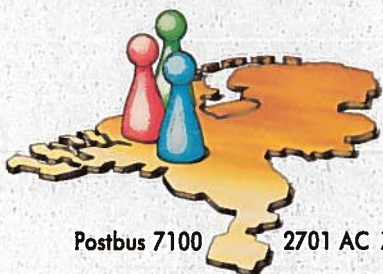


AH  
46g

NATIONALE  
COMMISSIE  
CHRONISCH  
ZIEKEN

**'ARBEIDSMARKTPOSITIE VAN CHRONISCH ZIEKEN'**  
**VERSLAG CONFERENTIE OP 25 JANUARI 1994**



Postbus 7100 2701 AC Zoetermeer

NATION

NCCZ 94/06

**'ARBEIDSMARKTPOSITIE VAN CHRONISCH ZIEKEN'  
VERSLAG CONFERENTIE OP 25 JANUARI 1994**

TNO ARBEID  
BIBLIOTHEEK  
POSTBUS 718  
2130 AS HOOFDDORP  
TEL. 023-5549 468

**Gehouden in het SER-gebouw in Den Haag, georganiseerd door de Nationale Commissie  
Chronisch Zieken in samenwerking met TNO Preventie en Gezondheid**

**Zoetermeer, juli 1994**

AH 469

**Nationale Commissie Chronisch Zieken**  
**Plein van de Verenigde Naties 21**  
**2719 EG ZOETERMEER**

**Postbus 7100**  
**2701 AC ZOETERMEER**

**Telefoon (079)687389**  
**Telefax (079)619854**

## INHOUDSOPGAVE

Hoofdstuk 1	Inleiding	3
Hoofdstuk 2	Behoud van werk	7
2.1	Behoud van werk: de stellingen	7
2.2	Behoud van werk: de sprekers	9
2.3	Behoud van werk: suggesties van de conferentiedeelnemers	12
Hoofdstuk 3	Bemiddeling bij reïntegratie	15
3.1	Bemiddeling bij reïntegratie: de stellingen	15
3.2	Bemiddeling bij reïntegratie: de sprekers	17
3.3	Bemiddeling bij reïntegratie: suggesties van de conferentiedeelnemers	19
Hoofdstuk 4	Toegang tot werk	23
4.1	Toegang tot werk: de stellingen	23
4.2	Toegang tot werk: de sprekers	25
4.3	Toegang tot werk: suggesties van de conferentiedeelnemers	26
Hoofdstuk 5	Zaaldiscussie	29
5.1	Keuringen en begeleiding van chronisch zieken	29
5.2	De rol van de werkgevers	30
5.3	De rol van de werknemers	31
5.4	Toespraak namens staatssecretaris Wallage van Sociale Zaken en Werkgelegenheid	31



Hoofdstuk 6	Slotbeschouwing	35
6.1	Werken met een aandoening	35
6.2	Arbeidsorganisatie doorslaggevend voor werken met een aandoening	35
6.3	Flexibiliteit van arbeidsmarkt en werkaanpassingen	36
6.4	Wettelijke regelingen belemmering voor flexibele arbeidsmarkt	37
6.5	Hoe nu verder?	38

## 1. Inleiding

De arbeidsmarktpositie van chronisch zieken is een groot maatschappelijk probleem. Gegevens ontbreken om een betrouwbare schatting te maken van het aantal mensen met een chronische aandoening in Nederland en hun deelname aan het arbeidsproces. Desalniettemin is veilig aan te nemen dat enkele honderdduizenden mensen in verband met een chronische aandoening arbeidsproblemen hebben, dan wel buiten het arbeidsproces zijn terechtgekomen en graag weer aan het werk willen.

Voor een succesvolle arbeidsparticipatie zijn werkaanpassingen noodzakelijk; zeker geldt dit wanneer de ziekte samenhangt met de arbeidsomstandigheden en arbeidsgebonden is. Aangepast werk blijkt echter nog te weinig voor te komen. Het is voorstelbaar dat juist het niet-statische aspect van een chronische ziekte de arbeidsaanpassing bemoeilijkt, maar dit is nog onvoldoende onderzocht.

Uit de schaarse onderzoeken per chronische ziekte blijkt dat het voor mensen met een chronische ziekte moeilijk is een baan te krijgen en te behouden. Gezondheid blijkt voor werkgevers een zeer belangrijk selectie criterium bij aanname van werknemers; problemen bij sollicitaties worden door chronisch zieken vaak genoemd. Eens te meer geldt dit voor medische aanstellingskeuringen, waaraan vaak ook toelating tot een verzekering gekoppeld is. Daarnaast worden problemen met collega's en promotie-belemmeringen genoemd.

Op de korte termijn is er door het ruime aanbod op de arbeidsmarkt en de geringe vraag, een grote concurrentie op de arbeidsmarkt, ook tussen de verschillende zwakke groepen onderling. Op de wat langere termijn zal door de vergrijzing deze concurrentie weliswaar afnemen, maar de verwachting is dat de arbeidsbelasting in het algemeen eerder toe- dan af zal nemen, zodat voor mensen die vanwege een chronische ziekte verminderd belastbaar zijn, de situatie niet zonder meer zal verbeteren.

Zeker na recente en nog door te voeren wetswijzigingen ten aanzien van de WAO betekent daarnaast uitval uit het arbeidsproces voor de individuele chronisch zieke nog een forse financiële achteruitgang.

Redenen genoeg voor de Nationale Commissie Chronisch Zieken (NCCZ) om een conferentie te organiseren over het thema 'De Arbeidsmarktpositie van Chronisch Zieken'. De conferentie is een vervolg op de overzichtsstudie van TNO Preventie en Gezondheid (TNO-PG) over dit onderwerp. Deze studie is aan alle genodigden voor de conferentie toegezonden. Tevens zijn onlangs door de NCCZ over de WAO-maatregelen en over de praktijk van aanstellings- en verzekeringskeuringen adviezen uitgebracht.

De NCCZ beoogde met deze conferentie de beleidsadviezen en onderzoeksresultaten te toetsen aan de praktijk. De conferentie richtte zich dan ook op de mensen die direct met onderwerpen als arbo- en verzuimbeleid en werving- en selectiebeleid te maken hebben.

Deze mensen vervullen een sleutelrol bij de verruiming van de arbeidsmogelijkheden voor mensen met een chronische aandoening. Het zijn managers, personeelsfunctionarissen, bedrijfsartsen, arbeidsbemiddelaars en natuurlijk de (aspirant) werknemer met een chronische aandoening. Daarnaast was een aantal vertegenwoordigers van koepelorganisaties uitgenodigd.

Als centraal conferentiethema is gekozen voor 'de flexibilisering van de arbeidsmarkt voor chronisch zieken'. Deze flexibilisering betekent voor de (aspirant) werknemer met een chronische aandoening dat loopbaanperspectieven moeten worden aangepast en vaardigheden in andere richting moeten worden ontwikkeld. Dit is een uitdaging die soms te groot kan zijn; er zijn risico's en onzekerheden aan verbonden, ook in de inkomensfeer. De winst is maatschappelijke integratie en economische zelfstandigheid van de chronisch zieke.

Voor de werkgever die een werknemer met een chronische aandoening in dienst heeft of in dienst zou kunnen nemen, betekent flexibilisering individuele aanpassingen in taak-eisen, veranderingen in de organisatie van de produktie en de arbeidsomstandigheden. Ook hier onzekerheden voor het management. Maar de winst kan zijn een betere benutting van het arbeidspotentieel van de onderneming voor wat betreft alle werknemers en een hogere kwaliteit van produktie en produkt (total quality management).

Ten derde heeft flexibilisering van de arbeidsmarkt voor chronisch zieken consequenties voor de arbeidsbemiddeling, de sociale verzekeringen en regelgeving in het algemeen. De overheid, de politiek en de sociale partners zijn hierover in heftige discussies verwickeld.

Op de conferentie kwam het thema flexibele arbeidsmarkt in drie onderwerpen aan bod. Rondom elk onderwerp was een aantal stellingen geformuleerd als leidraad voor de sprekers en de discussie. Deze stellingen zijn vooraf aan alle conferentiedeelnemers toegestuurd in de vorm van een enquête. Hun mening over deze stellingen en hun suggesties komen in dit conferentieverslag ook aan bod; 60 deelnemers hebben de enquête ingevuld.

Het gaat om de volgende drie onderwerpen, die elk door een aantal sprekers zijn behandeld:

1) **Behoud van werk:**

Mw. C. van Dijk, directeur Stichting Welzijn Leiden;

Dhr. C. van der Graaf, hoofd bedrijfsgezondheidsdienst AEGON-Nederland NV;

Dhr. S. Terpstra, bedrijfseconoom Academisch Ziekenhuis Groningen.

2) **Reïntegratie:**

Dhr. J.P.J. Appelman, projectleider Educatie & Werkgelegenheid Stichting IVIO;  
Dhr. A.L.A. van der Bruggen, coördinator Philips werkgelegenheidsplan.

