

37

WAGW-beleid in Bedrijven

Indicatoren voor het voeren van WAGW-beleid

Inleidingen en samenvatting van het
WAGW-congres gehouden op 7 juni 1990
tijdens de congresweek ARBO-90 in
het RAI congrescentrum in Amsterdam

Nederlands Instituut voor
Arbidsomstandigheden NIA
bibliotheek-documentatie-informatie
De Boelelaan 32, Amsterdam-Buitenveldert

ISN-nr.
plaats
datum

18h = 3849
45-237
30 OKT, 1990

Zoetermeer, augustus 1990

WAGW EN DE BESTAANDE DESKUNDIGHEID IN THEORIE EN PRAKTIJK ROND
ARBEIDSONGESCHIKTHEID*

Prof. Dr. J.T. Allegro en Drs. T.J. Veerman

Nederlands Instituut voor Arbeidsomstandigheden, Amsterdam

Inleiding

In de nu volgende lezing, waar met name het accent zal liggen op wat het bedrijf aan de WAGW problematiek kan doen, zal het uitgangspunt zijn dat de activiteiten rond de WAGW geïntegreerd gezien dienen te worden met nu al in de praktijk bestaande activiteiten rond verbetering van arbeidsomstandigheden en de aanpak van arbeidsongeschiktheid en in het bijzonder langdurig ziekteverzuim.

Een en ander vanuit de doelstelling van deze wet waar nadrukkelijk vermeld wordt dat het, gegeven de inspanningsverplichting rond gelijke kansen van gehandicapten gaat om het treffen van voorzieningen voor "het aan de slag houden of krijgen van (gedeeltelijk) arbeidsongeschikten en zo mogelijk zodoende een bijdrage te leveren aan de vermindering van de arbeidsongeschiktheid".

Derhalve presenteren we allereerst de belangrijkste theorieën over het ontstaan van langdurig verzuim en vervolgens de daaruit resulterende modellen voor de aanpak ervan.

Nadrukkelijk dient er op gewezen te worden dat er naast de WAGW een aantal wettelijke verplichtingen aanwezig zijn, die afvloeiing van gehandicapte werknemers tegen gaan zoals het nieuwe artikel 30 ZW en de (nieuwe) ontslagbescherming voor gehandicapte werknemers (arrest Hoge Raad, 1985). Hierdoor wordt een adequaat beleid in deze steeds belangrijker.

De centrale stelling die in deze lezing zal worden ingenomen is in eerste instantie dat de WAGW-problematiek niet als op zich zelfstaand moet worden beschouwd. Ze moet worden behandeld en voort bouwen op reeds bestaande kennis en op de ervaring die in een groot aantal bedrijven is opgebouwd rond preventie en bekorting van met name lang verzuim door middel van extra reïntegratie inspanningen.

Aan het eind van de lezing zullen we ons afvragen wat de WAGW nu

*Delen van deze voordracht zijn ontleend aan enkele paragrafen uit het hoofdstuk "Ziekteverzuim" van dezelfde auteurs in: P.J.D. Drenth e.a. (red), Nieuw Handboek A&O-Psychologie, eind 1990 te verschijnen bij Van Loghum Slaterus, Deventer.

toevoegt, of mogelijk zelfs afdoet, aan het bestaande arsenaal van instrumenten voor reïntegratie.

Ten aanzien van de wettelijke verplichtingen en instrumenten zijn de belangrijkste toevoegingen van de WAGW wel duidelijk en verdienen hier kort vermelding. Het gaat om:

- de opgelegde normering van quota;
- het nieuwe gegeven dat bedrijven in eerste instantie zelf moeten en/of kunnen bepalen wat arbeidsongeschiktheid is;
- de beoordeling daarvan achteraf door sociale verzekeringsorganen, in uitzonderingsgevallen daartoe bijgestaan door de Arbeidsinspectie;
- eventuele boeteclausules.

Een enkel woord verdient ook de suggestie om d.m.v. premiedifferentiatie de aanpak van verzuim te bevorderen en de betekenis daarvoor van de WAGW.

