

JUNI 2014

Ervaringen bij arbeidsre-integratie

‘Het proces tussen revalidanten met COPD, werkgevers en bedrijfsartsen’

Opdrachtgever

UCCZ Dekkerswald

Projectgroep

Marloes van den Akker
Annerieke Faber
Maud Hendriks
Daphne Martens

Projectbegeleider Hogeschool van Arnhem en Nijmegen

Godelieve Kip

Opleiding

Maatschappelijk Werk
& Dienstverlening

Voorwoord

Voor u ligt het onderzoeksrapport 'Ervaringen bij arbeidsre-integratie: het proces tussen revalidanten met COPD, werkgevers en bedrijfsartsen'. In de periode van februari 2014 tot en met mei 2014 hebben wij, in opdracht van UCCZ Dekkerswald, onderzoek gedaan naar het thema arbeidsre-integratie dat speelt bij patiënten met COPD die poliklinisch revalideren. Wij hebben dit afstudeeronderzoek uitgevoerd vanuit de opleiding Maatschappelijk Werk & Dienstverlening aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen te Nijmegen.

In dit rapport presenteren wij de manier waarop het onderzoek is uitgevoerd, de resultaten en de conclusies. Het rapport wordt afgesloten met twee aanbevelingen aan UCCZ Dekkerswald.

Graag willen wij de revalidanten, werkgevers en bedrijfsartsen bedanken voor de medewerking aan het onderzoek. Ook spreken wij onze dank uit voor de ondersteuning die wij hebben ontvangen van de medewerkers van UCCZ Dekkerswald, evenals die van de docenten vanuit de opleiding.

In het bijzonder bedanken we Jan Vercoulen en Gerdien de Vries, onze opdrachtgevers, voor het meedenken en mede mogelijk maken van dit onderzoek en Michiel Sartorius, voor het benaderen van respondenten. Daarnaast bedanken wij ook Godelieve Kip, onze projectbegeleider, voor het meedenken en haar advies.

Wij wensen u veel plezier met het lezen van dit onderzoeksrapport.

Hartelijke groet,

Marloes van den Akker, Annerieke Faber, Maud Hendriks & Daphne Martens

Samenvatting

In dit rapport vindt u een onderzoek naar de ervaringen van revalidanten, werkgevers en bedrijfsartsen, die zij hebben opgedaan tijdens het arbeidsre-integratieproces. Werkgevers en bedrijfsartsen zijn de primaire partijen die bij een zieke werknemer betrokken zijn op het gebied van arbeidsre-integratie. De onderzoeksvraag luidt: 'wat zijn de ervaringen van revalidanten, werkgevers en bedrijfsartsen die ze hebben opgedaan tijdens het arbeidsre-integratieproces?' Het betreft revalidanten met COPD die poliklinisch revalideren bij UCCZ Dekkerswald. Voor dit onderzoek zijn vijf revalidanten, vier bijhorende werkgevers en twee bijhorende bedrijfsartsen geïnterviewd. Deze interviews zijn afgenomen bij revalidanten die ten tijde van het onderzoek bezig waren met revalideren of die recent gerevalideerd hebben. Er is binnen de organisatie niet eerder onderzoek gedaan naar de ervaringen van de betrokken partijen in het arbeidsre-integratieproces. Om deze reden is het onderzoek kwalitatief en inventariserend van aard. Door open interviews af te nemen, zijn de ervaringen zo breed mogelijk in beeld gebracht. Vanuit de probleemanalyse blijken er veel factoren te zijn die het arbeidsre-integratieproces beïnvloeden. Het betreft factoren op persoonsniveau, bijvoorbeeld acceptatie- en verwerking van de ziekte en de omgang met de ziekte. Daarnaast zijn er factoren die de samenhang van de primaire partijen beschrijft, zoals overeenstemming tussen de partijen. Als laatste worden er maatschappij gebonden factoren benoemd, zoals de Wet Verbetering Poortwachter. In het praktijkonderzoek zijn ervaringen naar voren gekomen die volgens de respondenten het arbeidsre-integratieproces beïnvloeden.

Uit het onderzoek valt te concluderen dat de thema's relaties, coping, kennis en informatie en overeenstemming de grootste rol te spelen in het arbeidsre-integratieproces. Het thema relaties gaat bijvoorbeeld in op het ervaren begrip en de houding van de primaire partijen naar elkaar toe. De onderlinge relaties worden overwegend positief gewaardeerd. Een ander thema dat naar voren kwam was kennis en informatie. Hierbij werd bijvoorbeeld aangegeven dat de kennis van de werkgever van longrevalidatie niet optimaal is. Daarnaast blijkt coping een belangrijke rol te spelen in het proces. Alle revalidanten hebben moeite met het omgaan met de ziekte en dit wordt door alle partijen gezien. Ook blijkt op het gebied van overeenstemming dat de partijen soms niet op één lijn zitten over bijvoorbeeld het advies van de bedrijfsarts, dit kan het arbeidsre-integratieproces bemoeilijken.

Vanuit het onderzoek zijn twee aanbevelingen gedaan. De eerste aanbeveling richt zich op het verbeteren van de kennis bij de werkgevers over longrevalidatie, door vanuit de organisatie een informatiefolder te verstrekken. Deze verbetering kan er uiteindelijk voor zorgen dat er meer overeenstemming is tussen de partijen en dat dit de relaties ten goede komt. De tweede aanbeveling richt zich op het uitvoeren van een vervolgonderzoek, waarbij meer respondenten betrokken worden en waarbij er aandacht is voor wat de respondenten als verbetering zien.

Inhoudsopgave

Voorwoord	1
Samenvatting	2
1. Inleiding.....	6
1.1. Aanleiding	6
1.2. Relevantie voor de organisatie	7
1.3. Relevantie voor het maatschappelijk werk.....	7
1.4. COPD.....	7
1.5. Longrevalidatie UCCZ Dekkerswald.....	8
1.6. Arbeidsre-integratieproces	9
2. Conclusie probleemanalyse en visie.....	11
2.1. Conclusie probleemanalyse	11
2.2. Keuze richtpunten onderzoek.....	13
2.3. Visie	13
3. Onderzoeksopzet	14
3.1. Afbakening van databronnen.....	14
3.2. Doelstelling en onderzoeksvraag.....	14
3.3. Deelvragen.....	15
3.4. Onderzoeksbenadering.....	15
3.5. Onderzoekstype	15
3.6. Operationalisatie	16
3.7. Databronnen	16
3.8. Onderzoekspopulatie	16

3.9.	<i>Steekproeftrekking</i>	17
3.10.	<i>Dataverzamelingsstechniek</i>	17
3.11.	<i>Onderzoeksinstrumenten</i>	18
4.	<i>Analyse van de gegevens</i>	19
4.1.	<i>Materiaal startklaar maken voor analyseren</i>	19
4.2.	<i>Analyseren</i>	19
4.3.	<i>Resultaten weergeven en conclusies trekken</i>	19
5.	<i>Onderzoeksresultaten</i>	21
5.1.	<i>Resultaten deelvraag 1</i>	21
5.2.	<i>Resultaten deelvraag 2</i>	24
5.3.	<i>Resultaten deelvraag 3</i>	26
6.	<i>Conclusie deelvragen</i>	29
6.1.	<i>Conclusie deelvraag 1</i>	29
6.2.	<i>Conclusie deelvraag 2</i>	29
6.3.	<i>Conclusie deelvraag 3</i>	30
7.	<i>Conclusie</i>	31
7.1.	<i>Conclusie onderzoeksvraag</i>	31
7.2.	<i>Koppeling signalen en vermoedens, literatuuronderzoek en praktijkonderzoek</i>	34
8.	<i>Aanbevelingen</i>	37
8.1.	<i>Aanbeveling 1</i>	37
8.2.	<i>Aanbeveling 2</i>	40
9.	<i>Verantwoording</i>	42
9.1.	<i>Functionele- en operationele eisen</i>	42

9.2. <i>Bruikbaarheid, validiteit en betrouwbaarheid</i>	43
10. Discussie.....	45
10.1. <i>Respondenten</i>	45
10.2. <i>Voorafgaand aan de dataverzameling</i>	46
10.3. <i>De dataverzameling</i>	48
10.4. <i>Verwerking van de verzamelde gegevens</i>	48
11. Overdracht organisatie	50
Literatuurlijst.....	51
Bijlagen	51
<i>Bijlage 1: schema COPD en longrevalidatie</i>	54
<i>Bijlage 2: probleemanalyse</i>	55
<i>Bijlage 3: startvraag en topiclijst</i>	63
<i>Bijlage 4: stroomdiagram UCCZ Dekkerswald</i>	65
<i>Bijlage 5: werkbeschrijving onderzoeken UCCZ Dekkerswald</i>	67

1. Inleiding

In dit hoofdstuk beschrijven we de aanleiding van het onderzoek, de relevantie voor de organisatie en de relevantie voor het maatschappelijk werk. Ook geven we uitleg over COPD en longrevalidatie.

1.1. Aanleiding

Het Universitair Centrum voor Chronische Ziekten (UCCZ) Dekkerswald is een instelling voor chronisch zieken. Poliklinische longrevalidatie is een afdeling binnen deze instelling. In paragraaf 1.5. vindt u bredere uitleg van de instelling UCCZ Dekkerswald. Anderhalf jaar geleden is het programma van de poliklinische longrevalidatie bij UCCZ Dekkerswald uitgebreid met psychosociale zorg. Deze multidisciplinaire aanpak is overgenomen vanuit het klinische longrevalidatieprogramma. In het klinische longrevalidatieprogramma bleek arbeidsre-integratie een belangrijk thema te zijn, waarbij begeleiding vanuit de organisatie is. Het arbeidsre-integratieproces start op het moment dat er is sprake is van langdurig ziekteverzuim in de arbeidssituatie. Dit proces speelt zich af tussen werknemer, werkgever en bedrijfsarts en heeft werkherleving, eventueel in aangepaste vorm, tot doel. In paragraaf 1.6 vindt u een uitgebreide beschrijving van het verloop van het arbeidsre-integratieproces.

Ook bij de aanpassing van het poliklinische programma kwam arbeidsre-integratie als belangrijk punt naar voren, waarbij begeleiding wenselijk bleek te zijn. Vanuit de medewerkers van UCCZ Dekkerswald is geconstateerd dat het arbeidsre-integratieproces tussen revalidanten met COPD, werkgevers en bedrijfsartsen niet altijd optimaal verloopt. Deze signalen vangen zij op tijdens de begeleiding die zij de revalidanten bieden. Voor de organisatie is het onduidelijk wat de redenen zijn dat het proces niet altijd optimaal verloopt. Dit is de aanleiding geweest voor de start van het onderzoek.

De maatschappelijk werker en psycholoog van UCCZ Dekkerswald vangen de volgende signalen op en hebben hier vermoedens over die mogelijk oorzaak zijn van de knelpunten in het proces. De maatschappelijk werker en psycholoog hebben de volgende signalen opgevangen:

- ❖ Uit de hulpverlening blijkt dat revalidanten veel druk ervaren vanuit hun bedrijfsarts en werkgever.
- ❖ De revalidant geeft aan dat al zijn energie op gaat aan werk. Dit kan een signaal zijn dat er iets in het werkproces niet goed verloopt.
- ❖ Revalidanten communiceren niet goed over de ziekte met hun bedrijfsarts en werkgever. Ook in het privéleven kan dit voor problemen zorgen.
- ❖ Revalidanten verbergen vaak dat ze COPD hebben.
- ❖ Het verwerkingsproces die de ziekte COPD met zich mee brengt, is zwaar.

De maatschappelijk werker en psycholoog uiten de volgende vermoedens:

- ❖ Bedrijfsartsen en werkgevers hebben weinig inhoudelijke kennis over COPD.
- ❖ Bedrijfsartsen en werkgevers hebben weinig kennis over wat longrevalidatie inhoudt.
- ❖ De mate van belasting-belastbaarheid van de revalidant die COPD heeft is voor werkgever en bedrijfsarts niet duidelijk.
- ❖ Voor werkgever en bedrijfsarts is het niet duidelijk wat COPD betekent voor het functioneren van een werknemer.
- ❖ Er zijn veel misverstanden in communicatie tussen de drie betreffende partijen.

- ❖ De werkgever heeft geen begrip voor regelmatige uitval door exacerbatie.

Samenvattend komen uit de signalen en vermoedens drie knelpunten naar voren: gebrek aan kennis over COPD, gebrek aan kennis over longrevalidatie en een niet optimale communicatie en relatie tussen de betrokken partijen. Dit zijn de knelpunten zoals de maatschappelijk werker en de psycholoog van UCCZ Dekkerswald ze zien.

Dit onderzoek beoogt inzicht te geven in de ervaringen van de betrokken partijen van het arbeidsre-integratieproces. Hierbij wordt getracht de ervaringen zo breed mogelijk in kaart te brengen. Na afronding van het onderzoek zal bekeken worden of de signalen en vermoedens van de maatschappelijk werker en psycholoog van UCCZ Dekkerswald overeen komen met de resultaten.

1.2. Relevantie voor de organisatie

Zoals hierboven benoemd, tracht dit onderzoek inzicht te geven in ervaringen van de primaire partijen van het arbeidsre-integratieproces. Wanneer er door dit onderzoek beter inzicht wordt verkregen in de ervaringen die door de primaire partijen opgedaan worden in het arbeidsre-integratieproces, kan de organisatie de zorg die zij aan revalidanten biedt nog beter afstemmen. Daarmee sluit de organisatie aan bij de één van kernwaarden van haar visie, namelijk het bieden van zorg op maat (UCCZ, z.d.).

1.3. Relevantie voor het maatschappelijk werk

Eén van de taken van het maatschappelijk werk binnen UCCZ Dekkerswald, is het bieden van begeleiding bij het thema arbeidsre-integratie. Deze begeleiding vindt plaats wanneer de revalidant begeleiding bij het arbeidsre-integratieproces nodig heeft, bijvoorbeeld wanneer het proces tussen de primaire partijen niet optimaal verloopt. De begeleiding bestaat bijvoorbeeld uit aandacht hebben voor een adequate communicatie van de revalidant met onder andere werkgever en bedrijfsarts, het informeren van de werkgever of bedrijfsarts over het revalidatietraject en bij afronding van het revalidatietraject het voeren van een arbeidsgesprek met de revalidant, de longarts en maatschappelijk werk over de mogelijkheden en onmogelijkheden van de werksituatie. Op het moment dat het maatschappelijk werk beter inzicht heeft in het verloop van het arbeidsre-integratieproces, kan de begeleiding bij dit thema beter worden afgestemd op de situatie van de revalidant. Op deze manier handelt het maatschappelijk werk volgens de centrale waarde die beschreven staat in de beroepscode van het maatschappelijk werk: *‘De maatschappelijk werker bevordert het tot zijn recht komen van de cliënt in wisselwerking met zijn omgeving. De maatschappelijk werker draagt actief bij aan een zo groot mogelijke eigen verantwoordelijkheid van de cliënt’* (NVMW, 2010, p. 9). De maatschappelijk werker kan door dit onderzoek beter inspelen op de situatie van de revalidant in wisselwerking met zijn omgeving, in dit geval het contact met de betrokkenen bij het arbeidsre-integratieproces. Hiermee bevordert de maatschappelijk werker het tot zijn recht komen van de revalidant.

1.4. COPD

COPD staat voor Chronic Obstructive Pulmonary Disease, oftewel chronische obstructieve longziekte. COPD wordt gedefinieerd als een ziekte die zich kenmerkt door een luchtwegobstructie. Deze luchtwegobstructie is in veel gevallen progressief en heeft te

maken met een abnormale ontstekingsreactie van de longen en luchtwegen op schadelijke stoffen en gassen (Nederlands Huisartsen Genootschap, 2014). COPD is een chronische ziekte. Het is een ziekte waarbij de longen altijd vol zitten met kleine ontstekingen. Deze veroorzaken blijvende schade. Bij COPD kunnen de longen niet voor 100 procent zorgen voor een goede ademhaling, waardoor benauwdheid, hoesten en kortademigheid kunnen optreden. Hierdoor verbruikt het lichaam veel energie, waardoor er vaak ook moeheid en vermindering van spierkracht optreedt (Longfonds, z.d.). Het verloop van de ziekte is per situatie verschillend. De mate van COPD wordt uitgedrukt in vier verschillende stadia, variërend van lichte tot zeer ernstige klachten. Bij lichte en matige COPD kan door aanpassingen in leefstijl en omgeving nog een goede kwaliteit van leven bereikt worden. Bij ernstige en zeer ernstige COPD zijn de klachten vaak zo hevig, dat iemand bijvoorbeeld in een rolstoel terecht komt of dat het nodig is om extra zuurstof te krijgen. De symptomen van COPD verschillen per moment en per dag (Longfonds, z.d.). In de meeste gevallen is COPD een ziekte die na het veertigste levensjaar intreedt. Als er sprake is van een erfelijke variant, kan de ziekte al eerder tot uiting komen. COPD is niet te genezen, er zijn echter wel behandelingen die de klachten verlichten en lichte verbeteringen laten zien. Het is per persoon verschillend of er behandeling nodig is en welke behandeling geschikt is. Medicatiegebruik en zuurstofgebruik zijn veelvoorkomende behandelingen voor COPD-patiënten (Longfonds, z.d.) Een andere vorm van behandeling is longrevalidatie. Een COPD-patiënt komt in aanmerking voor longrevalidatie bij UCCZ Dekkerswald als er sprake is van een chronische longaandoening en de gebruikelijke onderzoeken en behandelingen door longarts of huisarts niet voldoende zijn (UCCZ, 2012).

1.5. Longrevalidatie UCCZ Dekkerswald

UCCZ Dekkerswald is een centrum voor chronisch zieken. Eén van de afdelingen van het ziekenhuis is de longrevalidatie. Hier komen patiënten met longaandoeningen, waaronder COPD, revalideren. Longrevalidatie is een programma waarin op een multidisciplinaire manier aandacht wordt besteed aan de zorg rondom een patiënt met COPD, zie hiervoor bijlage 1 (UCCZ, z.d.). Longrevalidatie richt zich op het verbeteren van het lichamelijk functioneren, het verminderen van de klachten en beperkingen en het verbeteren van de kwaliteit van leven voor mensen met een chronische longziekte. Daarnaast richt de revalidatie zich ook op het verkrijgen van inzicht in de aandoening, met als doel het beter leren omgaan met de aandoening in het dagelijks leven. Deze aanpak van UCCZ Dekkerswald komt overeen met de factoren die invloed hebben op het adaptatieproces zoals Vercoulen, Kalkman & Servaes (2008) deze benoemen. Zij zeggen dat klachten, beperkingen en de kwaliteit van leven afhankelijk zijn van de adaptatie, de aanpassing, aan de stoornis. Deze adaptatie aan de stoornis bestaat uit een interactie van de vier volgende processen: de fysiologische stimuli en cognitieve, emotionele en gedragsmatige aspecten. Er zijn twee vormen van longrevalidatie binnen UCCZ Dekkerswald te onderscheiden: klinische longrevalidatie en poliklinische longrevalidatie. Bij klinische longrevalidatie verblijft de patiënt van maandag tot en met vrijdag in het revalidatiecentrum, gedurende 10 tot 12 weken. Bij poliklinische longrevalidatie komt de revalidant gedurende tien weken, drie dagdelen per week revalideren. Bij beide programma's wordt er vanuit de multidisciplinaire samenwerking gewerkt aan het verbeteren van zowel het fysieke vermogen als ook aan het mentale vermogen om met de ziekte, en alle aanpassingen die nodig zijn, om te leren gaan. Deze thema's worden op individueel niveau en op groepsniveau behandeld. Om de drie weken wordt de voortgang geëvalueerd. Na ontslag zal er door middel van een terugkomdag

geëvalueerd worden hoe de periode na de revalidatie is verlopen. Bij de poliklinische longrevalidatie bestaat het multidisciplinaire team uit een longarts, verpleegkundige, fysiotherapeut, bewegingstherapeut, diëtist, psycholoog en maatschappelijk werker.

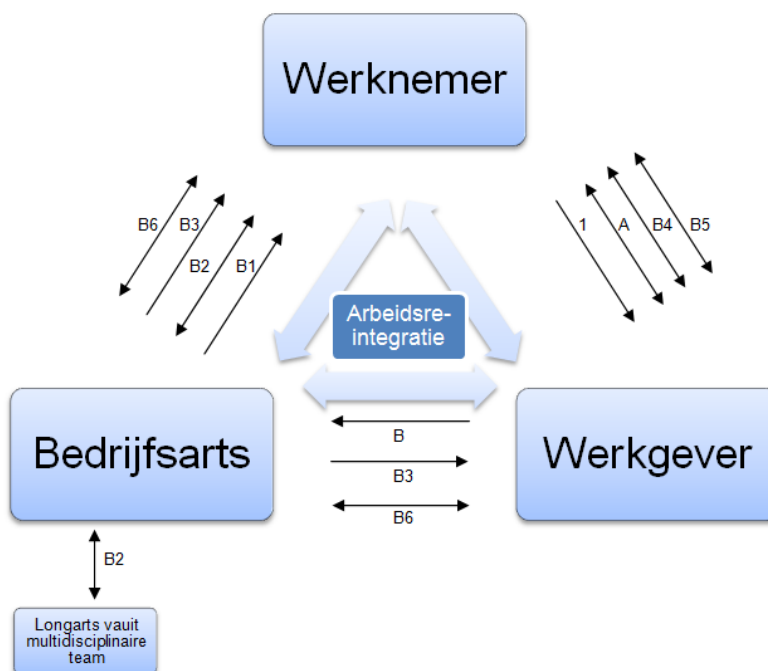
1.6. Arbeidsre-integratieproces

Arbeidsre-integratie is een proces tussen werknemer, werkgever en bedrijfsarts, met werkhervatting (eventueel in aangepaste vorm) tot doel. Werknemer, werkgever en bedrijfsarts zijn de primaire partijen. Arbeidsre-integratie start wanneer er sprake is van ziekteverzuim. Op dat moment is contact met de werkgever en bedrijfsarts noodzakelijk om afspraken te maken over het terugkeren naar het werk. Wanneer iemand langdurig ziek is, wordt volgens de Wet Verbetering Poortwachter gehandeld. Deze wet heeft als doel om snel afspraken te maken over geleidelijke werkhervatting voor werknemers die thuis zitten vanwege (gedeeltelijke) arbeidsongeschiktheid (Poortwachtersloket, z.d.). Voor meer uitleg over de Wet Verbetering Poortwachter, zie bijlage 2, de probleemanalyse.

Eén van de stappen volgens de Wet Verbetering Poortwachter is dat de werkgever in overleg met de werknemer een plan van aanpak op moet stellen, gebaseerd op het advies van de bedrijfsarts. Dit advies kan bijvoorbeeld verdere behandeling inhouden die bijdragen aan lichamelijk of psychisch herstel, of stapsgewijs opbouwen van werkzaamheden. Op dat moment kunnen er andere professionals, secundaire partijen, betrokken worden. De stappen die volgens de Wet Verbetering Poortwachter doorlopen worden, staan in schema 1 uitgelegd.