3) **Toegang tot werk:**

Dhr. W.L.A.M. de Kort, wetenschappelijk medewerker TNO;  
Dhr. W. Kotek, bedrijfsarts Hunter Douglas Europe.

Deze voordrachten werden voorafgegaan door inleidingen van de dagvoorzitter mw. Th. M. Snelders, secretaris VNO en van mw. J. van der Werff, voorzitter van het Jongerencontact van de Reumapatiëntenbond. De middag werd besloten door een toespraak van staatssecretaris Wallage, Sociale Zaken en Werkgelegenheid, namens hem uitgesproken door de dhr. A.W.M. Balemans, directeur Gezondheid.

In deze brochure wordt verslag gedaan van de conferentie. In de eerstvolgende hoofdstukken 2 tot en met 4 komen de drie onderwerpen aan de orde. Dit gebeurt aan de hand van een korte samenvatting van de voordrachten en een weergave van de enquêteresultaten. De enquêteresultaten staan steeds in een kader. Hoofdstuk 5 is een samenvatting van de zaaldiscussie na afloop van de voordrachten. In dit hoofdstuk is ook een samenvatting van de toespraak van de staatssecretaris opgenomen. Hoofdstuk 6 tot slot is een nabeschuiving van de NCCZ.



## 2. Behoud van werk

### 2.1 Behoud van werk: de stellingen

- 1) Een onderneming met een goed en uitgewerkt Arbo-beleid heeft voor een groot deel al een chronisch-ziekenbeleid en biedt kansen voor deze werknemers.

Art. 3 van de Arbowet geeft o.m. aan dat het werk zo moet zijn ingericht dat het rekening houdt met persoonlijke eigenschappen van de werknemer, die de betreffende taken moet vervullen, zoals leeftijd, geslacht, lichamelijke en geestelijke gesteldheid, ervaring, vakmanschap en kennis van de voertaal; waarbij voor zover redelijkerwijs kan worden gevergd speciale voorzieningen dan wel toezicht noodzakelijk kunnen zijn. Bovendien moet het werk zo zijn ingericht dat de werknemer het werk naar eigen inzicht kan verrichten; de werknemer moet een bepaalde keuzevrijheid hebben en regelmogelijkheden voor wat betreft werkmethoden, rusttijden en tempo.

Art. 3 van de Arbowet biedt ook voor chronisch zieken mogelijkheden om het werk aan hun persoonlijke omstandigheden aan te passen.

Dit is de mening van de conferentiedeelnemers:		
(zeer) mee eens		63%
(zeer) mee oneens	7%	
ervaring op dit gebied		34%

- 2) Wettelijke regelingen en instrumenten zijn voorhanden maar worden onvoldoende toegepast.

Art. 6 WAGW verplicht de werkgever het werk aan te passen aan de werknemers met een aandoening en ook Ziektewet en WAO bevatten artikelen die gericht zijn op behoud van werk voor deze werknemers.

Dit is de mening van de conferentiedeelnemers:		
(zeer) mee eens		65%
(zeer) mee oneens	13%	
ervaring op dit gebied		58%

- 3) Wanneer een overigens bevredigende arbeidsplaats van een chronisch zieke toch een produktiviteitsverlies betekent, dan is compensatie voor de werkgever gerechtvaardigd, bijv d.m.v. loondispensatie of een gedeeltelijke WAO-uitkering. Het is immers niet mogelijk om voor iedere chronisch zieke die kan en wil werken een arbeidsplaats te vinden, die een gemiddelde produktiviteit oplevert.

Dit is de mening van de conferentiedeelnemers:	
(zeer) mee eens	78%
(zeer) mee oneens	13%
ervaring op dit gebied	43%

- 3.1) Door de wijze van berekening van het arbeidsongeschiktheidspercentage kan de bovenbedoelde compensatie door een gedeeltelijke WAO-uitkering onvoldoende worden benut.

Dit is de mening van de conferentiedeelnemers:	
(zeer) mee eens	47%
(zeer) mee oneens	10%
ervaring op dit gebied	35%



## 2.2 Behoud van werk: de sprekers

Mw. C. van Dijk, directeur Stichting Welzijn Leiden.

Dhr. C. van der Graaf, hoofd bedrijfsgezondheidsdienst AEGON-Nederland NV.

Dhr. S. Terpstra, bedrijfseconoom Academisch Ziekenhuis Groningen.

Mw. van Dijk benadrukte in haar voordracht dat voor het behoud van werk en de produktiviteit van werknemers met een chronische aandoening de visie en capaciteiten van het management doorslaggevend zijn. Ze noemde hierbij een aantal aspecten.

- 1) De manager heeft een actieve aanpak; ziekte is niet louter een privézaak van de werknemer. Problemen die hierbij op het werk ontstaan moet de manager actief aanpakken en blijven volgen.
- 2) De manager maakt hierbij duidelijk dat sfeer, prestaties en produktiviteit een gedeelde verantwoordelijkheid is van manager en werknemer; ook van de werknemer wordt een actieve opstelling verwacht.
- 3) Een flexibele klantgerichte organisatie vereist niet alleen flexibel inzetbaar personeel, maar ook een flexibele manager, zonder al te veel vastgeroeste ideeën en normen. De manager ziet meer wegen die naar Rome leiden; problemen hebben meer oorzaken en meer oplossingen.
- 4) De manager heeft oog voor het grotere geheel; de werknemer met de aandoening is hier een deel van. De werknemer zit in een systeem, ook buiten de werksituatie, van waaruit altijd beïnvloeding plaatsvindt.

Kortom het gaat om het mens- en maatschappijbeeld van de manager en de cultuur in de onderneming.

Een tweede thema waar mw. van Dijk bij stilstond is de noodzaak van een professionele en alerte ondersteuning van de manager door bedrijfsgezondheids- of arbo-diensten en de bedrijfsverenigingen. Deze deskundige diensten zijn nodig om een preventief arbo-beleid te voeren en het werken met een aandoening verantwoord te laten verlopen. Door lopende zaken samen met professionals op te lossen, kan ook de manager leren. Mw. van Dijk stelde vast dat een dergelijke actieve ondersteuning tot op heden in Nederland te kort is geschoten.

Ook dhr. van der Graaf benadrukte het belang van een goed sociaal beleid: een goede onderneming heeft een goed sociaal beleid, omdat zéker in de zakelijke dienstverlening het werk moet worden gedaan door goed gemotiveerde, klantgerichte, hoog opgeleide medewerkers. Mensen zijn kapitale investeringen; daar is niets 'softs' aan, het is zakelijk en er is een doelgericht beleid voor nodig. Het is de primaire verantwoordelijkheid van het management actief om te gaan met medewerkers die moeite hebben met hun functioneren door welke oorzaken dan ook (ziekte, sociale problemen, financiën etc.). Bijsturen, coachen van het management door bedrijfsarts of PZ-functionaris is hierbij soms nodig.

Een tweede uitgangspunt is dat de werknemer zoveel mogelijk zelf aan zijn/haar herstel werkt én dat het om goed en zinvol werk gaat.

- 4) Binnen het arbobeleid van een onderneming is vroegtijdige signalering van knelpunten bij een werknemer met een chronische aandoening of bij het vermoede ontstaan van een chronische ziekte essentieel; de bedrijfsarts en andere betrokkenen bij de sociaal-medische begeleiding dienen hier vanaf het eerste begin een actieve probleemoplossende rol te spelen. Ook voor het terugdringen van het arbeidsongeschiktheidsvolume is dit van het grootste belang.

Dit is de mening van de conferentiedeelnemers:

(zeer) mee eens	93%
(zeer) mee oneens	2%
ervaring op dit gebied	36%

- 5) De sociaal-medische begeleiding van een werknemer met een chronische aandoening moet zich tevens expliciet richten op de chef en collega's van deze werknemer. De opstelling van de directe chef en collega's is namelijk van doorslaggevend belang voor het behoud van werk van werknemers met beperkingen.

Dit is de mening van de conferentiedeelnemers:

(zeer) mee eens	85%
(zeer) mee oneens	5%
ervaring op dit gebied	50%

- 6) Iedere werknemer, dus ook de werknemer met een chronische aandoening, is zelf de eerstverantwoordelijke voor zijn/haar eigen loopbaan.

Dit is de mening van de conferentiedeelnemers:

(zeer) mee eens	75%
(zeer) mee oneens	10%
ervaring op dit gebied	50%

6.1) De bestaande wettelijke regelingen en uitvoeringspraktijken ondersteunen deze verantwoordelijkheid onvoldoende.

Dit is de mening van de conferentiedeelnemers:	
(zeer) mee eens	58%
(zeer) mee oneens	15%
ervaring op dit gebied	35%

7) In de zorgsector realiseert men zich te weinig dat een snelle terugkeer naar werk of behoud van werk als het maar enigszins mogelijk is, van wezenlijk belang is voor chronisch zieken (ziek betekent niet werken), zodat kansen voor herintrede onvoldoende benut worden.