1. THEORIEVORMING ROND ZIEKTEVERZUIM

In ons land worden twee benaderingen van het verzuim vaak aangetroffen: het beslissingsmodel en het model belasting/belastbaarheid. Beide modellen worden vaak als elkaars concurrenten gezien, maar zijn dat naar onze mening niet. Verder komt men nogal eens modellen vanuit de stress-theorie tegen in het kader van verzuim-onderzoek. Wij zullen pogen de hier genoemde modellen met elkaar te verbinden tot een algemeen denkkader over ziekteverzuim.

Het "beslissingsmodel" is oorspronkelijk uit sociologische hoek afkomstig; de naam van Philipsen is sterk met dit model verbonden (Philipsen, 1969). Sinds de zestiger jaren zijn vele studies naar ziekteverzuim vanuit deze benadering verricht. Smulders (1984b) heeft overigens een replicatie uitgevoerd van het onderzoek van Philipsen, waaruit voor een groot deel overeenkomstige resultaten naar voren komen.

In dit model wordt benadrukt dat in veel gevallen, wanneer er eenmaal van gezondheidsklachten sprake is (deze worden in het model wel aangeduid als de "verzuimnoodzaak"), de werknemer een zekere beslissingsvrijheid heeft om zich al dan niet ziek te melden. Dit maakt ook inzichtelijk dat ziekte en ziekteverzuim geen identieke begrippen

zijn; er zijn mensen die bij gezondheidsklachten toch ziek doorwerken, anderzijds kan het voorkomen dat men reeds bij geringe klachten zich ziek meldt. Een centraal begrip hierin is de "verzuimdrempel". Hoe hoger iemands verzuimdrempel, des te moeilijker zal betrokkene zich ziek melden ook wanneer er gezondheidsklachten zijn. Een hoge verzuimdrempel leidt niet altijd tot een laag verzuimpercentage; wel zal de frequentie van met name korte verzuimgevallen gewoonlijk laag zijn, maar als gevolg van ziek doorwerken kunnen aandoeningen verergeren en op den duur uitlopen in meer langdurig verzuim.

Aan de verzuimdrempel zijn twee aspecten te onderscheiden:

- a. De verzuimgelegenheid. Hier gaat het om allerlei factoren die min of meer los van de persoon in kwestie kunnen bestaan (bijv. formele of informele sancties, sociaal-organisatorische onmisbaarheid, wachtdagen, inhouding van een deel van het loon, verzuimcontrole) en die de gedragsruimte om zich al dan niet ziek te melden afperken.
- b. De verzuimbehoefte. Deze betreft de subjectieve behoefte om al dan niet gebruik te maken van de gedragsruimte, de verzuimgelegenheid. Daarin speelt de arbeidssatisfactie een centrale rol.

Het **model belasting-belastbaarheid** (zie o.a. Vroege, 1982 en Van Dijk, 1988) stamt uit de sociale geneeskunde. In dit model wordt de nadruk gelegd op discrepanties tussen de eisen die het werk stelt (belasting) en de capaciteiten van werknemers om aan die eisen te voldoen (belastbaarheid).

Wanneer belasting en belastbaarheid langdurig uit evenwicht zijn zonder dat voldoende hersteltijd in acht wordt genomen, kan ziekte daarvan het gevolg zijn. "Ziekte" moet hierbij in de ruime betekenis van het woord worden opgevat, nl. als onvermogen om aan fysieke en psychische eisen van het werk te voldoen. Het model belasting/belastbaarheid specificeert overigens niet, welke elementen in een concrete werksituatie bepalend zijn voor de belasting en de belastbaarheid: het geeft alleen een denkrichting aan waarmee men een concrete situatie nader kan onderzoeken.

Bij het model - althans de denkwijze zoals men die in de praktijk vaak tegenkomt - zijn enkele kanttekeningen te plaatsen. Ten eerste

worden vaak vooral aspecten van de (arbeids)belasting benadrukt, terwijl de belastbaarheid van werknemers in dit model een gelijkwaardige plaats heeft en dus evenzeer aandacht verdient. Ten tweede wordt veelal aangenomen dat het in dit model alleen om overbelasting gaat; echter, ook onderbelasting is een vorm van discrepantie die tot negatieve gevolgen kan leiden. Dit laatste is overigens een verschijnsel dat in de stress-literatuur meer aandacht krijgt.

