ADVIES 16/02 | Maart 2016

SER

Werk: van belang voor iedereen

Een advies over werken met een chronische ziekte

SOCIAAL-ECONOMISCHE RAAD

Werk: van belang voor iedereen – Een advies over werken met een chronische ziekte

Aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, mevrouw drs. E.I. Schippers;
Aan de Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, de heer mr.dr. L.F. Asscher

Deze publicatie betreft de 'ministerversie' van het advies, vooruitlopend op de officiële SER-uitgave.

Inhoud

Voorwoord **4**
Samenvatting **5**
1. Inleiding **14**
1.1 Belang 14
1.2 Adviesaanvraag 15
1.3 Afbakening 15
1.4 Context 16
1.5 Totstandkoming advies en opbouw 18
2. Mensen met een chronische ziekte **19**
2.1 Inleiding 19
2.2 Prevalentie van chronische ziekten 19
2.3 Achtergrondkenmerken 22
2.4 De rafelranden van de definitie 25
2.5 Een andere kijk op gezondheid 28
3. Aan het werk met een chronische ziekte **30**
3.1 Inleiding 30
3.2 Arbeidsparticipatie 30
3.3 Werknemers en zelfstandigen met een chronische ziekte 32
3.4 Ziek zijn van het werk 35
3.5 Ziekteverzuim, uitval en productiviteitsverlies 36
3.6 Niet of slechts gedeeltelijk aan het werk 38
3.7 Internationale vergelijking 40
3.8 Onbenut potentieel 41
4. Knelpunten om aan het werk te blijven **42**
4.1 Belang van werkbehoud 42
4.2 Kennis opdoen en delen 43
4.3 Dialoog tussen leidinggevende en werkende 45
4.4 Afstemmen van de werkinhoud 47
4.5 Aanpassingen in de werkomgeving 50
4.6 Arbeidsgerelateerde en reguliere zorg 52
4.7 Beleid en maatregelen 54
4.8 Conclusie 55
5. Knelpunten om aan het werk te komen **56**
5.1 Inleiding 56
5.2 Inzicht in werkmogelijkheden 57
5.3 Werving en selectie 58
5.4 Ondersteuning vanuit de zorg 62
5.5 Beleid en maatregelen 63
5.6 Conclusie 65
6. Aanbevelingen **66**
6.1 Inleiding 66
6.2 Randvoorwaarden 68
6.3 Kennis en bewustwording vergroten 69
6.4 Verbeteren van de communicatie op de werkvloer 74
6.5 Beter inzicht in werkvermogen 77
6.6 Beter benutten mogelijkheden werkaanpassingen 80
6.7 Verbeteren ondersteuning van (arbeidsgerelateerde) zorg 81
6.8 Vergroten (her)instroom in het arbeidsproces 85
6.9 Samenvattend 88
Overzicht aanbevelingen **90**

Bijlagen

1 Adviesaanvraag Chronisch zieke werknemer
2 Verslag praktijkbijeenkomst 18 december 2015
3 Samenstelling commissie Chronisch Zieke Werkenden

Voorwoord

Hoewel het uitdrukkelijk niet haar bedoeling was, is de Australische journaliste en comédienne Stella Young uitgegroeid tot een voorbeeld voor velen. Young, die vanwege Osteogenesis Imperfecta – een zeldzame bindweefselaandoening –, vanaf haar vroege jeugd in een rolstoel zat, sprak in een TedTalk haar verbazing uit over haar ervaring dat zij anders werd behandeld dan anderen[1]. Mensen worden, zo drukte zij haar publiek op het hart, niet alleen beperkt door hun ziekte, maar ook door de maatschappij waarin wij leven. Door lage verwachtingen en goedbedoelde aannames krijgen mensen met een chronische ziekte vaak niet de kans om zich naar hun volle vermogen te ontwikkelen. Young wilde een einde maken aan deze betutteling en pleitte daarom voor een wereld waarin chronische ziekten en beperkingen niet als uitzonderlijk worden beschouwd, maar als normaal worden gezien.

In Nederland is het hebben van een chronische ziekte beslist niet uitzonderlijk. Meer dan 2 miljoen werkende Nederlanders hebben last van één of meer chronische ziekten. Een last hoeft dat overigens niet altijd te zijn, want chronische ziekten gaan lang niet altijd gepaard met gezondheidsbeperkingen die van invloed zijn op het werk. Veel mensen zijn, ondanks hun chronische ziekte, prima in staat om te werken. Sommigen lukt het om zonder ondersteuning aan het werk te blijven, anderen kunnen wel een extra steuntje in de rug gebruiken.

In dit advies richt de SER zich met name op mensen met een chronische ziekte die vanwege hun gezondheid belemmeringen ervaren bij het behouden van hun werk. Aanvullend doet de raad aanbevelingen om de instroom van mensen met een chronische ziekte op de arbeidsmarkt te vergroten. Mensen met een chronische ziekte moeten in de eerste plaats bereid zijn om zelf alles op alles te zetten, maar leidinggevenden, collega's, bedrijfsartsen en arboprofessionals spelen op de werkvloer ook een cruciale, ondersteunende rol. Door voortdurend met elkaar in gesprek te blijven kunnen zij er samen voor zorgen dat verzuim en uitval worden tegengegaan. Ook actoren buiten de arbeidsorganisatie, zoals professionals in de reguliere zorg, kenniscentra, patiëntenverenigingen en het kabinet, kunnen een belangrijke bijdrage leveren. Daarbij staan de mogelijkheden van mensen voorop in plaats van hun beperkingen.

Tijdens de praktijkbijeenkomst die de SER op 15 december 2015 over dit thema heeft georganiseerd, is gebleken dat wij niet 'down under' hoeven te gaan om inspirerende voorbeelden zoals die van Stella Young te vinden. Ervaringsdeskundigen, experts van kennis- en expertisecentra, vertegenwoordigers van patiëntenverenigingen, zorgprofessionals, (bedrijfs)artsen en bedrijven hebben intensief meegedacht. De meest waardevolle ervaringen en inzichten zijn in dit advies verwerkt.

In de nabije toekomst zal doorwerken met een chronische ziekte voor steeds meer Nederlanders een grotere vanzelfsprekendheid worden. Als alle betrokken partijen met de aanbevelingen uit dit advies aan de slag gaan, ben ik er van overtuigd dat mensen met een chronische ziekte de komende jaren gemakkelijker aan het werk kunnen komen en blijven. Dat is een winst voor die mensen zelf, èn voor onze maatschappij als geheel.

Mariëtte Hamer
Voorzitter SER

---

[1] Stella Young (2014) *I'm not your inspiration, thank you".* Zie: *https://www.youtube.com/watch?v=8K9Gg164Bsw.*

Samenvatting

Steeds meer mensen zullen tijdens hun werkzame leven te maken krijgen met een chronische ziekte. Niet alleen omdat mensen door de vooruitgang in de gezondheidszorg langer met hun ziekte kunnen leven, maar ook omdat mensen tot op hogere leeftijd doorwerken. Voor de meeste werkenden levert dit geen problemen op. Zij blijven aan het werk zonder dat hun chronische ziekte een belemmering vormt. De raad constateert dat er dus al veel goed gaat. Soms brengen chronische ziekten echter belemmeringen met zich die het werk bemoeilijken. Als er niets gebeurt, bestaat het risico dat de werkende productiviteit verliest, verzuimt of uitvalt vanwege ziekte. Vraag is hoe deze groep mensen aan het werk kan blijven, en indien uitval niet te voorkomen is, weer aan het werk kan komen.

Kern van het advies

Uitgangspunten

Ieders belang, ieders verantwoordelijkheid
Het is evident dat bij de arbeidsparticipatie van mensen met een chronische ziekte diverse partijen betrokken zijn. De (aanstaande) werkende heeft er allereerst zelf belang bij dat hij of zij aan het werk komt en blijft, en draagt de primaire verantwoordelijkheid voor zijn of haar loopbaan en gezondheid. Gezondheid wordt ook bepaald door contextuele factoren, waaronder het werk en de werkomstandigheden. Daarom kunnen ook andere actoren dan de werkende zich inspannen om belemmeringen te voorkomen: werkgevers, bedrijfsartsen en andere zorgprofessionals in de reguliere en arbeidsgerelateerde zorg, sector- en branchepartijen, verzekeraars, patiëntenorganisaties en de overheid. Allen hebben belang bij het succes van deze groep werkenden. De raad ziet de gezamenlijke verantwoordelijkheid en samenwerking van alle betrokken actoren, inclusief werkenden met een chronische ziekte zelf, als belangrijke randvoorwaarde om dat te realiseren.

Gezondheid gemakkelijker bespreekbaar maken
Eén van de conclusies uit dit advies is dat het hebben van een chronische ziekte nog te veel als uitzondering of probleem wordt beschouwd. Dat is onterecht, want met veel mensen met een chronische ziekte gaat het goed. Soms is het echter lastig om de ziekte en de daaraan gerelateerde beperkingen bespreekbaar te maken. Hierbij speelt het volgende dilemma. Voor goede passende afspraken is het wenselijk om open te zijn over de chronische ziekte en de mogelijke gevolgen ervan voor het werk. De leidinggevende en de bedrijfsarts hebben dat inzicht nodig om in te kunnen spelen op de mogelijkheden van de werkende. De werknemer kan echter goede redenen hebben om bepaalde informatie niet te delen, zoals bescherming van de privacy of uit angst voor nadelige consequenties. Een positieve benadering van de doelgroep is belangrijk om een stigma te voorkomen. De raad pleit er daarom voor dat in beleid de focus uitgaat naar de mogelijkheden in plaats van naar beperkingen. Ook vindt hij het belangrijk mensen met een chronische ziekte niet als bijzondere groep te behandelen of een status aparte te geven. Hij stuurt aan op beleid dat zich richt op *alle* werkenden. De raad plaatst daarmee chronische ziekten op het werk in de context van preventie en duurzame inzetbaarheid.

Maatwerk
Dit advies benadrukt dat er maatwerk nodig is bij het omgaan met chronische ziekten op het werk, waarbij rekening gehouden wordt met verschillen tussen mensen en

organisaties. Voor grote bedrijven gelden immers andere omstandigheden dan voor kleine bedrijven. De eersten kunnen meestal een beroep doen op een HR-afdeling voor ondersteuning. Kleine bedrijven hebben meestal minder kennis en mogelijkheden. Ook zijn er verschillen op individueel niveau, namelijk tussen mensen met een chronische ziekte. Naast mensen die zonder problemen functioneren in hun werk, zijn er ook mensen met een chronische ziekte die zich in een kwetsbare positie bevinden en (voorheen) een beroep konden doen op de sociale werkvoorziening. De raad hecht ook om die reden aan interventies die voldoende ruimte laten voor maatwerk, aansluiten bij de werkende, het ziektebeeld, de sector en het bedrijf.

Belangrijkste aanbevelingen
De raad komt in dit advies met verschillende aanbevelingen. Hij gaat daarbij uit van de bestaande wet- en regelgeving op het gebied van arbo en verzuim, omdat dit ook ingeval van chronische ziekten een goed kader biedt. Binnen dat kader doet de raad enkele hoofdaanbevelingen die hij hier alvast benoemt.

Oplossingen moeten vooral op het niveau van de werkende, werkgever en bedrijfsarts tot realisatie komen. De raad doet daarom diverse handreikingen om de dialoog tussen werkgever en werkende te verbeteren. Hij ziet daarbij een ondersteunende rol weggelegd voor de bedrijfsarts en andere arboprofessionals.

Een andere belangrijke pijler van het advies is preventie, waaronder de raad zowel gezondheidsbevordering verstaat als het voorkomen van het optreden van belemmeringen als gevolg van een chronische ziekte. Hij wil preventie op de werkvloer verankeren door onder andere bestaande instrumenten om arbeidsrisico's en gezondheid in kaart te brengen beter te benutten, en liefst te combineren met instrumenten die het werkvermogen meten.

Verder pleit de raad voor verbeteringen in de ondersteuning van werkenden met een chronische ziekte vanuit de zorg. De arbeidsgerelateerde zorg moet meer mogelijkheden krijgen om tijd te besteden aan preventie en re-integratie. De reguliere zorg moet op haar beurt de factor arbeid in haar werk integreren.

Tot slot moet de kennis van wet- en regelgeving verbeteren, zodat de naleving ervan beter verloopt. Ook is er meer kennis bij werkgevers en werkenden nodig over chronische ziekten en de gevolgen ervan voor werk.

Advies

Adviesaanvraag
De ministers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) hebben op 3 juli 2015 een adviesaanvraag naar de SER gestuurd met als hoofdvraag: hoe kunnen betrokken partijen het toenemend aantal chronisch zieken aan het werk houden en krijgen? In dit advies beantwoordt de SER deze vraag en de in de adviesaanvraag genoemde deelvragen.

Afbakening advies
De raad richt zich op mensen met één of meer chronische ziekten die door hun ziekte belemmerd zijn en die moeite hebben om aan het werk te *blijven*. Deze doelgroep vormt de focus van het advies. Ook staat de raad stil bij de positie van mensen die aan het werk willen *komen*, vooral jongeren met een chronische ziekte. De raad is zich er van bewust dat het om een zeer uiteenlopende groep mensen gaat die zich niet altijd

herkennen in het label 'chronisch ziek'. Hij erkent de diversiteit van de groep en wil met deze term uitdrukkelijk niet stigmatisering in de hand werken. De term chronische ziekte wordt gebruikt, in navolging van verschillende belangenorganisaties en deskundigen, om een groep werkenden en werkzoekenden af te bakenen die langdurig met ziekten te maken hebben die beperkingen (kunnen) veroorzaken voor het werk.
De raad gaat in het advies niet uitvoerig in op de positie van mensen met een chronische ziekte die in of vanuit een sociale werkvoorziening aan het werk zijn. Wel benadrukt de raad de noodzaak om voor deze subgroep een werkklimaat te borgen waarin zij adequaat en veilig aan het werk kunnen. Dit punt is actueel nu de Participatiewet grote veranderingen met zich meebrengt voor de organisatie van beschut werk.