Dit is de mening van de conferentiedeelnemers:	
(zeer) mee eens	80%
(zeer) mee oneens	7%
ervaring op dit gebied	45%

Uitermate afwijkende functies of sterke beperkingen in de functie worden tijdelijk wel geaccepteerd maar geven vaak op langere termijn toch problemen. Dhr. de Graaf gaf aan dat het soms een probleem kan zijn voor een werknemer met een chronische aandoening om op verschillende werkplekken voldoende ervaringen op te doen; hierdoor kan men beperkt functioneren. Dit doet afbreuk aan de persoonlijke ontwikkelings- en carrièremogelijkheden. Extra aandacht is daarom nodig voor het op peil houden van kennis en ervaring van werknemers met een chronische aandoening. Dhr. Terpstra benaderde het probleem van het behoud van werk voor mensen met een chronische aandoening van een geheel andere kant. Hij wees op het feit dat door een inadequate zorg voor chronische patiënten in de curatieve sector hun arbeidsmarktpositie sterk ondermijnd wordt. Hij lichtte dit toe met de grote maatschappelijke kosten van reuma. Volgens gegevens van het GAK wordt jaarlijks ongeveer 9,2 miljard gulden uitgekeerd aan mensen met een dergelijke chronische aandoening. Verbeteringen in de reumazorg, die maar een fractie van deze kosten bedragen en die de WAO-instroom kunnen verminderen, worden vooralsnog niet doorgevoerd. Het gaat hier om verbeteringen bij knelpunten als:

- het structureel tekort schieten van onderwijs en opleiding;
- de structurele tekorten aan personeel die wachttijden veroorzaken vooral voor orthopaedische; en plastisch-chirurgische ingrepen;
- structureel gebrek aan overleg tussen behandelend specialisten en huisartsen en bedrijfs- en keuringsartsen.

Op het punt van de zorg voor chronisch zieken verwachtte hij van de veranderingen in de gezondheidszorg en de financiering ervan absoluut geen verbeteringen, eerder verslechteringen.

### 2.3 Behoud van werk: suggesties van de conferentiedeelnemers

Suggesties om het behoud van werk voor mensen met een chronische aandoening te bevorderen, wat betreft **flexibiliteit in de arbeidsverhoudingen**:

- \* Vroegtijdige bij- of omscholing en aanpassing van het werk.
- \* Het binnen de Rijksoverheid beschikbaar stellen van extra formatieruimte, opdat een chronisch zieke bijv. op 50/50 basis geplaatst kan worden op enerzijds de reguliere formatieplaats en anderzijds op de extra formatieruimte. Dit voorkomt problemen wanneer betrokkene niet voor de volle 100% produktiviteit haalt, waardoor andere werknemers worden belast. De vrijkomende keuringsgelden hiervoor gebruiken.
- \* Pool van tijdelijke krachten, die percentagegewijs in ziektevervanging kunnen stappen.
- \* Het regelmatig (om de 5 à 7 jaar) wisselen van baan bij het hoger en middenkader om routinematig ongemotiveerd werken te voorkomen, zou ook voor de lagere functies moeten gelden. Bij het maken van een overstap naar een andere baan ondervinden chronisch zieke werknemers extra belemmeringen, zodat zij te lang in een functie blijven en in een neerwaartse spiraal terechtkomen en werkgever en werknemer van elkaar vervreemden en ontevredenheid over het functioneren toeneemt. Remedie: tijdige ondersteuning in de vorm van loopbaanbegeleiding en collegiaal uitlenen. In deze opzet behoudt werknemer salaris en opgebouwde rechten, maar krijgt hij/zij de gelegenheid zich te bewijzen bij een nieuwe werkgever, die voor de verleende diensten een passende vergoeding betaalt aan de uitlenende werkgever.
- \* Meer flexibele functie-eisen; pauzeregelingen, rouleren met collega's, variabele werktijden e.d.: opnieuw modelleren van functies; evt. met looncompensatie.
- \* Norm beïnvloeden: iemand die geen 200% levert functioneert ook!
- \* Deeltijdwerk omscholing en (onbetaald) verlof stimuleren.
- \* Proefperiode, proefcontract en stage geven werkgevers (en werknemer) voldoende bescherming tegen 'verborgen gebreken'. De idee van een baan voor het leven is door de feiten achterhaald: elke aanstelling is tijdelijk.

Suggesties om het behoud van werk voor mensen met een chronische aandoening te bevorderen, wat betreft **begeleiding**:

- \* GAK/GMD moet bij plaatsing meer aandacht aan follow up besteden.
- \* Ook binnen de Rijksoverheid is een veel actievere opstelling van bedrijfsartsen en bedrijfsmaatschappelijk werk nodig en een betere begeleiding van leidinggevenden en deze er meer bij betrekken, zowel bij de (re)integratie, het werken en een eventueel afkeuringsproces van de chronisch zieke.
- \* Verdere methodiekontwikkeling en inventarisatie m.b.t. de duurzame arbeidsinpassing van chronisch zieken.
- \* Optimaliseren van de zelfzorg door/voor chronisch zieken.
- \* Beter samenspel tussen behandelaars, verzekeringsartsen en bedrijfsartsen.
- \* Trainingen en handleidingen voor managers.
- \* Directere communicatie van zorgsector naar werkgevers.
- \* In overleg met werkgever en werknemer concrete werkadviezen geven, in de vorm van een 'arbeidsdiagnose'; de organisatie moet hiervoor rijp gemaakt worden.
- \* Wegnemen van onbegrip over de ziekte door GAK/GMD-arts in informatie aan werkgever en collega's; de werknemer zelf wordt hierin niet serieus genomen.
- \* Begeleiden van werknemer betekent ook leren omgaan met beperkingen; daarnaast echte loopbaanbegeleiding (**tijdig** veranderen).
- \* In de zorgsector moet de zelfstandigheid van de chronisch zieke gestimuleerd worden
- \* Vroegtijdig signaleren van problemen.

Suggesties om het behoud van werk voor mensen met een chronische aandoening te bevorderen, wat betreft **wettelijke regelingen omtrent uitkeringen e.d.**:

- \* Administratieve rompslomp van regelgeving voor werkgevers vereenvoudigen.
- \* Andere invulling of afschaffing van de malusregeling.
- \* Snellere besluitvorming over vergoedingen voor werkplekaanpassingen.
- \* Onzekerheid van WAO-er over wat er gebeurt als werkhervatting niet slaagt, weerhoudt hem/haar ervan lager betaald werk te aanvaarden; een inkomensgarantie in WAO zou dit bezwaar wegnemen.
- \* Elk bedrijf is verplicht meer dan 5% WAO-ers in dienst te hebben. Bij <5% malus; bij  $\geq 5\%$  geen malus of bonus.
- \* WAO-ers afschatten naar hun feitelijke functie en produktiviteit.
- \* De verantwoordelijkheid en de risico's voor het in dienst hebben/houden liggen nu te eenzijdig bij de werkgever; de nieuwe wetgeving benadrukt dit nog. Wanneer deze verantwoordelijkheid en risico's meer verdeeld worden tussen werkgevers, chronisch zieke en overheid, is de drempel voor de werkgever om een chronisch zieke in dienst te hebben lager.
- \* Art. 30 en 31 ZW veel meer gebruiken.
- \* Inzichtelijke arbeidsongeschiktheidsschatting of beter arbeidsgeschiktheidsschatting met zo frequent mogelijk concrete adviezen over werkaanpassingen.
- \* Werkgevers gerichte subsidies geven zodat het aantrekkelijk is chronisch zieken in het arbeidsproces toe te laten en te behouden.
- \* Naast goede verzuimbegeleiding en werkaanpassingen is het objectief vaststellen van de praktische loonwaarde of produktiviteit essentieel. De werkgever betaalt deze loonwaarde; de bedrijfsvereniging vult dit aan.
- \* Een chronische ziekte is een extra bron van onzekerheid en spanning, wanneer er velen zijn die werk zoeken; daarom in CAO-afspraken een bepaald % van deze mensen in dienst te hebben in een adem met andere minderheidsgroepen.
- \* Ook chronisch zieken waarvan de arbeidsproduktiviteit niet zodanig hoog is dat zij op een reguliere betaalde arbeidsplaats kunnen werken, moeten kunnen arbeiden. Arbeid, hoe gering misschien ook, is altijd beter dan thuiszitten en meer medische consumptie.

### 3 Bemiddeling bij reïntegratie

#### 3.1 Bemiddeling bij reïntegratie: de stellingen

- 8) Projecten voor intensieve individuele arbeidstoeleiding vergroten ook voor chronisch zieken de kansen op de arbeidsmarkt en moeten daarom ook door chronisch zieken benut kunnen worden.