Het model belasting/belastbaarheid wordt vaak als concurrerend ten opzichte van het beslissingsmodel beschouwd, maar hoeft dat naar onze mening niet te zijn. Eerstgenoemd model kan het ontstaan van bepaalde klachten inzichtelijk maken - dus nadere invulling geven aan de term "verzuimnoodzaak" uit het beslissingsmodel - terwijl vervolgens dat laatste model kan aangeven in hoeverre deze klachten een bepaalde intensiteitsgrens (verzuimdrempel) moeten overschrijden om tot een ziekmelding te leiden.

Het beslissings- en het belasting-belastbaarheidmodel worden eveneens vrij regelmatig aangevuld met elementen van de stresstheorie ter verklaring van o.a. ziekteverzuim. Het interessante van deze koppeling van modellen is, dat aan het stress-model wel veel inhoudelijke invulling is gegeven (het belang van allerlei stressoren en stresshanterings (coping)-factoren is in veel onderzoek nagegaan), waar het model belasting/belastbaarheid vaak een tamelijk leeg, formeel denkkader blijft. Het ligt dan voor de hand om voor een meer complete invulling van het model belasting/belastbaarheid onder andere de stress-literatuur te gebruiken. Overigens is ook in de stress-literatuur nog lang niet alles duidelijk over de precieze keten van gebeurtenissen (gedragingen, ervaringen) via welke stressoren uiteindelijk leiden tot gezondheidsklachten.

De tot nu toe besproken benaderingen zijn er vooral op gericht, het ontstaan van gezondheidsklachten respectievelijk ziekteverzuim te verklaren. Behalve door het ontstaan van verzuimgevallen wordt het verzuimvolume echter sterk beïnvloed door de duur van die gevallen. Deze verzuimduur is uiteraard afhankelijk van het moment van beëindiging van een verzuimgeval en de wijze waarop die beëindiging wordt bereikt. Ook voor de beëindiging van een verzuimgeval zou een theorie gewenst zijn, doch deze ontbreekt grotendeels. De tot nu toe genoemde modellen zeggen, wanneer men ze 'in spiegelbeeld leest', indirect ook

wel iets over die beëindiging van een verzuimgeval (ook werkhervatting is te zien als een "beslissing" die door verzuimgelegenheid en arbeidssatisfactie mede wordt beïnvloed; ook voor werkhervatting moeten belasting en belastbaarheid weer in evenwicht zijn gekomen, c.q. moet effectieve 'coping' zijn ontwikkeld), maar dat is niet alles. Werkhervatting is meer dan alleen het spiegelbeeld van ziekmelding, doordat binnen een eenmaal begonnen verzuimgeval een aantal nieuwe factoren in het spel komt. Zo zal in de loop van een verzuimgeval de betrokkene veelal geneeskundige hulp zoeken, hetgeen op zichzelf de verzuimduur kan beïnvloeden (Tordoir e.a., 1978; Buijs, 1985). Ook kan de arbeidssatisfactie door het verzuimgeval zelf veranderen; zo kan de satisfactie met de arbeidsverhoudingen aanmerkelijk dalen wanneer blijkt dat chef en collega's bij ziekte wekelang niets van zich laten horen (een veelgehoorde klacht bij langdurig zieken).

In meer algemene zin is van belang in hoeverre het bedrijf actieve pogingen doet tot reïntegratie van langdurig zieken, bijv. door (al dan niet tijdelijke) aanpassingen van de werkplek of van de werktijden, zodat soepele werkhervatting mogelijk is.

