

11. Arbeidsparticipatie van arbeidsgehandicapten en chronisch zieken

Dick van Putten

11.1 Inleiding

Pot (1993) ging in op het terugtrekken van de overheid op haar kerntaken en het leggen van verantwoordelijkheden voor arbeidsomstandigheden en ziekteverzuimbeleid bij het bedrijfsleven. Aanleiding was een kort daarvoren verschenen artikel in de Volkskrant van 31 december 1992 over de introductie van het marktmechanisme in de Nederlandse staat. Een artikel waarover Pot opmerkte dat de auteur (Marcel van Dam) wat choquerend effect betreft Freek de Jonge naar de kroon wilde steken. Nadat Pot wees op de analyses van Smith, Marx en Weber stelde hij vast dat “de maatschappelijke verhoudingen niet wezenlijk zijn veranderd en dat de toegenomen invloed van het marktmechanisme niet in alle opzichten hoeft te worden toegejuicht (...) mensen zijn weliswaar gelijkwaardig, maar hun kansen in de samenleving zijn ongelijk als gevolg van persoonlijke eigenschappen en kenmerken van hun sociaal milieu (...) verkleinen van structureel ongelijke kansen (...) maakt deel uit van onze beschaving en omvat niet alleen het beschermen van de zwakste groepen, maar ook de zorg voor een stabiele samenleving”.

Voor mij is dit een mooie aanleiding en gelegenheid om eens te verkennen hoe het staat met de (kans op) arbeidsparticipatie van chronisch zieken en arbeidsgehandicapten. Eerst zal ik proberen enig licht te werpen op de omvang van de groep chronisch zieken en arbeidsgehandicapten. Daarna geef ik een korte samenvatting van de ontwikkeling van het beleid gericht op introduceren van het marktmechanisme in de sociale zekerheid. Vervolgens zet ik uitkomsten van onderzoek naar de re-integratie van chronisch zieken en arbeidsgehandicapten op een rij, om af te sluiten met enkele conclusies.

In deze verkenning zal ik niet ingegaan op de “voorkant” van de keten preventie-verzuim-re-integratie. Een overzicht van de bemoeienis van de gezondheidszorg met werknemers op het snijvlak van arbo- en curatieve zorg heb ik elders beschreven (Van Putten, 2007).

11.2 Chronisch zieken en arbeidsgehandicapten: hoeveel mensen?

Een handicap bij het beschrijven van de omvang van de populatie chronisch zieken en arbeidsgehandicapten is het ontbreken van eenduidige cijfers. Ik zal vanuit drie perspectieven kijken naar het aantal arbeidsgehandicapten en chronisch zieken.

De wet- en regelgeving

In verloop van tijd zijn er verschillende, op wettelijke regelgeving gebaseerde, omschrijvingen geweest van de groep arbeidsgehandicapten: de WAGW'ers (vanaf midden jaren '80) en de arbeidsgehandicapten volgens de Wet REA. Sinds de afschaffing van deze laatste wet en de introductie van de WIA spreken we niet meer over arbeidsgehandicapten maar over mensen met

een “structurele functionele beperking” (Smitskam & De Vos, 2007). Met de nieuwe regelgeving per 1 januari 2006 is het etiket “arbeidsgehandicapt” dus verdwenen uit de wet- en regelgeving. Blijkens een brochure (UWV, 2006) kunnen UWV, CWI, gemeente of arbodienst vaststellen of er sprake is van een structurele functionele beperking. Voor het verkrijgen van een voorziening is het hebben van een uitkering een belangrijke (maar niet voldoende of uitsluitende) voorwaarde. Hoeveel mensen krachtens deze omschrijving een voorziening krijgen is mij niet bekend.

De zorgregistratie

Een recent onderzoek (Van den Brink-Muinen et al., 2007) onder chronisch zieken en gehandicapten baseert zich op gegevens over door huisartsen gediagnosticeerde somatische aandoeningen respectievelijk surveys waarin respondenten aangeven of zij (lichamelijke) beperkingen ervaren. Aan de mensen in deze onderzoekspopulatie worden vragen voorgelegd over onder andere de arbeidssituatie. Het aantal chronisch zieken wordt via deze (zorgregistratie) invalshoek veel lager geschat dan bij surveys. Daar staat tegenover dat er sprake is van een hardere “objectief medische” onderbouwing van het begrip chronisch ziek. De onderzoekers komen op basis van hun gegevens tot een schatting van 2,12 miljoen chronisch zieken en gehandicapten in de Nederlandse (niet-geïnstitutionaliseerde) populatie: 770.000 chronisch zieken, 920.000 gehandicapten en 430.000 mensen met een chronische ziekte en handicap.

Ik beschouw dit als een ondergrens van het aantal chronisch zieken: het betreft personen met een lichamelijke ziekte en het betreft ziekten die voorkomen op een restrictieve lijst van ernstiger aandoeningen.

In recente persberichten is naar voren gekomen dat de arbeidsparticipatie van de 15-64 jarige chronisch zieken in deze onderzoeksgroep de afgelopen jaren sterk is gestegen: van 31% naar 39%. Net zo opvallend is echter de stijging van het aantal werknemers met een chronische lichamelijke ziekte dat werkgerelateerde problemen ervoer: dat percentage steeg van 10% in 2001 naar 34% in 2005.

De survey

Enkele kerngegevens over de omvang van de groep arbeidsgehandicapten ontleen ik aan de Arbeidsgehandicaptenmonitor 2005 (Cuijpers & Lautenbach, 2006). De gegevens uit deze monitor zijn gebaseerd op een grote steekproef uit de Nederlandse populatie 15-64 jarigen, de potentiële beroepsbevolking. De vraagstelling in deze monitor is al enige jaren identiek zodat ook naar recente trends gekeken kan worden. In de monitor wordt gevraagd of men last heeft van één of meer langdurige aandoeningen, ziekten of handicaps. Indien dat het geval is, wordt gevraagd of men belemmerd wordt in het uitvoeren of verkrijgen van werk. Mensen met psychische klachten of aandoeningen zijn opgenomen in dit onderzoek.