Patiënten met een chronische ziekte, bijvoorbeeld COPD, bevinden zich vaak in een arbeidsre-integratieproces omdat er sprake is van ziekteverzuim. Dit kan ook bij COPD-patiënten die poliklinisch revalideren bij UCCZ Dekkerswald het geval zijn. Het stappenplan in het arbeidsre-integratieproces verloopt als volgt:

Schema 1. Arbeidsre-integratieproces



1. De werknemer laat de werkgever weten dat hij ziek is. Er vindt dan één van de volgende twee processen plaats:
 - A. Werknemer en werkgever maken onderling afspraken over werkhervatting. Wanneer dit geen problemen oplevert met het oog op werkhervatting, is dit voldoende en komt de bedrijfsarts niet in beeld. Wanneer er geen onderlinge afspraken gemaakt kunnen worden, of er sprake is van langdurig ziekteverzuim, wordt gehandeld volgens de Wet Verbetering Poortwachter, zie proces B.
 - B. Bij ziekte van de werknemer benadert de werkgever de bedrijfsarts die verbonden is aan de werkgever. De volgende stappen worden doorlopen volgens de Wet Verbetering Poortwachter.
 - ❖ B1. Bedrijfsarts legt contact met de werknemer.
 - ❖ B2. Bedrijfsarts verzamelt informatie bij de werknemer en bij behandelaars, de secundaire partijen. In het geval van COPD-patiënten die poliklinische revalideren kan dit de longarts zijn die vanuit het multidisciplinaire team werkt.
 - ❖ B3. Op basis van de verzamelde informatie maakt de bedrijfsarts een probleemanalyse en levert deze aan de werknemer en de werkgever.
 - ❖ B4. Op basis van de probleemanalyse stellen werkgever en werknemer samen een plan van aanpak voor werkhervatting op.
 - ❖ B5. Het plan van aanpak wordt elke 6 weken door werknemer en werkgever geëvalueerd en indien nodig bijgesteld.
 - ❖ B6. Bedrijfsarts houdt in de gaten of contact en reflectie ten aanzien van het plan van aanpak tussen werknemer en werkgever goed verloopt.

Wanneer tijdens de uitvoering van de Wet Verbetering Poortwachter blijkt dat de werknemer niet meer volledig aan het werk kan, wordt een WIA-uitkering aangevraagd. Dit is een proces dat een arts van het Uitvoeringsinstituut Werknemers Verzekeringen (UWV) op zich neemt.

2. Conclusie probleemanalyse en visie

Voor de oriëntatie op het probleem hebben we een probleemanalyse gemaakt, waarin factoren worden benoemd die mogelijk een rol spelen in het arbeidsre-integratieproces. In dit hoofdstuk volgt de conclusie van deze analyse. In bijlage 3 kunt u de gehele probleemanalyse vinden. Hierbij moet worden vermeld dat deze probleemanalyse voornamelijk beschreven is vanuit factoren die het proces in negatieve zin kunnen beïnvloeden. In de analyse gaan we uit van de primaire partijen bij het arbeidsre-integratieproces, namelijk de revalidant, werkgever en bedrijfsarts. Deze analyse baseren we op signalen en vermoedens die de organisatie in de oriënterende gesprekken aangedragen heeft, zoals benoemd in paragraaf 1.1. Daarbij hebben we een verdiepend gesprek gehad met een deskundige, de maatschappelijk werker van de organisatie. In paragraaf 1.1 staat een overzicht van deze signalen en vermoedens. Daarnaast maken we in de analyse gebruik van relevante literatuur.

2.1. Conclusie probleemanalyse

Uit de probleemanalyse kunnen wij concluderen dat er verschillende factoren zijn die een rol spelen in het arbeidsre-integratieproces tussen revalidant, werkgever en bedrijfsarts, de primaire partijen die betrokken zijn bij dit proces. In deze conclusie vindt u de belangrijkste factoren die aan bod komen in de probleemanalyse.

Microniveau

Op persoonsniveau zijn er een aantal factoren te benoemen. Ten eerste kan het proces beïnvloedt worden door het acceptatie- en verwerkingsproces waarin de revalidant zit. COPD is een ziekte die geleidelijk verergerd. Dit maakt dat een revalidant steeds opnieuw te maken krijgt met verlieservaringen (Vercoulen, Mathijssen & Schepper-IJssel, z.d., pp. 3-4). De dingen die voorheen vanzelfsprekend waren, moeten worden losgelaten. De verlieservaringen brengen een rouwproces op gang. In het rouwproces van COPD-patiënten worden vier stadië onderscheiden: ontkenning, weerstand, zelfmedelijden en acceptatie (Boer et al., 2014, p. 561). Deze emoties kunnen ervoor zorgen dat iemand nog niet toe is aan het bezig zijn met het thema arbeidsre-integratie. Daarnaast kan het proces beïnvloedt worden door het idee dat revalidanten erkenning verliezen wanneer ze aanpassingen moeten doen in de arbeidssituatie. Werk wordt door revalidanten belangrijk bevonden. Er wordt veel status en aanzien gehaald uit werk, hiermee verwerven de revalidanten erkenning (Zimbardo, McCan & Johnson, 2009, p. 246).

Ook blijkt uit de analyse dat de copingstijl van de revalidant, dus de manier waarop wordt omgegaan met stressvolle situaties, invloed kan hebben op de manier waarop over de ziekte wordt gecommuniceerd en daarmee op het verloop van het arbeidsre-integratieproces (COPD zorg goed in beeld, 2014). Een vermijdende copingstijl is daarin bijvoorbeeld niet bevorderend voor een adequate communicatie. Daarbij kan een niet adequate copingstijl van de revalidant het voor een werkgever en bedrijfsarts lastig maken om in te schatten in hoeverre COPD de revalidant beperkt. Een andere factor die het proces kan beïnvloeden is dat de revalidant verwachtingen heeft die niet kloppend zijn. Een voorbeeld hiervan is dat de revalidant denkt dat hij door hard te werken krediet heeft opgebouwd bij de werkgever en bij ziekte daarom een meewerkende houding verdient. Ook kan hij denken recht te hebben op een WIA-uitkering. Tenslotte blijkt het voor revalidanten vaak onduidelijk te zijn waar zij

wettelijk recht op hebben en wat onder de eigen verantwoordelijkheid valt. Zo blijkt een revalidant vaak niet te weten wat een WIA-uitkering inhoudt, wat de taken van een bedrijfsarts zijn (Gulden, Zwart en Prins, 2012, p. 300) en dat de bedrijfsarts een geheimhoudingsplicht heeft (Steenbeek, Heuvel & Buijs, 2006, pp. 362-365).

De deskundige geeft aan dat ze het vermoeden heeft dat werkgevers en bedrijfsartsen een gebrek aan kennis hebben over COPD en longrevalidatie. Ook kan het een rol spelen dat de ziekte, door het verschillende verloop, moeilijk in te schatten is (Longfonds, z.d.). Het verschillende verloop van de ziekte en het gebrek aan kennis over COPD en longrevalidatie kunnen het voor een werkgever en bedrijfsarts lastig maken om begeleiding te bieden aan de revalidant.

Mesoniveau

Er zijn factoren die inspelen op de samenhang tussen de betrokken partijen. Met name de verschillende taken en belangen van de drie betrokken partijen kunnen het proces beïnvloeden. Zo blijkt dat iedere partij andere belangen heeft in het arbeidsre-integratieproces (Beek, Anema, Varekamp & Dijk, 2010, p. 357). Voor de revalidant is het belangrijk om een goede afstemming te vinden tussen zowel ruimte geven aan het ziekteproces, als ook ruimte geven aan het creëren van mogelijkheden voor werkhervatting en de aanpassingen die hierbij horen. Ook speelt het behoud van inkomen een rol. Een taak van de werkgever is een passend plan bedenken voor de revalidant omdat hij loon moet doorbetalen wanneer de revalidant niet volledig kan werken (Verhage-van Kooten, 2010, pp. 289-290). Een taak van de bedrijfsarts is om binnen de beschikbare tijd een goed onderbouwde probleemanalyse op te stellen met daarin een passend advies (Poortwachtersloket, 2010). Vanwege deze verschillende belangen kunnen verschillende visies ontstaan die mogelijk voor problemen zorgen. Tussen de betrokken partijen kan er een gebrek aan overeenstemming over bepaalde onderwerpen zijn, dit kan ook een factor zijn die invloed heeft op het arbeidsre-integratieproces. Zo blijkt dat de bedrijfsarts en revalidant niet altijd overeenstemming hebben over de mogelijkheden van de revalidant. Ook tussen de revalidant en de werkgever is er tijdens het maken van een plan van aanpak niet altijd overeenstemming over de belastbaarheid van de revalidant. De werkgever en de bedrijfsarts hebben niet altijd overeenstemming over het advies van de bedrijfsarts aan de werkgever (Gulden, Zwart & Prins, 2012, p. 302).

Macroniveau

Er zijn ook maatschappij gebonden factoren te benoemen. De stappen die in het arbeidsre-integratieproces gezet moeten worden volgens de Wet Verbetering Poortwachter, komen niet altijd overeen met de fase van het acceptatie- en verwerkingsproces waarin de revalidant zich op dat moment bevindt. Zowel de revalidant, werkgever en bedrijfsarts hebben te maken met de Wet Verbetering Poortwachter (Poortwachtersloket, z.d.). Dit brengt voor iedere partij verschillende taken en verplichting met zich mee met betrekking tot het arbeidsre-integratieproces. De huidige regelgeving met betrekking tot privacy zorgt er daarbij voor dat informatieoverdracht lastiger wordt (Verhaage- van Kooten, 2010, pp. 260-264). Het arbeidsre-integratieproces kan hierdoor vertraagd worden.

2.2. Keuze richtpunten onderzoek

Vanuit de signalen en vermoedens van de maatschappelijk werker en psycholoog van UCCZ Dekkerswald komen drie thema's naar voren: gebrek aan kennis over COPD, gebrek aan kennis over longrevalidatie en een niet optimale communicatie en relatie tussen de betrokken partijen. Op basis van de conclusie van de probleemanalyse komen meer thema's naar voren: acceptatie en verwerking, erkenning, coping, verwachtingen, onduidelijkheid over wet- en regelgeving, gebrek aan kennis, verschillend verloop van de ziekte, verschillende taken en belangen, overeenstemming, Wet Verbetering Poortwachter en geheimhoudingsplicht.

Naar aanleiding van een vervolgggesprek met de opdrachtgever over deze thema's, is besloten de volgende thema's mee te nemen in het onderzoek: communicatie tussen de primaire partijen, coping van de revalidant, verwachtingen, overeenstemming tussen de primaire partijen en kennis over revalidatie ten behoeve van begeleiding. Deze keuze is gebaseerd op de wens van de opdrachtgever en onze bevindingen van belangrijke factoren uit de probleemanalyse.

2.3. Visie

Onze visie op het probleem is dat er niet één bepaalde factor kan worden aangewezen die kan verklaren waarom er iets niet goed verloopt in het arbeidsre-integratieproces. We vermoeden dat het vaak een combinatie van meerdere factoren is, die daadwerkelijk voor moeilijkheden zorgen. Daarbij denken wij niet dat er één partij is die invloed heeft op het verloop van het arbeidsre-integratieproces. Wij denken dat het te maken heeft met een wisselwerking tussen de betrokken partijen. Wat de ervaringen van deze partijen zijn in deze wisselwerking, willen we onderzoeken. Het is op dit moment nog niet duidelijk of de factoren die in de probleemanalyse naar voren komen, ook daadwerkelijk spelen als ervaringen bij de betrokken partijen. Dit zal uit de interviews moeten blijken. Het is belangrijk om te benoemen dat we in de probleemanalyse voornamelijk zijn uitgegaan van de inzichten vanuit de revalidanten, aangezien we vanuit de organisatie voornamelijk de signalen van de revalidanten in beeld hebben gekregen. We vinden het van belang om in het onderzoek ook de ervaringen van de werkgevers en bedrijfsartsen te onderzoeken, om op die manier een zo objectief mogelijk beeld van de situatie te schetsen.

3. Onderzoeksopzet

In de onderzoeksopzet staat een beschrijving van de opzet van het onderzoek. Hierin zal eerst de afbakening van het onderzoek worden benoemd. Vervolgens zal beschreven worden hoe we tot het onderzoeksdoel en bijbehorende onderzoeksvraag komen. Daarnaast wordt uitgelegd vanuit welke criteria het onderzoek wordt vormgegeven.

3.1. Afbakening van databronnen

Het arbeidsre-integratieproces speelt zich af tussen drie primaire partijen, namelijk revalidant, werkgever en bedrijfsarts. In het onderzoek richten wij ons op de ervaringen van de primaire partijen in het arbeidsre-integratieproces, zoals zij die zelf aangeven. Wij nemen het maatschappelijk werk niet mee als respondent in het onderzoek, omdat het maatschappelijk werk geen primaire partij is in dit proces. Arbeidsre-integratie wordt vaak opgepakt door een bedrijfsarts die verbonden is aan de werkgever van de revalidant. Een andere mogelijkheid is dat er een arts van het UWV wordt ingeschakeld, er is dan sprake van mogelijke afkeuring. De revalidant bevindt zich op dat moment in een heel ander proces. Om deze reden hebben we ervoor gekozen om revalidanten die contact hebben met een UWV-arts niet mee te nemen in het onderzoek.

3.2. Doelstelling en onderzoeksvraag

De aanleiding van dit onderzoek is de signalering vanuit de organisatie dat er iets niet goed verloopt in het arbeidsre-integratieproces. De organisatie krijgt deze signalen voornamelijk vanuit de revalidanten, er is nog maar weinig bekend over de ervaringen van de werkgevers en bedrijfsartsen. Bovendien is het niet duidelijk of deze signalen kloppend zijn. De organisatie wil daarom een breed beeld krijgen van de ervaringen in zijn geheel. Dit is tevens de reden dat er voor gekozen is om de ervaringen van alle betrokken partijen in beeld te brengen en het onderzoek niet alleen te richten op mogelijke problemen. Wanneer er gevraagd wordt naar de ervaringen van alle partijen, wordt er zowel een beeld geschetst van de positieve als negatieve factoren die een rol spelen in het proces.

Uit de oriënterende gesprekken met de opdrachtgever is de volgende doelstelling opgesteld:

- ❖ ‘Het geven van inzicht in de ervaringen van revalidanten¹, werkgevers en bedrijfsartsen die ze hebben opgedaan tijdens het arbeidsre-integratieproces², met als doel dat de organisatie haar hulpverlening beter af kan stemmen op deze ervaringen.’

Om de doelstelling te realiseren, hebben wij de volgende onderzoeksvraag geformuleerd:

- ❖ ‘Wat zijn de ervaringen van revalidanten, werkgevers en bedrijfsartsen¹ die ze hebben opgedaan tijdens het arbeidsre-integratieproces²?’

¹ Revalidanten: COPD-patiënten die revalideren bij de poliklinische longrevalidatie bij UCCZ Dekkerswald.

Werkgevers: De leidinggevende en/of directeur waar de revalidant het meest contact mee heeft omtrent arbeidsre-integratie.

Bedrijfsartsen: De bedrijfsarts of arbo-arts die verbonden is aan de organisatie waar de revalidant werkt en waar de revalidant contact mee heeft omtrent arbeidsre-integratie.

² *Arbeidsre-integratie is een proces tussen revalidant, werkgever en bedrijfsarts met werkhervatting, eventueel in aangepaste vorm, tot doel. Het arbeidsre-integratieproces is een proces dat in gang gezet wordt wanneer een werknemer (gedeeltelijk) langdurig ziek wordt. In dit proces is contact met de werkgever en eventueel de bedrijfsarts noodzakelijk om in een arbeidssituatie te kunnen blijven functioneren. De arbeidssituatie wordt aangepast aan de mogelijkheden van de revalidant bij zijn situatie en ziektebeeld. Het arbeidsre-integratieproces betreft dus een proces waarin drie partijen betrokken zijn. Voor een uitgebreide beschrijving van arbeidsre-integratie, en een stappenplan, zie paragraaf 1.6.*

3.3. Deelvragen

Om deze hoofdvraag te kunnen beantwoorden, formuleren we drie deelvragen. De eerste deelvraag zal ingaan op de ervaringen van revalidanten die ze hebben opgedaan in het arbeidsre-integratie proces en deze luidt:

❖ *Wat zijn ervaringen van revalidanten in het arbeidsre-integratieproces?*

Daarna zal er gekeken worden naar een tweede groep binnen het arbeidsre-integratieproces, namelijk de werkgevers. Dit wordt gevat in de tweede deelvraag:

❖ *Wat zijn ervaringen van werkgevers in het arbeidsre-integratieproces?*

Als laatste kijken we naar de groep bedrijfsartsen, namelijk bij de beantwoording van de derde deelvraag:

❖ *Wat zijn ervaringen van bedrijfsartsen in het arbeidsre-integratieproces?*

3.4. Onderzoeksbenadering

Het onderzoek wordt gebaseerd op de kwalitatieve onderzoeksbenadering met het interpretatieve onderzoeksparadigma (Migchelbrink, 2010, p. 34). Een kwalitatief onderzoek heeft als doel iets te willen begrijpen. Een kenmerk van een kwalitatieve benadering is het inzicht verkrijgen in hoe mensen de werkelijkheid ervaren, beleven en welke betekenis ze eraan geven (Migchelbrink, 2010, p. 32). De interpretatie of het perspectief staat centraal. Het interpretatieve paradigma gaat er vanuit dat er meerdere subjectieve werkelijkheden zijn, wat betekent dat iedereen dezelfde situatie verschillend kan interpreteren. Dit onderzoek is kwalitatief van aard, waarmee beoogd wordt de ervaringen van revalidanten, werkgevers en bedrijfsartsen in beeld te brengen. Als onderzoekers krijgen we op die manier zicht op de belevingswereld en belevingswaarde van de betrokken partijen. Door meerdere visies te onderzoeken, wordt er een compleet beeld geschetst van de situaties. Zo zorgen we ervoor dat we de ervaringen van alle primaire partijen meenemen en dat het resultaat dus meer waarheidsgetrouw is.

3.5. Onderzoekstype

Het onderzoek zal inventariserend van aard zijn (Migchelbrink, 2010, p. 135). Inventariserend onderzoek brengt de huidige stand van zaken in beeld. Dat is ook wat met dit onderzoek beoogd wordt. Er is gesignaleerd dat er iets in het arbeidsre-integratie proces niet goed verloopt. Het is voor de organisatie echter onduidelijk wat de achtergrond is van dit signaal. Door inventariserend onderzoek te doen, krijgt de organisatie een beeld van de situatie zoals deze wordt ervaren door de betrokken partijen. Ook worden hiermee de

signalen en vermoedens van de maatschappelijk werker en psycholoog van UCCZ Dekkerswald die zij voorafgaand aan het onderzoek hadden, bevestigd of juist ontkracht.

3.6. Operationalisatie

Operationaliseren is het vertalen van een begrip in meetbare termen (Baarda & Goede, 2006, pp. 172-176). Bij het operationaliseren worden vanuit de literatuur en praktijk dimensies toegekend aan een begrip. Bij elke dimensie worden vervolgens indicatoren genoemd. Deze indicatoren zijn meetbaar en kunnen gebruikt worden als uitgangspunt voor de dataverzameling, om op die manier de onderzoeksvraag te beantwoorden. Het doel van dit onderzoek is het in kaart brengen van de ervaringen van de betrokken partijen.

Vanuit de probleemanalyse komen een aantal onderwerpen naar voren die mogelijk een rol spelen bij het arbeidsre-integratieproces. Met de opdrachtgever is gesproken over de onderwerpen die de organisatie graag terug wil zien in de interviews. De opdrachtgever geeft op basis van eigen inzichten aan welke onderwerpen hij van toepassing acht als mogelijke belemmerende factoren op het arbeidsre-integratieproces. Zoals genoemd in paragraaf 2.2 komen vanuit de probleemanalyse en het gesprek met de opdrachtgever vijf belangrijke thema's naar voren die wij meenemen in het onderzoek: coping, communicatie, overeenstemming, verwachting en kennis over revalidatie ten behoeve van begeleiding. Deze thema's nemen wij mee in de topiclijst. Operationaliseren zorgt ervoor dat er vragen opgesteld kunnen worden op basis van de indicatoren. Wij kiezen voor een halfgestructureerd interview, waarbij we geen gebruik maken van een gestructureerde vragenlijst. Wij zullen de thema's niet verder operationaliseren, omdat vooraf operationaliseren om die reden dus niet zinvol is voor dit onderzoek.

3.7. Databronnen

In het onderzoek zal gebruik gemaakt worden van individuele personen als databron (Migchelbrink, 2010, pp. 87-88). Bij het onderzoek zullen individuele personen betrokken worden, omdat zij het beste hun eigen ervaringen kunnen benoemen. Bij het onderzoek betrekken we respondenten, dat zijn personen die iets kunnen vertellen over zichzelf en de situatie waarin zij zich bevinden. Binnen de respondenten onderscheiden we revalidanten, werkgevers en bedrijfsartsen. We kiezen voor deze drie partijen omdat zij de primaire partijen zijn in het arbeidsre-integratieproces.

3.8. Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie is het totaal van alle te onderzoeken databronnen (Migchelbrink, 2010, p. 98). Zoals benoemd zal gebruik worden gemaakt van respondenten om antwoord te krijgen op de onderzoeksvraag. Als er gekeken wordt naar de individuele personen, dan zijn alle revalidanten met COPD en hun werkgevers en bedrijfsartsen, de respondenten die betrokken kunnen worden in het onderzoek. Het betreft revalidanten met COPD waarbij sprake is (geweest) van een arbeidsre-integratieproces en die revalideren bij de poliklinische longrevalidatie op UCCZ Dekkerswald. We kiezen ervoor om revalidanten en hun werkgevers en bedrijfsartsen te betrekken. Dit is dan ook onze onderzoekspopulatie waarover wij uitspraken doen in de conclusies.

3.9. Steekproeftrekking

Om vanuit de onderzoekspopulatie een selectie te maken, wordt er een steekproef gedaan. Er zijn verschillende soorten steekproeven. Wij kiezen ervoor om de respondenten te selecteren via een gelegenheidssteekproef. Dit is een steekproef waarbij je mensen selecteert die gemakkelijk of snel bereikt kunnen worden (Migchelbrink, 2010, p. 102). In dit onderzoek houdt dat in dat de maatschappelijk werkers van de organisatie enkele revalidanten en oud-revalidanten zullen benaderen, waarvan zij verwachten dat ze mee zouden willen werken aan het onderzoek en waarbij sprake is (geweest) van een arbeidsre-integratieproces. We kiezen ervoor om naast huidige revalidanten ook oud-revalidanten te benaderen, omdat onder de huidige groep van revalidanten weinig personen zijn waarbij sprake is (geweest) van arbeidsre-integratie. Wanneer de (oud-)revalidanten aangeven mee te willen werken aan het onderzoek, zal er toestemming worden gevraagd om ook hun werkgever en bedrijfsarts te benaderen.