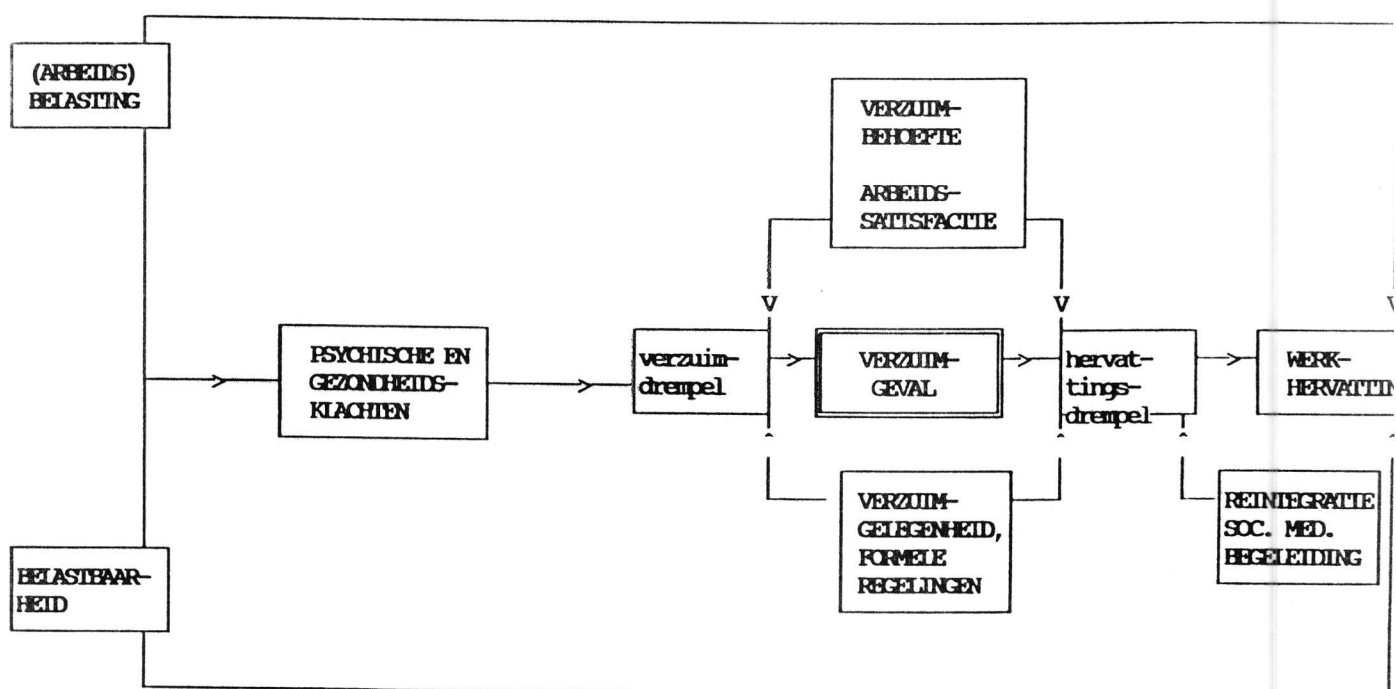
Rond deze en soortgelijke determinanten van de beëindiging van verzuimgevallen bestaan geen specifieke theorieën, maar wij zullen deze determinanten samen aanduiden als de werkhervattings-drempel. Daarmee is aangegeven dat, net zoals ziekte en ziekmelding niet identiek zijn (daar zit de verzuimdrempel nog tussen), ook herstel-in-medische-zin en werkhervatting niet samenvallen. Factoren die de hervattingsdrempel bepalen kunnen op de verzuimduur van grote invloed zijn.

Samenvattend komen wij op de volgende indeling van factoren die het verzuim beïnvloeden.

Zoals wij het denkkader hier schetsen lijkt dat te zijn opgebouwd rond een individueel verzuimgeval; de strekking ervan is echter meer abstract, zodat in dit model niet slechts individuele factoren, doch ook meer in het algemeen verzuimbeïnvloedende factoren op persoons-, afdelings-, bedrijfs- en algemeen maatschappelijk niveau een plaats kunnen krijgen.

THEORETISCH KADER VOOR VERZUIMBEINVLOEDENDE FACTOREN

SCHEMA 1



2. STIJLEN VAN VERZUIMBELEID

In aansluiting op de theoretische modellen kan men drie vormen van beleid onderschrijven :

- preventief beleid is gericht op aanpassing van de arbeidsbelasting en/of verhoging van de belastbaarheid, zodat de balans tussen deze twee beter in evenwicht komt;
- drempelverhogend beleid richt zich op de verzuimdrempel, zodat het aantal ziekmeldingen zoveel mogelijk wordt beperkt;
- curatief beleid is gericht op verlaging van de hervattingsdrempel, door vlottere therapie en/of het scheppen van mogelijkheden tot snellere reïntegratie na ziekte.