Het blijkt dat in 2005 24,9% van de bevolking tussen 15-64 jaar last heeft van een langdurige aandoening, ziekte of handicap (2,7 miljoen personen). Dit percentage is licht gestegen sinds 2002 (24,5%). Deze schatting beschouw ik als een bovengrens van de omvang van de populatie chronisch zieken in de niet-geïnstitutionaliseerde populatie 15-64 jarigen.

In totaal geeft 16,2% van de ondervraagde mensen aan dat zij een handicap ervaart bij het verkrijgen of behoud van werk. Dit komt neer op een totaal van 1,8 miljoen mensen uit de potentiële beroepsbevolking. Dit aandeel is de afgelopen jaren stabiel gebleven.

Het percentage arbeidsgehandicapten dat werkt is de afgelopen jaren echter gedaald van 43,8% naar 39,5% en tegelijkertijd is het aantal arbeidsgehandicapten dat niet tot de beroepsbevolking behoort maar wel 12 uur of meer wil werken gestegen van 7,1% naar 9,1%.

De daling van het aandeel arbeidsgehandicapten dat werkt, is niet toe te schrijven aan demografische of andere persoonskenmerken (Besseling et al., 2007).

Het hebben van een arbeidshandicap leidt de afgelopen jaren tot een steeds kleinere kans op betaalde arbeid.

11.3 Het beleid: ontvlechting, marktwerking en privatisering

In het regeerakkoord van Kok I stond marktwerking centraal bij de inrichting en uitvoering van de sociale zekerheid. De al ingezette stelselherzieningen werden in hoog tempo voortgezet. Een (niet uitputtend) overzicht van relevante wetswijzigingen telt in de periode 1992 tot en met 2006 49 relevante wetswijzigingen waarvan er 27 betrekking hebben op de arbeidsongeschiktheidsregelingen en 22 op de WW (Blank et al., 2006). Dit is exclusief de wetswijzigingen op het terrein van de bijstand, waaronder de WWB, en ook exclusief tal van andere grootschalige door de overheid geïnitieerde programma's, waaronder het programma arboconvenanten.

Het tempo en de wijze waarop een en ander werd doorgevoerd leidde al vrij snel tot forse kritiek van de Algemene Rekenkamer (1996-1997). De ontvlechting en de introductie van marktwerking zouden niet planmatig gebeuren. Ook was onduidelijk in hoeverre de nieuwe uitvoeringsorganisatie bijdroeg aan de doelstelling van marktwerking: betere kwaliteit en lagere uitvoeringskosten.

Ook in een latere fase van de stelselherziening zijn kritische evaluaties gepubliceerd: de wet REA was niet toegesneden op de problematiek van de re-integratie van arbeidsgehandicapten (Jehoel-Gijsbers & Van der Giezen, 2000), het herstructureringsproces is nog niet goed van de grond gekomen (Wevers et al., 2001) en veel van de beoogde effecten moeten in de toekomst nog tot stand komen (Veerman & Besseling, 2001).

Ook de recente evaluatie van de SUWI (PricewaterhouseCoopers, 2006) laat zien dat de stelselwijzigingen nog niet gerealiseerd zijn. De onderzoekers concluderen dat er een prestatie van formaat is geleverd, maar verdere structuurwijzigingen zijn niet gewenst. Verder moet er nog stevig geïnvesteerd worden in het proces, de kwaliteit van de re-integratie en de stroomlijning van de onderzoek- en informatiehuishouding. De vraag of de re-integratiemarkt nu verbeterd is ten opzicht van de pre-SUWI periode kon om uiteenlopende redenen niet beantwoord worden. De titel van de bijdrage van TNO aan deze evaluatie vat het kort samen: 'er is veel bereikt, maar er moet nog veel gebeuren' (Wevers et al., 2006). De lange lijst van bestuurlijke reacties en aanvullende rapportages die met de evaluatie meegestuurd zijn naar de Tweede Kamer bevestigen dit beeld.

Het valt mij op dat er zwaar is geïnvesteerd in de herstructurering van (het proces van) de uitvoering. Daarbij heeft het bevorderen van de uitstroom uit uitkeringen en het beperken van de instroom in uitkeringen centraal gestaan. Het bevorderen van een gezonde duurzame terugkeer naar (betaalde) arbeid van personen met een chronische ziekte of arbeidshandicap heeft minder aandacht gekregen.

11.4 Terugkeer naar werk

Een onderdeel van de hele stelselherziening is het verbeteren van de kwaliteit van de dienstverlening door de introductie van marktwerking in de re-integratiemarkt. Dat zou ook bijdragen aan de re-integratie van groepen werknemers die anders in een uitkeringsituatie zouden komen respectievelijk blijven.

Re-integratie in het eerste en tweede spoor

Met re-integratie in het eerste en tweede spoor wordt verwezen naar de situatie dat de uitgevallen werknemer nog een dienstverband heeft en gere-integreerd wordt bij de eigen of een andere werkgever. Werkgever en werknemer hebben in deze situatie de primaire verantwoordelijkheid voor de re-integratie en worden zo nodig ondersteund door dienstverleners op de private markt: arbodiensten, re-integratiebedrijven of zelfstandig opererende professionals. Feitelijk is hier sprake van een volledig geprivatiseerde markt van opdrachtgevers en opdrachtnemers.

De privatisering betekent ook dat er relatief weinig gegevens beschikbaar zijn die een betrouwbaar beeld geven van de activiteiten en effecten van re-integratie op deze markt. Voor de berekening van kosten en baten van re-integratie van zieke werknemers is in de rapportage van Kok (Kok et al., 2006) bijvoorbeeld afgegaan op gegevens van één re-integratiebedrijf.

Wel constateer ik dat het verzuim tegenwoordig op een laag niveau ligt, namelijk 4,5% (Bossche, 2007) en dat daarmee ook de potentiële instroom in de WIA gering zal zijn.