Dit is de mening van de conferentiedeelnemers:	
(zeer) mee eens	82%
(zeer) mee oneens	7%
ervaring op dit gebied	30%

- 9) Resultaatfinanciering van deze projecten door middel van contracten met reguliere instanties, als RBA en GAK/GMD is wenselijk.

Dit is de mening van de conferentiedeelnemers:	
(zeer) mee eens	65%
(zeer) mee oneens	7%
ervaring op dit gebied	18%

- 10) Een categoriale benadering voor een enkele ziekte bij de arbeidsbemiddeling van mensen met deze ziekte is niet zinvol, juist omdat veel meer factoren dan de ziekte alleen de arbeidsmogelijkheden bepalen. Werkgevers zijn niet primair in de ziekte geïnteresseerd, maar wel in een overtuigend verhaal met betrekking tot de capaciteiten en mogelijkheden van iemand met een chronische aandoening.

Dit is de mening van de conferentiedeelnemers:	
(zeer) mee eens	75%
(zeer) mee oneens	15%
ervaring op dit gebied	40%



- 11) Een landelijk informatiepunt over de specifieke arbeidshandicaps, die een chronische ziekte met zich mee kan brengen, is gewenst. Een verbreiding van kennis over de mogelijkheden en beperkingen die met specifieke ziekten gepaard gaan, zou de speelruimte vergroten voor het realiseren van werkaanpassingen.

Dit is de mening van de conferentiedeelnemers:

(zeer) mee eens	48%
(zeer) mee oneens	12%
ervaring op dit gebied	17%

### 3.2 Bemiddeling bij reïntegratie: de sprekers

Dhr. J.P.J. Appelman, projectleider Educatie & Werkgelegenheid Stichting IVIO.

Dhr. A.L.A. van der Bruggen, coördinator Philips werkgelegenheidsplan.

Dhr. Appelman baseerde zijn voordracht op zijn ruime ervaring als manager van werkgelegenheidsprojecten. De meest in het oog springende daarvan zijn het 1200-banenplan voor Molukkers en het project educatie en werkgelegenheid van ABP-cliënten. De gepresenteerde stellingen wilde hij bijna alle volmondig onderschrijven. Toch kon hij er niet omheen: hoe succesvol projecten ook zijn, ze leveren geen enkele extra arbeidsplaats op; hoogstens bereiken ze een wat meer evenredige arbeidsparticipatie van minder kansrijke groepen op de (weinig rooskleurige) arbeidsmarkt.

Volgens dhr. Appelman is het toch niet de vraag of reïntegratie van chronisch zieken mogelijk is; het antwoord wordt in de praktijk duidelijk gegeven: ja dat is mogelijk! Maar de vraag is eerder onder welke voorwaarden de kans op succes zo groot mogelijk is.

De eerste en belangrijkste voorwaarde wordt gesteld aan de chronisch zieke zelf. De werkzoekende met een chronische aandoening moet weten waar hij/zij aan begint: hij/zij zal zich een realistisch beeld moeten vormen van de werking van de arbeidsmarkt en van zijn/haar mogelijkheden en beperkingen. Zieligheidsgevoel moet plaats maken voor eigen verantwoordelijkheid en praktisch inzicht in concrete kansen op de arbeidsmarkt. Het begeleidingstraject zal de gelegenheid moeten geven dit inzicht op een systematische manier te verwerven en de eigen verantwoordelijkheid te leren nemen. Het instrumentarium varieert van zelf-analyse (sterkte/zwakte onderzoek), via arbeidsmarkt-verkenning (netwerken, advertentieanalyse) tot opleiding en training.

De tweede voorwaarde is een adequate werkgeversbenadering. De werkgever wil weten waar hij aan begint. Hij heeft behoefte aan heldere informatie over de mogelijkheden en beperkingen van de sollicitant. En ook hier moet het zieligheidsgehalte zo veel mogelijk worden beperkt. Een werkgeversbenadering is succesvol als de mogelijkheden van de sollicitant realistisch naar voren worden gebracht en de beperkingen in hun effecten voor de werkgever zo veel mogelijk worden geneutraliseerd. Dit laatste vraagt om een uitgebreid instrumentarium, variërend van deskundigheid op het gebied van werkaanpassingen, via flexibele instroomvarianten (stage, werkervaringsplaats, proefplaats) tot aanpassing van de loonkosten.

Dhr. Van der Bruggen, onder meer verantwoordelijk voor het Philips Werkgelegenheidsplan, stond vervolgens stil bij een ander belangrijk aspect in de arbeidstoeleiding van mensen met een zwakke arbeidsmarktpositie: werkervaringsplaatsen dienen een marktconforme opstelling te hebben; werkervaring opdoen is alleen nuttig op terreinen waar ook vraag naar is. Philips heeft hierin vanaf 1982 een traditie. Hoe zwakker de positie op de arbeidsmarkt, hoe belangrijker een projectmatige aanpak zou moeten zijn, d.w.z. het traject vanaf wat er vooraf aan de werkervaring nog moet gebeuren tot aan de betaalde baan valt onder verantwoordelijkheid van één bemiddelaar. Tot op heden hebben de werkervaringsprojecten bij Philips een succespercentage van ongeveer 60%. Voorbeelden van enkele marktconforme projecten zijn: telewerken, all round facility manager (super huismeester), beveiligings-beambten, assistent bedrijfsleiders elektronica-winkels, recycling-medewerkers en programmeurs CD-I en CD-ROM.

Bij de groep chronisch zieken en gehandicapten vond dhr. Van der Bruggen ook een goede beoordeling en advisering rond de belasting en belastbaarheid van groot belang. Maar juist voor deze groepen is de arbeidsbemiddeling slecht geregeld. Het Arbeidsbureau bemiddelt niet want het is niet hun cliënt en het GAK/GMD heeft niet de capaciteit. Bovendien zijn wettelijke regelingen ondoorzichtig en bevorderen zij het inrichten van aanpassingen en voorzieningen niet, integendeel.

Volgens dhr. Van der Bruggen zijn marktconforme werkervaringsprojecten voor chronisch zieken nog extra van belang, omdat zij een zeer zwakke positie hebben op de arbeidsmarkt en er ontegenzeggelijk vooroordelen leven met betrekking tot hun ziekmeldingsgedrag.

### 3.3 Bemiddeling bij reïntegratie: suggesties van de conferentiedeelnemers

Suggesties van de conferentiedeelnemers om de (re)integratie van mensen met een chronische aandoening te bevorderen, wat betreft **methoden**:

1. Databank/bemiddeling-vacaturebank t.b.v. uitwisselen van werkplekken in relatie tot aangepast werk (WAGW-vacaturebank).
  2. Wettelijk vastleggen dat geen ontslagvergunning wordt verleend, als personen na 1 jaar WAO niet herplaatsbaar zijn binnen de eigen organisatie. Deze mensen in een werkzoekendenbestand onderbrengen op rekening van de werkgever. Deze werkgever kan dan ook iemand anders uit deze pool in dienst nemen, waarop het salaris van zijn oude werknemer overgaat. Deze WAO op kosten van de oude baas lijkt onrechtvaardig, maar in de huidige WAO-populatie zitten zeer veel gekwalificeerde krachten die herplaatsbaar zijn. Deze maatregel is dus geen uitkering op kosten van de baas maar herplaatsing op kosten van de baas.
- \* Individuele trajectbegeleiding, intensief als nodig.
  - \* Mensen thuis opzoeken.
  - \* Ook werkgevers zeer individueel benaderen.
  - \* Uitkeringsgelden inzetten bij reïntegratie.
  - \* Goede analyse en matching van werkzoekende en arbeidsplaats en follow up.
  - \* Cursussen en trainingen voor bemiddelaars (en werknemers) over het kunnen combineren van ziek zijn en werk; met bijzondere aandacht voor de afwijkende positie van vrouwen op de arbeidsmarkt.
  - \* Gezamenlijke scholing en deskundigheidsbevordering van werkers bij RBA en GAK/GMD.
  - \* Landelijk infopunt moet er vooral zijn voor BGD, GAK/GMD.
  - \* Koppeling van een landelijk informatiepunt aan het onlangs gestarte Centrum voor Beroepsziekten?
  - \* De Arbeidsbureaus moeten het enige loket zijn voor arbeidsbemiddeling van bijzondere groepen.
  - \* Binnen Arbeidsvoorziening de KRS niet te stringent binden aan baangarantie of arbeidsrelevantie voor Individuele Trajectbegeleiding. Nieuwe banen openen ook fysiek nieuwe mogelijkheden, waarmee in tweede instantie bemiddeld mag worden. Voorstel: aparte budgettering ITB voor bijzondere groepen.
  - \* Financiële tegemoetkoming aan werkgever is zeker in beginfase noodzakelijk
  - \* Samenwerking tussen scholings- en begeleidingsinstanties is noodzakelijk
  - \* De kennis over specifieke arbeidshandicaps van chronisch zieken behoort aanwezig te zijn bij GAK/GMD en Arbeidsbureaus.
  - \* Voorlichting, proefplaatsing, omscholing, het scala van bestaande maatregelen zou voldoende moeten zijn. Onvoldoende toepassing komt door onkunde en beperkte financiën.
  - \* Arbeidskundig onderzoek en proefplaatsingen laten uitvoeren door SW-bedrijven.
  - \* Mogelijkheden voor starten eigen bedrijf verruimen.