Op het thema van dit advies is al veel relevant werk verricht. Zo heeft de SER adviezen uitgebracht over werken met een ontwikkelings- of gedragsstoornis, discriminatie op de werkvloer en de arbeidsgerelateerde zorg. Dit advies bouwt op die adviezen voort en op bestaande initiatieven van sociale partners en overheid.
Verder wijst de raad op het lopende adviestraject naar aanleiding van de adviesaanvraag *langdurige werkloosheid / loondoorbetaling bij ziekte*. In dit advies blijven die onderwerpen buiten beschouwing.
Voor de totstandkoming van dit advies heeft de SER een brede groep ervaringsdeskundigen, belanghebbenden en experts geraadpleegd. Onder andere is in december 2015 een praktijkbijeenkomst georganiseerd waarvan de opbrengsten in dit advies zijn verwerkt.

Aantal mensen met een chronische ziekte neemt toe...
Het RIVM voorspelde in 2014 dat het aantal mensen met een chronische ziekte sterk zal toenemen: van 5,3 miljoen in 2011 naar 7 miljoen in 2030. Binnen de leeftijdscategorie 15 tot 65 jaar gaat het momenteel om 2,3 miljoen mensen. Dat betekent dat circa 1 op de 5 mensen binnen de potentiële beroepsbevolking chronisch ziek is. Doordat mensen langer doorwerken, neemt ook het aantal werkenden met een chronische ziekte toe. Om de prevalentiecijfers goed te duiden is het belangrijk om na te gaan wat onder een chronische ziekte wordt verstaan. De algemene omschrijving die het RIVM hanteert is: "irreversibele aandoeningen zonder uitzicht op volledig herstel en met een relatief lange ziekteduur". Ingewikkeld is dat het onderscheid met bijvoorbeeld handicaps niet direct helder is. De scheidslijn tussen een acute en chronische ziekte is eveneens lastig te bepalen.

... maar het aantal mensen met beperkingen niet
Van belang is te constateren dat lang niet alle mensen met een chronische ziekte zich ongezond of beperkt voelen. Het RIVM heeft geanalyseerd dat het aantal mensen dat zich ongezond voelt, tot 2030 veel minder hard zal stijgen dan het aantal mensen met een chronische ziekte. Het aantal mensen met beperkingen blijft zelfs gelijk.
De raad kiest er daarom voor om in dit advies niet tot een precieze afbakening van de doelgroep mensen met een chronische ziekte te komen. Hij richt zich op oplossingen voor mensen die door hun ziekte belemmeringen in het werk ondervinden, maar die, al dan niet met ondersteuning, aan het werk kunnen blijven. De raad legt hiermee de nadruk op mogelijkheden in plaats van beperkingen.

Veel mensen met een chronische ziekte zijn aan het werk...
Veel mensen met een chronische ziekte zijn aan het werk. Het is niet goed te zeggen welk aandeel precies actief is in het arbeidsproces. De arbeidsparticipatiegraad van de totale beroepsbevolking is 68 procent; die van mensen met een chronische ziekte loopt uiteen van 25 tot 70 procent, afhankelijk van de gebruikte onderzoeksmethode,

definities en het soort ziekte. Toch geldt ook voor het vinden en behouden van werk dat *ervaren* gezondheid en beperkingen bepalend zijn. Van de mensen die zich ondanks hun chronische ziekte gezond en onbeperkt voelen, is 77 procent aan het werk. Van de mensen die beperkingen ervaren of zich ongezond voelen, is respectievelijk 40 en 49 procent aan het werk.

... maar een deel ervaart belemmeringen
Van de mensen met een chronische ziekte die aan het werk zijn, ervaart iets meer dan de helft beperkingen in het werk, waarbij het voor het merendeel om lichte beperkingen gaat. Voor zelfstandigen met een chronische ziekte geldt ongeveer hetzelfde.

Risico´s en kosten
Werken met een chronische ziekte wordt met verschillende risico's geassocieerd, zoals ziekteverzuim, uitval en productiviteitsverlies (presenteïsme). Het ziekteverzuim is onder werknemers met een chronische ziekte weliswaar niet hoger dan onder andere werknemers, maar het duurt over het algemeen wel langer. Uitval is problematisch omdat terugkeren op de arbeidsmarkt zeer moeilijk is.
De genoemde risico's brengen in voorkomende gevallen kosten met zich mee voor werkgevers en werkenden. Daarnaast zijn met chronische ziekten en de effecten daarvan maatschappelijke kosten gemoeid, zoals de kosten van de gezondheidszorg en uitkeringen. TNO schat de totaalkosten op 30 miljard euro per jaar.

Van volumedoelstelling naar participatiedoelstelling
In de afgelopen decennia zijn als gevolg van hervormingen in de sociale zekerheid het ziekteverzuim en het aantal arbeidsongeschiktheidsuitkeringen teruggedrongen. De arbeidsparticipatie van mensen met een gezondheidsbeperking is echter, net als in andere Europese landen, afgenomen. De arbeidsdeelname van mensen met een chronische ziekte in Nederland is ongeveer gelijk aan het OESO-gemiddelde en is vergelijkbaar met landen als Frankrijk, Noorwegen en Engeland. De kloof tussen de arbeidsparticipatie van gezonde mensen en die van mensen met een gezondheidsbeperking is echter groter dan in landen waarmee Nederland zich graag vergelijkt, zoals Zweden, Denemarken en Duitsland. Daar zijn verschillende verklaringen voor, waaronder het fijnmazige sociale vangnet, de goede registratie van chronische ziekten en de werkgeversverantwoordelijkheden die consequenties kunnen hebben voor de instroom in het arbeidsproces. Het is belangrijk de kloof te dichten om te voorkomen dat mensen buiten de arbeidsmarkt komen te staan. De kansen op werk voor werkzoekenden met een chronische ziekte nemen toe als de risico's voor werkgevers om deze mensen aan te nemen worden beperkt.

Knelpunten om aan het werk te blijven
Hoewel het met veel mensen met een chronische ziekte goed gaat, lukt het nog niet altijd om deze groep aan het werk te houden. Daarvoor zijn verschillende knelpunten aan te wijzen.

Het voorkomen van belemmeringen en uitval begint met goede communicatie en een goed gesprek tussen leidinggevende en werkende. Daarvoor is *kennis* nodig. De werkende moet zelf kennis vergaren over de ziekte en de gevolgen die de ziekte kan hebben voor zijn of haar werk. Niet alle mensen met een chronische ziekte hebben echter voldoende ziekte-inzicht of zijn mondig genoeg. Daarnaast zal de werknemer tot op zekere hoogte *bereid* moeten zijn om kennis met collega's en leidinggevenden te delen voor zover dat relevant is voor het werk. Hier kan een spanning ontstaan tussen openheid enerzijds en privacy en onzekerheid anderzijds. De leidinggevende en

bedrijfsarts hebben een zeker inzicht nodig om goed op de mogelijkheden van de werkende te kunnen inspelen. De werknemer kan echter goede redenen hebben om bepaalde informatie niet te delen, zoals bescherming van de privacy of de angst voor nadelige consequenties. Bij werkzoekenden kan dit dilemma eveneens spelen, bijvoorbeeld in een eerste (sollicitatie)gesprek.

Voor een goede *dialoog* is bovendien wederzijds begrip een voorwaarde: de werkende moet zich kunnen inleven in de organisatiebelangen en de werkgever moet begrip kunnen tonen voor de situatie van de werkende. Als er weinig begrip is, loopt het gesprek meestal niet goed. Dit terwijl een dialoog nodig is om een beeld te kunnen vormen van het werkvermogen van de werkende. Bij werkzoekenden met een chronische ziekte - en zeker bij jongeren zonder werkervaring - ligt hier een probleem, omdat hun werkvermogen lastig in te schatten is.
Een open en veilig klimaat kan de dialoog stimuleren, maar is niet altijd aanwezig. Veel organisaties hebben beleid voor een inclusieve cultuur en een cultuur gericht op duurzame participatie. Een dergelijke cultuur is echter nog niet vanzelfsprekend. Soms is er sprake van negatieve beeldvorming over werknemers met een chronische ziekte, waardoor het nog lastiger wordt om gezondheid bespreekbaar te maken.

Een volgend knelpunt heeft betrekking op de *werkinhoud*. Door een chronische ziekte kan de belastbaarheid van de werkende afnemen, waardoor de werkbelasting te hoog wordt. Bestaande maatregelen, zoals *job engineering* en functie- of taakroulatie, kunnen deze disbalans verminderen, maar de raad constateert dat deze nog weinig worden gebruikt. Er bestaan wettelijke verplichtingen om de inrichting van het werk en de werkinhoud aan te passen, maar nog niet alle bedrijven voldoen daaraan. Mogelijk komt dit doordat afspraken over aanpassingen impliciet of mondeling worden gemaakt. Een probleem kan echter ook zijn dat de benodigde aanpassingen complex zijn of zich niet goed verhouden tot bijvoorbeeld het functiewaarderingssysteem.
Als behoud of terugkeer naar het werk binnen het bedrijf niet mogelijk is, is het een optie om te zoeken naar werk daarbuiten. De raad constateert dat van-werk-naar-werkmogelijkheden nog worden onderbenut. Knelpunt is dat werkgevers niet over het juiste netwerk beschikken of geen organisatie vinden die bereid is eventuele risico's over te nemen.

De raad constateert dat er knelpunten kunnen ontstaan wanneer de *werkomgeving* niet juist is afgestemd op de werkende met een chronische ziekte. Het gaat dan om het geheel van arbeidsomstandigheden, arbeidstijden en arbeidsduur. Nederland kent een uitgebreid stelsel van rechten en plichten op het gebied van arbo en verzuim. De meeste werkgevers hebben beleid op dit gebied, maar nog niet alle verplichtingen worden nagekomen, zoals het maken van een risico-inventarisatie en -evaluatie (RI&E) en het aanpassen van de werkplek of werktijden. Aan aanpassingen hebben werknemers met een chronische ziekte wel behoefte. Tijd- en plaatsonafhankelijk werken kunnen uitkomst bieden, en worden steeds meer aangeboden, maar deze instrumenten kunnen nog effectiever en vaker worden ingezet.

De raad stelt vast dat de *arbeidsgerelateerde zorg* een belangrijke rol speelt in het aan het werk houden van werknemers met een chronische ziekte. Omdat de SER hierover eerder advies heeft uitgebracht (*Betere zorg voor werkenden*, 2014), gaat hij in dit advies alleen op de hoofdlijnen in.
De toegankelijkheid van de bedrijfsarts is een punt van zorg, onder meer omdat steeds minder werkgevers uitgebreide arbocontracten afsluiten, waardoor er weinig aandacht is voor begeleiding noch voor de preventie van beperkingen en uitval.

Een ander knelpunt is dat een deel van de werknemers een gebrek aan vertrouwen heeft in de onafhankelijkheid van de bedrijfsarts.
De arbeidsgerelateerde zorg en reguliere zorg zijn bovendien niet goed op elkaar aangesloten. Behandelplannen zijn daardoor niet altijd op elkaar afgestemd en de factor arbeid wordt vooral door professionals in de reguliere zorg onvoldoende in de plannen meegenomen. Voor werkzoekenden en zelfstandigen met een chronische ziekte is het eveneens een probleem dat de reguliere zorg weinig aandacht aan werk besteedt. Zij kunnen immers geen beroep doen op een bedrijfsarts en er is ook weinig (persoonlijke) begeleiding van bijvoorbeeld UWV en gemeenten bij het zoeken naar werk.

Het laatste thema waarnaar de raad heeft gekeken is *beleid en maatregelen*. Hij constateert dat de wet- en regelgeving een goed kader biedt om werkbehoud te bevorderen. Maatregelen om werkbehoud verder te stimuleren worden nu niet altijd benut. Zo kunnen werkgevers en werknemers een subsidie aanvragen voor werkplekaanpassingen of job coaching. Zij maken hier vermoedelijk weinig gebruik van. Onbekendheid met deze regelingen en de administratieve last ervan kunnen hieraan ten grondslag liggen. Voor werkzoekenden doen zich op dit vlak eveneens knelpunten voor. Met de komst van de Participatiewet is het nodige veranderd in het wettelijk regime en de uitvoering daarvan. Daardoor ontvangt een groep mensen met een chronische ziekte geen uitkering (meer). Zonder uitkering komen zij niet in aanmerking voor re-integratiedienstverlening noch voor de no-riskpolis.

Aanvullend: knelpunten om aan het werk te komen
Mensen met een chronische ziekte die (nog) geen werk hebben, ervaren veel van de hier genoemde knelpunten. Een aanvullend knelpunt waar zij tegenaan lopen, heeft te maken met *werving en selectie*. In de praktijk kunnen werkgever en werkzoekende met een chronische ziekte elkaar moeilijk vinden. De reguliere wegen om personeel te vinden, zoals via (online) sollicitatieprocedures, zijn over het algemeen niet geschikt voor mensen met een chronische ziekte. Zij hebben veel meer baat bij een persoonlijk gesprek.
Voor werkgevers is het lastig om zicht te krijgen op het aanbod. Ook voelen werkgevers door (gepercipieerde) risico's op verzuim en extra kosten zich weerhouden om mensen met een chronische ziekte aan te nemen. Mogelijkheden om deze risico's te verminderen zijn er wel, zoals de no-riskpolis of een proefplaatsing, maar zijn voor een beperkte groep toegankelijk en worden niet altijd benut.