In een recent onderzoek (Van Horssen & Van Doorn, 2007) is vastgesteld dat er re-integratieproblemen zijn bij de groep 35-minners. In tegenstelling tot eerdere afspraken tussen sociale partners re-integreert deze groep voor een groot deel niet in werk. Bij 55% van hen wordt het dienstverband beëindigd en in 18% van de gevallen is er sprake van een dienstverband bij een andere werkgever.

Uit verschillende onderzoeken naar de re-integratie van deze groep 35-minners (MKB Nederland, 2006; Langman Economen, 2007; Van Horssen & Van Doorn, 2007) komen de volgende knelpunten en oplossingen naar voren:

Werkgevers

- Re-integratie in eerste en tweede spoor is volgens werkgevers moeilijk gezien de aard van het werk.
- Er is een derde spoor nodig dat branche-/sectoroverstijgend is, bijvoorbeeld regionale samenwerkingsverbanden. De overheid zou aanjager moeten zijn van dit spoor.
- De kosten van re-integratie zijn hoger dan de financiële ondersteuning en het gaat vaak om werknemers met een langlopend risico. Meer en langere financiële compensatie is vereist.
- Werkgevers moeten weerstanden overwinnen in verband met risico's. Bijvoorbeeld door afspraken te maken dat de vorige werkgever voor bepaalde tijd bijdraagt aan kosten en risico's bij re-integratie naar een andere werkgever.

Intermediarissen

- UWV moet meer maatwerk leveren bijvoorbeeld door de herintroductie van accountmanagement voor branches/sectoren.
- Dienstverleners in de arbosector dienen sneller duidelijkheid te geven over de mogelijkheden van werknemers. Niet twee jaar wachten, al direct bij week acht conclusies trekken. Te stimuleren door het opnemen van een ijkmoment in de verzekeringspolis om uitstelgedrag van werknemer en werkgever te voorkomen.
- Bestaand instrumentarium ter ondersteuning van de re-integratie ook beschikbaar stellen voor de werkgever die een werknemer in dienst neemt voordat de WIA-claimbeoordeling heeft plaatsgevonden.

Werknemers/uitkeringsgerechtigden

- Voor werknemers is het niet aantrekkelijk om te re-integreren in een ander spoor als de loondoorbetaling meer oplevert dan verdiend kan worden in functies elders. Dit geldt zeker als er onzekerheid is over WW-rechten.

Ik constateer dat met de nieuwe regelgeving het verzuim en daarmee de potentiële intrede in de WIA op een laag niveau ligt. Het zal een uitdaging zijn om dit niveau bij een aantrekkende economie te handhaven.

Wel is er een knelpunt naar voren gekomen in de nieuwe regeling. Werknemers die na twee jaar verzuim minder dan 35% arbeidsongeschikt zijn, blijken in belangrijke mate ontslagen te worden. Dit probleem doet zich vooral voor bij de werknemers met lagere salarissen. Zij hebben al snel een aanzienlijke restverdien capaciteit en komen in de klasse minder dan 35% arbeidsongeschikt terecht. Voor de betrokken werkgever geldt echter dat de beperkingen van de werknemer aanzienlijk kunnen zijn en leiden tot een volledig verlies van productiecapaciteit.

Een opvallende uitkomst vind ik de conclusie dat er blijkbaar nog steeds onvoldoende vroegtijdig wordt gehandeld: niet twee jaar wachten, maar veel vaker rond week 8 van het verzuim conclusies trekken over de (on-)mogelijkheden van re-integratie in hetzelfde soort werk. Deze uitkomst sluit aan bij vele eerdere constatering over de “verloren wachttijd”. Als de re-integratie-inspanningen in de eerste maanden niet succesvol kunnen worden afgerond, kan het nog vele maanden duren voordat de WAO- nu WIA-poort in zicht is.

Re-integratie vanuit een uitkerings situatie

Een belangrijk onderdeel van de re-integratiemarkt richt zich op de begeleiding van mensen met een uitkering naar werk. Door de stapsgewijs verscherpte criteria voor WAO en WIA zijn (en worden) aanzienlijke aantallen WAO'ers herbeoordeeld met als resultaat een lagere uitkering. Tevens krijgen zij een aanbod om via re-integratiebegeleiding terug te keren naar betaalde arbeid (of het aantal uren bij de huidige werkgever uit te breiden). Over de activiteiten om mensen vanuit een uitkerings situatie terug te leiden naar betaalde arbeid zijn langzamerhand veel gegevens beschikbaar, mede dankzij de publieke toezichtorganen die met grote regelmaat feedback willen hebben over effectiviteit en doelmatigheid.

Hieronder zullen enkele opvallende uitkomsten uit die onderzoeken gepresenteerd worden.

In de periode 2002-2004 zijn 90.000 mensen in de WAO herbeoordeeld met als resultaat een verlaagde arbeidsongeschiktheidsuitkering (Heyma et al., 2005). Voor circa de helft van de herbeoordeelden betekende dit het volledige verlies van de uitkering. Van de herbeoordeelde WAO'ers die niet werkten hervatte 17% werk binnen drie jaar. Werkuitbreiding na herbeoordeling bij diegenen die al (deeltijd-)werk hadden, lukte in slechts 2% van de gevallen. De inkomensdaling bij deze groep bedraagt tientallen procenten. Dit wordt voor het grootste gedeelte gecompenseerd door vervolguitkeringen uit WW en Bijstand.

Een groep van 7% van de totale populatie ervaart een gunstige inkomensontwikkeling.

Een steekproef uit het cohort herbeoordeelden in 2005 (Van Deursen, 2007) laat zien dat, na 18 maanden, 32% van de niet-werkenden werk heeft gevonden. De kenmerken van deze werkherhervatters zijn: een hoog opleidingsniveau, man, jong en een redelijke tot goede gezondheid. Van de werkherhervatters heeft 15% een vast dienstverband en 10 % werkt als zelfstandige of freelancer. De overigen werken via een uitzendbureau, op tijdelijke contractbasis, op basis van nul-uren contract of op basis van een oproepcontract met een minimum aantal uren.

De herbeoordeelden van 2005 maken 18 maanden later de volgende balans op:

- 68% geeft aan er slechter op geworden te zijn (41% veel slechter);

- 17% geeft aan er beter op geworden te zijn.