3.10. Dataverzamelingstechniek

Migchelbrink noemt drie manieren om informatie te verzamelen: ondervragen, observeren en inhoud analyseren (2010, p. 89). Ondervragen wordt ingezet om kennis, houdingen, attitudes, motieven of opvattingen van een persoon te onderzoeken. Observeren wordt ingezet om gedrag te onderzoeken. Een inhoudsanalyse houdt in dat gegevens verzameld en bewerkt worden. In dit onderzoek wordt er gekozen voor de dataverzamelingstechniek ondervragen, omdat dit aansluit bij de onderzoeksvraag. Bij een ondervraging dienen verschillende keuzes gemaakt te worden. Wij kiezen ervoor om een individuele, face-to-face, mondelinge en halfgestructureerde ondervraging af te nemen (Migchelbrink, 2010, pp. 90-93). De keuze voor een individuele ondervraging wordt gemaakt op basis van het feit dat dit de mogelijkheid biedt om diep in te gaan op de ervaringen van de individuele respondent. Dit sluit aan bij de onderzoeksvraag, die ingaat op het onderzoeken van ervaringen. Er wordt gekozen voor een face-to-face ondervraging, omdat er op die manier oog is voor non-verbale signalen die een duidelijk beeld geven van de daadwerkelijke ervaringen en belevingen van respondenten. Daarbij is er op die manier ruimte voor eigen interpretatie. Er wordt gekozen voor een mondelinge ondervraging, omdat deze de mogelijkheid biedt om de diepte in te gaan en door te vragen in tegenstelling tot een schriftelijke ondervraging. Vanwege de onderzoeksvraag is het wenselijk om te kiezen voor dit type ondervraging. Als laatste kiezen we voor een open ondervraging. Hierbij wordt gewerkt met één open startvraag en een topiclijst van onderwerpen die aan de orde moeten komen (zie bijlage 3). De keuze hiervoor baseren we op het feit dat een open ondervraging veel ruimte biedt voor de mening van de respondent. De respondent kan zelf aandragen wat hij belangrijk vindt, de ondervraging wordt op die manier zo min mogelijk gestuurd.

Om deze ondervraging te realiseren wordt er een brief opgesteld om de (oud-)revalidanten met COPD die in een arbeidsre-integratieproces verkeren, te informeren over het onderzoek. De maatschappelijk werkers van UCCZ Dekkerswald zullen de revalidanten benaderen om te vragen of zij mee willen werken aan het onderzoek, waarbij ze de brief uitreiken. Indien de revalidanten toestemming geven, nemen wij persoonlijk contact met hen op. Ook zal toestemming worden gevraagd voor het benaderen van de werkgever en de bedrijfsarts. Indien zij daar mee akkoord gaan, kunnen de interviews gepland worden. De respondenten krijgen de kans om aan te geven waar ze het interview plaats willen laten vinden. Op deze

manier maken we de last voor deelname aan het onderzoek zo klein mogelijk. Het afnemen van interviews kan bij de revalidanten thuis en voor de werkgevers en bedrijfsartsen op de locatie van de betreffende instanties. Indien gewenst is het voor alle partijen mogelijk om het interview plaats te laten vinden op UCCZ Dekkerswald. Wanneer dit het geval is, kan met het secretariaat besproken worden of er een ruimte vrij is.

3.11. Onderzoeksinstrumenten

Aansluitend bij de keuze voor een ondervraging als dataverzamelingstechniek, kiezen we voor een open interview. Dit is het onderzoeksinstrument waar we bij de dataverzameling gebruik van maken. Een open interview is een gesprek met respondenten waarbij door het stellen van open vragen informatie wordt verzameld (Migchelbrink, 2010, p. 205). Wij kiezen voor dit onderzoeksinstrument omdat door een open interview inzicht kan worden verkregen in persoonlijke opvattingen en belevingen van de respondent. De verwachting is dat we hiermee bij de ervaringen van de respondenten aansluiten en de diepte in kunnen gaan. Dit sluit aan bij de open onderzoeksvraag. Het open interview kent verschillende varianten. Bij dit onderzoek is gekozen voor een halfgestructureerd interview. Kenmerkend hiervoor is dat er naast een open startvraag een topiclijst is opgesteld, waarin onderwerpen genoemd worden die in ieder geval aan bod moeten komen (Migchelbrink, 2010, p. 207). De formulering van de vragen en de volgorde van de onderwerpen liggen niet vast. Vanuit de opdrachtgever en de probleemanalyse zijn thema's naar voren gekomen die in ieder geval aan bod moeten komen. Deze worden benoemd in paragraaf 2.2. Hiervan maken we een topiclijst, De topiclijst zullen we gebruiken als checklist om na te gaan of we alle onderwerpen aan bod hebben laten komen. Het uitgangspunt is om bij alle partijen alle thema's van de topiclijst te onderzoeken, zodat we de antwoorden die hierop gegeven worden kunnen vergelijken en conclusies kunnen trekken. Een interview afnemen aan de hand van een open interview stelt hoge eisen aan de interviewer. Om te zorgen dat we als interviewers bekwaam zijn om de juiste informatie uit de interviews te halen, zullen we samen met de opdrachtgever het verloop van de interviews bespreken. We zullen bespreken wat goed ging en wat moeilijk was. Deze inzichten kunnen we meenemen in de resterende interviews.

4. Analyse van de gegevens

In het verwerken en analyseren van de gegevens zijn verschillende fases te onderscheiden. Allereerst zal uitgelegd worden hoe ervoor gezorgd wordt dat het verkregen materiaal op een gedegen manier geanalyseerd kan worden. Vervolgens zal uitgelegd worden hoe we de gegevens daadwerkelijk zullen analyseren. Tenslotte benoemen we welke stappen er zullen worden genomen om de resultaten weer te geven en antwoord te kunnen geven op de deelvragen, en daarmee uiteindelijk op de onderzoeksvraag.

4.1. Materiaal startklaar maken voor analyseren

Om te zorgen dat het verzamelde materiaal goed geanalyseerd kan worden, zullen we de interviews opnemen. Hier zal voorafgaand aan het interview toestemming voor worden gevraagd. Het opnemen gebeurt op twee mobiele telefoons, zodat er altijd een back-up is van het opgenomen materiaal wanneer er met één van telefoons iets mis gaat. Na afloop van de interviews, zullen we de opname volledig transcriberen. Dat wil zeggen dat we letterlijk uittypen wat de respondent en de interviewers zeggen. Het verzamelde materiaal is dan klaar om te analyseren.

4.2. Analyseren

In het daadwerkelijke analyseren van de gegevens zullen verschillende stappen worden gezet. De eerste stap is dat twee personen, de personen die niet aanwezig waren bij het interview, de belangrijke uitspraken in de transcripten benoemen. Op die manier krijgen wij als onderzoekers allemaal de informatie uit de interviews mee. Daarnaast is het een manier om zo objectief mogelijk te werk te gaan. De tweede stap die gezet zal worden is het met de hele onderzoeksgroep vergelijken van belangrijke uitspraken en het maken van een geheel van deze uitspraken per respondent. Dit doen we met de hele onderzoeksgroep, omdat elk lid op zijn eigen manier op de hoogte is van de informatie. De één als interviewer, de andere als degene die de belangrijke uitspraken uit het interview haalt. De ervaringen van de interviewers, die ze in het gesprek met de respondent opgedaan hebben, mogen in deze fase mee worden genomen en benoemd worden in de lijst met uitspraken van de respondent. Wanneer het benoemen van belangrijke uitspraken bij alle respondenten gedaan is, zullen we per groep respondenten de uitspraken gaan coderen. Dit is het toekennen van trefwoorden aan bepaalde uitspraken door te classificeren (Migchelbrink, 2010, p. 108). Dit is een manier die veel gebruikt wordt bij het analyseren van kwalitatieve gegevens. Classificeren betekent dat er gekeken wordt of de antwoorden in bepaalde rubrieken ondergebracht kunnen worden. We leggen dus de uitspraken van alle revalidanten bij elkaar en ordenen deze in verschillende onderwerpen.

4.3. Resultaten weergeven en conclusies trekken

De volgende stap is het beschrijven van de onderzoeksresultaten uit de codes en het trekken van conclusies. We bekijken per code wat er gezegd wordt en of dit door meerdere respondenten gezegd wordt. Hierbij wordt een indeling gemaakt op basis van de thema's in de topiclijst. Tevens worden nieuwe onderwerpen die in de interviews naar voren komen meegenomen. Wanneer er in de onderwerpen een samenhang of juist een tegenstrijdigheid te ontdekken is, wordt dit opgeschreven. Als de informatie bij een bepaalde code slechts uit

één respondent bestaat, bekijken we in hoeverre dit een belangrijke rol heeft gespeeld voor de betreffende respondent. Hierbij nemen we onze eigen indrukken en ervaringen mee om te beoordelen hoe belangrijk het onderwerp voor een respondent is. Wanneer in het gesprek blijkt dat dit onderwerp een grote nadruk had, dan vinden wij het belangrijk om dit toch mee te nemen in de resultaten. In deze fase in het analyseren van de gegevens, zullen we eerst de onderzoeksresultaten weergeven. Op basis van deze resultaten zullen we conclusies trekken voor de deelvragen. Als laatste stap zullen de conclusies van de deelvragen bekeken worden en zullen deze worden gebruikt om tot de beantwoording van de hoofdvraag te komen. Hiermee is het verzamelde materiaal geordend, geanalyseerd en verwerkt.

5. Onderzoeksresultaten

Hieronder vindt u een beschrijving van de onderzoeksresultaten. In hoofdstuk 6 worden uit deze onderzoeksresultaten per deelvraag conclusies getrokken. In hoofdstuk 7 volgt de conclusie van de onderzoeksvraag. De resultaten komen voort uit de ervaringen van vijf respondenten, vier werkgevers en twee bedrijfsartsen. Zie hiervoor tabel 1.

Tabel 1. Aantal respondenten	
Populatie	Respondenten
<i>Revalidanten</i>	5
<i>Werkgevers</i>	4
<i>Bedrijfsartsen</i>	2

We zullen deze resultaten scharen onder de vijf thema's die we benoemd hebben in paragraaf 2.2. Dit zijn kennis en informatie over revalidatie ten behoeve van begeleiding, communicatie tussen de primaire partijen, coping van de revalidant, verwachtingen en overeenstemming tussen de primaire partijen. Het thema kennis en informatie over revalidatie ten behoeve van begeleiding bleek in de interviews breder naar voren te komen. Om deze reden hebben we het kopje 'kennis en informatie' genoemd. Tevens werd er in de topiclijst gesproken over verwachtingen. Naar aanleiding van de interviews hebben we dit veranderd in 'verwachtingen van revalidatie ten opzichte van werk'. Tevens zullen we de nieuwe onderwerpen die vanuit de interviews naar voren komen benoemen. Deze onderwerpen zullen we beschrijven nadat we de resultaten vanuit de topiclijst hebben weergegeven. Onder elke deelvraag kunt u de ervaringen van de partijen terug vinden in een tabel.

5.1. Resultaten deelvraag 1: wat zijn ervaringen van revalidanten in het arbeidsre-integratieproces?

Uit de interviews met de revalidanten komen verschillende ervaringen naar voren. Deze ervaringen hebben we geschaard onder de onderwerpen van de topiclijst. Daarnaast waren er ervaringen die los stonden van deze topiclijst. Bij revalidanten kwamen relaties en het ziektebeeld als onderwerpen naar voren. Deze hebben we dan ook onder deze kopjes meegenomen in het beschrijven van de resultaten.

Kennis en informatie

Eén revalidant geeft specifiek aan dat er in de aanloop naar de revalidatie veel onduidelijkheid is over het programma dat gevolgd gaat worden. De informatie voorafgaand aan de revalidatie, die door middel van folders aan de revalidanten worden gegeven, wordt als summier ervaren. De onduidelijkheid over het programma zorgt ervoor dat de werkgever moeilijk kan inspelen op de revalidatieperiode die komen gaat. Daarbij vindt de revalidant het lastig om met weinig informatie de werkgever te benaderen en hem in te lichten over het revalidatietraject. Tevens wordt er een advies uitgebracht vanuit UCCZ Dekkerswald om niet te werken tijdens de revalidatie. Dit kan door revalidanten als bindend worden beschouwd,

terwijl één van de revalidanten aangeeft dat overleg over de mogelijkheden tijdens de revalidatie voor de werkgever belangrijk is.

Drie van de vijf revalidanten ervaren een gebrek aan kennis over de ziekte COPD bij de werkgever. Eén revalidant geeft aan dat zijn werkgever kennis heeft over de ziekte COPD door privé-ervaringen. Eén andere revalidant geeft aan de kennis van zijn werkgever over COPD niet goed in te kunnen schatten.

Eén revalidant geeft aan dat hij een gebrek aan kennis over longrevalidatie ervaart bij zijn werkgever. De andere vier revalidanten geven in de interviews niet aan in hoeverre de werkgevers kennis hebben van longrevalidatie. Wanneer het gebrek aan kennis zorgt voor verkeerde verwachtingen over de ziekte en longrevalidatie, wordt dit als belemmering ervaren. Twee revalidanten hebben een actieve rol in het geven van informatie aan de werkgever.

Twee revalidanten geven aan het moeilijk vinden om in te schatten of bedrijfsartsen voldoende kennis hebben over COPD en longrevalidatie. Eén revalidant geeft aan dat het belangrijk is dat bedrijfsartsen kennis hebben over COPD, om de ziekte goed te kunnen begrijpen. Deze revalidant geeft aan niet zeker te weten of zijn bedrijfsarts kennis heeft van COPD. Eén revalidant geeft aan dat zijn bedrijfsarts weet wat longrevalidatie inhoudt. De drie andere revalidanten geven in het interview niet aan of de bedrijfsarts kennis heeft over COPD en longrevalidatie. Alle revalidanten hebben een actieve rol in het geven van informatie over het ziekteproces en het verloop van de revalidatie aan de bedrijfsarts.

Coping

Alle revalidanten vinden het moeilijk om de ziekte te accepteren. Het progressieve en wisselende karakter maakt dat acceptatie steeds weer opnieuw aan de orde is en dat revalidanten hier steeds weer opnieuw mee om moeten leren gaan. Alle revalidanten vinden het moeilijk om hulp in te roepen en doen alsof er niets aan de hand is. Grenzen aangeven en zich daadwerkelijk aan die grenzen houden, is voor alle revalidanten lastig. Vier van de vijf revalidanten geven aan dat ze het werk positief waarderen en vinden het belangrijk om te blijven werken. Zo voelen twee revalidanten zich schuldig wanneer ze niet kunnen werken. Volgens vier van de vijf revalidanten heeft de revalidatie bijgedragen aan het beter omgaan met de ziekte en het beter aan de omgeving kunnen verwoorden wat de ziekte inhoudt. Daarbij kunnen revalidanten beter grenzen stellen na de revalidatie. Zij geven aan dat de omgeving, bijvoorbeeld de werkgever, vaak beter ziet wanneer de revalidant tegen zijn grenzen aanloopt dan de revalidant zelf. Voor het omgaan met de ziekte op het werk zien zij een belangrijke rol voor de werkgever. Deze kan volgens hen goed inschatten wanneer ze over hun grens gaan en de revalidant hier op wijzen. Daarnaast geven twee revalidanten aan het belangrijk te vinden om open te zijn naar de werkgever over ziekte gerelateerde onderwerpen, omdat een werkgever anders niet weet wat er aan de hand is.

Communicatie

Drie van de vijf revalidanten kunnen goede afspraken maken met hun werkgevers. Alle revalidanten ervaren een goed contact met hun werkgever. Eén revalidant ervaart geen goed contact met alle betrokken partijen. Niet alle revalidanten zijn in het interview ingegaan op de

communicatie met de bedrijfsarts. Eén revalidant benoemt dat deze communicatie goed verloopt en dat er goede afspraken zijn gemaakt.

Overeenstemming

Vier van de vijf revalidanten ervaren een goed contact met hun werkgever en hebben het gevoel op één lijn te zitten met hun werkgever. Eén revalidant geeft aan dat er op het werk veel rekening wordt gehouden met het ziektebeeld.

Twee van de vijf revalidanten hebben het gevoel op één lijn te zitten met hun bedrijfsarts. De mate van overeenstemming met de bedrijfsarts over mogelijkheden voor arbeidsre-integratie, bepaalt of de revalidant begrip ervaart van de bedrijfsarts, aldus één revalidant. Eén revalidant geeft aan niet in overeenstemming te zijn met de bedrijfsarts over zijn advies.

Verwachtingen van revalidatie ten opzichte van werk

Revalidanten hebben verschillende verwachtingen van revalidatie. Drie van de vijf revalidanten hadden een positieve verwachting over revalidatie met de blik op herstel. Eén revalidant dacht bijvoorbeeld dat hij weer op zijn oude niveau terug zou komen. Eén andere revalidant verwachtte juist dat hij aanpassingen in zijn levensstijl zou moeten doen. Tot slot had één revalidant de verwachting dat hij afgekeurd zou worden.

Relaties

Vier van de vijf revalidanten ervaren begrip van hun werkgever. Eén van deze revalidanten geeft aan zich hierdoor sterker te voelen staan. Een andere revalidant voelt ruimte voor deelname aan longrevalidatie en aanpassing van het aantal werkuren. Eén van de revalidanten geeft aan een wisselende houding van zijn werkgever te ervaren. De revalidanten geven aan dat ze zich voor kunnen stellen dat het niet ervaren van begrip het proces bemoeilijkt.

Vier van de vijf revalidanten ervaren een open en meewerkende houding van de bedrijfsarts en waarderen deze positief. Eén revalidant ervaart een wisselende houding van de bedrijfsarts.

Eén revalidant geeft aan dat hij te maken heeft gehad met wisselingen van personen, zoals bedrijfsartsen en leidinggevenden. De revalidant ervaart deze wisselingen als onprettig. Wanneer er veel wisselingen zijn van betrokken partijen in het arbeidsre-integratieproces, ervaart de revalidant het als moeilijk om een vertrouwensband op te bouwen.

Ziektebeeld

Vier van de vijf revalidanten zeggen in het interview iets over de onzichtbaarheid van de ziekte. Zij geven aan dat COPD een onzichtbare ziekte is en dat dit het voor buitenstaanders, waaronder werkgevers en bedrijfsartsen, moeilijk maakt om het ziektebeeld in te schatten. Hierdoor wordt de ziekte soms onderschat en ervaren revalidanten onbegrip. Vier van de vijf revalidanten ervaren het als vervelend dat de ziekte onzichtbaar is. Twee revalidanten hebben het idee dat ze steeds opnieuw hun verhaal moeten doen en vinden dit frustrerend.

In tabel 2 vindt u een weergave van de ervaringen van de revalidanten.

Tabel 2. Ervaringen van revalidanten

		<i>Revalidant</i>				
		1	2	3	4	5
Kennis & informatie	Informatie over revalidatie	-	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
	Kennis werkgever over COPD	+	-	-	0	-
	Kennis werkgever over longrevalidatie	n.v.t.	n.v.t.	-	n.v.t.	n.v.t.
	Kennis bedrijfsarts over COPD	0	0	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
	Kennis bedrijfsarts over longrevalidatie	0	+	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
Coping		-	-	-	-	-
Communicatie	Communicatie met werkgever	+	+	+	+	+
	Communicatie met bedrijfsarts	n.v.t.	+	0	-	n.v.t.
Overeenstemming	Overeenstemming met werkgever	+	+	0	+	+
	Overeenstemming met bedrijfsarts	+	+	0	-	n.v.t.
Verwachtingen van revalidatie	Verwachting revalidant	+	0	+	n.v.t.	+
Relatie	Relatie met werkgever	+	+	0	+	+
	Relatie met bedrijfsarts	+	+	+	0	+
Ziektebeeld		-	n.v.t.	-	-	-

+: positief; -: negatief; 0: neutraal; n.v.t.: wordt niet over gesproken

5.2. Resultaten deelvraag 2: wat zijn ervaringen van werkgevers in het arbeidsre-integratieproces?

Uit de interviews met de werkgevers komen verschillende ervaringen naar voren. Deze ervaringen hebben we geschaard onder de onderwerpen van de topiclijst. Daarnaast waren er ervaringen die los stonden van deze topiclijst. Bij werkgevers kwam relaties als thema naar voren. Deze hebben we dan ook onder dit kopje meegenomen in het beschrijven van de resultaten.

Kennis en informatie

Eén werkgever geeft specifiek aan dat informatie over revalidatie laat komt en weinig is. Hierdoor vindt de werkgever het lastig om de planning rond te krijgen in de periode dat de revalidant gaat revalideren. Ook vindt deze werkgever dat het advies van Dekkerswald om niet te werken tijdens revalidatie genuanceerd kan worden. Wel of niet kunnen werken hangt volgens de werkgever af van de functie en het aantal werkuren. Drie van de vier werkgevers hebben kennis over COPD vanuit privé-ervaringen of vanuit de werkomgeving. Eén van de

vier werkgevers heeft informatie over COPD gekregen van de revalidant. Drie van de vier werkgevers wisten voor aanvang van revalidatie niet wat longrevalidatie inhield. Eén werkgever had in grote lijnen kennis over longrevalidatie. Uit de interviews komt niet naar voren in hoeverre de werkgevers denken dat de bedrijfsartsen kennis hebben over COPD en longrevalidatie.

Coping

Alle werkgevers geven aan dat de revalidanten het lastig vinden de ziekte te accepteren en hun grenzen aan te geven, maar dat dit wel verbeterd door de revalidatie. Revalidanten willen niet inzien dat zij beperkingen hebben. Zo wordt als voorbeeld benoemd dat hen eerst iets moet overkomen voordat zij willen inzien dat zij beperkt zijn. Volgens werkgevers weten de revalidanten wel waar hun grenzen liggen, maar gaan zij hier desondanks overheen. Eén werkgever ziet dat de revalidant het belangrijk vindt om te werken en hier waarde aan hecht. Dit is volgens de werkgever een reden om over zijn grens heen te gaan. Twee van de vier werkgevers geven aan dat zij eerder zien dat de revalidant over zijn grens heen gaat dan de revalidant zelf.

Communicatie

Alle werkgevers ervaren een goede communicatie met de revalidant. Dit uit zich in het voeren van open gesprekken. Alle werkgevers geven aan dat de revalidanten hen goed op de hoogte houden van gebeurtenissen rondom de ziekte en nieuwe informatie. Drie van de vier werkgevers geven aan dat de communicatie met de bedrijfsarts goed verloopt. Eén werkgever geeft aan dat doordat er een tussenschakel is tussen bedrijfsarts en werkgever, de communicatie via omwegen verloopt. Dit maakt het contact soms lastig.

Overeenstemming

Twee van de vier werkgevers hebben een goede overeenstemming met de revalidant en kunnen goed tot oplossingen en afspraken komen. Eén andere werkgever had wel overeenstemming met de revalidant maar de revalidant vond het lastig om zich aan de gemaakte afspraken te houden. Eén werkgever had geen overeenstemming met de revalidant. Dit heeft te maken met meningsverschillen die zij hebben over het aantal uren en de planning van het werk. Alle werkgevers waren in overeenstemming met het advies van de bedrijfsarts.

Verwachtingen van revalidatie ten opzichte van werk

Twee van de vier werkgevers hadden de verwachting dat de revalidatie een positief effect zou hebben op het functioneren van de revalidant. Eén andere werkgever had verwacht dat de revalidant niet terug zou komen na de revalidatie. Daarnaast had één werkgever geen duidelijke verwachting van de revalidatie.

Relaties

Drie van de vier werkgevers hebben een goed contact met de revalidant. Eén van de werkgevers geeft aan dat het contact met de revalidant wisselend verloopt. Alle werkgevers geven aan dat ze betrokken zijn bij de revalidant. Zij praten bijvoorbeeld veel over de situatie van de revalidant. Alle werkgevers nemen een motiverende en stimulerende rol aan. Twee werkgevers proberen de revalidant af te remmen, twee werkgevers moeten de revalidant

vooral aansporen. Alle werkgevers staan open om te kijken naar mogelijke aanpassingen binnen het bedrijf en vinden dit ook één van hun verantwoordelijkheden.

Alle werkgevers ervaren goed contact met de bedrijfsarts. Twee werkgevers zeggen dat zij de bedrijfsartsen als deskundigen op het medische vlak in relatie tot de mogelijkheden van revalidanten zien. Bij één werkgever is er sprake van een tussenschakel tussen de bedrijfsarts enerzijds en de revalidant en werkgever anderzijds. Het contact met de bedrijfsarts wordt om deze reden door de werkgever als lastiger ervaren. Wanneer de lijntjes korter zijn, ervaart de werkgever juist een goede en nauwe samenwerking met de bedrijfsarts.