Bij een adequate aanpak ziet men vaak een mix van elementen uit deze drie beleidslijnen, eventueel nog gedifferentieerd naar bedrijfs-, afdelings- en persoonsgericht beleid.

Alvorens nader op deze stijlen in te gaan zal aandacht geschonken worden aan de registratie, analyse en diagnose van kortdurende arbeidsongeschiktheid.

Ten aanzien van de registratie en analyse van arbeidsongeschiktheidsgegevens dient gewezen te worden op het (doen) opzetten van een goede verzuimregistratie, en het op adequate wijze terugrapporteren over deze gegevens aan management, ondernemingsraad en werkoverleg (indien aanwezig). Daarbij is het van groot belang om de cijfers niet te veel te detailleren en bijvoorbeeld te beperken tot afdelingen en belangrijkste risicogroepen. Daarbij zijn referentiegegevens van soortgelijke bedrijven en instellingen van groot belang.

Voor zover een bedrijf niet over een eigen registratiesysteem beschikt zijn er een aantal aanbieders van registratiesystemen op de markt. De belangrijkste daarvan zijn :

1. het ZRS-systeem van het GAK
2. de verschillende systemen zoals die aangeboden worden door een aantal regionale bedrijfsgezondheidsdiensten
3. het Ziekteverzuim Informatie systeem van het NIA.

Terwijl in de meeste van deze systemen wel werkzame personen opgenomen zijn met een WAO-uitkering, ontbreekt meestal een verdere speci-

ficatie van werknemers die onder de WAGW vallen. Het verdient aanbeveling een en ander zo snel mogelijk in te voeren.

Na een degelijke analyse van de cijfers van ziekteverzuim/arbeidsongeschiktheid is het noodzakelijk om een diagnose te doen verrichten naar de oorzaken ervan alvorens tot een aanpak over te gaan. Daarbij dient er nadrukkelijk op gewezen te worden dat verzuimaanpak gericht op preventie en reïntegratie een grotere kans van slagen heeft als er in de organisatie een gezamenlijk draagvlak gecreëerd wordt voor de effectieve uitvoering er van, onder andere door het instellen van een brede begeleidingsgroep. Het voert in dit bestek te ver om daar nader op in te gaan. Derhalve volstaan we met het verwijzen naar de relevante literatuur (Allegro, 1986; Masselink en Zandvliet, 1986; Steensma, 1988; Boonstra e.a. 1989).

Voor het verrichten van een goede diagnose zijn een aantal instrumenten vanuit uiteenlopende arbo-instellingen voorhanden met name ten aanzien van het diagnosticeren van een preventief beleid en een beleid gericht op het verhogen van de verzuimdrempel. Er wordt in deze instrumenten veel minder aandacht besteedt aan een diagnose van de factoren, die de werkhervattingsdrempel beïnvloeden.

Een aantal van deze instrumenten kunnen door het bedrijf zelf worden ingezet, een aantal andere vraagt om deskundige ondersteuning van buiten. We onderscheiden hier grofweg vier soorten:

- * Arbo-audits: om na te gaan hoe het beleid rond Arbo- (en soms milieu-) zorg geregeld is.
- * Inspectiepakketten : die vaak globaal de feitelijke situatie op de werkplek in kaart brengen.
- * Werkplekonderzoek: dat meer in de diepte op VGW aspecten in gaat.
- * Vragenlijsten/groepsinterviews: ter bepaling van de beoordeling der werknemers van aspecten van hun werksituatie.

Een uiteenlopend aantal instellingen biedt één of meerdere van bovengenoemde instrumenten aan. We kunnen hierbij onder andere denken aan BGD'en, het GAK, het NIA. Zowel het GAK als het NIA alsmede een aantal andere Arbo-Adviesbureaus bieden een geïntegreerd pakket van registratie en analyse, diagnose en verdere aanpak aan.

Met name voor het Midden en Klein Bedrijf bestaat er op dit moment een subsidieregeling ter bevordering van arbozorg op dit terrein.

Nadat een dergelijke diagnose verricht is dient er een beleid te worden ontwikkeld. Hieronder zullen we nu de belangrijkste elementen uit de drie verschillende invalshoeken de revue laten passeren.