Diegenen die er slechter op geworden zijn noemen als voornaamste reden: financieel slechter (48%), gezondheid slechter (26%) of combinatie van beide (23%).

Verder blijkt dat 62% niet tevreden is over de ondersteuning: geen hulp of begeleiding ontvangen, (nog steeds) niet eens met de uitslag van de herbeoordeling en slechte begeleiding of communicatie.

Een follow-up van 14 maanden bij 1265 mensen die in eerste kwartaal 2005 een bijstandsuitkering kregen (IWI, 2007a) leert het volgende:

- Na een jaar is 47% uit de bijstand gestroomd. De rest heeft nog een re-integratietraject of zit in de groep zonder traject en geen uitstroom.
- Van de uitstroom is 47% aan het werk, waarvan bij 60% een tijdelijk contract. Circa een kwart van de werkenden heeft een vast contract.

In een afzonderlijk onderzoek (IWI, 2006) is vastgesteld dat 30% van de instroom in het eerste kwartaal bestond uit mensen die eerder uitgestroomd waren (“draaideurcliënten”).

De kenmerken van de groep mensen die instroomt in de bijstand zijn: jong, weinig recente werkervaring, laag opleidingsniveau en vaak meervoudige belemmeringen van veelal psychische en lichamelijke aard (IWI, 2007b).

De vraag of de re-integratiemarkt werkt, wordt steeds vaker beantwoord met behulp van econometrische analyses die er op gericht zijn de netto-effectiviteit vast te stellen. Dat wil zeggen dat getracht wordt een antwoord te geven op de vraag wat de toegevoegde waarde is van een re-integratietraject. Hoeveel extra gevallen van werkherhervatting levert een traject op, bovenop de aantallen cliënten die ook zonder traject zouden hervatten?

Een vervolganalyse op de gegevens van het bovengenoemde 2002-2004 cohort herbeoordeelden (Heyma, 2006), leerde dat de kans op werk met een re-integratietraject na 2 jaar 12,2% is. Dit tegenover een werkherhervattingskans van 11,5% zonder re-integratietraject.

Recent zijn diverse publicaties verschenen over de netto-effectiviteit van re-integratietrajecten bij verschillende doelgroepen (Groot et al., 2006; Hekelaar et al., 2006; Kok et al., 2006). Enkele uitkomsten zijn hieronder samengevat:

- De kans op werk vanuit de WW is na twee jaar 74% zonder en 79% met een traject.
- De kans op werk vanuit de WAO, WAZ en WAJONG is bij volledig arbeidsongeschikten 2% zonder en 4,4% met een re-integratietraject.
- De kans op het vinden van werk vanuit bijstand wordt verhoogd van 10 naar 16% door een re-integratietraject (of tot 24% bij een intensiever traject).

Verschillende publicaties geven een overzicht van de stand van zaken op de re-integratiemarkt (Groot et al., 2006; Mallee et al., 2006; RWI, 2006a; RWI, 2006b). Onderstaande samenvatting van enkele uitkomsten is geheel van toepassing op de intermediairen in de publieke en private re-integratiemarkt:

- er is sprake van een “race to the bottom”: een prijzenslag die erin resulteert dat weinig geïnvesteerd kan worden in de individuele trajecten. Dan mag je geen hoge baten verwachten. Duurdere trajecten resulteren aantoonbaar in betere resultaten.
- No Cure No Pay werkt vooral indien winstmaximalisatie het doel is, het is niet geschikt als (ook) sociale inclusie een expliciet doel van re-integratie is.
- Het is niet vast te stellen of marktwerking leidt tot een betere match tussen vraag en aanbod op de arbeidsmarkt.
- UWV en Gemeenten nemen steeds meer, door middel van de inzet van coaches, de inhoudelijke sturing van re-integratietrajecten op zich. Daarmee wordt de marktwerking beperkt en is ook onduidelijk aan wie de uitkomsten van trajecten toegeschreven moeten

worden: de publieke partijen die mede de inhoud bepalen van trajecten of de marktpartijen die de trajecten uitvoeren.

- Prikkels en incentives om de kwaliteit te bevorderen, dienen gelijkwaardig te zijn voor publieke (UWV, CWI, Gemeente) en private partijen (re-integratiebedrijven).
- Er is meer aandacht nodig voor het inrichten van strategische publiekprivate vraaggeoriënteerde netwerken rond werk en scholing.
- Individuele re-integratie overeenkomsten (IRO) bieden meer mogelijkheden voor maatwerk. Langzaam komt er meer aandacht voor de zeer moeilijk plaatsbaren en een meer intensieve scholing. Niet alleen focussen op de kortste weg naar werk. Leerwerkplekken, begeleiding naar werken als zelfstandige, werken aan gezondheid en vitaliteit zijn belangrijke (tussen-)doelen.
- De inzet van middelen gaat te weinig naar kansarme cliënten en te weinig naar scholing.
- Soms is het beter eerst een voortraject op te zetten en niet direct het vizier te richten op terugkeer naar betaald werk.
- Het is noodzakelijk om beleid te ontwikkelen voor draaideurcliënten.
- Voor het zittende uitkeringsbestand is waarschijnlijk een aparte aanpak vereist: sociale activering, gesubsidieerde arbeid, vrijwilligerswerk.
- Kritische succesfactor voor werkgevers, uitkeringsgerechtigden en werkzoekenden is het beschikbaar zijn van een vaste contactpersoon met veel vaardigheden en competenties.
- Er is meer inzicht vereist in de gegevensbestanden, een goede voorselectie (indicatiestelling) en een digitaal klant dossier.
- Er moeten realistische verwachtingen bestaan over de mogelijke uitkomsten van een traject.