Suggesties van de conferentiedeelnemers om de (re)integratie van mensen met een chronische aandoening te bevorderen, wat betreft **beeldvorming**:

- \* Alleen successen gaan vooroordelen tegen: gebruik dit bij PR.
- \* Groepsbijeenkomsten van chronisch zieken met thema's als solliciteren en studiemogelijkheden.
- \* Werkgevers meer bewust maken van de positieve kanten van een chronisch zieke op de werkplek: doorzetten, motivatie.
- \* Goede voorlichting over mogelijkheden en onmogelijkheden; d.w.z. ook wijzen op evt. pijn- of moeheidsaanvallen, frequent doktersbezoek. Verwachtingen moeten ook niet te hoog gespannen zijn.
- \* Een landelijk infopunt heeft alleen zin als het in staat is de moeilijke informatie over chronische ziekten en werk toegankelijk te maken. Bijvoorbeeld alleen al over MS is de verbreiding van kennis nihil en niet realistisch.
- \* Het gaat niet om landelijke campagnes, maar goede voorlichting en begeleiding aan werkgever, collega's en werknemer in het individuele geval.
- \* Begeleiding door RBA en zonder doelgroepstempel (= zielig).

De 3 meest populaire stellingen zijn:

- 4 De bedrijfsarts en andere betrokkenen bij de sociaal-medische begeleiding dienen een actieve probleemoplossende rol te spelen bij de vroegtijdige signalering van knelpunten bij een werknemer met een chronische aandoening of bij het vermoede ontstaan van een chronische ziekte essentieel.
- 5 De sociaal-medische begeleiding van een werknemer met een chronische aandoening moet zich ook expliciet richten op de chef en collega's van deze werknemer.
- 8 Projecten voor intensieve individuele arbeidstoeleiding vergroten ook voor chronisch zieken de kansen op de arbeidsmarkt en moeten daarom ook door chronisch zieken benut kunnen worden.

**Van de Arbodiensten en de arbeidsbemiddeling hebben de conferentiedeelnemers hoge verwachtingen!**

De 2 minst populaire stellingen zijn:

- 15 Alle maatregelen die erop gericht zijn de positie van de verschillende achterstandsgroepen op de arbeidsmarkt te versterken zijn tevens bedoeld en naar verwachting gunstig voor mensen met chronische ziekte.
- 10 Een categoriale benadering voor een enkele ziekte bij de arbeidsbemiddeling van mensen met deze ziekte is niet zinvol, juist omdat veel meer factoren dan de ziekte alleen de arbeidsmogelijkheden bepalen.

**De conferentiedeelnemers hebben zo hun twijfels of chronisch zieken wel voldoende bij de arbeidsbemiddeling aan bod komen.**





## 4 Toegang tot werk

### 4.1 Toegang tot werk: de stellingen

- 12) Het selectie- en wervingsbeleid van een onderneming kan en mag niet selecteren op mogelijk toekomstig ziekteverzuim, omdat dit in het individuele geval, uitzonderingen daargelaten, niet te voorspellen is. Te veel niet individu-gebonden factoren zijn hierbij in het spel, waaronder niet in de laatste plaats de cultuur en de organisatie van de arbeid in de onderneming.

Dit is de mening van de conferentiedeelnemers:	
(zeer) mee eens	78%
(zeer) mee oneens	10%
ervaring op dit gebied	45%

- 13) Grootschalig gebruik van medische aanstellingskeuringen is overbodig en werpen extra en onnodige drempels op voor mensen met een chronische aandoening.

Dit is de mening van de conferentiedeelnemers:	
(zeer) mee eens	72%
(zeer) mee oneens	12%
ervaring op dit gebied	37%

- 14) De kosten van aanstellingskeuringen (+40 miljoen) kunnen beter besteed worden aan (medische) begeleiding op het werk en werkplekaanpassingen.

Dit is de mening van de conferentiedeelnemers:	
(zeer) mee eens	72%
(zeer) mee oneens	12%
ervaring op dit gebied	25%

- 15) De aard van de ziekte is niet de enige en waarschijnlijk ook niet de belangrijkste factor, die de toegang tot werk bemoeilijkt. De meeste tot nu toe bekende factoren gelden voor mensen met een chronische ziekte, voor mensen met beperkingen in het algemeen en ook voor andere kansarme groepen op de arbeidsmarkt. Alle maatregelen die erop gericht zijn de positie van deze groepen op de arbeidsmarkt te versterken zijn tevens bedoeld en naar verwachting gunstig voor mensen met chronische ziekte. Scholing en het opdoen van werkervaring hangen niet van een specifieke ziekte af.

Dit is de mening van de conferentiedeelnemers:	
(zeer) mee eens	40%
(zeer) mee oneens	37%
ervaring op dit gebied	28%

- 16) Gerichte campagnes ten aanzien van specifieke ziekten, zou werkgevers maar ook collega- werknemers bewust kunnen maken van vooroordelen die de aanname van mensen met een chronische aandoening in de weg staan.

Dit is de mening van de conferentiedeelnemers:	
(zeer) mee eens	58%
(zeer) mee oneens	22%
ervaring op dit gebied	22%

## 4.2 Toegang tot werk: de sprekers

Mw. J. van der Werff, voorzitter van het Jongerencontact van de Reumapatiëntenbond.

Dhr. W.L.A.M. de Kort, wetenschappelijk medewerker TNO.

Dhr. W. Kotek, bedrijfsarts Hunter Douglas Europe.

Mw. van der Werff gaf in haar inleiding uit eigen ervaring aan hoe moeilijk het is om met een chronische ziekte aan een baan te komen. Doorzettingsvermogen en eigengereidheid heb je nodig. Immers je familie, vrienden, school, arts, werkgevers en het GAK/GMD zijn er van overtuigd dat je niet kan werken. Het kost nogal wat energie om iedereen te overtuigen en/of te bewijzen dat ze geen gelijk hebben. Bovendien is er een enorm gebrek aan informatie voor werkgever en werknemer over de effecten van een chronische aandoening op iemands functioneren binnen bepaalde arbeidsomstandigheden.

Maar stel dat de contacten goed verlopen en dat de werkgever je wil aannemen, dan blijkt dat je bij de medische aanstellingskeuring in 9 van de 10 gevallen afgekeurd wordt. Dergelijke medische keuringen zijn een grote hindernis voor chronisch zieken op de arbeidsmarkt. Toch zijn mensen met een chronische aandoening zeer gemotiveerde arbeidskrachten.

Dhr. de Kort betoogde op basis van grootschalig onderzoek dat hij verricht heeft, dat de medische aanstellingskeuring in zijn huidige vorm geen bestaansrecht heeft. Het is een dure tombola die zeer weinig voorspellende waarde heeft voor latere gezondheidsproblemen op het werk, maar wel onterecht produktieve mensen afwijst. Dhr. Kotek was het met deze zijns inziens ongenueanceerde stelling niet eens: een medisch aanstellingsonderzoek zou juist heel nuttig kunnen zijn om met goede adviezen de belasting van een functie af te stemmen op de belastbaarheid van de werknemer met een chronische aandoening. Belastingsprofielen zijn hierbij een nuttig hulpmiddel.

### 4.3 Toegang tot werk: suggesties van de conferentiedeelnemers

Suggesties van de conferentiedeelnemers om de toegang tot de arbeid van mensen met een chronische aandoening te bevorderen, wat betreft **wettelijke regelingen**:

- \* Betere voorlichting over subsidies.
- \* Instroomsubsidies.
- \* Ruimere definitie WAGW.
- \* Toegang tot banenpools van WAO-ers.
- \* Een verminderde arbeidsproductiviteit rechtstreeks compenseren met een gedeeltelijke uitkering, zonder ingewikkelde subsidieregelingen.
- \* Rijksoverheid heeft voorbeeldfunctie.
- \* Structureel extra formatieruimte t.b.v. chronisch zieken.
- \* De ingewikkelde regelgeving sterk vereenvoudigen, zowel voor werkgever als werknemer.
- \* Als er een goede financiële risico- en kostenspreiding is, zal het bedrijfsleven graag gebruik maken van de kennis en ervaring van mensen met een chronische aandoening.
- \* Aanstellingskeuringen zijn kwalitatief beneden de maat; zij zouden meer gericht moeten zijn op belasting/belastbaarheid profiel.
- \* Geen malus voor chronisch zieken.
- \* Afschaffing of anders herverzekering van eerste 6 weken ziekingeld gedurende bijv. 1e jaar na indienstneming chronisch zieken.
- \* Rechtspositie versterken van sollicitanten (klachtencommissie).
- \* Loopbaanbegeleiding en begeleiding op werkplek zijn veel effectiever dan aanstellingskeuringen.
- \* Belastingtechnisch vergemakkelijken van betaald werken op onregelmatige basis of in deeltijd; basisinkomen lijkt daartoe de meest simpele oplossing. In de huidige situatie zijn teveel achterstandsgroepen genoodzaakt vrijwilligerswerk te zoeken. Versimpelen van inkomensvorming en belastingheffing en dereguleren van de arbeidsverhoudingen kan de inzetbaarheid verhogen.
- \* De huidige snelle opeenvolging van beleidsinitiatieven ontmoedigt werkgevers om kwetsbaar personeel aan te nemen.