De raad wijst er verder op dat werkzoekenden vanuit de sociale werkvoorziening als gevolg van de Participatiewet op zoek moeten naar wat 'passende arbeid' wordt genoemd. Voor hen is het noodzakelijk dat er een werkklimaat geborgd wordt, waarin zij op adequate en veilige manier in het werkproces ingezet worden. Gezien de huidige situatie en de positie van de sociale werkvoorziening, waarin een afbreuksituatie is ontstaan en waarin instroom vanaf 1 januari 2015 feitelijk niet mogelijk is, is alternatieve waarborg noodzakelijk. Gemeenten hebben de verantwoordelijkheid om binnen de Participatiewet invulling aan beschut werk te geven. In de praktijk ontbreekt de waarborg dat inzet van mensen met een aandoening of een chronische ziekte op een juiste wijze gebeurt.

Belangrijkste aanbevelingen
Op basis van zijn analyse van knelpunten, formuleert de raad in dit advies aanbevelingen om de nadelige gevolgen van een chronische ziekte voor werk te verminderen of te voorkomen. Deze zijn opgesomd en onderverdeeld naar actoren binnen en buiten de organisatie (zie het slot van hoofdstuk 6). De aanbevelingen zijn

gericht op gevallen waarin het (nog) niet goed gaat. Met veel mensen met een chronische ziekte gaat het echter al wel goed en de raad vindt het belangrijk dat het succes van hen benadrukt wordt.
De raad noemt hieronder de belangrijkste aanbevelingen.

Vergroten kennis
De dialoog tussen werkende en werkgever kan pas worden vormgegeven als er *kennis* over de gevolgen van een ziekte voor het werk aanwezig is. De raad wil met diverse maatregelen bevorderen dat het kennisniveau hoger komt te liggen en ziet hierbij een rol voor kennis- en expertisecentra en/of patiëntenorganisaties. Zij kunnen ondersteuning bieden aan werkgevers en werkenden die te maken hebben met chronische ziekten. Hij vraagt betrokken partijen hierover afspraken te maken en de inrichting van een centraal informatiepunt chronische ziekten en werk mogelijk te maken.
Kennis ontbreekt ook op het terrein van de arbowetgeving, ondanks bestaande informatievoorzieningen, zoals het Arboportaal en arbocatalogi. Ook andere bestaande voorzieningen, zoals subsidieregelingen voor werkplekaanpassingen, blijven nog onderbenut. De raad adviseert het kabinet te onderzoeken waarom het gebruik van deze informatie- en subsidievoorzieningen achterblijft en het gebruik ervan te bevorderen. Indien onbekendheid de reden is, is het noodzakelijk om na te gaan hoe de voorlichting verbeterd kan worden. Hij ziet daarbij een rol voor bedrijfsartsen, arbodeskundigen en patiëntenorganisaties.

Verbeteren dialoog
De raad onderstreept het belang van goede communicatie en een goede *dialoog* tussen werkgever en werkende. Daarvoor is een veilig sociaal klimaat nodig, waarin gezondheid en belemmeringen als gevolg van een chronische ziekte bespreekbaar zijn. Het eerder genoemde dilemma tussen openheid enerzijds en privacy en onzekerheid anderzijds speelt hierbij een rol. Het kan lastig zijn om in te schatten welke informatie de werknemer kan delen en wat de leidinggevende kan verwachten. De raad vindt de bedrijfsarts de aangewezen persoon voor werkgever en werkende om advies in te winnen of als derde persoon bij een gesprek aan te sluiten. Ook ziet hij kansen in het beter verspreiden van 'spoorboekjes' over gespreksvaardigheden en het aanbieden van trainingen voor een goede gespreksvoering.
Een goede dialoog kan blootleggen welke aanpassingen in de werkinhoud of werkomgeving nodig zijn. De raad stelt vast dat tijd- en plaatsonafhankelijk werken en *job engineering* mogelijkheden bieden, maar dat deze nog worden onderbenut. Nut en noodzaak hiervan moeten breder worden uitgedragen. Ook moet in de pilots naar aanleiding van het SER-advies over de arbeidsmarktinfrastructuur en WW worden onderzocht hoe van-werk-naar-werk is te organiseren voor mensen met een chronische ziekte.

Verankeren preventie op de werkvloer
De raad herbevestigt zijn eerdere adviezen, waarin hij het belang van *preventie* heeft onderstreept. Hij hecht aan de bevordering van preventie in de brede zin: duurzame gezondheidsbevordering, bijdragen aan een gezonde leef- en werkstijl en het voorkomen van belemmeringen als gevolg van een chronische ziekte. Preventie is een gezamenlijke verantwoordelijkheid. De (aanstaande) werkende draagt de primaire verantwoordelijkheid voor de eigen loopbaan en gezondheid en heeft door het maken van gezonde levensstijlkeuzes mede invloed op het voorkomen van gezondheidsbelemmeringen. Werkgevers zijn op hun beurt verantwoordelijk om te zorgen voor een veilige en gezonde werkomgeving. Maar ook andere actoren, zoals

bedrijfsartsen en zorgprofessionals in de reguliere en arbeidsgerelateerde zorg, sectorpartijen, verzekeraars, en de overheid hebben belang bij het succes van werkenden met een chronische ziekte.
Werkgevers en werknemers hebben sturingsmogelijkheden die eraan kunnen bijdragen dat preventie wordt verankerd op de werkvloer. Werkgevers kunnen bijvoorbeeld inzetbaarheids- en preventieactiviteiten aanbieden en een collectieve zorgverzekering afsluiten, waar werknemers eventueel van gebruik kunnen maken. Het is niet aan werkgevers of werknemers *alleen* om preventie vorm te geven, dat doen zij samen. Als zij samen optrekken, is preventie veel effectiever.

Om aan preventie te kunnen doen is het nodig om een beeld te krijgen van het werkvermogen van werknemers met een chronische ziekte. Daarvoor bestaan verschillende instrumenten, waaronder de Work Ability Index (WAI). Belangrijk is dat het niet blijft bij meten, maar dat vooraf – en in overleg met vertegenwoordigers van werknemers – goed wordt nagedacht over het vervolg dat wordt ingezet. De raad adviseert het kabinet om verder onderzoek te doen naar de winst van dit type instrumenten, en bij gebleken positieve resultaten ingebruikname verder te stimuleren. Hij ziet mogelijkheden om de WAI te integreren in het periodiek arbeidsgeneeskundig onderzoek (PAGO). Het PAGO moet al worden aangeboden aan werknemers en is gekoppeld aan de verplichte RI&E. De naleving van het PAGO en de RI&E behoeven verbetering, mede omdat deze een geschikt startpunt vormen voor het bespreekbaar maken van gezondheid en preventie.

Ondersteuning vanuit de zorg
De raad vindt dat het Nederlandse zorgstelsel, dat op zichzelf genomen zeer goed is, meer gericht kan worden op de behoeften van werkgevers en werkenden. De reguliere gezondheidszorg is gericht op gezondheid en veel minder op participatie. Juist in de eerstelijnszorg zitten veel mogelijkheden om mensen met een chronische ziekte te helpen, zodat zij hun werk kunnen (blijven) doen.
Hoewel de bedrijfsarts in de werkcontext het eerste aanspreekpunt voor informatie over gezondheid en werk is, gaat de werknemer ingeval van ziekte vaak naar de huisarts. Dit kan te maken hebben met de beperkte zichtbaarheid van de bedrijfsarts binnen bedrijven. De raad ziet verschillende mogelijkheden om dit te verbeteren, zoals het aanbieden van een open spreekuur van arboprofessionals aan werkenden. Ook adviseert de raad in het functieprofiel en de opleiding van bedrijfsartsen de preventiefunctie vast te leggen. Preventie zou ook vaker onderdeel van contracten met arbodiensten kunnen zijn.
Artikel 3 van de Arbowet beschrijft de zorgplicht van werkgevers. Omdat niet expliciet is opgenomen dat de arbodienst, bedrijfsarts of een andere deskundige een adviserende taak heeft als het gaat om preventie, adviseert de raad het kabinet de mogelijke meerwaarde te onderzoeken van het expliciteren van deze adviesfunctie in de arbowetgeving, die werkgevers bijvoorbeeld kunnen vertalen in het arbocontract. Dit echter onder de voorwaarden dat het gaat om preventie in strikte zin – het voorkomen van belemmeringen en uitval – en dat het geen extra verplichtingen en kosten voor werkgevers met zich brengt.
Ook pleit de raad voor onderzoek naar de effecten en – bij gebleken effectiviteit – bredere implementatie van de proeftuin "Arbozorg nieuwe stijl", waarin ervaring wordt opgedaan met sectorale, geïntegreerde arbeidsgerelateerde zorg.
De raad hecht aan een betere samenwerking tussen de arbeidsgerelateerde zorg en de reguliere zorg. De verantwoordelijkheid hiervoor ligt bij de zorgverleners zelf; de raad steunt dan ook initiatieven van de betrokken beroepsverenigingen. Daarnaast pleit hij ervoor om de factor arbeid een plek te geven in de reguliere zorg, door arbeid op te

nemen in de opleiding tot basisarts en in medische richtlijnen. Indien de financieringssystematiek in de reguliere zorg een belemmerende factor blijkt voor de opname van de factor arbeid in de opleidingen en medische richtlijnen, adviseert de raad aan het kabinet om te onderzoeken hoe deze belemmeringen kunnen worden weggenomen.

Aanvullend: instroom bevorderen
Veel van de genoemde aanbevelingen zijn ook van toepassing op werkzoekenden. Daarnaast doet de raad enkele aanvullende aanbevelingen voor vooral jonge werkzoekenden met een chronische ziekte.
Mensen met een chronische ziekte die in een revalidatietraject terechtkomen werken aan hun terugkeer in de maatschappij. Daar hoort ook deelname aan arbeid bij. Opmerkelijk is dat dit traject in de praktijk gescheiden is van re-integratiediensten die UWV en gemeenten aanbieden. De raad vraagt het kabinet om na te gaan hoe de afstemming tussen revalidatietrajecten en re-integratiediensten kan verbeteren.
Ook voor werkzoekenden met een chronische ziekte is het persoonlijke gesprek met een werkgever van groot belang, vooral om de kans op een match te vergroten. Het is zorgelijk dat veel mensen geen beroep kunnen doen op persoonlijke begeleiding bij het vinden van werk. De raad adviseert UWV en gemeenten om in hun re-integratiebeleid meer rekening te houden met mensen met een chronische ziekte en vaker te wijzen op gespecialiseerde intermediairs.
Het risico op (langdurig) ziekteverzuim kan werkgevers weerhouden om mensen met een chronische ziekte aan te nemen. Soms kunnen zij aanspraak maken op een no-riskpolis, maar de indruk is dat dit instrument niet bekend is. De raad beveelt daarom aan het gebruik ervan te onderzoeken en te stimuleren.
Zeker jongeren zonder werkervaring ondervinden last van de (gepercipieerde) hoge risico's van het in dienst nemen van een persoon met een chronische ziekte. De raad adviseert daarom in het reeds gestarte onderzoek naar een no-riskpolis voor kankerpatiënten na te gaan of een beperkte groep jongeren met een chronische ziekte, die niet of nauwelijks werkervaring heeft opgedaan, voor een no-riskpolis in aanmerking kan komen.

1. Inleiding

1.1 Belang

Het aantal mensen met één of meer chronische ziekten is in Nederland, net als in andere Westerse landen, hoog en zal in de komende decennia blijven stijgen. De voorspelde toename – van 5,3 in 2011 naar 7 miljoen Nederlanders in 2030[2] – is niet het gevolg van een falende gezondheidszorg. Sterker nog, het is een maatschappelijk succes. Juist doordat de medische wetenschap zich blijft ontwikkelen en artsen steeds beter in staat zijn om ziekten vroeg op te sporen en de gevolgen ervan effectief te behandelen, stijgt het aantal mensen dat niet overlijdt *aan*, maar doorleeft *met* een gediagnosticeerde (chronische) ziekte. Een groot deel van die mensen kan een actief leven leiden en is zonder al te veel problemen aan het werk. Wel brengt de toename van het aantal mensen met een chronische ziekte in de beroepsbevolking sociaal-economische uitdagingen met zich mee.

Meer mensen met chronische ziekten onder beroepsbevolking
De kans op een chronische ziekte neemt toe naarmate mensen ouder worden. Chronische ziekten komen dan ook het meeste voor onder mensen die de pensioengerechtigde leeftijd hebben bereikt. Toch heeft de geschetste ontwikkeling wel degelijk gevolgen voor de (potentiële) beroepsbevolking. Steeds meer mensen zullen tijdens hun werkzame leven te maken krijgen met een chronische ziekte, waarvan een deel tegen belemmeringen zal aanlopen. Vrijwel alle bedrijven zullen op enig moment een werknemer met een chronische ziekte in dienst hebben. Dit is niet alleen een gevolg van de vooruitgang in de gezondheidszorg, maar ook van de vergrijzing van de (potentiële) beroepsbevolking en de verhoging van de pensioenleeftijd. Doordat mensen langer zullen doorwerken, zal doorwerken met een chronische ziekte steeds vanzelfsprekender moeten worden.