Hoff en Jehoel-Gijsbers (2003) schetsen een theoretisch kader voor het beoordelen van de effecten van re-integratie-inspanningen. De conclusies uit die rapportage zijn dat de ervaren gezondheid van groot belang is voor actief werkzoekgedrag resp. werkhervatting. Daarnaast speelt (anno 2002) de uitkeringsduur, de sollicitatieplicht en de leeftijd een belangrijke rol bij werkhervatting. Opvallend is dat in deze rapportage ook nader wordt ingegaan op de normen en waarden van uitkeringsgerechtigden. Onder andere blijkt dat bijstandsgerechtigden (veel meer dan WAO'ers en WW 'ers) tevreden zijn met de wijze waarop zij hun dagen doorbrengen en aangeven dat zij – op andere wijze dan in betaalde arbeid - een bijdrage leveren aan de maatschappij.

Vooralsnog concludeer ik dat mensen die uitstromen uit een uitkering omdat ze geacht worden (evt. met begeleiding) betaald werk te vinden, er vooral slechter op worden. Dat betreft hun financiële positie en hun gezondheid. Ook zijn ze ontevreden over hun begeleiding.

Verder valt op dat voor zover een betaalde baan wordt gevonden het in de minderheid van de gevallen om een vaste baan gaat. Veelal betreft het tijdelijke of anderszins flexibele banen. Er is een substantieel draaideurfenomeen en het is onduidelijk wat er met het grote aantal cliënten gebeurt dat geen traject aangeboden krijgt, of een traject niet succesvol afrondt. Tegen deze achtergrond is het merkwaardig dat een tijdelijk contract van een half jaar als succesvolle duurzame re-integratie naar reguliere arbeid wordt beschouwd.

Re-integratie is nog weinig gericht op het realiseren van een situatie waarin chronisch zieken en arbeidsgehandicapten duurzaam (toegerust voor een verdere loopbaan) arbeid kunnen verwerven die is afgestemd op hun kwalificaties en beperkingen.

Er blijkt nauwelijks evidence based kennis te zijn over wat nu de werkzame bestanddelen zijn van re-integratietrajecten. Dat verhindert een gerichte efficiënte inzet van het re-integratie-instrumentarium. Overigens is dat een conclusie die ook opgaat voor andere meer complexe methodieken om werk voor chronisch zieken en arbeidsgehandicapten te behouden. Zo is voor disability management vastgesteld dat er meer behoefte is aan evidence based onderbouwingen en onderliggende theoretische kaders (Reijnga, 2007). Het gebrek aan evidence based onderbouwing

van re-integratie is, specifiek voor personen met psychische klachten en aandoeningen, uitvoering aan de orde gesteld door Blonk (2006).

11.5 Chronisch zieken, arbeidsgehandicapten en hun (voormalige) werk

Er zijn in de loop van de jaren diverse onderzoeken uitgevoerd naar de samenhang tussen enerzijds het hebben van een chronische ziekte en/of arbeidshandicap en anderzijds het kunnen uitoefenen van (betaald) werk. Vaak betreft het onderzoek bij personen met een specifieke ziekte of aandoening, soms onderzoek naar arbeidsgehandicapten met een breed scala aan onderliggende chronische ziekten (De Vos et al., 1996; Andries & Wevers, 1997; Andries et al., 1998; Vuuren et al., 2000; Andries & Kremer, 2002; Kremer et al., 2002; Krul & Moester, 2005; Ybema & Evers, 2005). Op hoofdlijnen leveren die onderzoeken het volgende beeld op:

Werknemers/uitkeringsgerechtigden

- Veel ex-werknemers met een chronische ziekte (20-30%) geven aan dat ze nog zouden kunnen werken als het werk was aangepast aan hun beperkingen.
- Een goede opleiding is nodig om duurzaam te kunnen participeren op de arbeidsmarkt.
- Bij sommige aandoeningen stopt een hoog percentage werkkenden in het jaar na de diagnosestelling (MS).
- Beoordelingen van het functioneren door direct leidinggevenden laten zien dat 60-70% van de werknemers met een chronische ziekte functioneert op het gemiddelde niveau van de afdeling. Van de arbeidsgehandicapten scoort 35% onvoldoende op drie (of meer) aspecten van het functioneren, tegenover 16% van hun collega's. Aspecten die minder gunstig scoren zijn: flexibiliteit qua taak, productiviteit, snelheid van werken.
- Arbeidsgehandicapten hebben een hoger verzuimpercentage dan niet arbeidsgehandicapten (9,5% tegenover 5,1%, gegevens 2002). In totaal heeft 70% van de arbeidsgehandicapten een verzuim dat niet afwijkt van de niet-arbeidsgehandicapten. De overige 30% veroorzaakt het grote verschil tussen beide groepen. Beiden groepen zijn niet te onderscheiden op basis van beschikbare demografische gegevens.
- Informeren van collega's en leidinggevenden is van groot belang voor een goede werksfeer.
- Werknemers met een chronische ziekte of handicap zullen actief moeten nadenken over de toekomst en wat zij willen bereiken. Niet afwachten tot men het huidige werk niet goed meer aankan.

Intermediairen

- Er is behoefte aan een vaste contactpersoon en het periodiek evalueren van de mate waarin hun werk is aangepast aan de beperkingen ten gevolge van hun gezondheidstoestand.
- Werknemers die re-integreren bij een andere werkgever blijken minder aanpassingen nodig te hebben en ook veel minder te verzuimen. Blijkbaar leidt een overstap naar ander werk ook tot een betere fit tussen belasting en belastbaarheid. Dat zal ook te maken hebben dat bij een overstap naar ander werk, beter aangepast werk gevonden is.
- Vooral de gezondheid, opleiding en motivatie zijn, naast de grootte van het bedrijf en de mate waarin verschillende instanties hulp bieden van belang voor een succesvolle re-integratie. Voor MKB geldt dat er meer werk moet worden gemaakt van ondersteuning via intermediairen.

Werkgevers

- Bij circa een derde van de werkenden is het werk onvoldoende aangepast.
- Werknemers met een arbeidshandicap ervaren hun arbeidsomstandigheden zwaarder dan niet-arbeidsgehandicapten wat betreft “kracht zetten”, “werken in een lawaaiige omgeving” en “werken onder tijdsdruk”.
- Ook blijken werkenden met een chronische aandoening minder steun van de leidinggevende en mindere autonomie in het werk te ervaren. Dat zijn juist ook factoren die van belang zijn om verzuim en burnoutklachten tegen te gaan.
- Bij een verslechterende gezondheid is het van belang om kleinschalige werkprojecten te hebben, om toch actief te kunnen blijven in arbeid.