Suggesties van de conferentiedeelnemers om de toegang tot de arbeid van mensen met een chronische aandoening te bevorderen, wat betreft **beeldvorming**:

- \* RTL4-achtige programma's over patiënten **aan het werk** en niet in bed!
- \* Steeds wisselende beroepsgroep met korte voorlichting door de chronisch zieke in dit beroep.
- \* Voorlichting aan bedrijven door chronisch zieken zelf.
- \* De chronisch zieke moet ook zelf verantwoordelijkheid nemen voor zijn positie.
- \* Campagnes geven vaak een te rooskleurig beeld van succesgevallen. Kenmerk van chronisch ziekten is vaak dat het ook moeizaam kan gaan en er soms wel ziekteverzuim is; juist dan is volhouden en begeleiding belangrijk.
- \* De samenleving moet accepteren dat chronisch zieken in hun eigen levensonderhoud moeten kunnen voorzien.
- \* Geen gerichte campagnes; alleen positieve eigen ervaringen van werkgevers brengen gedragsverandering teweeg.
- \* Voorbeeldprojecten van begeleiding in midden- en kleinbedrijven die geen PZ-afdeling hebben.



## **5 Zaaldiscussie**

### **5.1 Keuringen en begeleiding van chronisch zieken**

Vanuit de zaal worden kritische kanttekeningen geplaatst bij de bemiddelende instanties als GMD en arbeidsbureaus. De GMD-artsen zouden nauwelijks tijd hebben en de Arbeidsbureaus hebben nog nooit van chronisch zieken gehoord. Panelleden geven aan dat juist de individuele trajectbegeleiding goede perspectieven biedt.

De zaal merkt op dat chronische aandoeningen niet alleen somatische, maar ook psychisch van aard kunnen zijn. Zijn bedrijfsartsen wel voldoende opgeleid om met andere dan somatische klachten om te gaan? Chronische aandoeningen zijn bovendien niet statisch van aard. Om die reden kunnen belastbaarheidsprofielen slechts een hulpmiddel zijn bij het begeleiden van chronisch zieken.

Panelleden geven aan dat van de bedrijfsarts verwacht mag worden dat hij een zekere affiniteit heeft met stress op het werk en met de psychische klachten die daarmee te maken hebben. Uiteraard kan het nodig zijn de ondersteuning van een psycholoog, maatschappelijk werker of psychiater in te roepen.

Panelleden bevestigen dat veel meer uitgegaan moet worden van wat de werknemer wel kan in plaats van wat hij of zij niet kan. Het management in een bedrijf, bedrijfsleiding en personeelsdienst hebben onvoldoende begrip voor mensen met een aandoening, hetgeen de instroom in de WAO in stand houdt. Zij zouden een veel betere opleiding moeten krijgen en beter moeten samenwerken met bedrijfsartsen.

Vanuit de zaal wordt gewezen op het nut van adequate informatie als het gaat om werkaanpassingen. 50% van de klachten komt voort uit de arbeidsomstandigheden. Of het gebruik van specialisten in dit verband nuttig is valt te betwijfelen. Mensen kunnen daarentegen zelf het beste aangeven wat hun mogelijkheden en onmogelijkheden zijn om aan het werk te gaan. Daarmee moet dan ook terdege rekening worden gehouden in de begeleiding van chronisch zieken. Een deelnemer waarschuwde in dit verband voor medicalisering.



Vanuit het panel wordt opgemerkt dat het onbegrijpelijk is dat duizenden ambtenaren op psychische gronden arbeidsongeschikt zijn geraakt. Psychische klachten vormen het grootste deel van de WAO-instroom. Afkeuring op psychische gronden zou in principe nauwelijks voor mogen komen. Er moeten andere, niet medische kanalen voor oplossingen gevonden worden: loopbaanperspectief, of aanpassing van de werkbelasting of werkplek etc.

## 5.2 De rol van de werkgevers

Een deelnemer vindt dat veel meer moet worden uitgegaan van het principe van vertrouwen. De meeste chronisch zieken zitten niet in de WAO omdat ze het leuk vinden. De samenleving moet het principieel afwijzen dat mensen die willen en kunnen werken met hun aandoening altijd afgekeurd blijven. Aan diegenen moeten via bijvoorbeeld een soort uitzendbureau diensten aan werkgevers worden aangeboden. Samen kunnen zij heel goed bepaalde klussen aan en het plichtsgevoel is bovenmodaal. Veel werkgevers zouden daar best aan mee willen werken.

Vanuit de zaal worden verschillende opmerkingen geplaatst of suggesties gedaan om chronisch zieken makkelijker aan het werk te krijgen.

Iemand kan zich niet aan de indruk onttrekken dat de wijze waarop het productieproces is georganiseerd, bepalend is voor de vraag of mensen aan de slag komen. Arbeid zou dan ook aangepast moeten worden aan de individuele mogelijkheden van mensen.

Er worden kritische kanttekeningen geplaatst bij telewerken. Dat zou wel eens de verkeerde oplossing kunnen zijn omdat mensen thuis in een sociaal isolement terecht komen.

Een werkgever vindt dat er een andere manier van werken nodig is. Praatclubs werken niet. Beter is het te lobby'en voor een WAGW-regeling waarbij werkgevers verplicht worden 5% van deze mensen in dienst te nemen. Gebleken is dat zonder die verplichting er van de WAGW weinig terecht komt.

Een panellid wijst erop dat werkgevers er niet van uit moeten gaan dat je iets bijzonders moet doen om chronisch zieken aan het werk te krijgen en te houden. Veel meer is er sprake van de noodzaak voor een andere manier van werken en een andere mentaliteit. In een bedrijf dat zichzelf respecteert moet iemand met een rolstoel toch binnen kunnen komen. Bovendien zijn maatregelen denkbaar die de werkgever niets hoeven te kosten, bijvoorbeeld door de WAO partieel te handhaven.

### **5.3 De rol van de werknemers**

Een deelnemer die zelf migraine heeft, roept mensen met een aandoening op dit niet verborgen te houden. Wanneer meer mensen in hoge functies in het bedrijfsleven er voor uit zouden komen dat zij een chronische ziekte hebben zou dat de maatschappelijke integratie van chronisch zieken sterk bevorderen.

Een panellid wijst erop dat mensen met chronische aandoeningen sterk de neiging hebben daar niet over te praten. Hij wijst op het gevaar van ontslag en vindt het beter de ziekte maar te verzwijgen en te hopen dat je - in het voorbeeld van epilepsie - geen aanval krijgt. Anderen merken op dat dit wel risico's inhoudt.

Een ander panellid wijst erop dat vijftien jaar geleden niemand ervan overtuigd was dat in het management van het bedrijfsleven een vrouw zou kunnen werken. Daar bestonden veel vooroordelen over: te emotioneel, niet stabiel, problemen thuis, zwanger. Je ziet nu op veel plekken toch vrouwen verschijnen, maar de mogelijke nadelen zijn niet verdwenen. Men is gaan inzien dat die vrouwen kwaliteiten hebben die mannen op die plek misschien niet hebben.

Die parallel kun je trekken met mensen met chronische aandoeningen. Die hebben ook goed inzetbare talenten, zoals gemotiveerd, goed kunnen organiseren en creatief. Een ander panellid voegt daar tenslotte aan toe dat ook het beeld dat vrouwen van zichzelf hebben, participatie op de arbeidsmarkt mogelijk heeft gemaakt. Die parallel kunnen chronisch zieken trekken. Tenslotte ben je ook zelf verantwoordelijk voor het vinden van een plek op de arbeidsmarkt en niet alleen de artsen, bedrijfsarts, de werkgevers of de overheid.