In tabel 3 vindt u een weergave van de ervaringen van de werkgevers.

Tabel 3. Ervaringen van werkgevers

		<i>Werkgever</i>			
		1	2	3	4
Kennis & informatie	Informatie over revalidatie	-	0	n.v.t.	n.v.t.
	Kennis werkgever over COPD	+	0	+	+
	Kennis werkgever over longrevalidatie	-	-	+	-
	Kennis bedrijfsarts over COPD	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
	Kennis bedrijfsarts over longrevalidatie	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
Coping	Coping van revalidant	-	-	-	-
Communicatie	Communicatie met revalidant	+	+	+	+
	Communicatie met bedrijfsarts	+	+	0	+
Overeenstemming	Overeenstemming met revalidant	+	0	-	+
	Overeenstemming met bedrijfsarts	+	+	+	+
Verwachtingen van revalidatie	Verwachting werkgever	+	0	+	-
Relatie	Relatie met <u>revalidant</u>	+	+	0	+
	Relatie met bedrijfsarts	+	+	+	+

+: positief; -: negatief; 0: neutraal; n.v.t.: wordt niet over gesproken

5.3. Resultaten deelvraag 3: wat zijn ervaringen van bedrijfsartsen in het arbeidsre-integratieproces?

Uit de interviews met de bedrijfsarts komen verschillende ervaringen naar voren. Deze ervaringen hebben we geschaard onder de onderwerpen van de topiclijst. Daarnaast waren er ervaringen die los stonden van deze topiclijst. Bij bedrijfsartsen kwam relaties als thema naar voren. Deze hebben we dan ook onder dit kopje meegenomen in het beschrijven van de resultaten.

Kennis en informatie

Beide bedrijfsartsen hebben kennis over longrevalidatie vanwege eerdere ervaringen in hun werk. Eén bedrijfsarts geeft aan dat de kennis van de werkgever moeilijk in te schatten is. Dit komt doordat de werkgever niet medisch geschoold is en daardoor niet altijd goed zicht heeft op wat er aan de hand is met de revalidant. De bedrijfsarts geeft aan dat weinig kennis over COPD bij de werkgever het proces negatief kan beïnvloeden. Wanneer een werkgever meer ervaring heeft met de ziekte COPD ontstaat er meer begrip voor de revalidant. De andere bedrijfsarts geeft in het interview niets aan over de kennis van de werkgever.

Coping

Alle twee de bedrijfsartsen geven aan dat iedere revalidant verschillend omgaat met zijn ziekte. Hoe revalidanten hun ziekte beleven heeft een grote invloed op hoe zij hiermee omgaan. De coping van de revalidant wordt negatief gewaardeerd door de bedrijfsartsen en is volgens hen een belangrijke factor in het arbeidsre-integratieproces. De manier van omgaan met ziekte van de revalidant heeft te maken met de ideeën die hij heeft over zijn ziekte. De bedrijfsartsen zien dat revalidanten op twee manieren met de ziekte om kunnen gaan. Eén bedrijfsarts ziet dat de revalidant over zijn grenzen heen gaat. De bedrijfsarts moet dan afremmen. De andere bedrijfsarts ziet dat de revalidant meer kan dan hij zelf denkt, waardoor hij de revalidant meer moet aansporen. Verandering in dit omgangspatroon is moeilijk en heeft tijd nodig, aldus de twee bedrijfsartsen. De bedrijfsartsen zien dat er na het revalidatietraject een verbetering is opgetreden wat betreft het omgaan met de ziekte.

Communicatie

Eén bedrijfsarts geeft aan dat de communicatie met de revalidant goed verloopt. De bedrijfsarts en revalidant praten veel met elkaar over het verloop van de revalidatie. De andere bedrijfsarts ervaart een wat minder goede communicatie met de revalidant. De bedrijfsarts probeert eerlijk en open te zijn in de communicatie naar de revalidant. De bedrijfsarts geeft aan dat hij zich kan voorstellen dat zijn eerlijkheid soms verkeerd aankomt bij de revalidant.

De communicatie tussen beide bedrijfsartsen en werkgevers verloopt goed. Bij beide bedrijfsartsen is het contact niet zeer intensief. Eén bedrijfsarts geeft aan dat hij pas contact heeft met de werkgever, wanneer er zich problemen voordoen.

Overeenstemming

Eén bedrijfsarts en revalidant hebben verschillende ideeën over de belastbaarheid van de revalidant. Het niet op één lijn zitten wat betreft belastbaarheid maakt volgens de bedrijfsarts dat er soms meningsverschillen zijn. De andere bedrijfsarts geeft aan dat er een goede overeenstemming is met de revalidant. Eén bedrijfsarts geeft aan dat een advies het beste opgevolgd wordt, wanneer revalidanten het eens zijn met dit advies. Daarnaast geeft de bedrijfsarts aan dat het belangrijk is dat revalidanten een eenduidig advies krijgen van bijvoorbeeld verschillende professionals en betrokken partijen in het arbeidsre-integratieproces. Beide bedrijfsartsen geven aan dat er overeenstemming is met de werkgever. Eén van deze bedrijfsartsen geeft aan dat er overeenstemming is over het advies, maar dat het advies op een andere manier nagestreefd wordt.

Verwachtingen van revalidatie ten opzichte van werk

Eén van de bedrijfsartsen geeft aan voorafgaand aan de revalidatie een hoge verwachting te hebben gehad van longrevalidatie ten opzichte van werkhervatting. De andere bedrijfsarts zegt niets over de verwachting die hij voorafgaand aan de revalidatie had.

Relaties

Eén bedrijfsarts ervaart de relatie met de revalidant als goed. De andere bedrijfsarts ervaart de relatie als wisselend. Dit omdat er meningsverschillen in het contact zijn geweest. De bedrijfsarts geeft aan dat dit meningsverschil niet per definitie heeft betekend dat de relatie tussen bedrijfsarts en revalidant niet goed is, aldus de bedrijfsarts.

Het contact met de werkgevers wordt door alle twee de bedrijfsartsen als goed ervaren. Eén bedrijfsarts geeft aan dat hij achtergrond informatie over de revalidant uitwisselt met de werkgever. Door elkaar informatie te geven krijgen bedrijfsarts en werkgever een compleet beeld van de revalidant, dit vindt de bedrijfsarts prettig. De bedrijfsarts geeft aan dat de werkgever goed inzicht heeft in hoe de revalidant is.

In tabel 4 vindt u een weergave van de ervaringen van de bedrijfsartsen.

Tabel 4. Ervaringen van bedrijfsartsen

		<i>Bedrijfsarts</i>	
		2	4
Kennis & informatie	Informatie over revalidatie	n.v.t.	n.v.t.
	Kennis bedrijfsarts over COPD	n.v.t.	n.v.t.
	Kennis bedrijfsarts over longrevalidatie	+	+
	Kennis werkgever over COPD	n.v.t.	0
	Kennis werkgever over longrevalidatie	n.v.t.	n.v.t.
Coping	Coping van revalidant	-	-
Communicatie	Communicatie met revalidant	+	0
	Communicatie met werkgever	+	+
Overeenstemming	Overeenstemming met revalidant	+	-
	Overeenstemming met werkgever	+	0
Verwachtingen van revalidatie	Verwachting bedrijfsarts	n.v.t.	+
Relatie	Relatie met revalidant	+	0
	Relatie met werkgever	+	+

+: positief; -: negatief; 0: neutraal; n.v.t.: wordt niet over gesproken

6. Conclusie deelvragen

Vanuit de resultaten die beschreven staan bij hoofdstuk 5, zullen in dit hoofdstuk conclusies per deelvraag getrokken worden.

6.1. Conclusie deelvraag 1: wat zijn ervaringen van revalidanten in het arbeidsre-integratieproces?

Concluderend kunnen we zeggen dat de relaties, coping en kennis en informatie als belangrijkste factoren worden ervaren in het arbeidsre-integratieproces. De relatie met de werkgever wordt door revalidanten als open, meewerkend en begripvol ervaren. De relatie tussen werkgever en revalidant staat rechtstreeks in verbinding met de mate van ervaren overeenstemming. Beide zijn belangrijk voor een goed verloop van het arbeidsre-integratieproces. Om een begripvolle relatie te ervaren, is het ook van belang dat de werkgever op de hoogte is van de situatie van de revalidant en het revalidatietraject. Voor zowel revalidant als werkgever is het vaak niet duidelijk dat het advies vanuit UCCZ Dekkerswald om niet te werken tijdens de revalidatie, niet bindend is en dat er per situatie bekeken kan worden wat de mogelijkheden zijn. Het op de hoogte brengen van de werkgever over het ziekteverloop en het revalidatietraject doen revalidanten zelf. Daarbij valt op dat revalidanten dit moeilijk vinden, mede door de onzichtbaarheid van de ziekte, maar dat zij dit ook leren tijdens de revalidatie. Het blijkt dat de informatievoorziening over de inhoud en planning van het revalidatietraject vanuit UCCZ Dekkerswald summier is. Hierdoor kunnen revalidanten hun werkgevers niet goed inlichten. Het gebrek aan kennis over longrevalidatie kan een oorzaak zijn van verkeerde verwachtingen bij werkgevers. Het is duidelijk dat het hebben van verkeerde verwachtingen samenhangt met het ontbreken van overeenstemming. Dit kan de relatie, en dus het arbeidsre-integratieproces, bemoeilijken. Een goede relatie kan juist positief bijdragen aan het arbeidsre-integratieproces. Bij een goede relatie is overleg mogelijk, wat bevorderlijk is voor het maken van afspraken. Het is voor revalidanten belangrijk dat er continuïteit is in personen die bij het proces betrokken zijn omdat hierdoor een vertrouwensband kan worden opgebouwd. Coping speelt een belangrijke rol in het arbeidsre-integratieproces. De revalidanten geven aan dat zij het moeilijk vinden om de ziekte te accepteren en daardoor moeite hebben met grenzen aangeven en hulp vragen. Wanneer revalidanten schuldgevoelens hebben omdat zij niet kunnen werken, kan dat een reden zijn voor revalidanten om over hun grenzen heen gaan. De werkgever die zijn werknemer goed kent, ziet ook wanneer hij tegen zijn grenzen aanloopt en kan zijn werknemer, de revalidant, hier op wijzen. Een goede relatie speelt hierbij dus ook een positieve rol.

Over de bedrijfsarts valt in deze deelvraag te concluderen dat revalidanten niet goed kunnen inschatten hoe de kennis bij bedrijfsartsen is en dat revalidanten de houding van de bedrijfsarts wisselend ervaren. Ook hier valt op dat de relatie van invloed is op de ervaren mate van overeenstemming.

6.2. Conclusie deelvraag 2: wat zijn ervaringen van werkgevers in het arbeidsre-integratieproces?

Bij deze deelvraag spelen vooral kennis en informatie, coping en relaties een rol. Concluderend kunnen we zeggen dat werkgevers over het algemeen goed op de hoogte zijn van COPD, voornamelijk wanneer zij hier eerdere (privé)ervaringen mee hebben. Kennis

over longrevalidatie ontbreekt bij werkgevers. De informatie die zij krijgen, komt van de revalidanten af. Communicatie hierover bevordert de kennis van de werkgever. Informatie over de inhoud en planning van het revalidatietraject vanuit UCCZ Dekkerswald komt laat, waardoor de revalidant zijn werkgever hier niet tijdig over kan inlichten. Dat de werkgever informatie laat krijgt, heeft als gevolg dat zij lastig kunnen anticiperen op de revalidatieperiode.

De relatie tussen werkgever en revalidant wordt als goed ervaren. De revalidanten en werkgevers hebben veel contact over het ziekteverloop en het revalidatietraject, wat positief bijdraagt aan de kennis die werkgevers hebben. Dat neemt niet weg dat de informatie laat wordt verstrekt. De werkgever zorgt voor een open relatie door een stimulerende en motiverende houding aan te nemen naar de revalidant. De open relatie maakt dat werkgevers zich vrij voelen om de revalidanten op hun grenzen te wijzen.

Over de relatie met de bedrijfsarts valt te concluderen dat de werkgevers een goed contact ervaren met de bedrijfsarts. Hoe korter de lijntjes in het contact zijn, hoe beter de samenwerking verloopt. Alle werkgevers zien de bedrijfsartsen als deskundige op het medische vlak in relatie tot de arbeidssituatie.

6.3. Conclusie deelvraag 3: wat zijn ervaringen van bedrijfsartsen in het arbeidsre-integratieproces?

Vanuit de resultaten van deze deelvraag zijn conclusies te trekken bij de onderwerpen coping, relaties en overeenstemming. De conclusie die we over coping kunnen trekken, is dat de manier van omgaan met de ziekte grote invloed heeft op de relatie met de bedrijfsarts en daarmee op het arbeidsre-integratieproces. De bedrijfsarts moet de revalidant aansporen wanneer hij voorzichtig is en afremmen wanneer de revalidant over zijn grenzen heen gaat. Voornamelijk het afremmen is vaak aan de orde bij revalidanten. Wanneer bedrijfsarts en revalidant niet op één lijn zitten wat betreft de belastbaarheid van de revalidant, kunnen meningsverschillen een mogelijk gevolg zijn. Dit kan de relatie tussen de bedrijfsarts en revalidant, en dus het arbeidsre-integratieproces, bemoeilijken.

De relatie tussen bedrijfsarts en werkgever wordt als positief ervaren, mede doordat beide partijen elkaar informatie over de situatie van de revalidant kunnen geven. Volgens bedrijfsartsen hebben werkgevers goed inzicht in hoe de werknemers zijn en kunnen ze hier informatie over geven. Dit resulteert in een eenduidig advies naar de revalidant, waardoor deze dit advies ook sneller aanneemt. Dit is bevorderlijk voor het verloop van het arbeidsre-integratieproces.

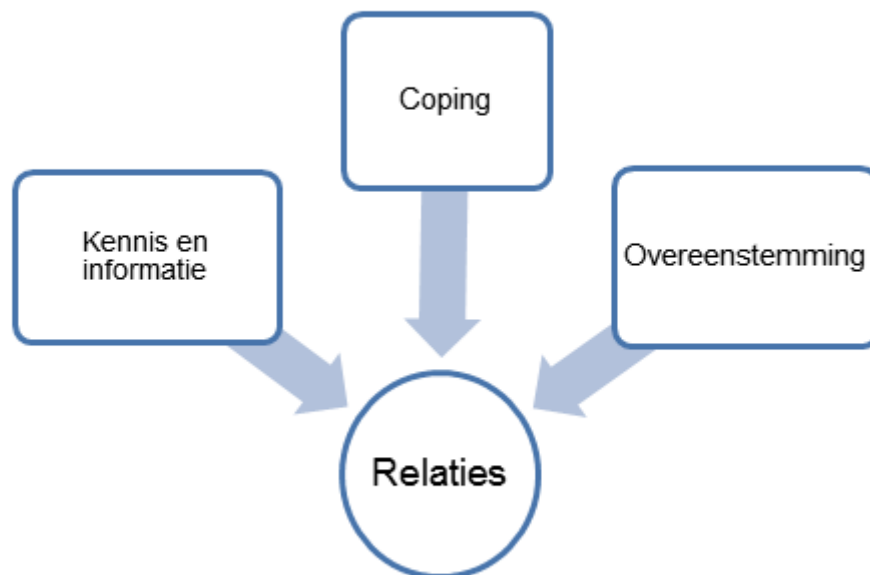
7. Conclusie

In dit hoofdstuk wordt de conclusie van de onderzoeksvraag gegeven. Deze conclusie is gebaseerd op de conclusies per deelvraag, zoals in hoofdstuk 6 beschreven.

7.1. Conclusie onderzoeksvraag: wat zijn ervaringen van revalidanten, werkgevers en bedrijfsartsen die ze hebben opgedaan tijdens het arbeidsre-integratieproces?

Vanuit de deelvragen is te concluderen dat de volgende factoren het meest van invloed zijn op het arbeidsre-integratieproces: relaties, coping, overeenstemming en kennis en informatie. Het valt op dat communicatie een onderdeel is van de relaties. Daarnaast blijkt verwachting een rol te spelen in de kennis en informatie. Daarin valt het op dat de factor relatie het middelpunt is van deze factoren. Alle andere factoren die worden benoemd, hebben invloed op de waardering van de relaties. Daarom concluderen we dat relatie de belangrijkste factor is in de ervaringen van respondenten in het arbeidsre-integratieproces. De waardering van de relatie wordt beïnvloed door de factoren coping, overeenstemming en kennis en informatie (zie schema 2). Hieruit blijkt dat deze factoren ook een grote invloed hebben op de ervaringen in het arbeidsre-integratieproces.

Schema 2: factoren die relaties beïnvloeden.



Er wordt een gebrek aan kennis ervaren bij werkgevers. Eén van de factoren die invloed heeft op het gebrek aan kennis van de werkgever, is de informatie vanuit UCCZ Dekkerswald die laat bij de revalidant terecht komt en gering is. De revalidanten kunnen deze informatie niet tijdig doorspelen aan de werkgevers. De kennis die de werkgever heeft, wordt onder andere bepaald door deze informatie, vandaar dat dit thema 'kennis en informatie' heet.

Relaties

Vanuit de deelvragen kunnen de volgende conclusies over de waardering van de relaties getrokken worden. Voor een goede relatie is het kunnen opbouwen van een vertrouwensband belangrijk. Om dit te bereiken, is het belangrijk dat er continuïteit is in de personen die betrokken zijn. De betrokken partijen merken dat er regelmatig wisselingen van personen zijn in het arbeidsre-integratieproces, dit bemoeilijkt het proces. De relatie tussen revalidant en werkgever wordt door beide partijen als goed ervaren. Een goede relatie tussen revalidant en werkgever wordt gekenmerkt door openheid van beide kanten, het regelmatig in gesprek gaan met elkaar en het ervaren van begrip. Ook is het belangrijk dat werkgevers een meewerkende houding hebben, waarin ze kijken naar mogelijkheden van de revalidant ten aanzien van de arbeidssituatie.

De relatie tussen revalidant en bedrijfsarts wordt door beide partijen overwegend als goed ervaren. De mate van overeenstemming heeft invloed op de relatie tussen revalidant en bedrijfsarts en wordt als wisselend ervaren. Dit kan het arbeidsre-integratieproces bemoeilijken. De relatie tussen werkgever en bedrijfsarts wordt zowel door de werkgevers als bedrijfsartsen als goed ervaren. De relatie tussen werkgevers en bedrijfsartsen kenmerkt zich door een wederzijdse waardering van elkaars kwaliteiten. De werkgevers zien de bedrijfsarts als deskundige op medisch vlak. De bedrijfsartsen zien de werkgever als deskundige als het gaat om het hebben van inzicht in hoe de werknemer is. Communicatie tussen werkgever en bedrijfsarts wordt door beide partijen als goed ervaren. Hoe korter de lijntjes tussen de verschillende partijen zijn, hoe beter de communicatie verloopt en des te beter de samenwerking is. Wanneer er minder rechtstreeks gecommuniceerd wordt, bijvoorbeeld vanwege een tussenschakel, dan heeft dit een negatieve invloed op het proces.

Coping

Coping heeft een grote invloed op de relaties en daarmee op het arbeidsre-integratieproces. Alle betrokken partijen hebben een goed beeld van de coping van de revalidant. Revalidanten vinden het moeilijk om de ziekte te accepteren en om op een adequate manier om te gaan met de ziekte. Dit uit zich in het moeite hebben met grenzen aangeven en moeite hebben met hulp vragen. De motivatie van revalidanten om te blijven werken, en de schuldgevoelens die zij hebben wanneer zij dit niet kunnen, maakt dat zij over hun grenzen heen gaan. Coping heeft invloed op de relatie met de bedrijfsarts. De bedrijfsarts moet de revalidant aansporen of juist afremmen. Omdat de revalidanten hun grenzen niet goed kunnen bewaken, of juist aangespoord moeten worden, zitten zij vaak niet op één lijn met het advies van de bedrijfsarts. Er is dan geen overeenstemming en dit bemoeilijkt de relatie. Werkgevers kennen hun werknemers goed en hebben daarom goed zicht op de belastbaarheid en de manier van omgaan met de ziekte. Zij zien dat de werknemers vaak over hun grenzen gaan en wijzen de revalidant op deze grenzen. Een goede relatie speelt hierin een positieve rol.

Kennis en informatie

Werkgevers hebben over het geheel gezien voldoende kennis over COPD. Dat de werkgever voldoende kennis heeft over het ziektebeeld, zorgt ervoor dat revalidanten begrip ervaren. Dit blijkt bevorderend te zijn voor de relatie. De werkgevers hebben weinig kennis over

longrevalidatie, dit kan tot gevolg hebben dat zij verkeerde verwachtingen hebben. Wanneer revalidant, werkgever en bedrijfsarts verschillende verwachtingen hebben, kan dit de afstemming moeilijk maken. Dit heeft een negatieve invloed op het arbeidsre-integratieproces. De kennis van longrevalidatie kan worden versterkt door de informatievoorziening te verbeteren.

De informatievoorziening vanuit UCCZ Dekkerswald is gering en wordt pas laat verstrekt. Dit zorgt voor veel onduidelijkheden voorafgaand aan de revalidatie. Door deze onduidelijkheden weten werkgevers niet goed wat hen te wachten staat. Het is voor de betrokken partijen lastig om in te spelen op arbeid gerelateerde factoren tijdens en na de revalidatie. De informatievoorziening naar de werkgever vindt plaats door een actieve houding van de revalidant naar de werkgever toe. Deze houding nemen zij ook aan naar de bedrijfsarts.

Overeenstemming

Overeenstemming wordt als belangrijke factor in het arbeidsre-integratieproces ervaren. Het is belangrijk dat er overeenstemming is in advies tussen de verschillende professionals en de betrokken partijen in het arbeidsre-integratieproces. Het blijkt dat het advies van UCCZ Dekkerswald om tijdens de revalidatie niet te werken, dus het advies van de professionals, niet door alle partijen als bindend wordt beschouwd. Werkgevers bekijken de mogelijkheden vanuit de arbeidssituatie, waarbij het soort werk en het aantal uren een rol spelen. Het blijkt in praktijk dat het advies van UCCZ Dekkerswald dus niet altijd wordt overgenomen. Dit heeft een negatieve invloed op de relaties en daarmee op het arbeidsre-integratieproces.

Visie

Op basis van de factoren die in deze conclusie naar voren komen bekijken we waar wij verbetermogelijkheden zien.

De onderlinge relaties tussen de betrokken partijen zijn op verschillende manieren te beïnvloeden. Dit kan worden gedaan door de verbetering van de coping van revalidanten, de verbetering van de mate van overeenstemming en de verbetering van kennis bij de werkgevers. Wij zijn van mening dat de factor coping een belangrijke rol speelt in het geheel. De coping van de revalidant, en de manier waarop dit zijn ideeën over zijn belastbaarheid beïnvloedt, heeft invloed op de mate van overeenstemming. Vanuit het onderzoek blijkt dat revalidatie veel verbetering brengt in het omgaan met de ziekte. Daarnaast blijkt dat het leren leven met de ziekte een langdurige proces is. Wij zien op dit moment geen verbeteringen die invloed kunnen hebben op de factor coping, mede omdat het een langdurig proces is.