De mijn inziens belangrijkste conclusies zijn dat de onderzoeken laten zien dat chronisch zieken en arbeidsgehandicapten gemiddeld genomen minder productief en flexibel inzetbaar zijn. Daarbij lijkt te gelden dat circa tweederde functioneert op een niveau dat vergelijkbaar is met dat van gezonde werknemers en dat circa eenderde duidelijk minder presteert. Ook ervaren chronisch zieken en arbeidsgehandicapten minder gunstige arbeidsomstandigheden en sociale steun dan gezonde werknemers. De onderzoeken leren dat er flinke inspanningen vereist zijn van bedrijven en de arbeidsgehandicapten zelf om aan het werk te blijven.

11.6 De beeldvorming over arbeidsgehandicapten

Onderzoek naar de beeldvorming over arbeidsgehandicapten bij werkgevers (leidinggevend) en werknemers (Verveen & Van Petersen, 2007) laat onder andere de volgende beelden zien:

Werkgevers

- De algemene beeldvorming bij werknemers en werkgevers over arbeidsgehandicapten op de werkvloer is niet altijd positief. Vooral bij handicaps op psychische vlak geldt dat leidinggevend van oordeel zijn dat er vaker sprake is van verzuim en lagere productiviteit.
- Zowel werkgevers als werknemers geven arbeidsgehandicapten een veel lagere kans om aangenomen te worden in vergelijking met niet-arbeidsgehandicapten.
- Werkgevers hebben meer kennis over de regelingen rond de preventie van verzuim dan over instrumenten ter ondersteuning van de re-integratie van arbeidsgehandicapten.
- Voornaamste factoren die volgens werkgevers een rol spelen bij het afwijzen van sollicitanten met een arbeidshandicap zijn: lage productie verwacht (78%), hoger verzuim verwacht (80%), voorkeur voor niet-arbeidsgehandicapte bij gelijke geschiktheid (70%), grote financiële risico's verwacht (63%).
- Van de werkgevers die werknemers met een arbeidshandicap of chronische ziekte in dienst hebben, heeft 6% negatieve ervaringen.

Werknemers/uitkeringsgerechtigden

- Circa de helft van de niet-werkenden met een arbeidshandicap vreest binnen een jaar geen baan te hebben. Deze negatieve verwachting is wellicht de reden dat 40% van hen die nog wel kunnen werken, het afgelopen jaar niet heeft gesolliciteerd.

Voor het vaststellen van de beeldvorming bij professionals zijn de volgende groepen ondervraagd: behandelaars, bedrijfsartsen, verzekeringsartsen, CWI-adviseurs re-integratie consultants (Van Petersen & Bolhuis, 2007). Dit onderzoek levert de volgende beelden op:

Werknemers/uitkeringsgerechtigden

- Langer doorwerken met ziekte neemt toe en overbodig lang ziek blijven neemt af.
- Werknemers met psychische beperkingen melden zich vaker ziek en zijn vaker minder gemotiveerd. Werknemers met lichamelijke beperkingen of chronisch ziekten verschillen niet van overige werknemers wat betreft motivatie.

Intermediarissen

- Medicalisering van verzuim vanwege psychosociale redenen komt in hoge mate voor. Met deze stelling zijn het eens: 56% van de huisartsen, 49% van de psychiaters, 45% van de psychologen, 43% van de fysiotherapeuten, 85% van de verzekeringsartsen en 79% van de bedrijfsartsen.
- Psychiaters en fysiotherapeuten zijn van oordeel dat snelle werkhervatting een goede behandeling vaak in de weg staat. Van de bedrijfsartsen is 90% van mening dat dit niet het geval is.
- Van de re-integratieconsulenten is 43% van mening dat snelle werkhervatting een duurzame hervatting in de weg staat, maar 31% vindt van niet.
- Het merendeel van de re-integratieconsulenten (66%) en CWI adviseurs (90%) vindt dat een beperking op psychisch vlak leidt tot een kleinere kans op aanname.
- 86% van de re-integratieconsulenten en CWI adviseurs geven aan dat werkgevers huiverig zijn om een arbeidsgehandicapte in dienst te nemen. Ook geeft 19% resp. 42% van deze beide groepen professionals aan dat zij minder makkelijk een arbeidsgehandicapte verwijzen naar een werkgever.
- Als gevraagd wordt wat het meest bijdraagt aan het verminderen van de instroom in de WIA noemen de professionals de volgende aandachtspunten het meest frequent:
 - aandacht voor gezondheidsmanagement;
 - inzet van de werkgever om uitgevallen werknemers in dienst te houden;
 - verhogen van de motivatie van werknemers.
- Maar er zijn opvallende verschillen tussen de groepen professionals bij het benoemen van belangrijke aandachtspunten:
 - verzekeringsartsen vinden gezondheidsmanagement geen belangrijk issue, terwijl dat bij bedrijfsartsen het hoogst scoort. Verzekeringsartsen verwachten vooral veel van het verhogen van de motivatie van werknemers.
 - Re-integratieconsulenten en CWI adviseurs verwachten veel van de inzet van de werkgever. Verder verwachten CWI adviseurs veel van het stroomlijnen van de instanties die bij re-integratie betrokken zijn.

Het is interessant om te zien hoe de beeldvorming aansluit bij empirisch onderzoek. Het is consistent met de conclusie dat chronisch zieken en arbeidsgehandicapten ongelijke kansen op betaald werk hebben. De beeldvorming over minder productief en minder flexibel inzetbaar zijn sluit aan bij uitkomsten van onderzoek naar concrete praktijksituaties. Dit geldt echter alleen voor een minderheid van de chronisch zieken en arbeidsgehandicapten. Het merendeel functioneert op het gemiddelde niveau van de afdeling.