On(der)benut arbeidspotentieel
Hoewel het lang niet voor alle ziekten geldt, brengen sommige chronische ziekten belemmeringen met zich mee die gevolgen hebben voor werk. Door afspraken te maken tussen werkgever en werkende en eventueel door aanpassingen door te voeren, is werken vaak nog goed mogelijk. Dit gebeurt echter nog niet altijd. Gevolg is dat meer mensen verminderd productief zijn, (langdurig) verzuimen door ziekte en uitvallen dan nodig is. Ook staan er nog te veel mensen met een chronische ziekte langs de zijlijn. De cijfers lopen uiteen, maar volgens het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) zit 30 procent van de mensen met een chronische ziekte op dit moment zonder werk[3]. De arbeidsparticipatie van mensen met een chronische ziekte blijft daarmee achter bij die van gezonde mensen[4]. Dit impliceert dat een deel van het arbeidspotentieel van deze groep on- en onderbenut blijft. In een toekomst waarin de potentiële beroepsbevolking niet meer stijgt zoals voorheen en waarin de lasten van het sociale zekerheidsstelsel en de gezondheidszorg over steeds minder schouders verdeeld worden, is iedereen die kan en wil werken hard nodig[5].

---

2 RIVM (2013) *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014*.
3 RIVM (2013) *Gezondheid en maatschappelijke participatie*, p. 55.
4 Zie bijvoorbeeld: Echteld, P. van (2012) "Ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid in internationaal perspectief" in: SCP, *Belemmerd aan het werk*, pp. 84-104.
5 Zie bijvoorbeeld: SER (2015) Onderzoeksrapport *Verhogen maatschappelijke welvaart via arbeidsinzet en arbeidsproductiviteit*, p. 20.

Belang van werk
De toename van het aantal mensen met chronisch ziekten zorgt in Westerse landen voor extra druk op de gezondheidszorg en een stijging van de zorgkosten. Martin McShane, een vooraanstaande gezondheidsexpert uit het Verenigd Koninkrijk, noemde dit probleem al eens "the healthcare equivalent to climate change"[6]. In Nederland kiezen we over het algemeen voor een mildere, meer nuchtere toon. De overtuiging in Nederland is namelijk dat mensen met een chronische ziekte aan de slag kunnen (blijven) en door middel van passend betaald werk een actieve rol kunnen spelen in onze samenleving [7]. Werken is uitermate belangrijk, omdat het een positief effect heeft op de gezondheid van mensen[8]. Voor mensen die niet in een regulier bedrijf betaald werk kunnen verrichten, kan van het verlenen van mantelzorg of het verrichten van vrijwilligerswerk een vergelijkbaar effect uitgaan[9]. Hoge (arbeids)participatie is bovendien gunstig op macro-niveau.

1.2 Adviesaanvraag

Op 3 juli 2015 heeft de SER een adviesaanvraag ontvangen van de ministers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW)[10]. Zij vragen de SER antwoord te geven op de volgende hoofdvraag:

Hoe kunnen betrokken partijen (individuele werkgevers, chronisch zieken, zorgverleners en andere relevante actoren) het toenemend aantal chronisch zieken aan het werk houden en krijgen[11]?

De ministers onderscheiden verschillende deelonderwerpen in hun adviesaanvraag waarop de SER kan ingaan: de werkomgeving, de informatieverstrekking, het aanmoedigen, aansporen en ondersteunen van mensen met een chronische ziekte, de rollen van zorgverleners en werkgevers, de acceptatie en de zichtbaarheid. In dit advies geeft de SER antwoord op de hoofd- en deelvragen.

1.3 Afbakening

Heterogene doelgroep
In hun adviesaanvraag merken de ministers terecht op dat er grote onderlinge verschillen zijn tussen mensen met chronische ziekten. Zo zijn chronische ziekten zeer uiteenlopend, van somatisch tot psychisch en van nauwelijks tot zeer belemmerend. Het ziekteverloop kan ook grillig zijn: perioden met veel klachten worden afgewisseld door rustiger perioden. Soms zijn er bovendien al lange tijd klachten en belemmeringen, terwijl nog geen diagnose is gesteld. Tot slot verschilt de beleving van een ziekte van persoon tot persoon: de één voelt zich ongezond en belemmerd, de ander niet. Het precies afbakenen van de doelgroep is niet mogelijk. Ook zijn de ambities niet voor iedereen gelijk: voor een deel van de mensen zijn geen extra inspanningen nodig omdat zij hun werk zonder beperkingen uitvoeren, voor anderen is de uitdaging om uitval te voorkomen en voor weer anderen is het vinden van werk de belangrijkste opgave.

---

6 "NHS could be 'overwhelmed' by people with long-term medical conditions" in: *The Guardian*, 3-1-2014.
7 RVZ (2015) *Doorwerken en gezondheid*, p. 22.
8 RVZ (2015) *Doorwerken en gezondheid*, p. 22; RIVM (2013) *Gezondheid en maatschappelijke participatie*, p. 59.
9 RIVM (2013) *Gezondheid en maatschappelijke participatie*, p. 8.
10 Zie bijlage 1 voor de volledig adviesaanvraag.
11 Adviesaanvraag minister Schippers (VWS), mede namens minister Asscher (SZW), 3 juli 2015.

Focus advies
Dit advies richt zich op mensen met één of meer chronische ziekten die door hun ziekte belemmerd zijn en die moeite hebben om het huidige werk te behouden. De raad is zich er van bewust dat het om een zeer uiteenlopende groep mensen gaat die zich niet altijd herkennen in het label 'chronisch ziek'. Hij erkent de diversiteit van de groep en wil met deze term uitdrukkelijk niet stigmatisering in de hand werken. De term chronische ziekte wordt gebruikt, in navolging van verschillende belangenorganisaties en deskundigen, om een groep werkenden en werkzoekenden af te bakenen die langdurig met ziekten te maken hebben en die beperkingen (kunnen) veroorzaken voor het werk.

Ook wordt stilgestaan bij de positie van mensen die nog geen werk hebben, waaronder jongeren die nog moeten toetreden tot de arbeidsmarkt. Aan het werk komen is echter niet de primaire focus van het advies, mede omdat er in de afgelopen jaren al diverse maatregelen zijn genomen om de instroom van mensen met een afstand tot de arbeidsmarkt – ook die met een arbeidsbeperking – te bevorderen. Zo hebben sociale partners en kabinet in het Sociaal Akkoord van 11 april 2013 hierover afspraken gemaakt, waaronder de banenafspraak[12]. Op dit moment wordt uitvoering gegeven aan het naar werk begeleiden van 125.000 mensen met een arbeidsbeperking. De 35 opgerichte regionale Werkbedrijven bieden daarbij ondersteuning. Het gaat hier specifiek om mensen die door een lichamelijke of geestelijke beperking niet zelfstandig het wettelijk minimumloon kunnen verdienen, waaronder ook mensen die vanwege één of meer psychische en/of somatische chronische ziekten ernstige belemmeringen ondervinden[13].

De maatregelen zoals de banenafspraak gelden niet voor alle mensen met een chronische ziekte. Omdat een groot deel van de groep mensen met een chronische ziekte in staat is om – al dan niet met enige ondersteuning – een volledige functie te vervullen, vallen zij buiten de doelgroep van de banenafspraak. Ook voor hen is het vinden en vasthouden van werk echter niet eenvoudig. Het advies besteedt daarom extra aandacht aan de groep mensen die buiten de doelgroep van de banenafspraak vallen. Daartoe behoren ook jongeren met een chronische ziekte die nog niet tot de arbeidsmarkt zijn toegetreden en die veelal moeite hebben om na hun studie werk te vinden. De raad gaat in het advies niet uitvoerig in op de positie van mensen met een chronische ziekte die in of vanuit een sociale werkvoorziening aan het werk zijn. Wel benadrukt de raad de noodzaak om voor deze subgroep een werkklimaat te borgen waarin zij adequaat en veilig aan het werk kunnen. Dit punt is actueel nu de Participatiewet grote veranderingen met zich meebrengt voor de organisatie van beschut werk.

1.4 Context

Voortbouwen op bestaand werk
De raad wil in dit advies voortbouwen op relevant werk dat in het recente verleden is verricht. Eerder is al het Sociaal Akkoord genoemd. Daarnaast hebben sociale partners in 2012 in de Stichting van de Arbeid de *Beleidsagenda 2020* opgesteld. Deze bevat praktische aanbevelingen voor werkgevers, werknemers en kabinet om de duurzame

---

[12] Brief van 11 april 2013 van de minister en de staatssecretaris van SZW aan de Tweede Kamer over Resultaten sociaal overleg.

[13] Zie voor nadere uitleg *StvdA (2013) Perspectief voor een sociaal én ondernemend land uit de crisis, met goed werk, op weg naar 2020.*

participatie van vooral oudere werknemers te versterken[14]. De agenda gaat bijvoorbeeld in op effectief vitaliteit- en gezondheidsbeleid op de werkvloer.

Ook binnen de SER is eerder aandacht geweest voor mensen met gezondheidsbeperkingen, onder wie mensen met een chronische ziekte. Relevante adviezen zijn *Meedoen zonder beperkingen* (2007) over mensen met een Wajong-uitkering, *De winst van maatwerk* (2010) over jongeren met ontwikkelings- en gedragstoornissen, *Discriminatie werkt niet* (2014) over de impact van negatieve beeldvorming op de werkvloer, en *Een stelsel voor gezond en veilig werken* (2012) en *Betere zorg voor werkenden* (2015) over de toekomst van de arbeidsgerelateerde zorg. Daarin heeft de raad diverse oplossingsrichtingen aangedragen waaraan in dit advies zal worden gerefereerd, maar waarop hij niet opnieuw uitvoerig in zal gaan.

Ten slotte heeft de minister van SZW op 18 december 2015 de adviesaanvraag *Langdurige werkloosheid / loondoorbetaling bij ziekte* naar de SER gestuurd. De SER zal in een apart traject op de adviesvragen die hieruit voortvloeien ingaan. Hij laat daarom in dit advies de systematiek en prikkels rond (langdurig) ziekteverzuim buiten beschouwing.

Relevant overheidsbeleid
Ook de overheid heeft diverse maatregelen genomen die raken aan de thematiek van werken met een chronische ziekte. Zo voert het ministerie van SZW sinds 2013 het Programma Duurzame Inzetbaarheid uit, dat duurzame participatie en langer doorwerken onder de aandacht brengt van werkgevers en werknemers.
Daarnaast is er het *Nationale Programma Preventie: Alles is gezondheid*. Dit is een initiatief van het ministerie van VWS waarin verschillende activiteiten vanuit de rijksoverheid, bedrijfsleven en maatschappelijke organisaties zijn samengebracht. Het programma wil bijdragen aan een gezonder en vitaler Nederland en omvat daartoe initiatieven op het terrein van zorg, buurt, onderwijs en arbeidsmarkt[15]. Door middel van pledges van onder andere de Stichting van de Arbeid en de vakcentrales hebben ook sociale partners zich aan het programma verbonden. Het programma lijkt gezien het grote aantal pledges en initiatieven bij te dragen aan een gewenste maatschappelijke beweging. Op langere termijn kan pas worden nagegaan of er sprake is van de gewenste cultuuromslag.

Ook de Kamerbrief over kanker en werk die de minister van SZW in juli 2015 heeft verstuurd, is in dit kader van belang[16]. Hoewel deze brief op een specifieke patiëntengroep is gericht, worden hierin elementen genoemd die in bredere zin een rol spelen bij de combinatie van een chronische ziekte en werk. Een van de maatregelen die de minister aankondigt is een onderzoek naar een experiment met een no-riskpolis voor (ex)-kankerpatiënten.

Tot slot zijn er diverse studie- en stuurgroepen vanuit de ministeries actief op het terrein van werken en gezondheid, bijvoorbeeld voor de doelgroep mensen met een psychische stoornis. Uit dat laatste initiatief is het project *Mensenwerk* voortgekomen. Daarin staat de bevordering van de arbeidsparticipatie van mensen met een psychische aandoening centraal. Dit heeft onder andere geleid tot het maken van een praktische

---

[14] Stichting van de Arbeid (2011) *Beleidsagenda 2020: investeren in participatie en inzetbaarheid*.
[15] Zie: *www.allesisgezondheid.nl*
[16] Brief van 10 juli 2015 van de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid aan de Tweede Kamer over *Kanker en werk*.

handreiking voor de arbeidsmarktregio's, Werkbedrijven en GGZ-instellingen. Aan dit project nemen ook sociale partners deel.

1.5 Totstandkoming advies en opbouw

Brede raadpleging
Voor dit advies heeft de SER een brede groep van ervaringsdeskundigen, belanghebbenden en experts geraadpleegd. Zo is in december 2015 een praktijkbijeenkomst georganiseerd waarin de SER met onderzoekers, mensen met een chronische ziekte, werkgevers, re-integratiespecialisten en zorgprofessionals in dialoog is gegaan. De opbrengsten van de bijeenkomst zijn in het advies verwerkt. In bijlage 2 is het verslag opgenomen, inclusief deelnemerslijst.

Opbouw
Het advies bestaat uit drie delen. Het eerste deel, dat is opgebouwd uit de hoofdstukken 2 en 3, gaat dieper in op de vragen wie de mensen met een chronische ziekte zijn en wat hun positie is op de arbeidsmarkt. Hoofdstuk 2 beantwoordt de vragen over welke groep mensen het gaat en wat de omvang van deze groep is. In hoofdstuk 3 wordt dieper ingegaan op mensen met een chronische ziekte die als werknemer of zelfstandige aan het werk zijn en degenen die werk zoeken.