De factor overeenstemming kan naast de verbetering van de coping, positief beïnvloed worden door meer kennis bij werkgevers te bewerkstelligen. Wij zien dat er verbetering mogelijk is op het gebied van kennis van werkgevers over longrevalidatie. Voornamelijk het verbeteren van de informatievoorziening vanuit de organisatie kan een bijdrage leveren aan de kennis van de werkgever. In hoofdstuk 8 zullen wij dit in de vorm van een aanbeveling verder uitwerken.

7.2. Koppeling signalen en vermoedens, literatuuronderzoek en praktijkonderzoek

In deze paragraaf zullen we bekijken in hoeverre de eerste signalen en vermoedens die vanuit de organisatie, de factoren bekend uit het literatuuronderzoek en factoren uit het praktijkonderzoek overeen komen. Om dit te kunnen realiseren noemen we eerst nogmaals de signalen en vermoedens, die tevens in paragraaf 1.1 beschreven staan. Voor de factoren vanuit de probleemanalyse en het praktijkonderzoek stellen we twee schema's op, schema 3 en 4.

- ❖ Uit de hulpverlening blijkt dat revalidanten veel druk ervaren vanuit hun bedrijfsarts en werkgever.
- ❖ De revalidant geeft aan dat al zijn energie op gaat aan werk. Dit kan een signaal zijn dat er iets in het werkproces niet goed verloopt.
- ❖ Revalidanten communiceren niet goed over de ziekte met hun bedrijfsarts en werkgever. Ook in het privéleven kan dit voor problemen zorgen.
- ❖ Revalidanten verbergen vaak dat ze COPD hebben.
- ❖ Het verwerkingsproces die de ziekte COPD met zich mee brengt, is zwaar.

De maatschappelijk werker en psycholoog uiten de volgende vermoedens:

- ❖ Bedrijfsartsen en werkgevers hebben weinig inhoudelijke kennis over COPD.
- ❖ Bedrijfsartsen en werkgevers hebben weinig kennis over wat longrevalidatie inhoudt.
- ❖ De mate van belasting-belastbaarheid van de revalidant die COPD heeft is voor werkgever en bedrijfsarts niet duidelijk.
- ❖ Voor werkgever en bedrijfsarts is het niet duidelijk wat COPD betekent voor het functioneren van een werknemer.
- ❖ Er zijn veel misverstanden in communicatie tussen de drie betreffende partijen.
- ❖ De werkgever heeft geen begrip voor regelmatige uitval door exacerbatie.

Uit de signalen en vermoedens kwamen samenvattend drie knelpunten naar voren: gebrek aan kennis over COPD, gebrek aan kennis over longrevalidatie en een niet optimale communicatie en relatie tussen de primaire partijen.

In schema 3 vind u een overzicht van de uit literatuur bekende factoren die van invloed zijn op het arbeidsre-integratieproces. In schema 4 vind u een overzicht van de gevonden factoren vanuit het praktijkonderzoek.

Schema 3. Factoren bekend uit literatuuronderzoek

Niveaus van factoren	Factoren bekend uit literatuur
Factoren op persoonsniveau	Acceptatie en verwerking Erkenning Coping Verwachtingen Onduidelijkheid over wet- en regelgeving Gebrek aan kennis Verschillend verloop van de ziekte
Factoren in de samenhang tussen betrokken partijen	Verschillende taken en belangen Overeenstemming
Maatschappij gebonden factoren	Wet Verbetering Poortwachter Geheimhoudingsplicht

Schema 4. Factoren bekend uit praktijkonderzoek

Genoemd in het huidig onderzoek	Toelichting op belangrijke factoren uit huidig onderzoek
Relatie	Vertrouwensband Continuïteit van betrokken personen Openheid Communicatie Met elkaar in gesprek gaan Begrip ervaren Meewerkende houding Overeenstemming Waardering van elkaars kwaliteiten Korte lijntjes in contact
Coping	Moeite met accepteren van de ziekte Niet op een adequate manier omgaan met ziekte Moeite met grenzen aangeven Moeite met hulp vragen
Kennis en informatie	Informatievoorziening vanuit organisatie Informatievoorziening vanuit revalidant Actieve informerende houding van de revalidant Verwachtingen over longrevalidatie
Overeenstemming	Advies Uitvoering van adviezen

Vergelijking signalen en vermoedens met het praktijkonderzoek

Het valt op dat wat de maatschappelijk werker en psycholoog aan signalen en vermoedens hebben geuit, slechts gedeeltelijk overeenkomt met de ervaringen van de respondenten in dit onderzoek. De signalen en vermoedens gerelateerd aan coping komen overeen met de praktijk. Een ander signaal was dat het verwerkingsproces van de ziekte zwaar is, dit komt

duidelijk terug in het praktijkonderzoek, waar naar voren komt dat revalidanten het moeilijk vinden om met de ziekte om te gaan. Dat veel energie opgaat aan het werk kan als reden hebben dat revalidanten over hun grens heen gaan. Revalidanten verbergen niet dat ze COPD hebben maar de onzichtbaarheid van de ziekte maakt het wel lastig. Mensen zien het niet aan de buitenkant, dus revalidanten moeten vaak uitleggen wat ze hebben.

De signalen en vermoedens die te maken hebben met kennis van de werkgever en bedrijfsarts komen gedeeltelijk overeen. Het stukje kennis over COPD komt niet overeen met de praktijk. Volgens de vermoedens hebben werkgevers en bedrijfsartsen weinig kennis over COPD, het onderzoek bewijst het tegendeel. Andere vermoedens zijn dat werkgevers en bedrijfsartsen weinig kennis hebben over longrevalidatie, dit wordt bevestigd door het onderzoek.

In de signalen en vermoedens wordt gesproken over slechte communicatie tussen de primaire partijen en misverstanden in deze communicatie. In dit praktijkonderzoek komt communicatie op een positieve manier naar voren. Dit sluit dus niet aan bij de signalen en vermoedens van de organisatie. De overige signalen en vermoedens zijn niet in het praktijkonderzoek naar voren gekomen. Hieruit concluderen we dat deze minder van invloed zijn op het arbeidsre-integratieproces.

Uit de signalen en vermoedens kwamen samenvattend drie knelpunten naar voren. Uit het praktijkonderzoek blijkt alleen een gebrek aan kennis over longrevalidatie als negatief beïnvloedende factor te worden ervaren. Coping wordt door de organisatie niet als één van de drie belangrijkste knelpunten gezien. Uit het praktijkonderzoek blijkt dat de signalen en vermoedens die de organisatie hier over heeft aangedragen sterk overeenkomen met de praktijk.

Vergelijking literatuuronderzoek met praktijkonderzoek

Het literatuuronderzoek geeft een goed beeld van de onderzochte werkelijkheid. Het valt op dat veel factoren die in het literatuuronderzoek naar voren kwamen, ook terug zijn gekomen in het praktijkonderzoek. Voorbeelden hiervan zijn het acceptatie en verwerkingsproces dat lastig is, de coping van de revalidant, verwachtingen die een rol spelen, en een gebrek aan kennis en overeenstemming.

De overige factoren die uit het literatuur bekend zijn komen niet terug in het praktijkonderzoek. Deze factoren hebben te maken met wet- en regelgeving in Nederland. We concluderen dat deze factoren minder van belang zijn voor de respondenten omdat dit iets verder van hun ervaringen afstaat.

Betekenis voor de praktijk

Het blijkt dat literatuuronderzoek een goede weerspiegeling geeft van de praktijk. Voor de organisatie is de literatuur nuttig en kan het worden gebruikt om informatie te vinden over een praktijkprobleem. Literatuur vormt een bevestiging van de onderzochte praktijk en kan een grote rol en ondersteuning bieden in praktijkgericht onderzoek in deze setting.

8. Aanbevelingen

Vanuit de conclusie stellen we een aantal aanbevelingen op. Deze aanbevelingen zijn gericht op het verbeteren van de praktijk op vlakken waarvan wij denken dat dit nodig is.

8.1. Aanbeveling 1

Ontwikkelen en implementeren van een informatiefolder 'poliklinische longrevalidatie en arbeidssituatie' voor werkgevers.

Uit de conclusie blijkt dat er in de relatie tussen revalidant en werkgever verbetering mogelijk is. Het gaat daarin voornamelijk over de verschillende verwachtingen van revalidanten en werkgevers over longrevalidatie, het niet op één lijn zitten over de mogelijkheden van werk tijdens en na revalidatie, werkgevers die moeite hebben met het anticiperen op de revalidatieperiode en het zoeken van een goede afstemming in de relatie tussen revalidant en werkgever. Uit de conclusie blijkt ook dat werkgevers niet altijd op de hoogte zijn over de inhoud van poliklinische longrevalidatie. Dit kan één van de oorzaken zijn van bovengenoemde bevindingen. Wij verwachten dat wanneer werkgevers goed op de hoogte zijn van wat longrevalidatie inhoudt, zij ook beter op de revalidatieperiode kunnen inspelen. Het ontwikkelen van een informatiefolder, waarin aandacht is voor de arbeidssituatie tijdens het poliklinische longrevalidatieprogramma, kan ervoor zorgen dat werkgevers beter op de hoogte worden gesteld. Uit de verzamelde gegevens blijkt dat revalidanten hun werkgevers vaak zelf op de hoogte stellen van wat zij weten over het revalidatietraject. Wij denken dat revalidanten zich sterker voelen staan als zij deze informatie op papier kunnen aanreiken aan de werkgever. Het longrevalidatieprogramma vraagt veel van een werkgever, dus een goede informatievoorziening is hierin belangrijk.

'Omdat jij als cliënt zelf al geen duidelijk beeld hebt, kun je dat ook niet meenemen naar je werkgever. Dus je werkgever kun je ook niet voldoende of tijdig voldoende informatie geven.'

We kiezen voor het uitreiken van deze informatie door middel van een folder, omdat dit aansluit bij de informatievoorziening zoals revalidanten deze al krijgen van UCCZ Dekkerswald. Revalidanten krijgen meerdere folders van de organisatie, deze folder zou daar alleen nog aan toegevoegd hoeven te worden. De revalidant ontvangt nog steeds op één moment het gehele pakket en niet op verschillende manieren en tijdstippen. Daarnaast kan een folder gelezen worden op een eigen geschikt moment, de belasting van het vernemen van de informatie is daardoor laag. De folder moet voorafgaand aan de longrevalidatie uitgereikt worden, bijvoorbeeld bij de intake, zodat de werkgever tijdig de kans krijgt om goede en weloverwogen aanpassingen te doen voorafgaand aan de periode dat hun werknemer revalideert. Wij zien in dat het verspreiden van de folder bij de intake de verwachting kan wekken dat iemand daadwerkelijk mag gaan revalideren, terwijl dit pas na overleg met het team besloten wordt. Toch achten wij het van belang om deze folder zo snel mogelijk te verspreiden, juist omdat het belangrijk is dat er goed wordt ingespeeld op de revalidatieperiode. Vroege informatievoorziening is daarin essentieel.

Doelgroep

De folder moet in tweevoud meegegeven worden aan alle personen die aangemeld worden bij longrevalidatie en waarbij sprake is van een arbeidssituatie. Eén exemplaar is bedoeld voor de revalidant, het andere exemplaar moet aan de werkgever overhandigd worden.

Inhoud

Wij vinden het van belang dat er in een informatiefolder over poliklinische longrevalidatie in ieder geval iets gezegd wordt over:

- ❖ Uitleg poliklinische longrevalidatie
- ❖ Tijdsverloop poliklinische longrevalidatie
- ❖ Programma poliklinische longrevalidatie
- ❖ Invloed van poliklinische longrevalidatie op arbeidssituatie
- ❖ Verwacht effect revalidatie

In de uitleg over poliklinische longrevalidatie moet in ieder geval beschreven worden op welke doelgroep het revalidatieprogramma zich richt en wat de algemene doelen van het programma zijn. In de uitleg over het tijdsverloop moet duidelijk worden dat het programma tien weken duurt en dat er contactmomenten voor en na de revalidatieperiode zullen zijn. In de uitleg over het programma moet worden vermeldt op welke dagen en tijdstippen de revalidatie plaats vindt en met welke disciplines revalidanten contact kunnen hebben. Hierbij moet duidelijk naar voren komen wat de belasting van het programma is. Voor deze drie onderwerpen kan de *folder 'poliklinische longrevalidatie'* van UCCZ Dekkerswald als uitgangspunt dienen (UCCZ, 2012).

In de folder moet een duidelijk beeld worden geschetst over de invloed van deelname aan revalidatie op het arbeidsproces. Het revalidatieprogramma is een zware belasting voor de revalidanten, zowel op fysiek als mentaal gebied. UCCZ Dekkerswald adviseert daarom om tijdens de revalidatieperiode niet te werken, zodat de revalidant zich volledig kan richten op het revalideren. In de folder moet echter wel duidelijk worden dat het advies om niet te werken een advies is. Dit houdt in dat er per arbeidssituatie bekeken kan worden wat er nog mogelijk is. De bedrijfsarts kan hierin een adviserende rol hebben. In de folder moet duidelijk naar voren komen dat de aard van het werk en het aantal uren ook van invloed zijn op de mogelijkheden die er zijn voor het al dan niet (gedeeltelijk) blijven werken tijdens longrevalidatie. De reden dat we hier de nadruk op leggen, is dat vaak blijkt dat er nog wel mogelijkheden zijn om (gedeeltelijk) te blijven werken. Daarbij brengt de bedrijfsarts ook een advies uit, dit advies sluit niet altijd aan bij het advies van UCCZ Dekkerswald om helemaal niet te werken tijdens deelname aan revalidatie. Revalidanten klampen zich vaak vast aan het advies van UCCZ Dekkerswald. Dit kan moeilijkheden veroorzaken als het advies door bedrijfsarts of werkgever niet wordt gedeeld en er hierover dus geen overeenstemming is. Het is aan de organisatie om te kijken in hoeverre zij dit advies willen aanpassen. Het is echter wel onze bevinding dat dit advies van invloed is op de relatie tussen werkgever en revalidant.

We zien dat sommige werkgevers verkeerde verwachtingen hebben over het effect van poliklinische longrevalidatie. Om dit te voorkomen moet in de folder duidelijk worden wat het effect van poliklinische longrevalidatie kan zijn. De effecten van poliklinische longrevalidatie liggen op het gebied van de omgang met de ziekte en op de verbetering van de fysieke

conditie. Daarbij blijkt wel dat de effecten voor de arbeidssituatie zich vaker uiten in het beter om kunnen gaan met de ziekte dan dat er fysieke verbetering is. Het is belangrijk dat werkgevers dit beseffen, zodat zij geen verkeerde verwachtingen krijgen.

Overdracht aan praktijk

Om de aanbeveling uit te kunnen voeren, moet de organisatie de volgende stappen zetten:

- ❖ De organisatie dient de informatiefolder te ontwikkelen aan de hand van bovengenoemde thema's. Om deze informatiefolder te implementeren moet er door de organisatie draagvlak worden gecreëerd. Om dit te bereiken is het belangrijk dat meerdere medewerkers van UCCZ Dekkerswald aan de ontwikkeling van de folder bijdragen, bijvoorbeeld in de vorm van feedback.
- ❖ De organisatie dient ervoor te zorgen dat het uitreiken van de folder een verantwoordelijkheid wordt van één persoon die betrokken is bij het proces van aanmelding en intake van poliklinische longrevalidatie. Daarbij is het van belang dat het moment van het uitreiken van de folder, als actie wordt opgenomen in het stroomdiagram '*aanmelding van patiënten voor poliklinische longrevalidatie*' (UCCZ, z.d.), zie bijlage 4. Alle personen die zich aanmelden, en waarbij sprake is van een arbeidssituatie, dienen de folder te ontvangen. Het uitreiken van de folder dient als taak van de secretaresse worden toegevoegd aan dit stroomdiagram. Zij stuurt de patiënt één week na aanmelding een brief, zie blok 1a in bijlage 4. De folder '*poliklinische longrevalidatie en arbeidssituatie*' moet op deze plek in het stroomdiagram worden opgenomen. In een begeleidende brief moet uitgelegd worden dat de revalidant deze informatie krijgt en dat het de bedoeling is dat hij één van de twee exemplaren aan zijn werkgever overhandigt. Hier moet bij worden vermeld dat deze folder geen zekerheid biedt over deelname aan revalidatie, maar dat dit een folder is die de werkgever en revalidant vast kan voorbereiden op mogelijke deelname aan poliklinische longrevalidatie.

8.2. Aanbeveling 2

Een vervolgonderzoek doen onder de betrokken partijen in het arbeidsre-integratieproces.

Tijdens het onderzoek hebben we gemerkt dat het werken met een open interview en een kwalitatieve onderzoeksbenadering het lastig maakt om een eenduidige conclusie te trekken. In het onderzoek was veel ruimte voor ervaringen van respondenten. We hebben geen gerichte vragen gesteld en hierdoor lopen de resultaten erg uiteen. Door de open manier van het onderzoek en het geringe aantal respondenten was het lastig om hier conclusies uit te trekken. Onze aanbeveling is het uitvoeren van een vervolgonderzoek waarin gewerkt wordt met een gestructureerde vragenlijst, die schriftelijk wordt afgenomen, zodat iedereen dezelfde vragen krijgt. Op deze manier kan er een grotere onderzoeksgroep bereikt worden en kunnen er meer conclusies op basis van cijfers getrokken worden. De bevindingen uit het onderzoek dat wij hebben uitgevoerd, kunnen hiervoor als basis dienen.

Een vragenlijst of enquête is betrekkelijk weinig arbeidsintensief en kan een lange doorlooptijd hebben. Het uitzetten van het onderzoek over een langere tijdsperiode kan ervoor zorgen dat er meer mensen bereikt worden die zich in een soortgelijke situatie bevinden. Op basis daarvan kunnen er uit een grotere onderzoeksgroep conclusies getrokken worden, dit is bevorderlijk voor de validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek. Met een grotere onderzoeksgroep kunnen de resultaten beter gegeneraliseerd worden.

Het vervolgonderzoek zou tweeledig vorm kunnen worden gegeven. Het zou zowel een kwantitatief als een kwalitatief karakter kunnen hebben. Enerzijds kunnen de ervaringen in het arbeidsre-integratieproces kwantitatief verwerkt worden. Op die manier kunnen er conclusies getrokken worden op basis van cijfers, wat in onze ogen aansluit bij de wens van de organisatie. Anderzijds moet er aandacht zijn voor wat de betrokken partijen als mogelijke verbetering zien. Dit kan op een kwalitatieve wijze onderzocht en verwerkt worden. Uit het huidige onderzoek komen veel resultaten naar voren, maar er is niet onderzocht wat de betrokken partijen als verbeteringen wensen. Hier kan in een vervolgonderzoek ook aandacht voor zijn. De gestructureerde vragenlijst kan bestaan uit een aantal vragen met antwoordrubrieken en uit een aantal open vragen. Hierin kunnen de mogelijkheden voor verbetering worden onderzocht.

Overdracht aan praktijk

Om de aanbeveling uit te kunnen voeren, moet de organisatie ervoor zorgen dat de volgende stappen gezet worden:

- ❖ Op basis van bevindingen uit het huidige onderzoek moet de organisatie een gestructureerde vragenlijst opstellen.
- ❖ De organisatie moet ervoor zorgen dat de vragenlijst structureel wordt afgenomen bij revalidanten waarbij sprake is van een arbeidssituatie, werkgever en bedrijfsarts. Wij adviseren de organisatie de afname van deze nieuwe vragenlijst bij de revalidanten samen te laten vallen met de vragenlijsten die de revalidant aan het eind van de revalidatie moet invullen. De vragenlijst kan worden opgenomen in het document *‘werkbeschrijving onderzoeken voor, tijdens en na poliklinische longrevalidatie’*

(bijlage 5) bij week 11 (UCCZ, 2014). De vragenlijst kan bij de werkgever en de bedrijfsarts afgenomen worden door middel van het uitzetten van een online enquête.

- ❖ Wanneer de vragenlijst onder een groot aantal respondenten is afgenomen en de onderzoekers zien dat er geen nieuwe informatie verkregen wordt, kan de organisatie met de resultaten aan de slag gaan.

9. Verantwoording

In dit hoofdstuk blikken we terug op de keuzes die we hebben gemaakt tijdens het onderzoek. We zullen hierbij als eerste ingaan op de eisen die we voorafgaand aan het onderzoek, in overleg met de opdrachtgever, hebben opgesteld. We zullen kijken in hoeverre we aan deze eisen hebben voldaan. Daarna zullen we de kwaliteit van het onderzoek op basis van de bruikbaarheid, validiteit en de betrouwbaarheid beschrijven.

9.1. Functionele- en operationele eisen

Aan het begin van de onderzoeksperiode hebben we samen met de opdrachtgever de volgende kwaliteitseisen aan het onderzoek gesteld.

Functionele eisen

- ❖ *Zorg op maat willen bieden aan de revalidanten: door dit onderzoek wil de organisatie de poliklinische longrevalidatie op het gebied van arbeidsre-integratie verbeteren.*

Arbeidsre-integratie is een proces dat buiten UCCZ Dekkerswald om plaatsvindt. Uit onderzoek blijkt wel dat UCCZ Dekkerswald een bijdrage kan leveren aan het verloop van het arbeidsre-integratieproces. Door aanbevelingen te doen ten behoeve van arbeidsre-integratie, kan UCCZ Dekkerswald rekening houden met de situatie waarin de revalidant zich bevindt en kunnen zij hier op in spelen.

- ❖ *Inzicht krijgen in het perspectief van werkgevers en bedrijfsartsen ten opzichte van het perspectief van de organisatie.*

Met dit onderzoek hebben we geprobeerd om het perspectief van werkgevers en bedrijfsartsen zo goed mogelijk in beeld te brengen. Het perspectief van de werkgevers kwam duidelijk naar voren, het perspectief van bedrijfsartsen is minder duidelijk naar voren gekomen. De reden hiervoor is dat niet alle bedrijfsartsen hun medewerking wilden verlenen aan het onderzoek. Hierdoor hebben we in verhouding minder informatie gekregen van bedrijfsartsen ten opzichte van werkgevers.

- ❖ *Het projectresultaat geeft een reëel beeld van de werkelijke praktijk waardoor er zorg op maat geboden kan worden, wat uiteindelijk het streven van de organisatie is.*

Het open karakter van de interviews heeft de ruimte geboden om een breed beeld te krijgen van de ervaringen van de betrokken partijen. De resultaten en conclusies in het onderzoek worden gedetailleerd beschreven. Vrijwel alle benoemde ervaringen zijn meegenomen waardoor het beeld reëel en compleet is. Vanwege dit brede beeld is het voor de organisatie mogelijk om op verschillende manieren in te spelen op het probleem en zorg op maat te bieden.

Operationele eisen

- ❖ *Handvatten verkrijgen om de hulpverlening ten behoeve van arbeidsre-integratie te verbeteren door inzichten uit de praktijk te verzamelen.*

Met het onderzoek hebben wij getracht inzicht te krijgen in de ervaringen rondom het arbeidsre-integratieproces. Hiervoor hebben wij de betrokken partijen in dit proces benaderd: de revalidanten, werkgevers en bedrijfsartsen. Op deze manier hebben we de situatie van

meerdere kanten bekeken en een goed beeld geschetst van de verschillende ervaringen. Op basis van deze informatie hebben we aanbevelingen gedaan, waarmee UCCZ Dekkerswald de hulpverlening mogelijk kan verbeteren. Deze aanbevelingen zijn erg concreet beschreven waardoor het direct bruikbaar en hanteerbaar is voor de organisatie. De organisatie kan haar hulpverlening op basis van deze aanbevelingen vrij direct verbeteren.