Verder is opvallend hoe professionals onderling verschillen wat betreft de beoordeling van ziektegedrag van werknemers en re-integratie- en begeleidingstrajecten. Het onderstreept nog eens de noodzaak voor meer evidence based onderzoek respectievelijk bekend geven aan de uitkomsten daarvan onder professionals.

11.7 Beschouwing

Er is veel gebeurd met en rond de sociale zekerheid in de afgelopen 15 jaar. Het weren van instroom in de uitkeringen en bevorderen van de uitstroom uit de uitkeringen mag kwantitatief een succesvolle operatie genoemd worden. Er is echter (ondanks of dankzij marktwerking?) weinig gerealiseerd als ik kijk naar het verkleinen van de ongelijke kansen op gezonde duurzame arbeidsparticipatie tussen enerzijds gezonden en anderzijds chronisch zieken en arbeidsgehandicapten. De (trend-)cijfers uit survey's en monitors over het achterblijven van de arbeidsparticipatie van de arbeidsgehandicapten behoeven dan ook niet te verbazen.

Dat wil overigens niet zeggen dat het nergens goed gaat. Er is inmiddels een scala aan rapportages met best cases en inventarisaties van faal-/succesfactoren die gemotiveerde werkgevers en werknemers kunnen helpen (Smit et al., 2004; Smit & Andriessen, 2004).

Ook de eindrapportage van de Commissie het Werkend Perspectief (2007) bevat een groot aantal praktische en activerende aanbevelingen en voorbeelden.

11.8 Epiloog

Frank, het is na deze verkenning prettig om me te realiseren dat je TNO achterlaat met een sterke expertise en kennispositie op terreinen waar zich maatschappelijk belangrijke vraagstukken voordoen. Expertisegebieden die zich ook juist op de vraagstellingen richten waar leemtes worden geconstateerd in het re-integratieonderzoek. Jij hebt er in belangrijke mate aan bijgedragen dat die expertisegebieden zich konden ontwikkelen. Waarvoor dank.

Referenties

ALGEMENE REKENKAMER. Ontvlechting en marktwerking in de sociale zekerheid. Vergaderjaar 1996-1997, 25402, nrs 1-2.

ANDRIES F, WEVERS CWJ. Werken met een neuronmusculaire aandoening. Vier spierziekten onderzocht. Amsterdam: NIA TNO, 1996.

ANDRIES F. Op de voet gevolgd. Hoofddorp: TNO Arbeid, 2000.

ANDRIES F, JETTINGHOFF K, KREMER AM. COPD, werk en re-integratie onder de Wet REA. Hoofddorp: TNO Arbeid, 2003.

ANDRIES F, HAAN HF DE, GRÜNDEMANN RWM. Werken met een voorziening of uitkering Amsterdam: NIA TNO, 1998.

ANDRIES F, KREMER A. Arbeidsgebonden problematiek van werknemers met een chronische aandoening: bestudering van de nationale literatuur en secundaire analyses op TNO-bestanden en CBS-data. Hoofddorp: TNO Arbeid, 2002.

BESSELING J, VROOME E DE, KLEIN HESSELINK J, SANDERS S. Arbeidsparticipatie van arbeidsgehandicapten: verklaring van de dalende trend in arbeidsparticipatie van arbeidsgehandicapten van 2000-2005. Hoofddorp: TNO Kwaliteit van Leven, 2007.

BLANK J, DESCZKA S, ENDE M VAN DER, KOOT P, POEL P. Onzekerheid over doelmatigheid: een empirische analyse van de doelmatigheid in de uitvoering van de Nederlands werknemersverzekeringen. Rotterdam: Ecorys, 2006. Deelrapport bij PricewaterhouseCoopers, SUWI evaluatie 2006. Een evaluatie van de Wet Structuur uitvoeringsorganisatie werk en inkomen (Wet SUWI). Den Haag: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, 2006.

BLONK RWB. Het lukt niet zonder werk. Over psychische klachten, arbeidsparticipatie en herstel. Utrecht: Universiteit van Utrecht/TNO, 2006. (Inaugurale rede)

BOSSCHE, SNH VAN DEN, HUPKES CLH, REE SJM DE, SMULDERS PGW. Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden 2006: methodologie en globale resultaten. Hoofddorp: TNO Kwaliteit van Leven, 2007.

BRINK-MUINEN A VAN DEN, SPREEUWENBERG P, RIJKEN PM. Kerngegevens Maatschappelijke situatie 2006. Nationaal Panel Chronisch Zieken en Gehandicapten. Utrecht: Nivel, 2007.

COMMISSIE HET WERKEND PERSPECTIEF. Het maatschappelijk advies. Den Haag: CHWP, 2007.

CUIJPERS M, LAUTENBACH H. Arbeidsgehandicapten 2005. Arbeidssituatie van mensen met een langdurige aandoening. Voorhout/Heerlen: CBS/TNO, 2006.

DEURSEN CGL VAN. Herbeoordeeld ... en dan? Stand van zaken 2005 cohort, 18 maanden na de uitslag. Leiden: ASTRI, 2007.

GROOT I, HOLLANDERS D, HOP JP. Werkt de re-integratiemarkt? Onderzoek naar de marktwerking op de re-integratiemarkt. Amsterdam: SEO, 2006.

HEKELAAR A, ZWINKELS W, BRAAT A. De juiste klant op het juiste traject. Een onderzoek naar de netto-effectiviteit van het Rotterdamse re-integratiebeleid voor het ontwikkelen van klantprofielen. Rotterdam: SWA / Hoofddorp: TNO, 2006.

HEYMA A. De weg terug: epiloog. Onderzoek naar de netto effectiviteit van re-integratie van (gedeeltelijk) niet-werkende arbeidsongeschikten in de periode 2002-2004. Amsterdam: SEO, 2006.

HEYMA A, CUELENAERE B, REIJENGA F, GRAAF M DE. De weg terug: van arbeidsongeschiktheid naar werk. Gevolgen van de herbeoordelingen in de periode 2001-2004 voor de arbeidsmarkt- en inkomenspositie van (gedeeltelijk) goedgekeurde WAO-gerechtigden. Amsterdam: SEO/Amsterdam: ASTRI, 2005.