Het tweede deel, dat bestaat uit de hoofdstukken 4 en 5, bevat een analyse van de knelpunten. Het zwaartepunt ligt bij het vierde hoofdstuk, waarin wordt gekeken naar de obstakels die weerhouden dat mensen met een chronische ziekte aan het werk blijven. Hoofdstuk 5 gaat over de belemmeringen voor mensen met een chronische ziekte om een baan te vinden. Bijzondere aandacht is hier voor jongeren met een chronische ziekte die willen toetreden tot de arbeidsmarkt.

Het derde deel van het advies, dat bestaat uit hoofdstuk zes, bevat aanbevelingen die betrokken partijen afzonderlijk van en in samenhang met elkaar kunnen opvolgen zodat meer mensen met een chronische ziekte aan het werk kunnen blijven en komen.

2. Mensen met een chronische ziekte

2.1 Inleiding

Gezondheidsparadox
"Veertig procent is straks chronisch ziek, en dat is geen slecht nieuws", kopte het NRC Handelsblad bij het verschijnen van het rapport *Volksgezondheid Toekomst Verkenning* (VTV)[17]. Het is een treffende conclusie bij de VTV-2014 waarin het RIVM zijn prognoses voor de ontwikkeling van de volksgezondheid in Nederland presenteerde. Eén van de meest opvallende voorspellingen was dat het aantal mensen met een chronische ziekte zal stijgen van 5,3 miljoen mensen in 2011 (32% van de Nederlandse bevolking) naar 7 miljoen in 2030 (40%)[18]. Een prognose die alarmerender lijkt dan ze werkelijk is.

Hoogleraar gezondheidseconomie Johan Polder spreekt in dit verband van de gezondheidsparadox: Nederlanders worden alsmaar gezonder én tegelijkertijd steeds zieker[19]. Gezonder omdat de gemiddelde levensverwachting blijft stijgen en zieker omdat mensen op steeds vroegere leeftijd gediagnosticeerd worden met een chronische ziekte[20]. Ook binnen de (potentiële) beroepsbevolking zullen er steeds meer mensen met een chronische ziekte zijn. Dat wordt versterkt door de verhoging van de pensioenleeftijd en de toename van het aantal oudere werknemers. Een chronische ziekte kan een beletsel zijn om (passend) werk te doen of om langer door te werken, maar dat hoeft zeker niet. ook met beperkingen zijn er voor veel mensen nog volop mogelijkheden om aan het werk te blijven. Het vraagt wel om een andere benadering van het arbeidsmarkt- en loopbaanbeleid.

Opbouw hoofdstuk
Om te begrijpen waarom een dergelijk groot gedeelte van de Nederlandse bevolking te boek staat als chronisch ziek, wordt in dit hoofdstuk stilgestaan bij de rafelige definitie van het begrip chronisch ziek. De (medische) registratie van chronische ziekten is gebaseerd op een eenduidige definitie met een afgebakende lijst van chronische ziekten. Deze cijfers worden in de volgende twee paragrafen gepresenteerd: in paragraaf 2.2 komen de prevalentie en ziektelast aan bod en paragraaf 2.3 gaat in op de verschillen naar sekse, opleidingsniveau en levensstijl.
Hiermee is de doelgroep nog niet volledig in beeld. Sommige mensen die langdurig ziek zijn, vallen buiten de definitie van een chronische ziekte maar ervaren wel dezelfde problemen als mensen met een chronische ziekte, terwijl anderen die als chronisch ziek zijn aangeduid een relatief gezond leven leiden zonder grote belemmeringen. Paragraaf 2.4 bevat daarom een nuancering van de definitie, waarbij vooral centraal staat of en hoe mensen in hun werkzame leven worden belemmerd. Afsluitend wordt in paragraaf 2.5 ingegaan op een andere visie op gezondheid die in dit advies als uitgangspunt dient.

2.2 Prevalentie van chronische ziekten

Onderscheid chronische aandoeningen en ziekten
Wat is een chronische ziekte precies? Er bestaat geen eensluidende definitie of vaste lijst van kenmerken. Het RIVM hanteert een algemene omschrijving: "irreversibele

---

[17] Enzo van Steenbergen, '40 procent is straks chronisch ziek, en dat is geen slecht nieuws' in: *NRC*, 25 juni 2014.
[18] RIVM (2013) *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014*.
[19] Polder, J. [et al.] (2012) *De gezondheidsepidemie. Waarom wij gezonder én zieker worden*.
[20] Zie: *http://www.cbs.nl/nl-nl/menu/themas/gezondheid-welzijn/cijfers/extra/resterende-gezonde-levensverwachting.htm*.

aandoeningen zonder uitzicht op volledig herstel en met een relatief lange ziekteduur"[21]. Verder maken experts onderscheid tussen "chronische ziekten" en "chronische aandoeningen" (zie figuur 2.1). Onder de term chronische aandoeningen worden zowel chronische ziekten als handicaps verstaan. Mensen met een (lichamelijke) handicap zijn in beginsel niet chronisch ziek en andersom. Soms is het onderscheid echter lastig te maken, bijvoorbeeld bij aangeboren afwijkingen die pas later tot chronische gezondheidsproblemen leiden. Een complicerende factor is bovendien dat chronische ziekten wel kunnen *leiden tot* (lichamelijke) handicaps.

Binnen de chronisch ziekten bestaan verder subcategorieën. Zo wordt onderscheid gemaakt tussen somatische ziekten, zoals reuma en diabetes, en psychische ziekten, zoals autisme en angst- of stemmingsstoornissen.

Figuur 2.1 Chronische aandoeningen: chronische ziekten en handicaps

Chronische ziekten onder de (beroeps)bevolking

De cijfers over chronische ziekten lopen sterk uiteen. De meest gebruikte, recente schatting van het aantal mensen met een chronische ziekte is gebaseerd op onderzoek van het Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg (NIVEL)[22]. Het NIVEL heeft daarvoor de patiëntenbestanden van huisartsenpraktijken onderzocht[23]. Het RIVM kwam op basis van dit onderzoek uit op het eerdergenoemde getal van 5,3 miljoen mensen met een chronische ziekte in Nederland. Ruim een derde daarvan heeft meer dan één chronische ziekte (multimorbiditeit)[24]. De Nederlandse prevalentiecijfers wijken niet af van die van andere Europese landen[25].

De gehanteerde definitie van een chronische ziekte is bepalend voor het prevalentiecijfer. In figuur 2.2 zijn de ziekten en aandoeningen opgesomd die in de telling van het NIVEL zijn meegenomen[26]. Het laat zien dat handicaps die strikt genomen niet tot de chronische ziekten behoren, wel zijn meegenomen. Ook is een aantal

---

[21] Gijsen, R. [et al.] (2013) "Wat is een chronische ziekte en wat is multimorbiditeit?" In: RIVM (2013) *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid.*

[22] Andere schattingen zijn o.a. afkomstig van declaratiegegevens van verzekeraars (14%) (Zie Gorp et al. (2013) *Zorgthermometer, zorg in regio's*) en CBS (Gezondheidsenquête) (31,8%).

[23] Het gaat om huisartsen die deelnemen aan het Landelijke Informatienetwerk Huisartsenzorg (LINH).

[24] Gijsen, R. [et al.] (2013) 'Hoeveel mensen hebben een of meerdere chronische ziekten?' In: RIVM (2013) *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid.*

[25] RIVM (2014) *Een gezonder Nederland: Kernboodschappen van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014*, p. 10.

[26] De lijst is gebaseerd op het document *Defining chronic conditions for primary care using ICPC-2: supplementary data* van de Australische onderzoeksgroep FMRC. Zie RIVM (2013) *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid.*

chronische ziekten dat weinig voorkomt in de huisartsenpraktijk buiten de selectie gelaten. Chronische gezondheidsproblemen die het risico op een ziekte vergroten, zoals hypertensie en obesitas, zijn niet in de telling meegenomen.

Figuur 2.2 Selectie van 28 chronische ziekten en aandoeningen

Aids en hiv-infectie	Coronaire hartziekten	Ziekte van Parkinson	Angststoornissen
Kanker	Hartritmestoornissen	Epilepsie	Overspanning / burn-out
Gezichtsstoornissen	Beroerte	Migraine	COPD
Gehoorstoornissen	Reumatoïde Artritis	Aandoeningen gerelateerd aan alcohol	Verstandelijke handicap
Aangeboren afwijkingen van het hartvaatstelsel	Aandoeningen van het endocard/ hartklepafwijkingen	Dementie (incl. Alzheimer)	Persoonlijkheids-stoornissen
Perifere Artrose	Chronische nek- en rugklachten	Schizofrenie	Astma
Hartfalen	Osteoporose	Stemmingsstoornissen	Diabetus Mellitus

Bron: RIVM (2013), VTV-2014

De genoemde cijfers hebben betrekking op *alle* Nederlanders. In dit advies gaat het om mensen die aan het werk zijn of aan het werk kunnen gaan. Daarmee vallen ouderen – die een grote groep vormen en sneller te maken hebben met ziekten – buiten het bereik van dit advies. Wanneer mensen van jonger dan 15 jaar en van 65 jaar en ouder buiten beschouwing worden gelaten[27], dan komt het aantal mensen met een chronische ziekte uit op 2,3 miljoen[28]. Dat betekent dat ongeveer 1 op de 5 mensen binnen de potentiële beroepsbevolking een chronische ziekte heeft. Ook binnen deze groep stijgt het aantal chronische ziekten met de leeftijd. Voor mensen tussen de 55 en 65 jaar geldt dat 48 procent tenminste een chronische ziekte heeft, bij mensen tussen de 25 en 55 jaar gaat het om 25 procent.

Prevalentie per ziekte

De meest voorkomende chronische ziekten bij de beroepsbevolking zijn: chronische nek- en rugklachten, artrose en diabetes mellitus (zie figuur 2.3).

Figuur 2.3 Top 5 ziekten op basis van prevalentie per leeftijdsgroep, 2011

	0-15 jaar	15-65 jaar	65+
1	Constitutioneel eczeem	Nek- en rugklachten	Artrose
2	Astma	Artrose	Gehoorstoornissen
3	Aandachtsstoornissen (ADHD)	Diabetes mellitus	Diabetes mellitus
4	Contacteczeem	Astma	Coronaire hartziekten
5	Verstandelijke beperking	Gehoorstoornissen	Gezichtsstoornissen (oa staar)

Bron: RIVM, Incidentie en prevalentie in 2011

Psychische stoornissen zijn in de top 5 niet terug te vinden (zie figuur 2.3). Vermoedelijk zijn de aantallen onderschat onder meer omdat niet alle patiënten met psychische problemen hulp zoeken, de ondersteuning buiten de huisarts om loopt of omdat huisartsen psychische stoornissen niet herkennen. Het Trimbos instituut komt uit op 18 procent van de mensen tussen de 15 en 65 jaar die last hebben van een psychische stoornis. Een derde daarvan heeft met meer dan één stoornis te maken

[27] Hoewel de AOW-leeftijd de komende jaren geleidelijk aan omhoog gaat, wordt hier gemakshalve uitgegaan van de huidige AOW-leeftijd.

[28] Michiels, J. [et al.] (2012) 'Trends in arbeidsaanbod van personen met gezondheidsbeperkingen' in: SCP, *Belemmerd aan het werk*, p.61-83, aldaar p. 64. De auteur baseert zich op cijfers die het Centraal Bureau voor Statistiek (CBS) ophaalde met Enquête Beroeps Bevolking (EBB).

(psychische comorbiditeit). Ook een combinatie van psychische en lichamelijke problemen komt veelvuldig voor[29].

Ziektelast in DALY's
Om de impact van verschillende chronische ziekten op de volksgezondheid te beschrijven, is het niet voldoende om naar prevalentiecijfers te kijken. Wetenschappers gebruiken daarom DALY's, *Disability-Adjusted Life-Years.* DALY's bevatten niet alleen het aantal mensen dat een ziekte of aandoening heeft, maar ook het aantal verloren levensjaren en het aantal jaren dat geleefd wordt met gezondheidsproblemen. Dit geeft een nauwkeuriger beeld van de ziekten die de grootste impact hebben op de volksgezondheid (zie figuur 2.4).
Binnen de bevolking tussen de 15 en 65 jaar wordt de meeste ziektelast veroorzaakt door psychische stoornissen, nek- en rugklachten en hart- en vaatziekten. Hoewel psychische stoornissen, zoals angst- en stemmingsstoornissen, dus niet het meest voorkomen, veroorzaken deze wel de grootste ziektelast en vormen deze de belangrijkste oorzaak van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Voor veel ziekten stijgt de ziektelast naarmate de leeftijd en het aantal ziektejaren toeneemt, voor angst- en stemmingsstoornissen geldt dit niet.

Figuur 2.4 Top 5 ziekten op basis van ziektelast per leeftijdsgroep, 2011

	0-15 jaar	15-65 jaar	65+
1	Autistische spectrum stoornissen	Angststoornissen	Coronaire hartziekten
2	Verstandelijke handicap	Stemmingsstoornissen	Beroerte
3	Aangeboren afwijkingen hartvatenstelsel	Nek- en rugklachten	COPD
4	Angststoornissen	Coronaire hartziekten	Diabetes mellitus
5	Astma	Suïcide(poging)	Dementie

Bron: RIVM, ziektelast in 2011

2.3 Achtergrondkenmerken

Het aantal mensen met een chronische ziekte stijgt, maar de toename gaat niet voor alle bevolkingsgroepen gelijk op. Eerder kwam al de relevantie van leeftijd aan bod. Ook andere achtergrondkenmerken leggen aanzienlijke gezondheidsverschillen bloot.