❖ *Begrijpelijk taalgebruik, aangepast aan de professionals/lezers.*

UCCZ Dekkerswald is gespecialiseerd in onder andere longrevalidatie. Begrippen die aan longrevalidatie gerelateerd zijn, zullen voor de medewerkers herkenbaar zijn. Omdat we rekening houden met een bredere groep die het onderzoeksrapport zal lezen, hebben we alle onduidelijke begrippen toegelicht. Dit maakt het rapport leesbaar voor elke lezer. Begrippen die om toelichting vragen worden uitgelegd in aparte paragrafen. Dit maakt het voor professionals die wel op de hoogte zijn van deze begrippen gemakkelijk om deze over te slaan tijdens het lezen. Dit maakt het stuk voor beide groepen leesbaar.

❖ *De directe gebruiker van het projectresultaat is de maatschappelijk werker, die begeleiding biedt bij het arbeidsre-integratieproces.*

Aanvankelijk hadden wij de verwachting dat de maatschappelijk werker de directe gebruiker van het projectresultaat, de aanbeveling, zou zijn. In praktijk blijkt dat de aanbevelingen niet alleen door de maatschappelijk werker gebruikt kunnen worden, maar ook door andere professionals binnen de organisatie. Dat neemt niet weg dat het resultaat wel een breed beeld geeft van de situatie waar het maatschappelijk werk hier op in kan spelen.

9.2. Bruikbaarheid, validiteit en betrouwbaarheid

Bruikbaarheid

De belangrijkste kwaliteitseis van praktijkgericht onderzoek is bruikbaarheid (Migchelbrink, 2010, p. 127). De resultaten moeten voor de opdrachtgever bruikbaar en hanteerbaar zijn. Wij hebben de bruikbaarheid van het onderzoek voortdurend bewaakt. Dit hebben we onder andere gedaan door veel te overleggen en te brainstormen met de opdrachtgever over diens opvattingen en wensen. Op die manier zijn we tot een goede afstemming van de onderzoeksvraag gekomen. Het contact met de opdrachtgever bestond uit telefonisch contact, mailcontact en persoonlijk contact. De documenten die wij tijdens het onderzoek hebben opgesteld, hebben we regelmatig naar de opdrachtgever opgestuurd om zo de mogelijkheid te bieden om feedback te geven. Op deze manier hebben we het onderzoek goed afgestemd en hebben we aangesloten bij de wensen van de opdrachtgever. Ook hebben we ons grondig georiënteerd op het te onderzoeken probleem. Dit hebben we onder andere gedaan door in gesprek te gaan met de deskundigen en door het maken van een probleemanalyse. Op deze manier hebben we aangesloten bij de onderzochte praktijkproblematiek. Omdat we een inventariserend onderzoek uitgevoerd hebben, waarin veel verschillende ervaringen naar voren kwamen, hebben we goed in de gaten gehouden welke resultaten bruikbaar zijn voor de praktijk. We hebben om die reden niet alle ervaringen meegenomen in de beantwoording van onze onderzoeksvraag. Het projectresultaat is bruikbaar voor de organisatie, omdat het eindresultaat van het project duidelijk in kaart brengt wat de ervaringen van de betrokken partijen in het arbeidsre-integratieproces zijn.

Validiteit gaat over de geloofwaardigheid van de gegevens en over de vraag of deze een juiste weerspiegeling geven van de onderzochte werkelijkheid (Migchelbrink, 2010, p. 128). Betrouwbaarheid gaat over het vertrouwen dat gesteld kan worden in de werkwijze tijdens het onderzoek (Migchelbrink, 2010, p. 128). In het onderzoek hebben we op verschillende manieren de validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek vergroot. Ten eerste hebben we verantwoord hoe wij als onderzoekers te werk zijn gegaan en hoe we aan de resultaten zijn gekomen. Op deze manier laten we zien dat we transparant zijn (Donk & Lanen, 2011, p. 52). We hebben van de opgestelde documenten alle ruwe versies bewaard. Op deze manier hebben we een goed zicht gehad op de totstandkoming van het uiteindelijke product.

Tijdens het onderzoek zijn we nauwkeurig en zorgvuldig te werk gegaan. Dit hebben we onder andere gedaan door tijdens de dataverzameling gebruik te maken van opnameapparatuur en door het transcriberen van de interviews. Op deze manier zijn we zo dicht mogelijk bij de feitelijke bewoordingen van de respondenten gebleven en hebben we als onderzoekers zo min mogelijk eigen invulling aan deze bewoordingen gegeven. Daarbij hebben we naar aanleiding van de interviews onze eigen ervaringen vastgelegd in een document, zodat deze los stonden van de feitelijke gegevens. Deze ervaringen, over bijvoorbeeld het belang van een thema of non- verbale signalen die opvielen tijdens de interviews, hebben we meegenomen tijdens het coderen en het trekken van conclusies. We hebben ons eigen perspectief dus ook meegenomen in de conclusies. Het meenemen van ons eigen perspectief werkt bevorderlijk voor de betrouwbaarheid en validiteit.

Om de validiteit te verhogen en de betrouwbaarheid te controleren, is het goed om gebruik te maken van triangulatie (Donk & Lanen, 2011, p. 49). Triangulatie is het op verschillende manieren onderzoeken van hetzelfde verschijnsel (Migchelbrink, 2010, pp. 130-131). Van der Donk en van Lanen (2011) noemen drie manieren van triangulatie: brontriangulatie, methodische triangulatie en onderzoekerstriangulatie (pp. 49-51). Wij hebben gebruik gemaakt van brontriangulatie, methodische triangulatie en onderzoekerstriangulatie. Brontriangulatie is het gebruik maken van verschillende bronnen (Donk & Lanen, 2011, p. 50). Als databronnen hebben we verschillende typen individuele personen gebruikt, namelijk revalidanten, werkgevers en bedrijfsartsen. Ten slotte hebben we onderzoekerstriangulatie toegepast. Dit is het samenwerken met verschillende onderzoekers, bijvoorbeeld bij het afnemen van interviews en het analyseren van deze interviews (Donk & Lanen, 2011, p. 50). Bij het analyseren hebben we gebruik gemaakt van intercodeurbetrouwbaarheid. Dit houdt in dat meerdere codeurs dezelfde codes toekennen aan hetzelfde materiaal (Bleijenbergh, 2013). Dit wordt altijd gedaan door leden uit de eigen onderzoeksgroep. Wanneer er een grote mate van overeenstemming is tussen de codeurs, maakt dat de interpretatie van de gegevens betrouwbaarder. In het onderzoek hebben we de interviews telkens met twee onderzoekers afgenomen. Twee andere leden uit de onderzoeksgroep hebben de interviews gecodeerd. Vervolgens zijn we met elkaar in gesprek gegaan over deze coderingen en hebben we gezamenlijke coderingen opgesteld. Deze hebben we gebruikt om de resultaten te beschrijven.

10. Discussie

In dit hoofdstuk zullen we een kritische blik werpen op het doorlopen proces. Hierin zullen we beschrijven hoe we na het doen van het onderzoek terugkijken op de keuzes die we hebben gemaakt en hoe we dit een volgende keer anders zouden aanpakken.

10.1. Respondenten

Het aantal respondenten waaronder het onderzoek is uitgevoerd staat beschreven in tabel 5. Een toelichting op het aantal respondenten en een kritische blik hierop volgen in deze paragraaf.

Tabel 5. Aantal respondenten

Populatie	Gewenst aantal respondenten	Benaderd aantal respondenten	Daadwerkelijk gesproken respondenten
<i>Revalidanten</i>	6	5	5
<i>Werkgevers</i>	6	4	4
<i>Bedrijfsartsen</i>	6	4	2

Gedurende het onderzoek zijn we tot de ontdekking gekomen dat het vinden van respondenten lastiger bleek dan verwacht. Op het moment van onderzoek was er maar een gering aantal revalidanten die binnen het profiel pasten. We hebben daarom besloten om ook oud-revalidanten te benaderen. Het was wenselijk geweest als de respondenten die benaderd zijn op dat moment ook aan het revalideren waren, of zo recent mogelijk gerevalideerd hebben. Dit is voor de validiteit en betrouwbaarheid belangrijk, omdat ervaringen door de tijd heen kunnen verkleuren en vervagen. Het benaderen van oud-revalidanten maakt dat het beeld wellicht minder goed de situatie schetst zoals deze tijdens het revalidatietraject was. We zetten om deze reden vraagtekens bij de validiteit van deze resultaten. Om de validiteit toch zo goed mogelijk in beeld te houden, hebben we geprobeerd om de meest recente oud-revalidanten te benaderen.

Het benaderen van respondenten bleek lastiger en meer tijd te kosten dan verwacht. Hierin heeft het beleid van UCCZ Dekkerswald een rol gespeeld. Voor de benadering van revalidanten waren we afhankelijk van de behandelaars van de organisatie. Dit zorgde ervoor dat er een tussenschakel tussen ons en de revalidanten stond. Deze tussenschakels hebben zich ingezet voor een snelle benadering, maar desondanks levert een tussenschakel altijd enige vertraging op. Op het moment dat de groep van (oud-)revalidanten benaderd was, duurde het lang voordat wij toestemming hadden om hun werkgevers en bedrijfsartsen te benaderen en we de benodigde contactgegevens kregen. Vaak kregen we de contactgegevens van bedrijfsartsen en werkgevers pas tijdens het interview met de (oud-)revalidanten. Doordat het benaderen van respondenten langer duurde dan wij gepland hadden, bleek het niet mogelijk om nog een zesde combinatie van bij elkaar horende revalidant, werkgever en bedrijfsarts te benaderen. Om deze reden hebben wij ervoor gekozen om slechts vijf combinaties van bij elkaar horende revalidant, werkgever en bedrijfsarts te benaderen. Terugkijkend hebben we weinig respondenten kunnen betrekken in het onderzoek. Dit maakt dat de resultaten gebaseerd zijn op een kleine groep respondenten, waardoor het onderzoek minder valide en betrouwbaar is. Een suggestie voor

een vervolgonderzoek zou kunnen zijn dat het onderzoek opnieuw uitgevoerd wordt, maar dat dit onderzoek over een langere tijdsperiode uitgevoerd kan worden. Op die manier kunnen er meer respondenten betrokken worden.

We hebben voorafgaand aan het onderzoek onze doelgroep afgebakend. Eén van de revalidanten bleek niet binnen deze afbakening te passen. Dit werd duidelijk tijdens het interview dat we met hem hadden. We hebben veel gesproken met de opdrachtgever over of we deze revalidant alsnog mee konden nemen als respondent in het onderzoek, dit heeft tijd gekost. Wij twijfelden over de geschiktheid van de revalidant omdat het arbeidsre-integratieproces lang geleden bij hem heeft gespeeld. Op het moment van poliklinische longrevalidatie was er geen sprake meer van arbeidsre-integratie naar de eigen werksituatie, maar was een WIA-aanvraag bij het UWV in gang gezet. In overleg met de opdrachtgever hebben we besloten de bedrijfsarts en werkgever van deze revalidant niet te benaderen. In het interview zijn echter wel belangrijke dingen benoemd. Op punten waarop deze ervaringen aansloten bij de ervaringen van de andere revalidanten, hebben we dit meegenomen in het onderzoek, bijvoorbeeld over wat deze respondent vertelde over de ervaren overeenstemming met zijn werkgever. Er waren ook onderwerpen die niet overeen kwamen, bijvoorbeeld ervaringen over de bedrijfsarts. Deze revalidant had namelijk, in tegenstelling tot de overige revalidanten, een UWV-arts in plaats van een bedrijfsarts die verbonden is aan de organisatie van de werkgever. Over dit onderwerp waren de verschillen met de andere revalidanten dus ook groot. We beseffen ons achteraf dat het betrekken van een respondent die niet voldoet aan de afbakening niet gebruikelijk is. Het komt de validiteit en betrouwbaarheid niet ten goede.

Bij het benaderen van de bedrijfsartsen bleek dat deze niet allemaal hun medewerking wilden verlenen aan het onderzoek. Hierdoor hebben we slechts twee bedrijfsartsen gesproken. Dit was echter onoverkomelijk. We hebben op basis van deze bedrijfsartsen conclusies getrokken voor deelvraag drie. Het geringe aantal bedrijfsartsen maakte het lastig om een compleet beeld te geven van de situatie en dus een gedegen antwoord te geven op deze deelvraag. Om tot een gegronde conclusie te komen, hebben we onze eigen ervaringen hierin meegenomen.

Tijdens de interviews zijn er veel verschillende ervaringen genoemd. Veel van deze ervaringen kwamen overeen, hier hebben we goede conclusie uit kunnen trekken. Er waren echter ook thema's die slechts door één respondent genoemd werd. We vinden het geen compleet beeld geven wanneer we een thema benoemen dat door weinig respondenten wordt gedeeld. We hebben daarom per thema gekeken in hoeverre dit belangrijk was voor de respondent en in hoeverre het aansloot bij de onderzoeksvraag. Wanneer een respondent een thema als heel belangrijk heeft ervaren, hebben we dit wel meegenomen in de resultaten en conclusie. Dit is achteraf gezien niet goed geweest voor de validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek.

10.2. Voorafgaand aan de dataverzameling

Tijdens de oriëntatiefase hebben we gesproken met de opdrachtgever over de signalen en vermoedens die de instelling voorafgaand aan het onderzoek had. Deze signalen en vermoedens waren voornamelijk gebaseerd op wat de opdrachtgever in praktijk terug zag bij de revalidanten. Dit heeft ervoor gezorgd dat we voorafgaand aan het onderzoek al veel

inzicht hadden in de mogelijke belemmerende factoren, zoals deze vanuit de revalidant worden ervaren. Omdat onze probleemanalyse gebaseerd is op deze vermoedens en signalen, is deze ook vooral gericht op factoren die vanuit de revalidant een rol spelen, en minder gericht op factoren die van toepassing zijn op werkgevers en bedrijfsartsen. We hebben de topiclijst, en daarmee ook de interviews, opgesteld op basis van de probleemanalyse. We vragen ons af in hoeverre we voorafgaand aan het onderzoek al gestuurd waren door de kant van revalidanten en hoe objectief ons beeld van werkgevers en bedrijfsartsen was. Dit zouden we in een vervolgonderzoek anders aanpakken, bijvoorbeeld door ook oriënterende gesprekken te voeren met enkele werkgevers en bedrijfsartsen.

Aanvankelijk spraken we in de onderzoeksvraag over het onderzoeken van knelpunten. We hebben gekozen voor een open dataverzamelingstechniek. De formulering van knelpunten in de onderzoeksvraag bleek niet aan te sluiten bij deze dataverzamelingstechniek. Dit werd duidelijk bij het opstellen van de vragenlijst. De opdrachtgever wilde een beeld krijgen van de ervaringen van de betrokken partijen in het arbeidsre-integratieproces. Wanneer we in knelpunten zouden gaan spreken, wordt het onderzoek gestuurd op negatieve ervaringen. Er zou dan geen ruimte zijn voor positieve ervaringen. Het onderzoek geeft op die manier geen realistisch beeld van de daadwerkelijke ervaringen in het arbeidsre-integratieproces. We staan nog steeds achter de keuze die we hebben gemaakt om de onderzoeksvraag aan te passen. Dit werd bevestigd in de interviews, waarin juist ook positieve ervaringen naar voren kwamen. Het veranderen van de onderzoeksvraag had nauwelijks invloed op de dataverzameling. We begonnen de interviews met een open startvraag, waarin dus niet over knelpunten gesproken werd. De respondenten benoemden zowel positieve als negatieve ervaringen. Het wijzigen van de onderzoeksvraag had wel als consequentie dat de probleemanalyse niet aansloot bij de open benadering van de dataverzameling. In de probleemanalyse hebben we factoren benoemd die een negatieve invloed kunnen hebben op het arbeidsre-integratieproces, deze was dus erg gericht op knelpunten. Dat deze aansluiting miste, maakte het lastig om de factoren van de probleemanalyse te vergelijken met de conclusies van het onderzoek. Alhoewel in de dataverzameling veel mogelijke factoren genoemd zijn die wel aansloten bij de knelpunten zoals benoemd in de probleemanalyse, was het wenselijk geweest voor de validiteit en betrouwbaarheid wanneer probleemanalyse en dataverzameling dezelfde insteek hadden gehad.

Het onderzoek moest in een kort tijdsbestek uitgevoerd worden. Hierdoor wilden wij als onderzoeksgroep snel aan de slag en was het benaderen van respondenten een van onze eerste prioriteiten. We hebben vrij vroeg in het proces een brief voor (oud)-revalidanten opgesteld, waarin uitleg over het onderzoek wordt gegeven en toestemming voor deelname wordt gevraagd. In deze brief spraken wij over het onderzoeken van knelpunten, niet over het in beeld brengen van de ervaringen. Dit zou ervoor gezorgd kunnen hebben dat revalidanten voorafgaand aan het interview het idee hadden dat zij moesten praten in knelpunten. We waren bang dat we de revalidanten hierdoor al teveel gestuurd hebben en dat we daarmee de resultaten zouden beïnvloeden. We hebben geprobeerd dit te voorkomen door de startvraag aan het begin van het interview breed en open te formuleren. Hierin spreken wij niet over knelpunten. Desondanks kan dit de interviews gekleurd hebben.

10.3. De dataverzameling

We hebben gekozen voor een open interview, omdat dit aansluit bij de doelstelling en de onderzoeksvraag. Het leggen van koppelingen tussen de drie partijen bleek echter lastig te zijn en niet te passen bij de gekozen dataverzamelingstechniek. We hebben op een open manier gevraagd naar de ervaringen van de respondenten. Wanneer een respondent iets vertelde over een bepaald thema, konden we niet gericht naar dit thema vragen bij de andere respondenten. Hiermee zouden we sturend zijn en de privacy niet goed bewaken, omdat we informatie zouden doorspelen. Voor een vervolgonderzoek zouden we graag aan alle betrokken partijen precies dezelfde vragen stellen, eventueel met antwoordrubrieken, zodat de ervaringen goed vergeleken kunnen worden.

Als we terugkijken op de interviews, realiseren we ons dat we wellicht te veel hebben vastgehouden aan de topiclijst. We hebben de thema's die respondenten zelf aangedragen hebben, goed uitgevraagd. Wanneer een thema voldoende uitgevraagd was, gingen we over op de thema's van de topiclijst. Op die momenten was het beter geweest om een open vraag te stellen, bijvoorbeeld of de respondent nog iets kon vertellen over zijn ervaringen. Wanneer we dit gedaan hadden, was het interview nog meer open geweest. Door de topiclijst te gebruiken, hebben we het interview enigszins sturing geven.

Tijdens de fase van dataverzameling hebben we gemerkt dat we geen inhoudelijke verzadiging bereikt hebben. In elk interview kwam er weer nieuwe informatie. Er was geen moment waarop we niets nieuws meer hoorden. Dit valt te verklaren vanuit het geringe aantal respondenten dat betrokken is in het onderzoek. Dan neemt niet weg dat door het ontbreken van inhoudelijke verzadiging de validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek ter discussie staat.

10.4. Verwerking van de verzamelde gegevens

Op de conceptversie van dit onderzoek hebben we feedback ontvangen van verschillende partijen. In deze feedback kwam de weergave van de resultaten als belangrijk feedbackpunt naar voren. We hebben deze resultaten dan ook opnieuw geordend. In de conceptversie spraken we van een vierde deelvraag: 'Wat zijn opvallendheden in de ervaringen tussen combinaties van bij elkaar horende revalidant, werkgever en eventueel bedrijfsarts in het arbeidsre-integratieproces?'. Tijdens het ordenen van de resultaten kwamen we tot de conclusie dat deze vierde deelvraag geen antwoord gaf op de hoofdvraag en weinig nieuwe informatie bevatte. We hebben er daarom voor gekozen om de informatie, verwerkt in deelvraag vier, die nog niet ergens anders was benoemd te verwerken in de eerste drie deelvragen en de vierde deelvraag te schrappen. Deze keuze zorgt voor een betere leesbaarheid van de resultaten. Daarbij is er geen informatie verloren gaat. Wij denken dat we hiermee een goede keuze hebben gemaakt.

We zijn tevreden met de manier waarop we de gegevens geanalyseerd hebben. We hebben hierbij de validiteit en betrouwbaarheid goed in het oog gehouden door met meerdere personen te analyseren. Er was daarbij ruimte voor onze eigen ervaringen. We hebben het idee dat de conclusies op de deelvragen en de onderzoeksvraag de ervaringen van de respondenten goed weergeven. De manier van analyseren was arbeidsintensief, maar heeft voor een gedegen conclusie gezorgd. Tenslotte is het goed om te benoemen dat er zich in

een onderzoek altijd onvoorziene situaties voordoen. Deze situaties hebben wij geprobeerd uit te sluiten door een realistische tijdsplanning aan te houden, een goede taakverdeling te maken en een gemotiveerde houding te hebben gedurende het proces.

11. Overdracht organisatie

Dit onderzoeksrapport zal op verschillende manieren aan de organisatie overhandigd worden. Ten eerste zal er een schriftelijke versie overhandigd worden aan de twee praktijkbegeleiders. Ook zal er een digitale versie uitgereikt worden. Dit rapport zal in Pdf-formaat verstuurd worden naar de twee praktijkbegeleiders. Zij kunnen deze, indien gewenst, doorsturen naar andere geïnteresseerden binnen de organisatie. Het is snelle en makkelijke manier om het bestand te verspreiden. Doordat het in Pdf-formaat aangereikt zal worden, kan er in de opmaak en de tekst van het rapport niets gewijzigd worden. Hiermee blijft de oorspronkelijke staat van het onderzoeksrapport gewaarborgd.

Behalve het verspreiden van dit onderzoeksrapport, zal de organisatie ook mondeling betrokken worden. Door middel van een presentatie die in een multidisciplinair (afdelings-) overleg plaats zal vinden, worden medewerkers van de organisatie geïnformeerd over het onderzoek, de resultaten, de conclusies en de aanbevelingen. Daarnaast hebben zij op dat moment de mogelijkheid om vragen te stellen en feedback te geven.

Literatuurlijst

Beek, A. van der, Anema, H., Verakamp, I. & Dijk, F. van. (2010). Chronische ziekte en langdurig verzuim op de werkplek: Maak werk van interactie tussen alle partijen! *Tijdschrift voor Bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde*, 18 (8), 357-362.

Bleijenbergh, I. (2013). *Kwalitatief onderzoek in organisaties*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.

Boer, L.M., Daudey, L., Peters, J.B., Molema, J., Prins, J.B. & Vercoulen, J. H. (2014) Assessing the Stages of the Grieving Process in Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD): Validation of the Acceptance of Disease and Impairments. *International Journal of Behavioral Medicine*, 21 (3), 561-570.

Boot, C. R. L., Exel, N.J.A. van, Gulden, J.W.J. van der. (2009). "My lung disease won't go away, it's there to stay": Profiles of adaption to functional limitations in workers with Asthma and COPD. *Journal of Occupational Rehabilitation*, Volume 9, 284-292.

Centraal Bureau voor de Statistiek. (2014). *Werkloze en werkzame beroepsbevolking per maand*. Geraadpleegd op maandag 24 februari 2014, van [http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=80479NED&D1=10,12&D2=a&D3=0&D4=\(I-26\)-I&HDR=T,G2,G1&STB=G3&VW=T](http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=80479NED&D1=10,12&D2=a&D3=0&D4=(I-26)-I&HDR=T,G2,G1&STB=G3&VW=T)

COPD zorg goed in beeld (2014). *Zorgprogramma COPD*. Geraadpleegd op 21 Februari 2014, van <http://www.copdzorggoedinbeeld.nl/612/6/Fase.htm>

Donk, C. van der & Lanen, B. van. (2011). *Praktijkonderzoek in zorg en welzijn*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.

