*Strong (1979): 227*

In het onderhavige onderzoek is een vergelijkbare afweging gemaakt. Het is zeker zo dat veel details verloren zijn gegaan. Er zit als het ware meer 'ruis' tussen het protocol en de oorspronkelijke gebeurtenissen dan bij transcripties van opnamen het geval zou zijn geweest. Maar er zijn ook voordelen. Een onderzoeker die wat aantekeningen maakt lijkt minder 'verstorend' dan een apparaat dat alles opneemt. En het maken en uitwerken van aantekeningen werkt veel sneller dan het maken van transcripties van opnamen. In het onderhavige onderzoek zijn de details in de interactie minder relevant, omdat het gaat om de globale interactiepatronen, waarin de praktische logica zichtbaar wordt. Met de gekozen werkwijze kon men in dezelfde tijd een groter aantal gesprekken verwerken en kreeg men dus een breder inzicht. Wat men verloor in gedetailleerde precisie is gewonnen in de breedte. Daarom is de gevolgde werkwijze naar mijn oordeel in het onderhavige geval zeer verdedigbaar.

### **Praktische logica**

Zoals gezegd ga ik er met Ragin van uit dat in sociaal onderzoek theoretische ideeën worden verbonden met empirische aanwijzingen (evidence). De leidende ideeën die in dit onderzoek zijn toegepast en uitgewerkt hebben betrekking op de twee onderwerpen die hier centraal staan: ten eerste de professionele beoordeling van en begeleiding bij arbeidsongeschiktheid, en ten tweede de rol die etniciteit daar mogelijk bij speelt. Wat betreft het eerste ging de aandacht uit naar wat genoemd wordt 'de praktische rationaliteit van de bedrijfsgeneeskundige respectievelijk verzekeringsgeneeskundige praktijk'. Het idee is dat professionals al doende een manier van werken ontwikkelen die enerzijds het karakter heeft van een routine, maar anderzijds ook ruimte laat voor de bijzondere omstandigheden zoals die in de concrete situatie naar voren komen. In die manier van werken zijn als het ware heterogene elementen - zoals wettelijke regelingen, algemene medische kennis, maar ook werkdruk en persoonlijke eigenschappen van artsen en cliënten - samengevoegd tot een werkbaar en 'redelijk' geheel. Eén van die heterogene elementen kan etniciteit zijn, de etnische categorie waartoe een arts een bepaalde cliënt rekent en de vooronderstelde kenmerken die die arts daarmee in verband brengt.

### **Categorisering**

Personen kunnen op talloze manier gekarakteriseerd worden die allemaal op zich correct kunnen zijn (of niet), maar waarvan de relevantie al naar de situatie sterk kan verschillen. Mensen hantieren allerlei categoriseringssystemen om zichzelf en anderen te 'plaatsen': men is man of vrouw, jong of oud, men heeft een bepaald beroep (of niet), etc. Met die categorieën worden conventio-

neel allerlei kenmerken verbonden: mannelijk optreden, vrouwenpraat, jeugdige onbezonnenheid, etc. Door personen waarmee ze te maken hebben op allerlei manieren te categoriseren en daarbij conventioneel 'verbonden kenmerken' meer of minder naar voren te halen scheppen mensen zich een zekere ordening in het sociale leven. Categorisering is een werkbaar en bijna onontkoombaar oriëntatiemiddel (Sacks, 1972, 1992).

'Etniciteit' verwijst naar een categorisering van personen op basis van herkomst, waarin raciale, religieuze en culturele kenmerken samengevoegd worden. Het gebruik van etnische categorieën lijkt de laatste jaren aan betekenis gewonnen te hebben, waarbij met name de tweedeling autochtoon/allochtoon opgeld doet. In het onderhavige onderzoek is gekeken naar de wijze waarop categorisering op basis van etniciteit uitwerken in de bestudeerde gesprekken. Etniciteit wordt daarbij niet opgevat als een vast gegeven, maar als iets dat in concrete interacties steeds opnieuw en op andere wijze vorm krijgt.

De belangrijkste bevinding van het onderzoek is, naar mijn oordeel, dat 'etnische' categorisering door de artsen vooral worden gehanteerd als het gesprek op de een of andere manier niet goed loopt, met name als het de arts niet lukt om het gesprek via zijn of haar gebruikelijke wijze van werken tot een goed eind te brengen. Bij als autochtoon gecategoriseerde cliënten zal de arts dan proberen op een individualiserende manier zicht te krijgen op de achtergronden van het stroeve verloop van het gesprek. Maar bij allochtone cliënten wordt nogal eens volstaan met een globale duiding in termen van hun 'anders zijn', wat als het ware een individualiserende aanpak 'blokkeert'. Het is daarbij opvallend dat zulke globale karakterisering als 'anders' niet gehanteerd worden als het gesprek soepel verloopt. De etnische categorisering wordt kennelijk pas relevant als die gebruikt kan worden om problemen in de afhandeling te verklaren; het lijkt een soort noodmaatregel. Helaas lijkt die noodmaatregel geen echte oplossing te bieden maar een stagnatie van die afhandeling in de hand te werken.

### **Ten slotte**

In het hier volgende rapport worden zowel de uitgangspunten, de werkwijze en de bevindingen van het onderzoek veel uitvoeriger en subtieler uiteengezet dan ik hier heb kunnen doen. Hoewel er in de werkwijze van de artsen en de rol van etniciteit daarin beslist patronen te ontdekken zijn, is de praktijk toch zeer variabel. Het onderzoek laat dat zien en maakt de lezer ook duidelijk dat de artsen hun werk in redelijkheid proberen tot een goed einde te brengen, maar dat het terugvallen op duidingen in termen van etniciteit desondanks belemmerend kan werken.

### **Verwijzingen**

Have, Paul ten (2004) *Understanding qualitative research and ethnomethodology*. London etc. Sage Publications

Ragin, Charles C. (1994) *Constructing social research: the unity and diversity of method*. Thousand Oaks: Pine Forge Press

Sacks, Harvey (1972) 'An initial investigation of the usability of conversational data for doing sociology'. In: David Sudnow, ed. *Studies in social interaction*. New York: Free Press: 31-74

Sacks, Harvey (1992) *Lectures on conversation*. 2 vols. Edited by Gail Jefferson with introductions by Emanuel A. Schegloff. Oxford: Basil Blackwell

Strong, P.M. (1979) *The ceremonial order of the clinic: parents, doctors and medical bureaucracies*. London: Routledge & Kegan Paul.