Meer vrouwen dan mannen
Chronische ziekten komen meer voor onder vrouwen dan mannen: 34,7 tegenover 28,7 procent. Ook hebben vrouwen vaker te maken met multimorbiditeit[30]. Het is vooralsnog niet duidelijk wat de oorzaak van deze verschillen is. Mannen lopen meer risico op gehoorstoornissen, coronaire hartziekten en COPD, vrouwen op nek- en rugklachten, osteoporose en stemmingsstoornissen. Zelf rapporteren vrouwen dat zij het meest last hebben van migraine en hoge bloeddruk, bijna twee keer vaker dan mannen. Op latere leeftijd kampen vrouwen meer dan mannen met gewrichtsslijtage[31].

---

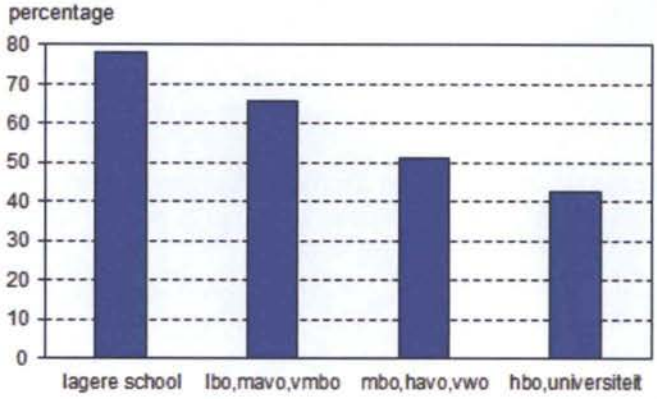
[29] Graaf, R. de [et al.] (2012) Prevalentie van psychische aandoeningen en trends van 1996 tot 2009; resultaten van nemesis,*Tijdschrift Psychiatrie,* 54, pp. 27-38.

[30] RIVM (2013) *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014, Nationaal Kompas Volksgezondheid.* Zie: *http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/chronische-ziekten-en-multimorbiditeit/verschillen-sociaaleconomisch/*

[31] Zie: *http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/gezondheid-welzijn/publicaties/artikelen/archief/2011/2011-03-09-vrouwen-chronische-ziekten-tk.htm*

Meer gezondheidsproblemen onder laagopgeleiden
De sociaal-economische verschillen tussen mensen met chronische ziekten zijn groot. Het percentage mensen dat aangeeft één of meer chronische aandoeningen te hebben is het hoogst in de laagste opleidingscategorie en het laagst in de hoogste opleidingscategorie (zie figuur 2.5)[32]. Van de mensen met alleen lagere school heeft 78 procent één of meer chronische aandoeningen; bij mensen met een hbo- of universitaire opleiding is dat 43 procent.

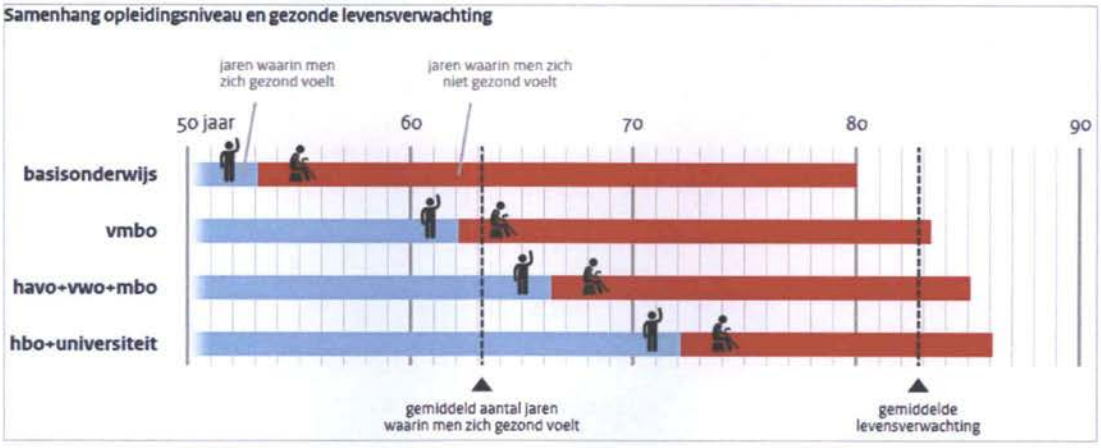
Figuur 2.5 Prevalentie van één of meer chronische aandoeningen onder 25-plussers naar opleidingsniveau, 2012



Bron: Gezondheidsmonitor GGD'en, CBS en RIVM, 2012

Een soortgelijk verschil is zichtbaar in levensverwachting. Hoe hoger de opleiding, hoe langer mensen gemiddeld leven. Opvallend zijn de grote verschillen in de *gezonde* levensverwachting (zie figuur 2.6). Laagopgeleide mensen voelen zich gemiddeld iets meer dan 53 jaar gezond, hoogopgeleide mensen veel langer, circa 72 jaar. Dit betekent dat mensen met een lagere opleiding niet alleen vaker chronisch ziek zijn, maar ook eerder gezondheidsproblemen ervaren. In veel gevallen zal dat moment ruim voor de pensioengerechtigde leeftijd aanbreken.

Figuur 2.6 Samenhang opleidingsniveau en gezonde levensverwachting



Bron: RIVM en CBS (2014)

[32] Savelkoul, M [et al.] (2013) 'Chronische ziekten en multimorbiditeit: Zijn er verschillen naar sociaaleconomische status?' In: RIVM (2013) *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid.*

Deze gezondheidsproblemen kunnen een gevolg zijn van verschillende (risico)factoren, zoals een minder gezonde levensstijl en minder gunstige woon- en werkomstandigheden[33]. Onder de eerste categorie vallen bijvoorbeeld roken, overgewicht en overmatig alcoholgebruik. Tot de tweede categorie behoren ongezonde luchtkwaliteit, het uitvoeren van fysiek zware arbeid en werk waarin de kans op een arbeidsongeval groter is.

Invloed van ongezonde levensstijl
Een ongezonde levensstijl vergroot de kans op gezondheidsproblemen en chronische ziekten. Levensstijl is een beïnvloedbare risicofactor en is dus van individueel gedrag afhankelijk. Toch tekenen zich duidelijke verschillen tussen sociaal-economische groepen af. Terwijl hoger opgeleiden steeds beter in staat lijken te zijn om gezonde keuzes te maken in hun woon-, werk- en leefomgeving, ontwikkelen laagopgeleiden over het geheel genomen juist minder vaak een gezonde levensstijl. De gezondheidskloof tussen laag- en hoogopgeleiden lijkt daardoor breder te worden[34].

Mensen die roken lopen het grootste risico om chronisch ziek te worden. Roken heeft een relatie met verschillende vormen van kanker, diabetes, hart- en vaatziekten en met longaandoeningen als COPD en astma. KWF Kankerbestrijding stelt dat 19% van de gevallen van kanker wordt veroorzaakt door roken[35]. Het RIVM berekende verder dat 13 procent van de totale ziektelast een gevolg is van roken. In 2012 rookte 23 procent van de mensen, in 2030 zal dit gedaald zijn naar 19 procent. Lageropgeleide mensen roken 1,5 keer zo vaak als hoger opgeleide mensen[36].
Ook tussen overgewicht en chronische ziekten is een relatie, zij het minder sterk dan bij roken. Zo wordt circa 5 procent van de ziektelast door overgewicht veroorzaakt. Het aandeel mensen met overgewicht is in Nederland 48 procent en dit zal naar verwachting de komende jaren gelijk blijven[37].
Tot slot is alcoholgebruik een risicofactor voor het krijgen van een chronische ziekte. Overmatig alcoholgebruik veroorzaakt momenteel 2,8 procent van de totale ziektelast[38].

Het is aan werknemers zelf om gezonde keuzes te maken. Sommige werkgevers proberen hun werknemers aan te moedigen om op de werkvloer gezonde leefstijlkeuzes te maken. Ook hanteren veel bedrijven een preventie of vitaliteitsbeleid. Daarmee kunnen zij een beperkte invloed op de leefstijl van individuele werknemers uitoefenen. Het staat werknemers immers vrij om buiten werktijd in de eigen woon- en leefomgeving (on)gezonde keuzes te maken. Werkgevers zijn in die zin afhankelijk van de welwillendheid en de medewerking van werknemers. Daar staat tegenover dat werknemers voor een gezonde en veilige werkomgeving afhankelijk zijn van hun werkgever en de werkzaamheden die zij uitvoeren. Chronische ziekten kunnen, zoals in paragraaf 3.4 nog aan bod zal komen, namelijk ook (deels) veroorzaakt worden door het werk of belastende arbeidsomstandigheden.

---

33 Verweij, A. (2010) 'Wat zijn sociaal-economische gezondheidsverschillen?' in: RIVM (2013) *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid.*
34 Wim Kohler, 'De gezondheidskloof wordt groter' in: *NRC*, 05 juni 2008 (Interview met prof. dr. Johan Mackenbach).
35 Zie: *www.kwf.nl*
36 RIVM (2014) *Een gezonder Nederland: Kernboodschappen van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014*, Den Haag, p. 14.
37 RIVM (2014) Een gezonder Nederland, p. 14.
38 RIVM (2014) Een gezonder Nederland, p. 14.

2.4 De rafelranden van de definitie

Een eenduidige afbakening zoals is gebruikt in de voorgaande twee paragrafen doet te weinig recht aan de heterogeniteit van de doelgroep van dit advies. Ook mensen waarbij geen chronische ziekte is vastgesteld kunnen immers ernstige en langdurige gezondheidsproblemen ondervinden die hun arbeidsparticipatie belemmeren. Anderzijds zijn er ook veel mensen met een chronisch ziekte die geen belemmeringen ervaren om aan het werk te gaan. De (medische) definitie bevat dus rafelranden.

Grensgevallen
Zo bevinden verschillende ziekten zich op het grensvlak van een acute ziekte en een chronische ziekte. Als symptomen lange tijd aanhouden, krijgen ze meer de kenmerken van een chronische ziekte. Andersom geldt dat chronische ziekten, zoals reumatoïde artritis en aids, één of meerdere acute fase(n) kunnen kennen. Ook over verschillende vormen van kanker wordt discussie gevoerd of de aanduiding chronische ziekte terecht is.

Risicofactoren
Daarnaast zijn er gezondheidsproblemen die meestal niet tot de chronische ziekten worden gerekend, maar die wel langdurig zijn, het risico op ziekte vergroten en tot belemmeringen in het werk kunnen leiden. Vaak zijn deze gerelateerd aan een ongezonde levensstijl. Te denken is aan (ernstig) overgewicht en andere lichamelijke risicofactoren, zoals een hoog cholesterolgehalte (hypercholesterolemie) en een verhoogde bloeddruk (hypertensie). Deze verschijnselen komen veelvuldig voor: 1 op de 3 mensen heeft in Nederland een verhoogde bloeddruk, 1 op de 4 mensen heeft een ongunstig cholesterolgehalte[39]. In specifieke werksituaties kunnen deze risicofactoren – zonder dat er in strikte zin sprake is van een chronische ziekte – toch tot ernstige belemmeringen leiden. Zo kan het voor vliegtuigpersoneel met een te hoge bloeddruk onverstandig of zelfs verboden zijn om de lucht in te gaan.

Medicalisering
Daar staat tegenover dat wetenschappers waarschuwen voor het gevaar van medicalisering: het onnodig behandelen van een medisch verschijnsel. De laatste jaren was dit actueel bij gevallen van hypercholesterolemie en hypertensie[40]. Het punt waarop artsen bij een hoge bloeddruk of een verhoogd cholesterolgehalte medicijnen voorschrijven is de afgelopen jaren steeds verder naar beneden bijgesteld[41]. Het gevolg van die ontwikkeling is dat negentig procent van de vijftigplussers tot voor kort als patiënt werd beschouwd[42]. Inmiddels is de trend weer gekeerd en zijn artsen bijvoorbeeld weer voorzichtiger met het voorschrijven van bloeddrukverlagers. Probleem van medicalisering is dat zowel het label zelf als de behandeling mensen onnodig kan belemmeren om aan het werk te gaan of te blijven.

Chronisch ziek ≠ ongezond ≠ beperkt
Tot slot is van belang vast te stellen dat het hebben van een chronische ziekte niet hetzelfde is als het hebben van een gezondheidsbeperking. Een chronische ziekte hoeft een actief leven niet in de weg te staan. Niet alle mensen met een chronische ziekte

---

[39] Blokstra, A. [et al.] (2011) *Nederland de Maat Genomen, 2009-2010. Monitoring van risicofactoren in de algemene bevolking*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

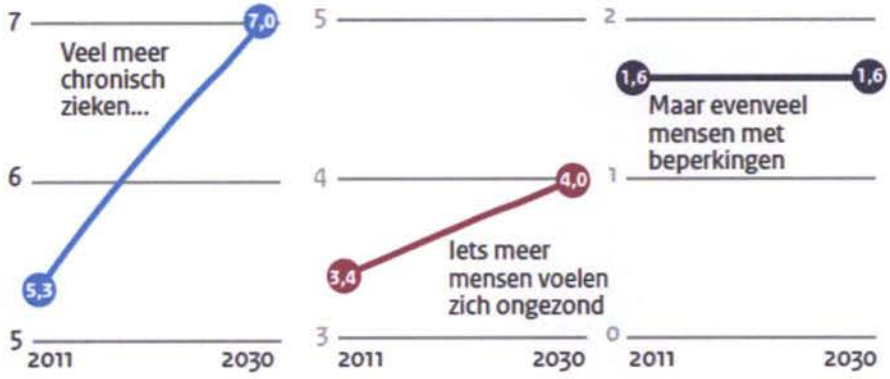
[40] Conrad, P. (2005) 'The shifting engines of medicalization', *Journal of health and social behavior* 46(1),pp. 3-14.