### **5.4 Toespraak namens staatssecretaris Wallage van Sociale Zaken en Werkgelegenheid**

In de toespraak van de staatssecretaris kwamen veel van de voorgaande punten nog eens aan bod. Hij stelde dat arbeid voor zo veel mogelijk mensen toegankelijk moet zijn, maar hij moest tevens constateren dat de arbeidsmarktpositie van chronisch zieken en gehandicapten zorgelijk is en momenteel extra zorgelijk door ongunstige economische ontwikkelingen. Overigens meende hij dat men daarom niet bij de pakken neer moest zitten, omdat er toch altijd nog zo'n 800.000 vacatures per jaar ontstaan. Maar dit gaf wel aan dat wervings- en selectieprocedures een essentieel onderdeel zijn van de problemen met betrekking tot de toegankelijkheid van arbeid voor chronisch zieken. Er wordt daarom door het kabinet gewerkt aan een kabinetsstandpunt over voorspellend medisch onderzoek, waaronder aanstellingskeuringen.

Minister de Vries heeft een voorstel voor een nieuwe sollicitatiecode van de Nederlandse Vereniging voor Personeelsbeleid voor commentaar toegezonden aan de Stichting van de Arbeid. Dhr. Wallage verwacht veel van de nieuwe Arbodiensten, die binnen enkele jaren verplicht zijn voor alle bedrijven. Zij kunnen er toe bijdragen dat chronisch zieken op het werk kunnen blijven functioneren. Tot slot stond de staatssecretaris nog stil bij de titel van de conferentie 'flexibilisering van de arbeidsmarkt voor chronisch zieken'. Hij pleitte er geenszins voor dat chronisch zieken zich vooral zouden moeten richten op flexibele arbeidsrelaties die in veel bedrijfstakken gemeengoed geworden zijn, zoals uitzendkrachten, thuiswerkers, oproepkrachten etc.. Wel zou het zo moeten zijn dat de werkgever ruimte moet bieden voor werkaanpassingen, wanneer deze met het oog op de gezondheidstoestand noodzakelijk zijn; tenzij zoiets ècht niet kan. Flexibilisering past meer in het algemeen bij een moderne, snel evoluerende samenleving.

Zij die eigen ervaring met de in een stelling genoemd terrein hebben, geven een **meer positieve** beoordeling over die stelling. Dit geldt voor de stellingen:

- 6.1 De bestaande wettelijke regelingen en uitvoeringspraktijken ondersteunen deze verantwoordelijkheid onvoldoende.
- 3 Wanneer een overigens bevredigende arbeidsplaats van een chronisch zieke toch een produktiviteitsverlies betekent, dan is compensatie voor de werkgever gerechtvaardigd, bijv. door middel van loondispensatie of een gedeeltelijke WAO-uitkering.
- 3.1 Door de wijze van berekening van het arbeidsongeschiktheidspercentage kan de bovenbedoelde compensatie door een gedeeltelijke WAO-uitkering onvoldoende worden benut.
- 5 De sociaal-medische begeleiding van een werknemer met een chronische aandoening moet zich ook expliciet richten op de chef en collega's van deze werknemer.
- 16 Gerichte campagnes ten aanzien van specifieke ziekten, zou werkgevers maar ook collega werknemers bewust kunnen maken van vooroordelen die de aanname van mensen met een chronische aandoening in de weg staan.

Zij die eigen ervaring met de in een stelling genoemd terrein hebben, geven een **minder positieve** beoordeling over die stelling. Dit geldt voor de stellingen:

- 13 Grootschalig gebruik van medische aanstellingskeuringen is overbodig en werpen extra en onnodige drempels op voor mensen met een chronische aandoening.
- 10 Een categoriale benadering voor een enkele ziekte bij de arbeidsbemiddeling van mensen met deze ziekte is niet zinvol, juist omdat veel meer factoren dan de ziekte alleen de arbeidsmogelijkheden bepalen.
- 12 Het wervings- en selectiebeleid van een onderneming kan en mag niet selecteren op mogelijk toekomstig ziekteverzuim, omdat dit in het individuele geval, uitzonderingen daargelaten, niet te voorspellen is.



## **6. Slotbeschouwing**

### **6.1 Werken met een aandoening**

De gezonden, de werkers, de beeldbepalers in Nederland realiseren het zich niet, want in het werk en in de activiteiten in hun schaarse vrije tijd komen zij elkàar steeds weer tegen; de politici en managers die lange dagen maken en dat ook kunnen of leuk vinden. Zij realiseren zich niet dat er veel mensen zijn die niet zo gezond zijn en die óók werken. Uit bevolkingsonderzoek van het CBS blijkt dat van de mannen in de beroepsleeftijd, die aangeven een ernstige tot zeer ernstige fysieke beperking te hebben, 43% een betaalde baan heeft. Onder vrouwen met dergelijke beperkingen is dit percentage 15%. Uit onderzoek in een groot aantal huisartsenpraktijken blijkt afhankelijk van de ernst van de aandoening, 10 tot 28% van de werkenden jonger dan 50 jaar een chronische fysieke aandoening te hebben. Van de vrouwen die het huishouden doen en jonger zijn dan 50 jaar, heeft 11 tot 39% een dergelijke aandoening. Onder werklozen is dit percentage 14 tot 26%. Psychische problematiek is moeilijker in kaart te brengen, maar een redelijke schatting is dat op jaarbasis ongeveer 25% van de Nederlandse bevolking te kampen heeft met een ernstig geestelijk gezondheidsprobleem. Een groot gedeelte van hen blijft natuurlijk aan het werk. Uit één van de schaarse onderzoeken op dit gebied blijkt dat een jaar na de ziekmelding om psychische redenen 22% in de WAO is beland, 39% weer bij dezelfde werkgever aan het werk is, 23% elders werkt en 9% werkloos is geworden. Wat zeggen deze cijfers? Enerzijds is de uitstoot uit het arbeidsproces van mensen met een aandoening onmiskenbaar. Maar anderzijds is ook duidelijk dat de combinatie werk en het hebben van een (chronische) aandoening toch een normaal en veel voorkomend verschijnsel is. Ontkenning van dit feit versluiert de problemen. Ook de werknemer met een aandoening heeft deze neiging, zeker als de ziekte niet zo zichtbaar is. Het verhindert effectieve maatregelen om de arbeidsparticipatie te verbeteren en verzuim tegen te gaan.

### **6.2 Arbeidsorganisatie doorslaggevend voor werken met een aandoening**

Twee loopbanen van MS-patiënten. MS is een ziekte die iemand via perioden van toenemende verlamningsverschijnselen en abnormale gevoelssensaties uiteindelijk in een rolstoel doet belanden. Werknemer A werkte bij Philips, dat in de tijd dat de diagnose werd gesteld, 1960, nog een veerkrachtig sociaal vangnet kende. Meneer A, machinebankwerker, kwam op initiatief van de bedrijfsarts, uiteindelijk in de werkvoorbereiding terecht in een technisch-administratieve functie. Eind jaren '70 was hij definitief op een rolstoel aangewezen. De verminderde arbeidsproductiviteit heeft Philips lang voor eigen rekening genomen.

Pas in 1980 werd hij voor 50% arbeidsongeschikt verklaard. In 1991 gaat hij na 40 dienstjaren met VUT. Ondanks de onvermijdelijke ziekteperioden, werd de inzet van meneer A altijd gewaardeerd.

Bij mevrouw B werd op 26 jarige leeftijd in 1980 MS geconstateerd. Zij was toen groepshoofd in een instelling voor verstandelijk gehandicapten. Op advies van haar neuroloog werd zij meteen volledig arbeidsongeschikt verklaard.

Mevrouw B liet dit over zich heen komen. Op haar werk had zij het moeilijk, omdat zij als jongste groepshoofd door haar oude mannelijke collega's toch al niet serieus werd genomen. Pas de laatste 4 jaar, zegt ze, leeft zij weer ècht, omdat ze nu zeer actief is in het vrijwilligers- en verenigingsleven. Ze heeft een aangepaste auto. Dit soort werk zou ze best in een betaalde baan willen doen.

Men hoeft geen economisch rekenwonder te zijn om in te zien dat de verhouding tussen maatschappelijke kosten en opbrengsten van de loopbaan van meneer A aanzienlijk gunstiger is dan die van mevrouw B. Dit nog los van persoonlijk leed of welbevinden. Tevens laten deze loopbanen zien hoe doorslaggevend de arbeidsorganisatie kan zijn bij het aan het werk blijven van mensen met een aandoening; het is geen individueel probleem van een patiënt.

### **6.3 Flexibiliteit van arbeidsmarkt en werkaanpassingen**

Vooraf in het bedrijfsleven wordt benadrukt dat de grote structurele werkloosheid teruggedrongen kan worden door maatregelen die de flexibiliteit van de arbeidsmarkt en van de loonstructuur bevorderen. Dit mag zo zijn, maar wij willen nog een andere vorm van flexibiliteit benadrukken en dit is op deze conferentie duidelijk naar voren gekomen. Het is voor de zeer vele mensen met een aandoening die (willen) werken van het grootste belang dat ook functie-eisen flexibel zijn en veel frequenter dan nu worden aangepast aan de belastbaarheid van de individuele werknemer. Hoewel werkaanpassingen cruciaal zijn voor de arbeidsparticipatie van mensen met een aandoening, blijkt uit een grootschalig onderzoek dat aanpassingen onvoldoende worden toegepast.