Gulden, J. van der., Zwart, B. de. & Prins, R. (2012) De positie van de bedrijfsarts. Deel 1: Visie van werkgevers en werknemers. *Tijdschrift voor bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde*, 20 (7), 299-305.

Gunst, S. G. van, & Pigmans, V. G. (2013). *COPD, NHG-Standaarden voor de praktijkassistent 2013*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

In balans, interdisciplinaire zorg. (z.d.). *Wetgeving rond ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid*. Geraadpleegd op 17 februari 2014, van <http://www.inbalans.info/wetgeving-rond-ziekteverzuim.htm>

Keirse, M. (2002) *Helpen bij verlies en verdriet* (14^e druk). Tiel: Lannoo nv.

Longfonds (z.d.) *Medicijnen bij COPD*. Geraadpleegd op 26 mei 2014, van <https://www.longfonds.nl/over-longen/copd/behandeling-van-copd/medicijnen-bij-copd>

Longfonds (z.d.) *Over COPD*. Geraadpleegd op 19 februari 2014, van <https://www.longfonds.nl/over-longen/longziekten-overzicht/copd>

Longfonds (z.d.) *Symptomen van COPD*. Geraadpleegd op 7 mei 2014, van <https://www.longfonds.nl/over-longen/copd/over-copd/symptomen-van-copd>

Migchelbrink, F. (2010) *Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn*. (15^e druk) Amsterdam: Uitgeverij SWP.

Nederlands Huisartsen Genootschap. (2014) *NHG-Standaard COPD*. Geraadpleegd op 20 februari 2014, van <https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-copd#idm35542976>

Nederlandse Vereniging van Maatschappelijk Werkers. (2010). *Beroepscode voor de maatschappelijk werker*. Utrecht.

Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde. (2014). *De bedrijfsarts*. Geraadpleegd op maandag 24 februari 2014, van <http://nvab.artsennet.nl/Over-de-NVAB-3/Over-de-NVAB-3/Beleid/De-bedrijfsarts.htm>

Oncoline (2014). *Palliatieve Zorg: richtlijnen voor de praktijk*. Geraadpleegd op 19 februari 2014, van http://www.oncoline.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&id=32196&richtlijn_id=755

Pool, G., Heuvel, F., Ranchor, V. A., & Sanderman, R. (2004). *Handboek psychologische interventies bij chronische-somatische aandoeningen*. Assen: Koninklijke Van Gorcum BV.

Poortwachtersloket. (z.d.). *Plan van Aanpak en re-integratie*. Geraadpleegd op 17 februari 2014, van http://www.poortwachtersloket.nl/Informatie/Reintegratie/Plan_van_Aanpak_zieke_werknemer.aspx

Poortwachtersloket. (z.d.). *Probleemanalyse en re-integratie*. Geraadpleegd op 17 februari 2014, van http://www.poortwachtersloket.nl/Informatie/Reintegratie/Probleemanalyse_zieke_werknemer.aspx

Poortwachtersloket. (z.d.). *Wet Verbetering Poortwachter*. Geraadpleegd op 17 februari 2014, van http://www.poortwachtersloket.nl/Informatie/Wet_Verbetering_Poortwachter.aspx

Steenbeek, R., Heuvel, F.M.M. van den. & Buijs, P.C (2006) Werknemers weten te weinig over hun rechten en handelingsmogelijkheden in relatie tot de bedrijfsarts. *Tijdschrift voor bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde*, 14 (7), 361-366.

UCCZ Dekkerswald. (z.d.) *Longrevalidatie*. Geraadpleegd op 17 februari 2014, van <http://www.uccz.nl/menu-links-homepage/revalidatie-afdeling/longrevalidatie/>

UCCZ Dekkerswald. (2012) *Poliklinische longrevalidatie*. Geraadpleegd op 30 april 2014, van http://www.uccz.nl/media/4497/poliklinische_longrevalidatie_9022.pdf

UCCZ Dekkerswald. (z.d.). *Toelichting stroomdiagram: aanmelding patiënten voor poliklinische revalidatie Dekkerswald* (werkinstructie). UCCZ Dekkerswald, Groesbeek.

UCCZ Dekkerswald. (z.d.) *Visie*. Geraadpleegd op 7 maart 2014, van <http://www.uccz.nl/organisatie/visie/>

UCCZ Dekkerswald. (2014). *Werkbeschrijving onderzoeken voor, tijdens en na Poliklinische longrevalidatie*. (werkbeschrijving). UCCZ Dekkerswald, Groesbeek.

Uitvoeringsinstituut werknemersverzekeringen. (z.d.). *Wat is WIA?* Geraadpleegd op 17 februari 2014, van http://www.uvw.nl/particulieren/ik_ben_ziek/ik_ben_bijna_2_jaar_ziek_en_nog_werken/ik_benbijna_2_jaar_ziek/wat_is_wia.aspx

Uitvoeringsinstituut werknemersverzekeringen. (z.d.). *Welke WGA-uitkering krijg ik?* Geraadpleegd op 17 februari 2014, van http://www.uvw.nl/Particulieren/ik_ben_ziek/ik_ben_bijna_2_jaar_ziek_en_kan_nog_werken/tijdens_mijn_WGA-uitkering/welke_WGA-uitkering.aspx

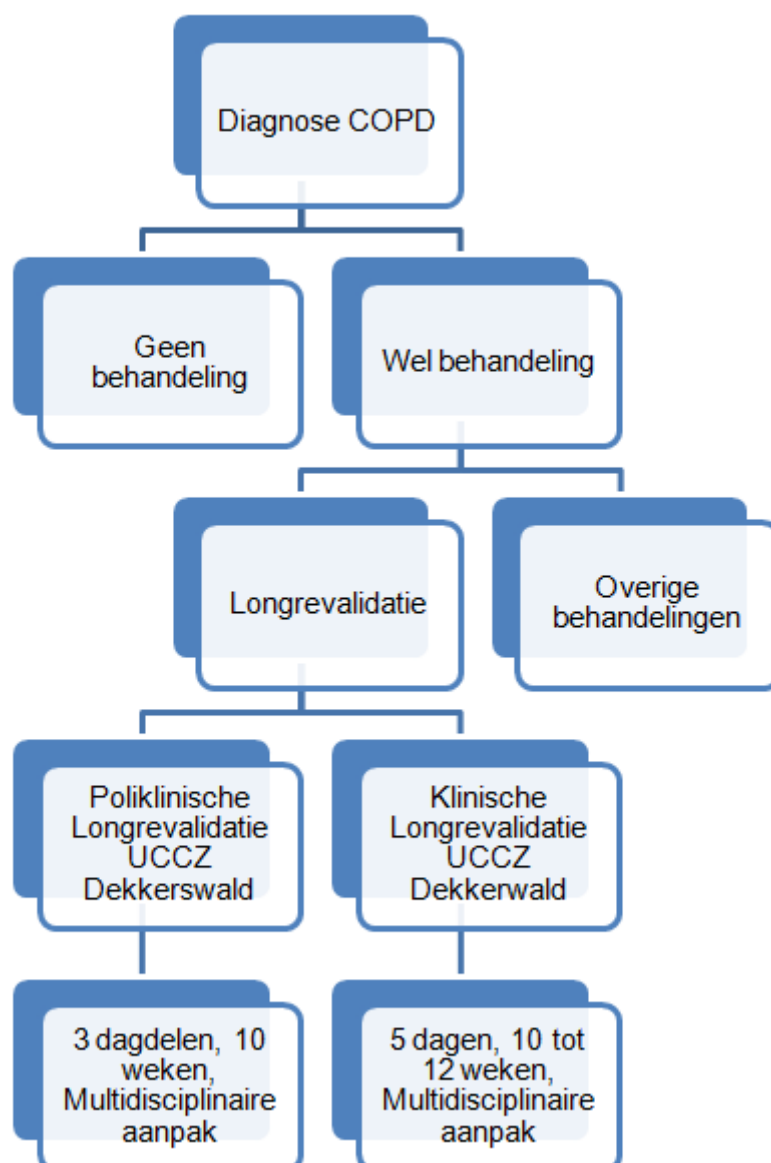
Vercoulen, J., Kalkman, J. & Servaes, P. (2008). Longziekten: een complexe interactie tussen de fysiologische stoornis en gedragsfactoren. *Gedragstherapie*, 2008 (41), 51-63

Vercoulen, J., Mathijssen, N. & Schepper-Ijssel, A. de. (z.d.). *Longrevalidatie: Een complexe interactie tussen psychologische en fysiologische factoren*. Nijmegen: Radboud UMC, afdeling Medische Psychologie & afdeling Longziekten, locatie Dekkerswald.

Verhaage-van Kooten, M. (2010). *Recht voor de zorg- en welzijnsprofessional* (8^e druk). Den Haag: Sdu Uitgevers bv.

Zimbardo, P. (2005). *Psychologie: een inleiding*. Amsterdam: Pearson Education Benelux.

Bijlage 1: schema COPD en longrevalidatie



Bijlage 2: probleemanalyse

Het arbeidsre-integratieproces tussen revalidanten met COPD, werkgevers en bedrijfsartsen verloopt niet altijd optimaal. Deze signalen vangen de medewerkers van UCCZ Dekkerswald op in de begeleiding die zij bieden. Het is voor de organisatie niet duidelijk wat de redenen zijn dat het proces niet altijd optimaal verloopt.

In deze analyse zullen wij een schets geven van het probleem, verdeeld in een analyse op micro, meso en macro niveau. Als eerste volgt een analyse op micro niveau, waarin het primaire proces en de factoren beschreven worden, die direct van invloed zijn op de persoon zelf en het probleem (de revalidant, werkgever, bedrijfsarts). Daarna volgt een analyse op meso niveau, waarin de samenhang tussen de betrokken partijen beschreven wordt. Als laatst zullen wij op macro niveau een beschrijving geven van de relatie tussen het probleem en de maatschappelijke factoren die hierop van invloed zijn.

Micro niveau

Aanpak UCCZ Dekkerswald

De aanpak die UCCZ Dekkerswald hanteert bij de poliklinische longrevalidatie, richt zich niet alleen op de fysiologische stoornissen. Uit onderzoek is gebleken dat fysiologische stoornissen nauwelijks gerelateerd zijn aan de ernst van de klachten, de beperkingen en de kwaliteit van leven (Vercoulen, Mathijssen & Schepper-Ijssel, z.d., pp. 2-3). Dit betekent dat een aanpak die zich alleen richt op een medische benadering, niet altijd het gewenste effect heeft omdat de andere drie factoren (de klachten, beperkingen en de kwaliteit van leven) niet voldoende aandacht krijgen. Patiënten met COPD worden geconfronteerd met het feit dat het 'normale' leven in toenemende mate verandert. De patiënt moet zich aan de nieuwe situatie aanpassen op cognitief, emotioneel, gedragsmatig en sociaal niveau. De klachten, beperkingen en kwaliteit van leven worden bepaald door de mate waarin het lukt om zich aan te passen. Dit proces wordt adaptatie aan de ziekte genoemd (Vercoulen, Kalkman & Servaes, 2008, p. 51). Adaptatie aan de ziekte is een interactie tussen vier factoren. Dit zijn de fysiologische stoornis en cognitieve, emotionele en gedragsmatige processen. De psychologische processen (cognities, emoties en gedrag) hebben dus evenals de fysiologische processen invloed op de ernst van de klachten, de beperkingen en de kwaliteit van leven. Alle doelen die in eerste instantie alleen een medische achtergrond lijken te hebben, vragen uiteindelijk ook om aanpassing in de psychologische processen. Bij een chronische longaandoening gaat het dus niet om Lichaam *of* Geest, ook niet om Lichaam *en* Geest, maar om een complexe interactie tussen Lichaam en Geest.

Acceptatie- en verwerkingsproces

Revalidanten bevinden zich vaak in een acceptatie- en verwerkingsproces, waardoor er nog niet altijd ruimte is om na te denken over de arbeidssituatie en de mogelijkheden en/of aanpassingen. Dit wordt ook door de deskundige teruggezien in de praktijk. Alles wat het karakter krijgt van verlies van een dierbaar iemand of iets kan een rouwproces met zich meebrengen (Keirse, 2002, pp. 13-14). Confrontatie met een ongeneeslijke ziekte wordt gekoppeld aan een verlieservaring: wat iemand had of dacht, vaak vanzelfsprekend, moet losgelaten worden (Pool, Heuvel, Ranchor & Sanderman, 2004, p. 340). William Worden (1991) heeft het begrip rouw omschreven in vier rouwtaken:

- Het accepteren van de realiteit van het verlies

- het ervaren van de pijn
- het aanpassen aan de nieuwe situatie
- het doorgaan met het leven.

Deze rouwtaken worden niet in deze volgorde doorlopen, maar zullen door elkaar heen lopen en elkaar overlappen. COPD is een ziekte die heel geleidelijk ontstaat, waardoor men steeds meer te maken krijgt met verlieservaringen (Vercoulen, Mathijssen & Schepper-IJssel, z.d., pp. 3-4). De verlieservaringen brengen een rouwproces op gang. In het rouwproces van COPD-patiënten worden de volgende vier stadia onderscheiden: ontkenning, weerstand, zelfmedelijden en acceptatie (Boer et al., 2014, p. 561). Ontkenning en weerstand hebben te maken met het nog niet volledig accepteren van de realiteit van het verlies. Rouwtaak twee, het ervaren van de pijn, kan gekenmerkt worden door zelfmedelijden. Acceptatie heeft te maken met aanpassen aan de nieuwe situatie en doorgaan met het leven, dat past binnen rouwtaak drie en vier. De emoties die het rouwproces met zich meebrengen, kunnen het moeilijk maken om met arbeidsre-integratie bezig te zijn. Dit kan een factor zijn die van invloed is op het arbeidsre-integratieproces.

Erkenning

Werk is voor veel revalidanten belangrijk. Uit het gesprek met een deskundige blijkt dat revalidanten veel status en aanzien, en daarmee erkenning, uit het werk halen. Op het moment dat zij de diagnose COPD krijgen, zal dit ook in veel gevallen leiden tot een aanpassing van werk. Dat erkenning belangrijk is kan verklaard worden vanuit de theorie van Maslow (Zimbardo, McCan & Johnson, 2009, p. 246). De behoeftepiramide van Maslow is een theorie waarmee behoeften van mensen verklaard kunnen worden. De theorie is gebaseerd op het idee dat ieder mens basisbehoeften van bestaan heeft. Pas als de eerste behoeften zijn behaald, zal er ruimte zijn om volgende fase te realiseren. De piramide van Maslow kent vijf fases van basisbehoeften:

- Fysiologische behoeften of primaire biologische behoeften
- Bestaanszekerheid
- Sociale behoefte
- Erkenning
- Zelfontplooiing

Erkenning is één van de vijf basisbehoeften. Wanneer er aanpassingen in het werk gedaan moeten worden, kan de erkenning die revalidanten uit werk halen, wegvallen. Dit kan tot gevolg hebben dat deze basisbehoefte niet meer vervuld wordt. Het toegeven aan het ziek zijn kan bij revalidanten de gedachte oproepen dat ze status in moeten leveren. Deze aanpassing aan een nieuwe en/of veranderde werksituatie is een verlieservaring. Als het gaat om erkenning bevinden revalidanten zich in fase vier van de piramide van Maslow. In deze fase is er behoefte aan waardering, erkenning en zelfrespect, die de competentie en het aanzien in groepsverband verhogen en het belang hechten aan status in sociaal verband. Dit komt overeen met de fase waarop de revalidanten zich bevinden. Het aanpassen van werk, en daarmee het wegvallen van erkenning, is een verlieservaring die het arbeidsre-integratieproces kan bemoeilijken.

Communicatie

Revalidanten voelen druk vanuit werkgever om te werken, ze zijn bang voor conflicten en de daaruit volgende negatieve werksfeer, aldus de deskundige. Dit is onder andere een reden waarom revalidanten het lastig vinden om te communiceren met de werkgever en dit kan het arbeidsre-integratieproces bemoeilijken. Naast de ervaren druk vanuit de leidinggevende of

werkgever, maakt ook het niet meer volledig kunnen werken en de verlieservaring die dit met zich meebrengt, de communicatie lastig. Dit baseren wij op de signalen die wij vanuit het maatschappelijk werk hebben ontvangen.

Inschatting ziekte COPD

Een ander signaal dat opvalt bij de deskundige, is dat werkgevers en bedrijfsartsen vaak moeite hebben met het inschatten van wat revalidanten wel of niet kunnen. Het vermoeden van UCCZ Dekkerswald is dat dit te maken heeft met het gebrek aan kennis over COPD en het revalidatietraject bij werkgevers en bedrijfsartsen, waardoor ze deze inschatting moeilijk kunnen maken. Het onzekere verloop van de ziekte en de coping strategie van de COPD-patiënt kan hierin een rol spelen. Het verloop van de ziekte COPD is per situatie verschillend (Longfonds, z.d.). COPD kan zich zowel uiten in lichte vormen, maar ook in ernstige vormen. Bij lichte en matige COPD kan door aanpassingen in leefstijl en omgeving goed geleefd worden. Bij ernstige en zeer ernstige COPD zijn de klachten vaak zo hevig, dat het bijvoorbeeld nodig is om extra zuurstof te krijgen. De symptomen van COPD kunnen per moment en dag erg verschillen. Naast dagelijkse klachten hebben patiënten met COPD regelmatig last van een acute verergering van de klachten (Gunst en Pigmans, 2013, pp. 119-120). Deze periodes van verslechtering worden exacerbaties genoemd. In de laatste twee stadia van COPD is er vaak sprake van co morbiditeit. Dat wil zeggen dat er sprake is van COPD in combinatie met één of meerdere andere aandoeningen. Voorbeelden hiervan zijn bijvoorbeeld hartfalen, longkanker en diabetes. Niet alleen de ziekte zelf, maar dus ook de combinatie met andere aandoeningen maakt dat het verloop van deze ziekte per revalidant erg kan verschillen (Oncoline, 2014). Dit kan het lastig maken voor een werkgever of bedrijfsarts om de ziekte, en de revalidant, goed in te schatten.

Copingstrategieën

Zoals hierboven genoemd hanteert iedere COPD patiënt een eigen copingstrategie (COPD zorg goed in beeld, 2014). In de meeste gevallen verandert COPD het volledige leven van een persoon en is het moeilijk zich aan te passen aan een nieuwe manier van leven. Iemand kan zijn gehele leven actief zijn geweest, maar door de diagnose COPD niet meer (of in verminderde mate) in de gelegenheid zijn om de dingen te doen waar hij of zij eerst zo van genoot. Veel COPD patiënten voelen zich daarom vertraagd en verliezen veel spontaniteit in het leven. De veranderingen die zich voordoen bij een chronische longziekte, zorgen er voor dat COPD patiënten vaak een 'vermijdende en afwachtende' copingstijl hanteren. Mensen met deze copingstijl vluchten als het ware weg van het probleem. Ze pakken het probleem niet aan, maar proberen het te vermijden of te ontkennen. Als dat niet lukt, nemen ze een afwachtende houding aan. Deze copingstijl is niet effectief en kan een negatief gevolg hebben voor de manier waarop een revalidant communiceert met zijn omgeving, bijvoorbeeld met zijn werkgever of bedrijfsarts. Daarnaast maakt de copingstijl van de revalidant het voor een werkgever of bedrijfsarts lastig om in te schatten in hoeverre COPD de revalidant beperkt, aldus de deskundige. Hierin komen de kenmerken van het rouwproces van COPD patiënten weer aan de orde, zoals Vercoulen, Mathijssen & Schepper-Ijssel ze beschrijven (z.d., pp. 3-4). Het is daarom belangrijk dat de COPD-patiënt de veranderingen begrijpt en leert om te gaan met gevoelens die het gevolg zijn van de ziekte.

Naast de algemene copingstijl van COPD patiënten in hun dagelijks leven gaat iedere COPD patiënt ook op het werk anders met zijn beperking om. Uit onderzoek van Boot, Exel en Gulden (2009) blijkt dat er vier verschillende profielen van werknemers met COPD of astma

zijn te onderscheiden. De aangepaste en voorzichtige werknemer bestaan uit werknemers met COPD en astma, de ambitieuze groep bestaat uit werknemers met astma en de bezorgde groep bestaat uit werknemers met COPD. Deze profielen kennen allemaal een eigen coping strategie, die ze inzetten om op het werk om te gaan met hun beperking. Als eerste is er de aangepaste werknemer. Deze heeft zijn ziekte geaccepteerd en aanvaard dat hij hierdoor beperkingen heeft op het werk. Hij stelt redelijke grenzen, neemt voldoende pauze om genoeg energie over te houden en stelt zijn doelen naar beneden. De aangepaste werknemer praat niet graag over zijn ziekte, geeft dit niet snel aan op het werk en neemt zijn medicatie in het geheim. Als tweede is er de voorzichtige werknemer die zich zorgen maakt om zijn gezondheid. Er is sprake van extreme fixatie op de ziekte en er heerst angst voor ziektesymptomen. De voorzichtige werknemer meldt zich snel ziek. Hij schaamt zich niet voor zijn ziekte, is er op het werk open over maar voelt zich door collega's niet begrepen. Als derde is er de ambitieuze werknemer. Deze werknemer is zeer gemotiveerd om aan het werk te blijven. De werkgever is hier vaak niet op de hoogte van de ziekte. De werknemer verzuimt zelden. Deze werknemer zou in de eerste fase van het ziek zijn extra aandacht kunnen gebruiken omdat de kans op overbelasting hoog is. Als vierde is er de bezorgde werknemer. Deze groep ervaart veel problemen omdat er naast angst voor dyspneu vaak ook emotionele problemen spelen. In veel gevallen is er dan ook sprake van psychotherapie. Comorbiditeit zoals depressie en angststoornissen worden bij deze doelgroep veel gezien. Bij deze werknemers is het van belang dat er vroegtijdig goede afstemming is met de werkgever en bedrijfsarts. Met deze afstemming worden onnodige zorgen en negatieve gevoelens vermeden. Elk profiel vraagt een andere houding en aanpak van een professional (Boot, Exel, & van der Gulden, 2009, pp. 288-291).