[41] Polder, J. (2012) *De gezondheidsepidemie*, p. 30.

[42] Westen, S. en Heath, I. (2005) 'Threshold for normal blood pressure and serum cholesterol' in: *British Medical Journal*, 330(7506), pp. 1461-1462.

voelen zich ongezond of beperkt. Het omgekeerde gaat ook op: niet alle gezonde mensen voelen zich gezond en onbeperkt. Het RIVM heeft onderzocht of de stijging van het aantal mensen met een chronische ziekte samengaat met een stijging van het aantal mensen dat zich ongezond of beperkt voelt (zie figuur 2.7). Het blijkt dat het aantal mensen dat zich ongezond voelt veel minder snel stijgt: van 3,4 miljoen in 2011 (21% van de Nederlandse bevolking) naar 4 miljoen (23%). Het aantal mensen dat zich beperkt voelt blijft met 1,6 miljoen gelijk.

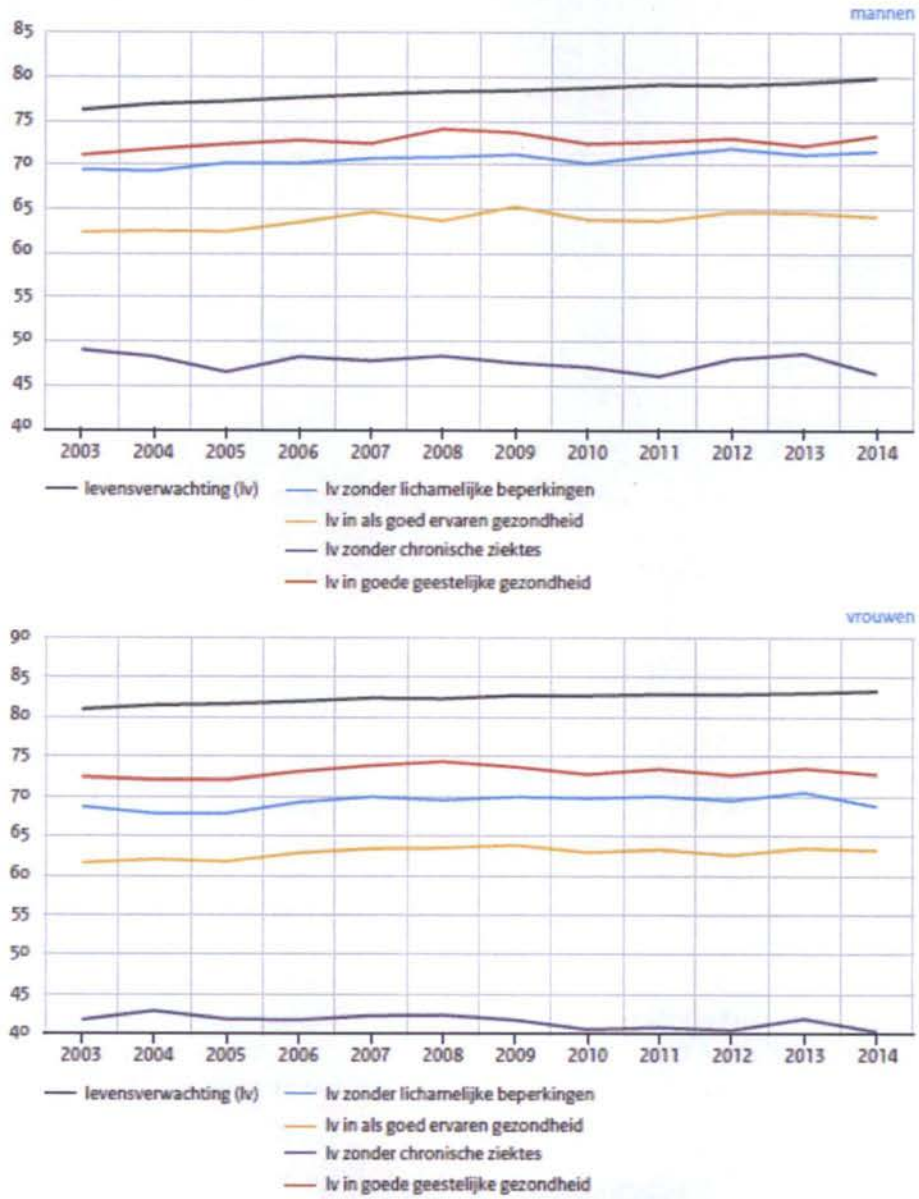
Figuur 2.7 2011-2030: Sterke toename van aantal mensen met een chronische ziekte, iets meer mensen voelen zich ongezond, aantal mensen met beperkingen blijft gelijk.



Bron: RIVM (2013) *Een gezonder Nederland*, p.11

Ook het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) maakt op basis van gegevens van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) onderscheid tussen het hebben van een chronische ziekte en de gezondheidsbeperkingen die daaruit voorvloeien. Onderzoek laat zien dat mensen gemiddeld langer leven, maar dat zij tegelijkertijd langer met een chronische ziekte te maken hebben. Daar zijn verschillende verklaringen voor aan te wijzen, zoals betere en snellere diagnoses van ziekten, betere behandelingen waardoor mensen niet overlijden aan een ziekte, en ook ongezonde levensstijlkeuzes waardoor een ziekte zich eerder manifesteert.
Het aantal levensjaren in een als *goed* ervaren gezondheid neemt echter eveneens toe (zie figuur 2.8). Een chronische ziekte hebben en een goede gezondheid ervaren hoeven elkaar dus niet uit te sluiten. Doel van gezondheidsbeleid, zoals bijvoorbeeld het aanmoedigen van gezonde levensstijlkeuzes, zou in de eerste plaats moeten zijn om bij Nederlanders uit alle lagen van de bevolking het verwachte aantal levensjaren in een als goed ervaren gezondheid te laten toenemen.

Figuur 2.8 Gemiddelde levensverwachting bij mannen en vrouwen, inclusief jaren zonder chronische ziekten en jaren in goede gezondheid (2003-2014)



Bron: SCP (2015) *De sociale staat van Nederland 2015*, p. 181.

Ter illustratie (zie figuur 2.9): Een vrouw die in 2013 geboren is heeft een hogere levensverwachting dan een vrouw uit 1981 (83 tegenover 79,6 levensjaren). Daarnaast zal zij gemiddeld genomen langer te maken krijgen met een chronische ziekte dan haar oudere evenknie (42 tegenover 51,5 jaren). Voor mannen geldt hetzelfde. Daar staat tegenover dat het verwachte aantal levensjaren in een als goed ervaren gezondheid stijgt. Zowel mannen als vrouwen die in 2013 zijn geboren, zullen zich langer gezond voelen dan hun oudere evenknieën (64,6 en 63,5 tegenover 59,3 en 62,8 jaren).

Figuur 2.9 Gemiddelde levensverwachting, inclusief jaren zonder chronische ziekten en jaren in goede gezondheid 1983, 2013

Geboren in		Levensverwachting bij geboorte	Verwachte aantal jaren zonder chronische ziekte	... in ervaren goede gezondheid
1983	**Vrouw**	79,6 jaar	51,5 jaar	62,8 jaar
	Man	72,9 jaar	52,7 jaar	59,3 jaar
2013	**Vrouw**	83 jaar (+3,4)	42 jaar (-9,5)	63,5 jaar (+0,7)
	Man	79,4 jaar (+6,5)	48,7 jaar (-4)	64,6 jaar (+5,3)

Bron: CBS (2013) Gezonde levensverwachting vanaf 1981

Geen eenduidige afbakening
De SER richt zich in dit advies primair op de mensen binnen de beroepsbevolking die met somatische en/of psychische chronische ziekten te maken hebben. Het voorgaande laat echter zien dat het vrijwel onmogelijk is om deze groep exact af te bakenen. De raad zal daarom geen scherpe grens trekken tussen mensen die wel en niet tot de doelgroep behoren. Dat is ook niet functioneel aangezien knelpunten en mogelijk ook oplossingen op verschillende groepen van toepassing zijn, onder wie ook mensen met een niet-chronische ziekte en mensen met een (lichamelijke) handicap.

2.5 Een andere kijk op gezondheid

Een dynamische definitie van gezondheid
De bevindingen uit de vorige paragraaf sluiten aan bij de manier waarop gezondheid steeds vaker gedefinieerd wordt. Gezondheid is niet meer "een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welzijn", zoals de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO) in 1948 formuleerde[43]. Huber en collega's zijn tot een dynamische definitie van gezondheid gekomen die een andere richtsnoer biedt, namelijk: "gezondheid als het vermogen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven"[44]. Huber heeft deze definitie getoetst bij patiënten, behandelaren en beleidsmakers. De definitie kan daarmee op brede steun rekenen. Bij Huber komt de aandacht te liggen op persoonlijke groei, ontwikkeling en mogelijkheden, anders dan bij de eerdergenoemde definitie van de WHO[45]. Het merendeel van mensen met een chronische ziekte zal nooit gezond zijn volgens de traditionele normen, maar is wel in staat om de eigen regie te voeren over werk en leven, al dan niet met behulp van enkele aanpassingen.

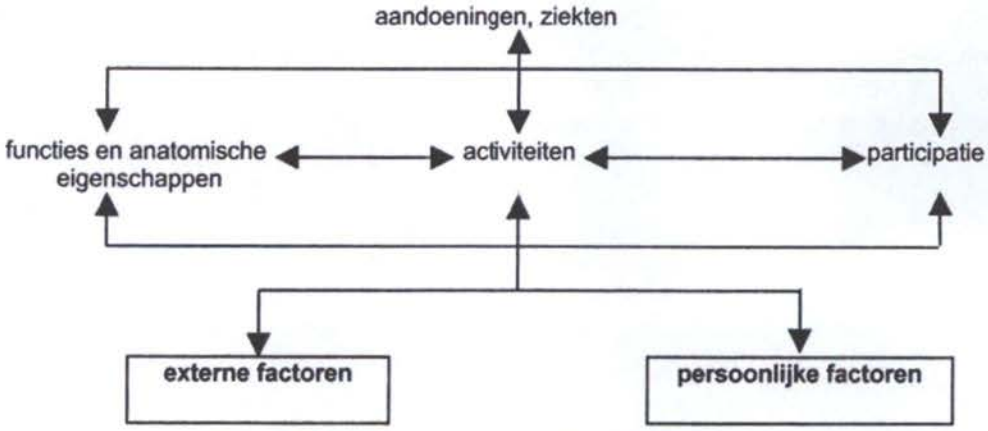
Het ICF-model
De *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF) sluit goed aan bij de dynamische definitie van Huber (zie figuur 2.10). De ICF is een bio-psychosociaal model dat onderzoekers en medici gebruiken om te beschrijven of, en zo ja, in hoeverre een ziekte of aandoening bij een individu tot functiebeperkingen leidt[46]. Het bijzondere van de ICF is dat deze helder in beeld brengt dat het functioneren en het werkvermogen niet alleen afhankelijk zijn van de gediagnosticeerde ziekte of aandoening, maar ook van externe en persoonlijke factoren. Daarnaast maakt het model op drie verschillende niveaus onderscheid tussen verschillende soorten beperkingen: beperkingen in

---

[43] Zie *www.who.int*
[44] Huber, M. (2010) *Invitational Conference 'Is health a state or an ability? Towards a dynamic concept of health'* en Huber, M. [Et al.] (2011) 'How should we define health?' in: *British Medical Journal*, nr. 343, pp. 235-237.
[45] Zie *www.who.int*
[46] Zie bijvoorbeeld *http://www.rivm.nl/who-fic/in/BrochureICF.pdf*

lichamelijke en psychische functies en anatomische eigenschappen; beperkingen in het ontplooien van activiteiten; en beperkingen op het gebied van (duurzame) maatschappelijk participatie. In hoofdstuk vier wordt dieper ingegaan op het ICF-model.

Figuur 2.10 Basismodel ICF, de wisselwerking tussen de verschillende aspecten van de gezondheidstoestand en externe en persoonlijke factoren



Bron: WHO-FIC Collaborating centre (2002) *ICF, Nederlandse vertaling van de 'International Classification of Funtioning, Disability and Health'.*

Mogelijkheden als uitgangspunt

De gezondheidsdefinitie van Huber en het ICF-model passen in een denkwijze die steeds meer gemeengoed is, namelijk dat het bij ziekte en arbeidsongeschiktheid niet gaat om beperkingen van mensen maar om hun mogelijkheden. Ook in dit advies is het uitgangspunt dat de meeste mensen kunnen werken, met of zonder chronische ziekte. Net als bij gezonde werknemers is het vooral de vraag hoe zij naar hun werkvermogen kunnen worden ingezet en hoe zij tot op hogere leeftijd kunnen doorwerken. Wel lijken er obstakels te zijn waarmee mensen met een chronische ziekte eerder te maken krijgen dan anderen. Daarover gaat hoofdstuk 4. Met de toename van het aantal mensen met een chronische ziekte groeit de urgentie om die obstakels uit de weg te ruimen. Wat de positie van werkende en werkzoekende mensen met een chronische ziekte op dit moment is, komt aan bod in hoofdstuk 3.