Preventief beleid

Dit beleid is gericht op het aanpassen van de arbeidsbelasting c.q. kwaliteit van de arbeid (door middel van verbeteringen in arbeidsinhoud, materiële arbeidsomstandigheden, arbeidsverhoudingen en arbeidsvoorwaarden) en/of op het vergroten van de belastbaarheid van werknemers bijvoorbeeld door voorlichting en onderricht en/of het vergroten van de 'coping-capaciteit'.

We spreken hier gewoonlijk over gezonde werknemers, maar een adequaat beleid op dit terrein heeft ook consequenties voor de werkhervattingsdrempel en voor het produktief aan de slag houden van gedeeltelijk arbeidsongeschikte werknemers.

Het preventief beleid heeft in de praktijk betrekking op heel verschillende aspecten, waarvan ik er enkele noem:

Arbeidsinhoud: Er is een groot aantal projecten gedaan, gericht op de verbetering van arbeidsinhoud (vaak in combinatie met verbeteringen in de andere dimensies van kwaliteit van de arbeid). Daarbij dient gedacht te worden aan de projecten rond taakverbreding, taakverrijking en de sociotechnische projecten gericht op taak- en werkorganisatie. Hoewel de meeste van deze projecten niet primair opgezet zijn om het verzuim aan te pakken, is het verzuim wel bijna altijd een van de afhankelijke variabelen in evaluaties geweest. Uit verschillende evaluatie-onderzoekingen (Smulders, 1980; Pasmore, 1982; Terra, 1988) komt de positieve werking van een verbetering in taakinhoud op het ziekteverzuim naar voren.

Materiële arbeidsomstandigheden: Geëvalueerde projecten over verbetering van materiële arbeidsomstandigheden met als primair doel het ziekteverzuim te verlagen, zijn nauwelijks voorhanden (zie Smulders, 1980), ondanks de duidelijke relatie met ziekteverzuim zoals die in vele onderzoekingen naar voren komt. Daarnaast zijn er vele verbeteringen doorgevoerd zonder dat er onderzoek naar de effecten in termen van ziekteverzuim gedaan is (Van Dijk, 1988).

Een uitzondering in de Nederlandse situaties is het zogenaamde BEA-project (Fortuin, Terra, e.a., 1988) waarin een evaluatie werd verricht van door het bedrijf ingevoerde maatregelen ter verbetering van materiële arbeidsomstandigheden. De effecten hiervan waren zoals verwacht duidelijk positief: er is sprake van een daling van het ziekteverzuim.

Ook ten aanzien van arbeidsverhoudingen en arbeidsvoorwaarden in relatie tot ziekteverzuim zijn nauwelijks interventies beschreven. Wel rapporteert Smulders (1980) o.a. dat participatiemogelijkheden voor werknemers bij beslissingen rond de werkplek en een meer sociaal gericht leiderschap gunstige voorwaarden zijn voor een laag ziekteverzuim. Tevens rapporteert hij gunstige effecten van de invoering van variabele werktijden en een verkorte werkweek.

Beïnvloeding van belastbaarheid

Men mag aannemen dat (bij-)scholing en functiegerichte training bijdragen tot een grotere belastbaarheid van werknemers en daarmee tot beperking van ziekteverzuim, maar evaluaties van scholings- en trainingsprojecten in termen van ziekteverzuim zijn ons niet bekend. In dit kader kan ook gewezen worden op het belang van cursussen en programma's rond stressreductie, waarin getracht wordt het individu te leren met werkstress om te gaan. Daarnaast kan hier ook een bijdrage verwacht worden van aanstellings- en periodieke keuringen en spreekuren door bedrijfsartsen.

Het totaal overziend is het duidelijk dat een bedrijf op vele gebieden een preventief beleid kan voeren en dat er vele dienstverlenende instanties zijn, die daarbij ondersteuning kunnen leveren.