Gebrek aan kennis over regelgeving

Daarnaast zijn revalidanten niet altijd op de hoogte van de regelgeving in Nederland, bijvoorbeeld over ziekteverzuim. De maatschappelijk werker legt dit gedurende het revalidatieproces aan de revalidant uit en merkt onder andere dat de uitleg dat je tegenwoordig niet snel meer volledig arbeidsongeschikt wordt verklaard, zorgt voor verbazing en teleurstelling bij de revalidant. Daarbij denken revalidanten vaak dat hard werken leidt tot het opbouwen van krediet bij werkgever, leidinggevende en collega's, aldus de deskundige. Dit blijkt in de praktijk niet altijd zo te zijn. Het ontkrachten van de gedachte dat ze krediet hebben opgebouwd met het alsmaar doorwerken, kan hard aankomen. Over de wet- en regelgeving met betrekking tot arbeidsre-integratie zullen wij op macroniveau verder in gaan. Uit onderzoek blijkt dat de meeste verzuimende werknemers contact hebben met hun bedrijfsarts (Steenbeek, Heuvel & Buijs, 2006, pp. 362-365). Zij weten echter weinig over eigen rechten, plichten en handelingsmogelijkheden. Wanneer de werknemer verzuimt, kan het gebrek aan kennis over de rechten en mogelijkheden het herstel en de werkhervatting belemmeren. Werknemers met weinig kennis, oordelen negatiever over de bedrijfsarts. Daarnaast onderschatten werknemers het belang van deze kennis. Eén van de kennisaspecten die verzuimende werknemers vaak missen, is dat de bedrijfsarts een medische geheimhoudingsplicht heeft ten opzichte van de werkgever. Dit kan ervoor zorgen dat de werknemer terughoudend is in het verstrekken van medische informatie naar de bedrijfsarts. Wanneer een werknemer alle relevante informatie verstrekt, kan de bedrijfsarts zijn sociaal-medische begeleiding hier beter op aanpassen en dit bevordert de kans op herstel en werkhervatting. Naast deze gegevens blijkt uit een ander onderzoek (Gulden, Zwart en Prins, 2012, p. 300) dat maar een derde van de werknemers aangeeft goed op de hoogte te zijn van de taken en bevoegdheden van de bedrijfsarts, onder de werkgevers is dit

de helft. Wanneer niet iedereen van elkaars taken en bevoegdheden op de hoogte is, kan dit de samenwerking bemoeilijken

Werkwijze bedrijfsartsen en arbo-artsen

Er wordt vaak aangenomen dat een arbo-arts hetzelfde is als een bedrijfsarts (Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde, 2014). Dit is echter niet het geval. De term 'bedrijfsarts' is een beschermde titel voor specialisten die na hun arts-examen een vierjarige specialisatie hebben gevolgd. Zij zijn verplicht tot nascholing. Één van de taken van de bedrijfsarts is bij ziekte en verzuim aangeven wat een werknemer nog verantwoord kan doen en helpen bij herstel en de hervatting van werk. Een arbo-arts is een basisarts zonder verdere specialisatie. Ook een arbo-arts wordt ingezet bij de aanpak van ziekteverzuim. Beide artsen hebben dezelfde taken in het arbeidsre-integratieproces. Bovendien kunnen revalidanten contact hebben met een arbo-arts in plaats van een bedrijfsarts. Om deze redenen maken we verder geen onderscheid tussen deze partijen. Als uit de interviews blijkt dat er toch duidelijke verschillen zijn tussen bedrijfsartsen en arbo-artsen, zullen wij dit meenemen in het analyseren van de resultaten.

De deskundige geeft aan dat er veel verschil is in de manier van handelen van de verschillende bedrijfs- en arbo-artsen. De deskundige geeft aan dat de aanpak met betrekking tot arbeidsre-integratie door bedrijfsarts of arbo-arts kan verschillen. Sommigen bedrijfsartsen/arbo-artsen zijn heel open en beschermen de revalidanten tegenover de werkgever. Zij vragen daarbij ook advies van de maatschappelijk werker over wat de revalidatie inhoudt. Andere bedrijfsartsen/arbo-artsen oefenen veel druk uit op de werknemer waardoor het nodig is om longarts te betrekken om het belang van aanpassing van werk te benadrukken. De longarts heeft in het arbeidsre-integratieproces een informerende rol vanuit het multidisciplinaire team. Vanuit deze rol kan de longarts aangeven wat voor invloed de ziekte heeft op de revalidant. De bedrijfsartsen/arbo-artsen kunnen deze informatie meenemen in hun beoordeling van mogelijkheden in de arbeidssituatie.

Meso niveau

Belangen

De betrokken partijen hebben verschillende behoeften en belangen, die elkaar maar gedeeltelijk overlappen (Beek, Anema, Varekamp & Dijk, 2010, p. 357). Uit het gesprek met de deskundige blijkt dat het voor de revalidant in het arbeidsre-integratieproces belangrijk is dat er een goede afstemming is tussen zowel ruimte geven aan het ziekteproces, als ruimte en mogelijkheden kunnen creëren voor werkhervatting en de aanpassingen die hierbij horen. Voor de werkgever kan het meespelen dat zij een werknemer in dienst hebben die zij geen arbeid kunnen laten verrichten, maar waar zij wel voor moeten betalen. Volgens artikel 7:627 van het Burgerlijk Wetboek, betaalt de werkgever de werknemer loon over de periode dat hij werkelijk gewerkt heeft (Verhage-van Kooten, 2010, pp. 289-290). Één van de twee uitzonderingen hierop staat in artikel 7:929 van het Burgerlijk Wetboek. Het artikel zegt dat indien een werknemer niet kan werken door ziekte, zwangerschap of bevalling, de werkgever gedurende maximaal twee jaar ten minste 70% van het loon moet doorbetalen. Deze loondoorbetalingverplichting bestaat sinds 1996, toen de Wet uitbreiding loondoorbetalingverplichting bij ziekte in werking is getreden. Het doel van deze regels is dat er meer verantwoordelijkheid voor het terugdringen van ziekteverzuim bij werkgevers en werknemers komt te liggen, zodat er minder snel een beroep gedaan hoeft te worden op

sociale voorzieningen. Een taak van de bedrijfsarts is dat hij zich moet houden aan de Wet Verbetering Poortwachter. Dit houdt in dat de bedrijfsarts binnen zes weken een probleemanalyse moet hebben opgesteld, met daarin oorzaak van het verzuim, de mogelijkheden van de werknemer en een passend advies voor werkgever en werknemer (Poortwachtersloket, 2010).

Overeenstemming

De deskundige geeft aan dat er niet altijd overeenstemming is tussen bedrijfsarts en revalidant over de mogelijkheden die de revalidant nog heeft met betrekking tot werk. Het kan zijn dat een bedrijfsarts meer mogelijkheden ziet dan een revalidant. Het kan ook zo zijn dat een revalidant graag nog veel wil werken, maar dat een bedrijfsarts vindt dat dit niet haalbaar is. In het contact tussen werkgever en revalidant kunnen zich ook moeilijkheden voordoen in de overeenstemming. Zo kan er in het maken van het plan van aanpak geen overeenstemming zijn over de belastbaarheid van de revalidant. Dit plan van aanpak is mede gebaseerd op het advies dat de bedrijfsarts heeft opgesteld naar aanleiding van de probleemanalyse. Hierover kan ook onenigheid ontstaan tussen bedrijfsarts en werkgever, op het moment dat zij geen overeenstemming hebben over het advies. Uit onderzoek van van der Gulden, de Zwart en Prins blijkt dat 22 procent van de 213 ondervraagde werkgevers aangeeft onenigheid te hebben gehad over het advies van de bedrijfsarts (2012, p. 302). Daar tegenover geeft zeven procent van de 220 ondervraagde werknemers aan dat zij het afgelopen jaar onenigheid hebben gehad over een advies van de bedrijfsarts.

Verwerkingsproces en arbeidsre-integratieproces

Het verwerkingsproces zoals revalidanten deze ervaren loopt niet altijd gelijk met de stappen die een revalidant moet zetten in het arbeidsre-integratieproces. Tijdens het revalidatieproces speelt acceptatie en verwerking van de ziekte vaak een grote rol. Revalidanten zijn in deze periode voornamelijk bezig om te ontdekken wat de ziekte voor hun leven betekend. Pas daarna gaan revalidanten nadenken over hun arbeidssituatie en bekijken zij welke mogelijkheden zij hebben ten opzichte van arbeid. De termijnen die vanuit de Wet Verbetering Poortwachter (Poortwachtersloket, z.d.) worden gesteld, kunnen te vroeg aan de orde zijn voor de revalidant, die hier vaak nog niet aan toe is. Bezig zijn met het thema arbeid wanneer de revalidant hier eigenlijk nog niet aan toe is, kan het arbeidsre-integratieproces bemoeilijken, aldus de deskundige.

Macro niveau

Wet Verbetering Poortwachter

Sinds 1 april 2002 is de Wet Verbetering Poortwachter van kracht. Deze wet is bedoeld om ervoor te zorgen dat er snel afspraken worden gemaakt over geleidelijke werkhervatting voor werknemers die thuis zitten vanwege (gedeeltelijke) arbeidsongeschiktheid. Deze wet bepaalt dat de bedrijfsarts al bij zes weken verzuim een probleemanalyse moet schrijven met daarin een advies aan werknemer en werkgever over arbeidsre-integratie. In week acht moet de werkgever in overleg met de werknemer een plan van aanpak opstellen met daarin concrete afspraken en doelen omtrent het advies van de bedrijfsarts. Iedere zes weken wordt dit plan van aanpak besproken en tussentijds geëvalueerd. Met de bevindingen in deze evaluaties kan het plan van aanpak steeds bijgesteld worden, tot er sprake is van volledige werkhervatting als dit mogelijk is (Poortwachtersloket, z.d.). Wanneer blijkt dat de werknemer niet meer volledig aan het werk kan moet bij de aanvraag van een WIA-uitkering

een dossier worden aangeleverd met daarin de probleemanalyse en het plan van aanpak. De uitkerende instantie (het UWV) beoordeelt het dossier en bekijkt of alle mogelijke oplossingen zijn besproken. Wanneer dit niet het geval is kan dit sancties hebben in de richting van de werkgever (langer doorbetalen van loon) en/of werknemer (tijdelijk stopzetten van het salaris). Wanneer alle mogelijke oplossingen zijn besproken en geen van allen helpend is, kan het verzoek voor een WIA-uitkering verder in gang worden gezet (In balans, z.d.).

Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen

De trend is dat steeds minder mensen in de wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen, de WIA komen. Wanneer een werknemer door ziekte niet of minder kan werken, dan heeft hij recht op een WIA-uitkering. De WIA-uitkering is in de plaats gekomen van de vroegere WAO-uitkering. Voor mensen die vóór 1 januari 2004 arbeidsongeschikt zijn geworden blijft deze WAO-regeling bestaan. Bij het besluit of er aanspraak kan worden gemaakt op de WIA, wordt breed gekeken. De WIA-uitkering kan aangevraagd worden wanneer de werknemer bijna twee jaar (104 weken) ziek is, en daardoor 65 procent of minder kan verdienen van het oude loon (UWV, 2014). De naam van de WIA-uitkering zegt het al, er wordt zoveel gewerkt als mogelijk voor de werknemer.

Een WIA-uitkering bestaat uit twee varianten; de Werkhervatting Gedeeltelijk Arbeidsgeschikten (WGA) en de Inkomensvoorziening Volledig Arbeidsgeschikten (IVA) (UWV,2014). De WGA-uitkering vult het salaris aan wanneer iemand nog maar gedeeltelijk kan werken. De IVA-uitkering wordt uitgekeerd wanneer er geen (of weinig) kans is op herstel. De WGA-uitkering bestaat uit drie verschillende varianten, afhankelijk van het aantal gewerkte uren voorafgaand aan de ziekte. In de meeste gevallen wordt een loongerelateerde uitkering (LGU) verstrekt. Deze tijdelijke uitkering is gebaseerd op het vroegere loon, het arbeidsverleden en het huidige loon. Voor ontvangst van deze uitkering moet de werknemer minstens 26 van de voorgaande 36 weken gewerkt hebben. Wanneer de LGU-uitkering vervalt of er geen recht is op een deze uitkering, wordt er een loonaanvullingsuitkering (LAU) óf vervolguitering (VVU) verstrekt. De WIA-uitkering wordt verstrekt door het Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV). De hoogte van de uitkering en de periode waarover de uitkering wordt verstrekt is volledig afhankelijk van de situatie van de werknemer. Het soort uitkering en de hoogte ervan zijn afhankelijk van het soort werk dat de werknemer beoefent, de hoogte van het loon en in hoeverre de werknemer nog kan werken.

Om een WIA-uitkering te ontvangen moet minimaal aan de volgende voorwaarden voldaan worden:

- Er is nog geen recht op een AOW-uitkering;
- De persoon werkt in loondienst of ontvangt een WW-uitkering;
- De persoon is minimaal twee jaar ziek.

Wat voor veel burgers, dus ook voor revalidanten, veelal onduidelijk is, is het feit dat het bij de keuring voor een WIA-uitkering niet primair gaat om de vraag of iemand ziek is, maar er bekeken wordt wat het ziek zijn voor gevolgen heeft voor de 'verdiencapaciteit' (In balans, z.d.). In hoeverre gaat iemand in inkomen achteruit door het ziek zijn en wat kan deze persoon nog wel zelf verdienen? Door een verzekeringsarts zal beoordeeld worden of de beperkingen in het werk daadwerkelijk gevolgen zijn van het ziek zijn. Vervolgens wordt vastgesteld wat de werknemer nog voor mogelijkheden heeft naast zijn medische of

psychische beperkingen. Co morbiditeit kan ervoor zorgen dat je wel aanspraak kan maken op de WIA (bijv. combinatie van COPD met psychische problemen). Tegenwoordig is volledige afkeuring niet vaak aan de orde, maar er kan wel sprake zijn van gedeeltelijke afkeuring (UWV, 2014).

Economische crisis

De economische crisis leidt ertoe dat mensen bang zijn om hun baan te verliezen en daarbij niet meer aan het werk te kunnen komen, omdat er momenteel veel werkloosheid is. De afgelopen twee jaar is het aantal werklozen in Nederland flink gestegen. Van de 25 tot 45-jarigen is het percentage werkloosheid gestegen met 46 procent. Van de 45 tot 65-jarigen is dit zelfs 56 procent (CBS, 2014). Daarnaast kan verlies van inkomen een reden zijn waarom revalidanten bang zijn om hun baan te verliezen. Het doen van aanpassingen in de arbeidssituatie kan ervoor zorgen dat het inkomen verandert. Dit kan ervoor zorgen dat revalidanten geen aanpassing in hun werk willen, terwijl dit wel nodig is. Dit kan overbelasting tot gevolg hebben.

Privacy

Een patiënt, of revalidant, moet eerst toestemming geven alvorens een bedrijfsarts informatie kan krijgen van de curatieve behandelaar. Dit heeft te maken met de regels met betrekking tot privacy in de huidige samenleving. De privacy van een patiënt wordt beschreven in de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO). De WGBO bestaat sinds 1995 en is een overeenkomst tussen hulpverlener en patiënt, die wettelijke kaders biedt waarbinnen zorg verleend moet worden (Verhaage-van Kooten, 2010, pp. 260-264). De WGBO noemt een aantal rechten en plichten van de patiënt. De WGBO zegt dat alleen bevoegden een patiëntendossier in mogen zien. Een bedrijfsarts is hiertoe niet bevoegd en moet dus eerst toestemming van de patiënt krijgen, alvorens hij het dossier in mag zien. Naast schriftelijke informatie, is ook het mondeling uitwisselen van gegevens van de hulpverlener met onbevoegden niet toegestaan. Deze geheimhoudingsplicht is ook in de WGBO opgenomen. Een bedrijfsarts moet een plan van aanpak opstellen. Om dit adequaat te kunnen doen, is informatie over de ziekte van de werknemer noodzakelijk. Behalve dat een werknemer dit zelf vertelt, kan ook informatie gevraagd worden aan de curatieve behandelaar. Het vragen van toestemming om deze informatie te krijgen, kost tijd en kan het arbeidsre-integratie vertragen.

Bijlage 3: startvraag en topiclijst

❖ VRAGENLIJST REVALIDANT

OPEN STARTVRAAG

Hoe ervaart u het arbeidsre-integratieproces?

- Hoe ervaart u de gehele situatie rondom uw werk? Hoe heeft u hele situatie rondom uw werk ervaren toen u begon met de longrevalidatie?

ITEMLIJST

- ☐ Communicatie
- ☐ Coping
- ☐ Verwachtingen
- ☐ Overeenstemming
- ☐ Kennis over revalidatie ten behoeve van begeleiding

MOGELIJKE VRAGEN PER ITEM

- ☐ Communicatie; hoe ervaart u de communicatie met uw bedrijfsarts en werkgever?
- ☐ Coping; kunt u vertellen hoe u met uw ziekte omgaat?
- ☐ Verwachtingen; Wat waren uw verwachtingen van revalidatie ten opzichte van werk?
- ☐ Overeenstemming: Heeft u het idee op één lijn te zitten met uw bedrijfsarts en werkgever?
- ☐ Kennis over revalidatie ten behoeve van begeleiding; Kunt u iets vertellen over de kennis die uw bedrijfsarts en werkgever hebben over COPD en longrevalidatie?
- Is er over dit onderwerp nog meer wat u kunt vertellen?

❖ VRAGENLIJST WERKGEVER

OPEN STARTVRAAG

Hoe ervaart u het arbeidsre-integratieproces bij uw werknemer met COPD en de bedrijfsarts?

- Kunt u vertellen hoe het arbeidsre-integratieproces verlopen is?

TOPICLIJST

- ☐ Communicatie
- ☐ Coping
- ☐ Verwachtingen
- ☐ Overeenstemming
- ☐ Kennis over revalidatie ten behoeve van begeleiding

MOGELIJKE VRAGEN PER ITEM

- ☐ Communicatie; hoe ervaart u de communicatie met uw werknemer en de bedrijfsarts? Wat kunt u vertellen over de communicatie met uw patiënt en de bedrijfsarts?

- ☐ Coping; Kunt u iets vertellen over de manier waarop uw werknemer met de ziekte omgaat en wat dat in uw ogen voor invloed heeft op het proces?
- ☐ Verwachtingen; Wat waren uw verwachtingen van de revalidatie van uw werknemer ten opzichte van werk?
- ☐ Overeenstemming: Heeft u het idee op één lijn te zitten met uw werknemer en de bedrijfsarts?
- ☐ Kennis over revalidatie ten behoeve van begeleiding; Kunt u iets vertellen over uw ervaring met longrevalidatie en hoe dit in relatie staat met de begeleiding die u biedt?

* Is er over dit onderwerp nog meer wat u kunt vertellen?

❖ VRAGENLIJST BEDRIJFSARTSEN

OPEN STARTVRAAG

Hoe ervaart u het arbeidsre-integratieproces bij uw patiënt met COPD en de werkgever?

- Kunt u vertellen hoe het arbeidsre-integratieproces verlopen is?

TOPICLIJST

- ☐ Communicatie
- ☐ Coping
- ☐ Verwachtingen
- ☐ Overeenstemming
- ☐ Kennis over revalidatie ten behoeve van begeleiding

MOGELIJKE VRAGEN PER ITEM

- ☐ Communicatie; hoe ervaart u de communicatie met uw patiënt en de werkgever? Wat kunt u vertellen over de communicatie met uw patiënt en werkgever?
- ☐ Coping; Kunt u iets vertellen over de manier waarop de patiënt met de ziekte omgaat en wat dat in uw ogen voor invloed heeft op het proces?
- ☐ Verwachtingen; Wat waren uw verwachtingen van revalidatie van uw patiënt ten opzichte van werk?
- ☐ Overeenstemming: Heeft u het idee op één lijn te zitten met uw patiënt en de werkgever?
- ☐ Kennis over revalidatie ten behoeve van begeleiding; Kunt u iets vertellen over uw ervaring met longrevalidatie en hoe dit in relatie staat met de begeleiding die u biedt?

* Is er over dit onderwerp nog meer wat u kunt vertellen?

Bijlage 4: stroomdiagram UCCZ Dekkerswald

Onderstaand staat het stroomdiagram van UCCZ Dekkerswald dat gebruikt wordt bij aanmelding van patiënten voor de poliklinische longrevalidatie. Om ervoor te zorgen dat het uitreiken van de folder een verantwoordelijkheid wordt van één persoon die betrokken is bij de aanmelding, moet dit in onderstaand stroomdiagram opgenomen worden.

NR	Toelichting stroomdiagram	Verantwoordelijke of bevoegde	Norm/afpraak	Referentie/document
1.a.	Aanmelding patiënten voor poliklinische revalidatie Dekkerswald			
	• Patiënt schriftelijk aanmelden bij secretaresse ULC 3 • Naam in de excellijst PKLR zetten • Aanvragen fietstest en LF • Intake-afpraak maken bij FT • Afspraak bij klinimetrie maken. • • Brief naar patiënt sturen	Longverpleegkundige Secretaresse Secretaresse Secretaresse Secretaresse	Binnen week na 2 ^{de} gesprek Binnen 1 week na aanmelding Idem Idem Idem	Samenvattingsblad Zie werkinstructie aanmelding PKLR
1.b.	Patiënt krijgt vooronderzoeken Fietstest en longfunctie Krijgt actometer mee	Longfunctie-assistent Medewerker klinimetrie		Zie onderzoeken poliklinische longrevalidatie werkinstructie actometer
1.c.	Patiënt heeft intakegesprek bij fysiotherapie Patiënt vult vragenlijsten in en levert actometer in NCSI sturen naar psycholoog	Fysiotherapeut Medewerker klinimetrie Medewerker klinimetrie	2 weken na fietstest Binnen 2 dagen	Werkinstructie intake fysiotherapie. Inleveren actometerwerkinstructie invullen NCSI
1.d.	Patiënt bespreken in Multidisciplinair overleg (MDO)	Longvp., Longarts, Fysiotherapeut, bewegingstherapeut psycholoog	1 Week na intake fysiotherapie	Werkinstructie MDO

1.e.	Indien geschikt voor revalidatie, doorgeven aan secretaresse Bevestigingsbrief naar patiënt Brief naar huisarts Alvast inplannen eindonderzoeken	Longverpleegkundige Secretaresse Secretaresse Medewerker klinimetrie	Binnen 1 week na MDO 1 week voor start programma 1 week na start programma 1 week na aanmelding	Brief aanmelding naar patiënt Brief huisarts Invullen op brief bij de NCSI
2.	Mogelijkheden aanvullende behandeling			
2.a	Stop roken via RSP	Longverpleegkundige	Binnen 1 week na MDO	Werkinstructie aanmelding Zie rookstop protocol
2.b.	Consult diëtiste	Longvvp.	Binnen 1 week na MDO	Consultbrief sturen
2.c	Consult psycholoog	Psycholoog		
2.d	Consult maatschappelijk werk	Maatschappelijk werk		
2.e	Consult cardioloog	Longarts revalidatie	Afgerond voor start revalidatie	Consultbrief faxen naar cardiologie
2.f	Consult bewegingstherapie	Bewegingstherapeut		
2.g	Consult fysiotherapie	Fysiotherapeut		
2.h	Consult verpleegkundige	Longverpleegkundige		

Bijlage 5: werkbeschrijving onderzoeken UCCZ Dekkerswald

Onderstaand staat de werkbeschrijving van UCCZ Dekkerswald, 'Werkbeschrijving onderzoeken voor, tijdens en na poliklinische longrevalidatie'. Om ervoor te zorgen dat een gestructureerde vragenlijst standaard bij alle revalidanten met COPD wordt afgenomen, moet dit opgenomen worden in deze werkbeschrijving.

Werkbeschrijving onderzoeken voor, tijdens en na poliklinische longrevalidatie.

Voor start revalidatie:

- Fietsergometrie met arteriele lijn
- Duurtest
- Pi/max Pe/max
- Impedantiemeting
- Spierkrachtmeting
- Spirometrie + reversibiliteit met ventolin
- Flowvolume + reversibiliteit met ventolin
- FRC
- Diffusie

Weken voor start revalidatie

- Actometer dragen gedurende 14 dagen
- Invullen uitgebreide Testorganizer op de klinimetrie
- 1RM test

Week 1 start revalidatie:

- Looptest 6 MWD of 12 MWD incl. borgscores en saturatiemeting

Week 9 na start:

- Actometer

Week 10:

- Looptest zie boven
- Spirometrie, zie boven
- Flowvolume, zie boven

Week 11:

- Vragenlijst
- Impedantiemeting
- Spierkracht
- Duurtest

6 maanden na einde:

- Looptest
- Actometer
- Vragenlijst, 14 dagen na dragen actometer

Afspraak 1-8-07

Impedantie, spierkracht en Mip/Mep koppelen aan tijd van invullen NCSI.