Ongeveer 35% van de nieuwe WAO-ers had door kunnen werken als hun werk tijdig zou zijn aangepast. En in het onderwijs blijken moeilijk aan te passen takenpakketten het knelpunt bij het inzetten van mensen met een aandoening. Ook is aangetoond dat meer aanpassingen van de inhoud van functies en werktijden samengaan met een hoger percentage werknemers met een arbeidshandicap in een organisatie. Arbeidsaanpassingen vereisen flexibiliteit van arbeidsorganisatie en werknemer.



Toch is deze gedachte niet vreemd in het bedrijfsleven. Het zou ook de consequentie moeten zijn van een stijl van management als Total Quality Management (TQM). Men werkt zeer klantgericht, ook binnen de onderneming; afdelingen en collega's zijn elkaars klant. Deze 'dienstverlening' is afhankelijk van de kwaliteit van de organisatie en de intermenselijke verhoudingen. Men vindt dit ook in de Arbowet. Art. 3 van deze wet geeft onder meer aan dat het werk zo moet zijn ingericht dat het rekening houdt met de persoonlijke eigenschappen van de werknemer, die de betreffende taken moet vervullen, zoals leeftijd, geslacht, lichamelijke en geestelijke gesteldheid, ervaring, vakmanschap en kennis van de voertaal; waarbij voor zover redelijkerwijs kan worden gevergd speciale voorzieningen dan wel toezicht noodzakelijk kunnen zijn. Bovendien moet het werk zo zijn ingericht dat de werknemer een bepaalde keuzevrijheid heeft wat betreft werkmethoden, rusttijden en werktempo.

Kortom de Arbowet is duidelijk over de wenselijkheid van aan persoonlijke omstandigheden aangepaste taakeisen. Dit alles nog los van de Wet ArbeidsGehandicapte Werknemer (WAGW), die bepalingen bevat speciaal gericht op mensen met een arbeidshandicap. Maar helaas lijken de ontwikkelingen eerder in omgekeerde richting te gaan. Uit onderzoek bij lager gekwalificeerde vacatures blijkt dat werkgevers met name selecteren op leeftijd, geslacht, ethniciteit en gezondheid. Recente berichten wijzen erop dat de nieuwe wettelijke maatregelen rond WAO en Ziektewet de tendens om op gezondheid te selecteren nog versterkt hebben. Overigens blijkt uit onderzoek dat deze selectie niet werkt en toekomstig ziekteverzuim niet kan voorspellen. Het hebben van een chronische aandoening is een grote belemmering om elders aan de slag te komen voor een gunstiger loopbaanperspectief.

Daarnaast heeft men de neiging bij de vele efficiency operaties die in het bedrijfsleven gaande zijn, het aantal functie-omschrijvingen juist te verminderen en er strakker de hand aan te houden. Dit staat haaks op functie-aanpassingen voor een individuele werknemer.

#### **6.4 Wettelijke regelingen belemmering voor flexibele arbeidsmarkt**

Helaas moet worden vastgesteld dat de recente wijzigingen in de WAO een flexibele arbeidsmarkt eerder tegenwerken dan bevorderen. Onderzoek toont aan dat de meeste werkaanpassingen van immateriële aard zouden moeten zijn: verandering van taken, verantwoordelijkheden, werktijden e.d.. Deze werkaanpassingen kunnen leiden tot een bevredigende arbeidsplaats voor een werknemer met een chronische aandoening, terwijl er toch een produktiviteitsverlies is ten opzichte van de vroegere situatie. Dit is het reïntegratiemodel, maar de wettelijke regelingen laten het hier juist afweten.



Vòòr de wetswijzigingen was het nog zo dat dit produktiviteitsverlies het arbeidsongeschiktheids-percentages kon bepalen; dit gold als compensatie voor de werkgever; een begrijpelijke procedure voor werkgever en werknemer. Volgens de nieuwe door de overheid opgelegde berekeningswijze van GAK/GMD is het nu zo dat de werknemer ondanks het produktiviteitsverlies toch volledig arbeidsgeschikt verklaard kan worden; voor werkgever en werknemer een onbegrijpelijk oordeel. Bij ontslag zal de werkgever dus ook geen malus opgelegd kunnen krijgen. De onderhandelingspositie van de werknemer met een chronische aandoening om bij dezelfde werkgever ander passend werk te krijgen, is daarmee verslechterd.

De malus is al eerder door de Nationale Commissie Chronisch Zieken als een arbeidsmarktpositie ondermijnende maatregel voor chronisch zieken aangemerkt. Nu uit recent onderzoek van de Sociale Verzekeringsraad ook nog blijkt dat een bonus de werkgevers niet kan bewegen een (gedeeltelijk) arbeidsongeschikte in dienst te nemen of te houden, moet de gehele bonus/malus regeling als contraproductief beschouwd worden. Dit laat onverlet dat de positie van chronisch zieke werknemers bescherming behoeft en dat een werkbaar alternatief voor de malus wenselijk is.

## **6.5 Hoe nu verder?**

In de afgelopen verkiezingsstrijd bleek dat nieuwe veranderingen in de arbeidsongeschiktheidsregelingen te verwachten zijn.

Het belangrijkste toetsingscriterium voor nieuwe regelingen zou moeten zijn of ze de werkgever en werknemer kunnen verleiden tot het aanpassen van functies. De discussies gaan nu te veel over de hoogte van de uitkeringen. Financiële (of fiscale) voordelen voor werkgever of werknemer zijn maar één aspect. Minstens even belangrijk is een begrijpelijke en snelle procedure, die rekening houdt met de feitelijke produktiviteit van de werknemer met een aandoening en met immateriële werkaanpassingen. Dit zou de kern van de WAO-verzekering moeten zijn; de individuele werkgever hoeft niet alléén voor de kosten van het produktiviteitsverlies van een werknemer met een chronische aandoening op te draaien.

Ten tweede bepleit de NCCZ met een meer flexibele arbeidsmarkt ook een meer flexibele arbeidsorganisatie en interne arbeidsmarkt in de onderneming. Dit vereist van een manager veel 'human interest' en sociale vaardigheden. Daarnaast zal de werknemer, ook in lager gekwalificeerde functies, een actiever 'loopbaanbewustzijn' moeten hebben met het oog op gezondheid op de langere termijn. Men zou het 'horizontale' loopbaanplanning kunnen noemen. Functieverandering, waarbij ook het automatisme van de steeds stijgende salarislijn doorbroken wordt, moet mogelijk zijn zonder statusverlies.

Wat betreft deze loopbaanbegeleiding die rekening houdt met de belastbaarheid van werknemers zijn aller ogen gericht op de deskundige Arbodiensten en begeleiding van bedrijfsartsen.

Ten derde vindt de NCCZ een algemene niet vrijblijvende sollicitatiecode belangrijk om de neiging om ongericht te selecteren op gezondheid tegen te gaan. Een werkgroep onder leiding van de Nederlandse Vereniging voor Personeelsbeleid heeft onlangs een ontwerp hiervoor gemaakt. Kern hiervan is dat de werkgever duidelijk de functie-eisen aangeeft van een vacature en tijdens een sollicitatiegesprek alleen de voor die functie-eisen relevante (en geen gezondheids-) vragen stelt. Ook de deskundigen, zoals keuringsartsen zijn hieraan gehouden. Dit betekent functiegerichte keuringen met eventueel werkaanpassingsadviezen. Daarbij ondersteunt de NCCZ het streven van de regering om het gebruik van aanstellingskeuringen aan banden te leggen door middel van geconditioneerde zelfregulering.

De sollicitant met een chronische aandoening heeft zo meer kans opgeroepen te worden om zijn/haar kwalificaties voor het voetlicht te brengen.

Ten vierde is het noodzakelijk dat de arbeidsbemiddeling van mensen met een chronische aandoening nu eindelijk eens energiek ter hand wordt genomen. Het GAK/GMD is hiervoor onvoldoende toegerust. Het Arbeidsbureau (RBA) heeft de regiefunctie maar kan concrete activiteiten best uitbesteden en op hun resultaat afrekenen. Sommige projecten laten zien dat meer intensieve vormen van begeleiding naar arbeid succesvol kunnen zijn.

Bovenstaande aanpak versterkt de concurrentiepositie van mensen met een chronische aandoening op de arbeidsmarkt en geeft hun meer gelijke kansen. De noodzaak hiervan wordt niet minder door een grote werkloosheid, integendeel.

Ing. W.J. van Ginkel is beleidsmedewerker van de Nationale Commissie Chronisch Zieken (NCCZ) te Zoetermeer.

Drs. C.W.J. Wevers is wetenschappelijk medewerker bij TNO Preventie en Gezondheid (TNO-PG) en arbeids- en bedrijfsgeneeskundige