Drempelverhogend beleid

Drempelverhogend beleid kan gericht zijn op de beslissingsvrijheid van het individu bij de ziekmelding, dus op beperking van de verzuimgelegenheid, en/of op verhoging van de arbeidssatisfactie om daarmee de verzuimbehoefte te verminderen. Wat dit laatste betreft: er zijn ons nauwelijks projecten bekend waarin is gepoogd om arbeidssatisfactie te verhogen met als primair doel terugdringing van het verzuim; verhoging van de satisfactie kan echter wel als nevenprodukt een

hogere verzuimdrempel meebrengen. Veel van de activiteiten die ondernomen kunnen worden op preventief gebied hebben tevens een positief effect op de arbeidssatisfactie.

De *verzuimgelegenheid* kan beïnvloed worden door de procedure van ziekmelding, de controle op ziekte, de werkwijze van de verzekeringsgeneeskundige, alsmede de mate van inkomensderving. De feitelijke effecten van dit soort maatregelen op ziekteverzuim is vaak moeilijk te bepalen omdat deze maatregelen vaak in combinatie met andere typen verzuimbeleid worden ingevoerd.

Wat betreft ziekmeldingsprocedures wordt soms aanbevolen de ziekmelding direct bij de eigen chef te laten gebeuren, en daarna te zorgen dat er zo nodig nadere actie (aandacht, begeleiding) wordt ondernomen. Ook gesprekken van de leiding met "veelverzuimers" behoren tot de mogelijkheden (Steensma c.s., 1990; Vrooland, 1988).

Wat betreft controle laat een overzicht van veranderingsstudies (Smulders, 1980) zien dat invoering van adequate controle, indien deze aanvankelijk ontbrak, een beperkend effect heeft op het ziekteverzuim, maar ook dat te vroege en strenge controle juist averechts effect kan hebben.

Ten aanzien van de werkwijze van de verzekeringsgeneeskunde en rapporteur Ziektewet is er de laatste jaren bij het GAK een ontwikkeling tot sterker "bedrijfsgericht werken". Ook de aanpak bij Philips Nederland omvat, naast diverse andere maatregelen, een veel nauwere betrokkenheid van de verzekeringsgeneeskundige bij het bedrijf. De Philips-aanpak leidde tot duidelijke daling van het verzuim (Verbaan, 1986), maar niet duidelijk is of dat geheel kan worden toegeschreven aan de nieuwe werkwijze van de verzekeringsgeneeskundige.

Hoewel er ten aanzien van inkomensderving de laatste jaren in enkele bedrijven veelbesproken nieuwe regelingen zijn ingevoerd (DSM, Volvo) liggen daarvan helaas nog geen goed gedocumenteerde evaluaties voor. De resultaten van een overzicht van veranderingsstudies (Smulders, 1980) laten zien dat conclusies over het effect van de hoogte van ziekengeld-uitkeringen moeilijk te trekken zijn. De toepassing van wachtdagen ("karenzdagen") heeft een beperkend effect op de meldingsfrequentie, maar kan een verzuimduur-verlengend effect hebben.

Dit laatste wijst op de risico's van drempelverhogend beleid. Al dit soort maatregelen is alleen zinvol als er voorheen inderdaad sprake was van een lage drempel (hetgeen zich met name zou moeten uiten in

een hoge meldingsfrequentie). Ook t.a.v. dit beleid is het voor bedrijven op een aantal plaatsen mogelijk een actief beleid te voeren. Wel dient opgemerkt te worden dat m.n. t.a.v. de verzuimgelegenheid vele van de formele regelingen niet of nauwelijks te beïnvloeden zijn. Meer aandacht voor een adequate verzuimregistratie/begeleiding lijkt echter mogelijk.

Curatief beleid

Een curatief beleid richt zich met name op reïntegratie bij ziekte. Er kan daarbij aan een groot aantal activiteiten gedacht worden. Het gaat hierbij zowel om werknemers in hun eerste ziektejaar, als om de in de WAGW genoemde categorieën. Allereerst kan hier gedacht worden aan nauwe(re) samenwerking met de verzekeringsgeneeskundige van de bedrijfsvereniging, dan wel een bedrijfsarts. Vele activiteiten zijn hier mogelijk. Van groot belang lijkt hier het instellen van een sociaal medisch team bestaande uit de bedrijfsarts en of de verzekeringsgeneeskundige, de personeelchef en eventueel de betrokken leidinggevende. Doel is om bij langdurig dan wel frequent verzuim tot een toegespitst advies aan de zieke werknemer en diens chef te komen en na te gaan in hoeverre structurele oorzaken - aan te pakken via een preventief beleid - een rol spelen. Een sociaal medisch team zou gezien haar specifieke deskundigheid ook een centrale rol kunnen spelen bij het verkennen van de mogelijkheden tot herplaatsing van de WAGW-categorieën. Daarbij kan gedacht worden aan uiteenlopende maatregelen, zoals die uit een aantal publikaties naar voren komen (Stichting van de Arbeid, 1987; SOZAWE, 1987):