HOFF S, JEHOEL-GIJSBERS G. De uitkering van de baan. Re-integratie van uitkeringsontvangers; ontwikkelingen in de periode 1992-2002. Den Haag: SCP, 2003.

HORSSEN C VAN, DOORN E VAN. Onderzoek naar de re-integratie van werknemers die minder dan 35% arbeidsongeschikt zijn. Minder dan 35% arbeidsongeschikt: blijven werken of niet. Amsterdam: Regioplan, 2007.

IWI. Verkennende Studie naar terugval in WW- en WWB-uitkering. Den Haag: IWI, 2006.

IWI. In de bijstand, en dan. Wat gemeenten doen aan activering van pas ingestroomde bijstandsccliënten. R07/06. Den Haag: IWI, 2007a.

IWI. Maatwerk in de uitvoering van de WWB. Verkennende studie V07/02. Den Haag: IWI, 2007b.

JEHOEL-GIJSBERS G, GIEZEN AM VAN DER. Na REA: verbeteringen in re-integratie? Den Haag: SCP, 2000.

KOK LM, HOLLANDERS D, HOP JP. Kosten en baten van re-integratie. Amsterdam: SEO, 2006.

KREMER AM, WEVERS CWJ, ANDRIES F. Werken met multiple sclerose. Amsterdam: NIA TNO, 1997.

KREMER AM, WEVERS CWJ. Werken met astma. Amsterdam: NIA TNO, 1998.

KREMER AM, CHORUS AMJ, WEVERS CWJ. Kanker en werk. Hoofddorp: TNO Arbeid, 2002.

KRUL G, MOESTER J. Arbeidsgehandicapt en verzuim. Voorhout/Heerlen: CBS, 2005.

LANGMAN ECONOMEN. Niet wachten op de WIA. 35-min in het mkb: knelpunten en Oplossingsrichtingen. Delft: Langman Economen, 2007.

MALLEE L, MEVISSSEN JWM, SOETHOUT JE, WEENING HA. De re-integratiemarkt geijkt. Evaluatie introductie marktwerking bij re-integratie van niet-werkenden. Amsterdam: Regioplan, 2006.

MKB NEDERLAND. Re-integratie in het MKB. De (on) mogelijkheden voor (her) plaatsing van (voormalig) gedeeltelijk arbeidsgehandicapte werknemers in het mkb. Delft: MKB Nederland, 2006.

PETERSEN A VAN, BOLHUIS P. Bouwen op vertrouwen. Professionals over de arbeidsmarktpositie van mensen met een arbeidsbeperking. Eindrapport. Leiden: Research voor Beleid, 2007.

POT FD. Nieuwe produktieconcepten en kwaliteit van de arbeid. Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar arbeid en technologie. Leiden: Rijksuniversiteit Leiden, 1993.

PRICEWATERHOUSECOOPERS SUWI evaluatie 2006. Een evaluatie van de Wet Structuur uitvoeringsorganisatie werk en inkomen (Wet SUWI). Den Haag: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, 2006.

PUTTEN D VAN. Gezondheid als randvoorwaarde voor arbeidsparticipatie. In: Genabeek J van, Gründemann R, Wevers C, red. De toekomst werkt. Mens en bedrijf in 2020. Hoofddorp: TNO, 2007: 99-120.

- REIJENGA F. Down under met Aart Jan de Geus. Re-integratie: 22-25, jan/febr 2007.
- RWI. De route naar resultaat, re-integratiemarktanalyse. Den Haag: RWI, 2006a.
- RWI. SUWI ontketend: advies samenwerking binnen dienstverlening door de SUWI keten. Den Haag: RWI, 2006b.
- SMIT AA, ANDRIESSEN S. Weer op de rails! Handreiking duurzame arbeidsinpassing van langdurig werklozen. Hoofddorp: TNO Arbeid, 2004.
- SMIT AA, ANDRIESSEN S, SANDERS J. Meer werk door samenwerking. Aanbevelingen en praktijkvoorbeelden voor gemeenten die (meer) willen samenwerken met werkgevers bij het arbeidsmarktbeleid. Hoofddorp: TNO Arbeid, 2004.
- SMITSKAM CJ, VOS EL DE. Re-integratie-instrumenten voor arbeidsgehandicapten. PS-special re-integratie-instrumenten. Deventer: Kluwer, 2007.
- VEERMAN TJ, BESSELING JJM. Prikkel en privatisering; integrerende rapportage evaluatie wetgeving rond ziekteverzuim, WAO en re-integratie. Leiden: Astri, 2001.
- UWV. Ik kan wel wat ondersteuning gebruiken bij het (zoeken naar) werk. Amsterdam: UWV, 2006.
- VERVEEN E, PETERSEN A VAN. Weerbarstige denkbeelden; de beeldvorming van leidinggevenden en werknemers over mensen met een arbeidsbeperking. Leiden: Research voor Beleid, 2007.
- VOS EL DE, NIJBOER ID, HEUVEL SG VAN DEN, HAZELET AM, SMIT AA. Werkaanpassing bij re-integratie na ziekte. Leiden: TNO PG, 1996.
- VUUREN CV VAN, ANDRIESSEN S, GENT MJ VAN, SMIT AA, VINKE H, WEVERS CWJ. De baas en ziekte, ziekte de baas. Re-integratie in het Midden en klein bedrijf TNO. Hoofddorp: TNO Arbeid, 2000.
- WEVERS CWJ, BESSELING JJM, VOS EL DE. De Realiteit. Integrale rapportage evaluatie Wet Rea. Doetinchem: Elseviers Bedrijfsinformatie, 2001.
- WEVERS CWJ, GENABEEK J VAN, FERMIN BMF, VOS EL DE. Evaluatie SUWI 2006, perceel 2: Werk boven uitkering 'Er is veel bereikt, maar er moet nog veel gebeuren'. Hoofddorp: TNO Kwaliteit van Leven, 2006.
- YBEMA JF, EVERS M. Profiel Arbeid en Gezondheid 2005. Hoofddorp: TNO Arbeid, 2005.