1. het reserveren van speciale arbeidsplaatsen;
2. de (tijdelijke) aanpassing van arbeidsplaatsen, eventueel in overleg met de GMD;
3. het in deeltijd laten werken; deze maatregel blijkt ook goed mogelijk te zijn in het eerste ZW-jaar;
4. het tijdelijk verrichten van passend werk bij de eigen of een andere werkgever;
5. werving en selectie.

De essentie van het bovenstaande is dat zo veel mogelijk van de reeds in en rond het bedrijf/instelling aanwezige expertise gebruik

gemaakt wordt inclusief de relatie met de verzekeringsgeneeskundige en de bedrijfsarts.

De problemen, die er liggen om het bovenstaande te realiseren komen mijns inziens met name voort uit gebrek aan ervaring met een dergelijke aanpak. Het geven van (in company) opleidingen op dit gebied is dan ook dringend aan te bevelen.

Evaluatiestudies van projecten, die zich hier specifiek op richten, zijn nauwelijks aangetroffen.

Recent onderzoek van Hellinga (1989) in een groot industrieel bedrijf laat zien hoe de specifieke inspanningen tot reïntegratie van WAO-ers geleid heeft tot een herintrede in het arbeidsproces, die 50% boven het landelijk gemiddelde ligt.

Afsluitend kan het volgende worden opgemerkt.

De aanpak van de WAGW-problematiek dient mijns inziens een integraal onderdeel te zijn van het sociaal beleid en in het bijzonder het arbeidsomstandighedenbeleid en het ziekteverzuimbeleid van een organisatie. Vele van de daar te gebruiken en gebruikte instrumenten zijn met een kleine aanvulling zeer geschikt om ook de problematiek van gehandicapte werknemers aan te pakken. Met name sociaal-medische teams zouden daarbij een belangrijke rol kunnen spelen.

Na deze beknopte rondgang door theorie en praktijk van de reïntegratiepogingen bij arbeidsongeschiktheid is een afronding t.a.v. het WAGW-beleid een enigzins prikkelende gebeurtenis.

Ten eerste dringt de conclusie zich op dat de WAGW inhoudelijk weinig toevoegt aan de aanpak van reïntegratie. Gesteld kan worden dan niet zozeer arbeidsorganisaties onvoldoende zijn toegerust om het beleid te voeren dat door de WAGW wordt nagstreefd. Veeleer gaat het om een versterking van de methodieken die bedrijven moeten krijgen om de reeds aanwezige kennis en vaardigheden beter te benutten. De vraag is nu in hoeverre daarvoor in al eerder dan de WAGW tot standgekomen wetgeving niet al is voorzien. Hierbij dient te worden gewezen op de mogelijkheden die de ziektewet al biedt voor de subsidiering van arbeidsplaatsen ten behoeve voor de preventie zowel als de reïntegratie.

Daarnaast is er het probleem van de etikettering en stigmatisering die nodig is om een langdurig zieke of gedeeltelijk arbeidsongeschikte werknemer als WAGW-geval aan te kunnen merken. Beperkt deze niet de reïntegratie inspanningen die in een eerder stadium zouden kunnen worden verricht? En dan de quota; zou er een spanning kunnen bestaan tussen een effectief verzuimbeleid en het voorschrift een aantal arbeidsongeschikten binnen de poorten te houden? Zouden de inspanningen voor een goed verzuimbeleid niet in de vaststelling van een quotum per bedrijf kunnen worden meegewogen?

De uitkomst van deze overwegingen blijft inmiddels overeind staan; centraal staat het bevorderen van de bereidheid en de kunde in arbeidsorganisaties om de reïntegratie van langdurig arbeidsongeschikten ter hand te nemen.

april 1990