3. Aan het werk met een chronische ziekte

3.1 Inleiding

In het vorige hoofdstuk werd duidelijk dat circa 1 op de 5 mensen binnen de potentiële beroepsbevolking te maken heeft met een chronische ziekte, in totaal 2,3 miljoen mensen. Een deel van hen werkt, een deel niet. De arbeidsparticipatie van mensen met een chronische ziekte is lager dan wenselijk en nodig is. In elk geval is deze lager dan die van gezonde mensen[47]. Ook zijn er aanwijzingen dat mensen met een chronische ziekte vaker werk doen dat hen onder- of overbelast[48]. Kennelijk lukt het nog niet om uitval te voorkomen en mensen naar hun maximale werkvermogen in te zetten. Dat terwijl in de toekomst alle mensen die kunnen werken hard nodig zijn en mensen langer zullen doorwerken dan voorheen. Ook voor de mensen met een chronische ziekte zelf is het van belang om zoveel mogelijk te (blijven) participeren in de maatschappij.

Opbouw hoofdstuk
In dit hoofdstuk staat de arbeidspositie van mensen met één of meer chronische ziekten centraal. De tweede paragraaf gaat in op de arbeidsparticipatie van mensen met een chronische ziekte. Paragraaf 3.3 gaat in op mensen met een chronisch ziekte die als werknemer aan de slag zijn en die als zelfstandigen werken. Vervolgens wordt stilgestaan bij de gezondheidsrisico's die met werk gepaard kunnen gaan en de aandoeningen die door werk veroorzaakt worden (beroepsziekten) (par. 3.4). In paragraaf 3.5 wordt gekeken naar ziekteverzuim, uitval en productiviteitsverlies. Paragraaf 3.6 is gewijd aan de groep mensen die geheel of gedeeltelijk buiten de arbeidsmarkt staan en een uitkering ontvangen. Daarna wordt een vergelijking gemaakt tussen de Nederlandse en Europese situatie (par. 3.7). Tot slot volgen de conclusies van dit hoofdstuk (par. 3.8).

3.2 Arbeidsparticipatie

Uiteenlopende participatiecijfers
Voor de arbeidsparticipatiegraad van mensen met een chronische ziekte is geen eenduidig cijfer beschikbaar. De schattingen lopen behoorlijk uiteen (zie figuur 3.1). Klabbers en collega's komen op basis van een literatuurstudie tot de conclusie dat de arbeidsparticipatie van mensen met een chronische ziekte in Nederland ergens tussen de 25 en de 57 procent ligt[49]. De laagste schatting is afkomstig van het NIVEL, met een participatiegraad van 25 procent[50]. Het RIVM komt daarentegen uit op een participatiegraad van ongeveer 70 procent, niet veel minder dan die van gezonde mensen[51]. De grote verschillen worden verklaard door de gehanteerde definities van de begrippen 'chronisch ziek' en 'arbeidsparticipatie'. Het RIVM kijkt bijvoorbeeld alleen naar mensen met een chronische ziekte in de leeftijdscategorie 25-65 jaar en gebruikt de meest recente definitie van arbeidsparticipatie[52]. Daarin is al sprake van arbeid als de arbeidsduur één uur per week is. Daarnaast lijkt ook de gebruikte onderzoekmethode

---

[47] Echteld, P. van (2012) 'Ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid in internationaal perspectief' in: SCP, *Belemmerd aan het werk*, pp. 84-104, aldaar p. 102.
[48] Zie bijvoorbeeld werknemers in de zorg die relatief vaker chronisch ziek zijn en die mogelijk te maken hebben met overbelasting; TNO (2013) *Arbobalans 2012*, p. 38
[49] Klabbers, G. [et al.] (2014) *Krachtig en kwetsbaar. Onderzoek naar de ervaringen met arbeidsparticipatie en sociale participatie van mensen met chronische ziekten en beperkingen*, p. 17.
[50] NIVEL (2013) *Kennissynthese chronisch ziek en werk*, p. 13.
[51] RIVM (2013) *Gezondheid en maatschappelijke participatie*, p. 55.

van invloed. Het NIVEL heeft het cijfer bijvoorbeeld gebaseerd op een panelonderzoek waarin vermoedelijk zwaarder beperkte mensen zitten dan in andere onderzoekspopulaties. Ongeacht de verschillen lijkt de conclusie gerechtvaardigd dat de arbeidsparticipatie van mensen met een chronische ziekte lager ligt dan gemiddeld. Aangenomen mag worden dat naast een gediagnosticeerde chronische ziekte, ook andere achtergrondkenmerken, zoals leeftijd en opleidingsniveau, van invloed zijn op de achterblijvende arbeidsparticipatie van deze groep mensen.

Figuur 3.1 Overzicht cijfers arbeidsparticipatie werknemers met een chronische ziekte

Onderzoek	Definitie chronisch ziek	Definitie arbeidsparticipatie	Percentage
RIVM (2012)	Zelfgerapporteerde ziekten (25-65 jaar)	> 1 uur per week	±70%
GGD'en, CBS en RIVM (2012)	Zelfgerapporteerde ziekten	> 12 uur per week	68%
CBS, TNO en UWV (2010)	Personen met een langdurige aandoening, arbeidsgehandicapten, arbeidsbeperkten en arbeidsongeschikten.	> 12 uur per week	57%
SCP op basis van EU-SILC (2009/2010)	Personen met langdurige aandoeningen (20-65 jaar)	> 1 uur per week	56%
Capabel Hogeschool, CPB op basis van Eurostat (2011)	Personen die door een langdurig gezondheidsprobleem en/of een "basic activity difficulty (such as seeing, hearing, walking, communicating)" worden gehinderd in werk	> 1 uur per week	43%
ROA, CBS op basis van EBB (2013)	Zelfgerapporteerde arbeidshandicaps	> 12 uur per week	33,2%
NIVEL (2011)	Panelleden NPCG, mensen met chronische ziekten of matige tot ernstige beperkingen (15-64 jaar)	> 12 uur per week	25%

Verschillen tussen chronische ziekten

De ene chronische ziekte is de andere niet. Het ligt voor de hand dat de participatiegraden tussen groepen chronische ziekten verschillen. Toch is er weinig vergelijkend onderzoek beschikbaar[53]. In de studie van Klabbers zijn de arbeidsparticipatiecijfers van acht groepen chronisch ziekten in kaart gebracht. Hoewel het een kleinschalige studie is van slechts enkele aandoeningen, bevestigt het onderzoek het vermoeden dat participatiecijfers verschillen per patiëntengroep (zie figuur 3.2). Het is opvallend dat sommige groepen, zoals mensen met Hiv/ aids of migraine, hoger scoren dan de gemiddelde participatiegraad van 67 procent binnen de totale beroepsbevolking.

[52] Per 1 januari 2015 hanteert het CBS dezelfde definitie van arbeidsparticipatie als de ILO waardoor iedereen die voor minstens 1 uur per week betaald werk heeft tot de werkzame beroepsbevolking wordt gerekend. Voorheen lag de grens op minimaal 12 uur per week.

[53] Bartholomée, Y. [et al.] (2013) *Op eigen kracht aan het werk. Literatuurstudie naar de arbeidsparticipatie van acht groepen chronisch zieken en gehandicapten.*

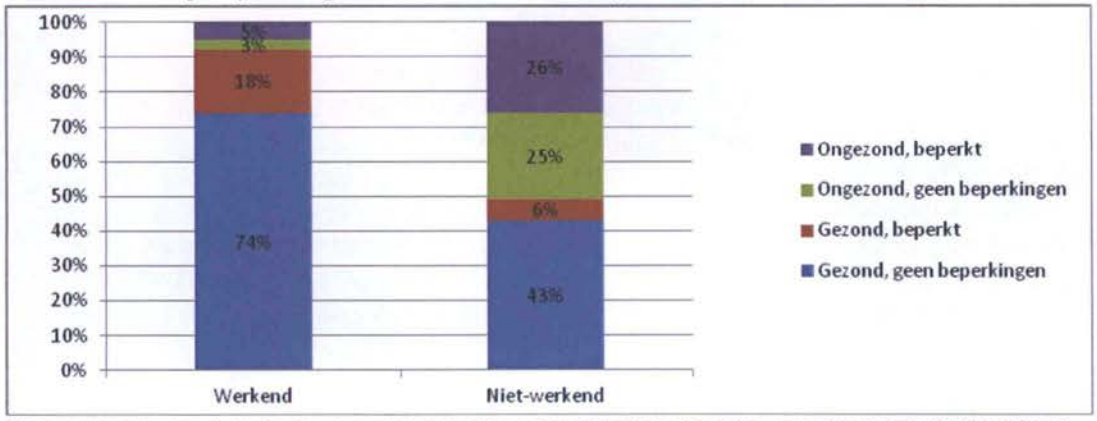
Figuur 3.2 Percentages arbeidsparticipatie 8 groepen chronisch ziekten

Groep	Arbeidsparticipatie op basis van (buitenlandse*) literatuur	Arbeidsparticipatie op basis van vragenlijstonderzoek
Autisme	25%*	57%
Cystic Fibrosis	57%	54%
Hiv/ aids	32-62%*	86%
Hoofdpijn/ migraine	±55%*	70%
Neurofibromatose	-	76%
Nieraandoeningen	52-56%	63%
Sarcoïdose	51%	69%
Visuele beperkingen	37%	37%

bron: Klabbers (2013) *Krachtig en kwetsbaar*, p.410

Ervaren gezondheid doorslaggevend
Zoals in het voorgaande hoofdstuk is uiteengezet, zijn ervaren gezondheid en beperkingen bepalend voor de ziektebeleving en het welbevinden van mensen met een chronische ziekte. Deze aspecten zijn eveneens doorslaggevend voor het vinden en behouden van werk. Zo vond het RIVM dat 77 procent van de mensen die zich ondanks een chronische ziekte gezond en onbeperkt voelen, aan het werk zijn en dat is vergelijkbaar met de arbeidsparticipatie van mensen zonder chronische ziekten. Zodra mensen met een chronische ziekte beperkingen ervaren of zich ongezond voelen, daalt de participatiegraad aanzienlijk, naar 40 respectievelijk en 49 procent.
Ook figuur 3.3 laat het belang van ervaren gezondheid en beperkingen zien. Het grootste deel van de mensen met een chronische ziekte voelt zich gezond en ervaart geen beperkingen, ook onder niet-werkenden. Zodra mensen zich echter ongezond voelen, is de kans veel groter dat zij niet werken. Van de niet-werkenden voelt 25 procent zich ongezond en 26 procent voelt zich ongezond én beperkt. Bij werkenden is dat 3 resp. 5 procent.

Figuur 3.3 Werkende en niet-werkende mensen met een chronische ziekte (19-64 jaar) naar gezondheidskenmerken, 2012



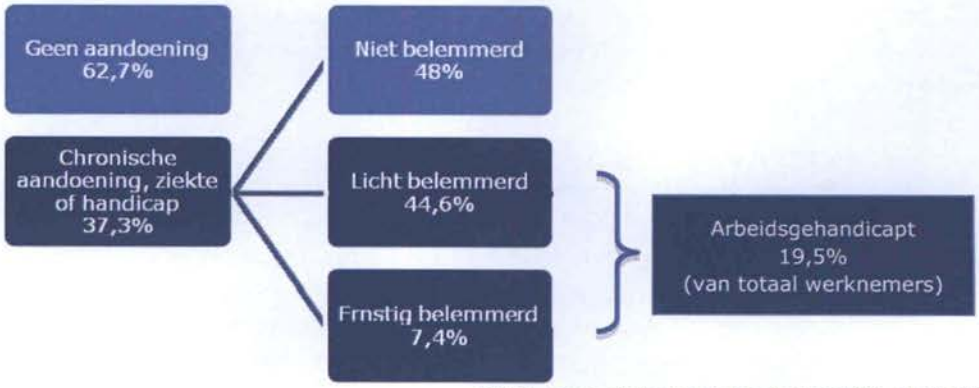
Bron: geconstrueerd op basis van gegevens Ellen de Hollander, Carolien van den Brink (RIVM, 2015)

3.3 Werknemers en zelfstandigen met een chronische ziekte

Belemmeringen onder werknemers
In de Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden (NEA) onderzoekt TNO de kenmerken en omstandigheden van werknemers, waaronder ook degenen met een chronische ziekte. Vraag is in hoeverre werknemers met een chronische aandoening problemen ondervinden bij het uitoefenen van hun werk. Iets minder dan de helft zegt geen belemmeringen te ervaren (zie figuur 3.4), iets meer dan de helft voelt zich wel

belemmerd: circa 45 procent ervaart lichte belemmeringen en 7,4 procent is sterk belemmerd. Vrouwen en oudere werknemers hebben eerder last van belemmeringen dan andere subgroepen.

Figuur 3.4 Belemmeringen onder *werknemers* met chronische aandoeningen



Bron: geconstrueerd op basis van TNO, NEA 2012

Gerapporteerde ziekten en aandoeningen

In het TNO-onderzoek is ook gevraagd welke chronische ziekten, aandoeningen en/of handicaps werknemers met een chronische ziekte hebben. Problemen aan het bewegingsapparaat worden veruit het vaakst genoemd. Ook migraine en ernstige hoofdpijn komen gemiddeld iets vaker voor, zeker onder jongeren. Ten slotte zijn ook longproblemen zoals astma, bronchitis en emfyseem relatief veelvoorkomend (zie figuur 3.5). Opvallend is het lage aantal gerapporteerde psychische aandoeningen, waarvan bekend is dat deze de grootste ziektelast veroorzaken. Vermoedelijk is hier sprake van onderrapportage door werknemers.

Figuur 3.5 De 10 meest gerapporteerde chronische aandoeningen (%) onder werknemers

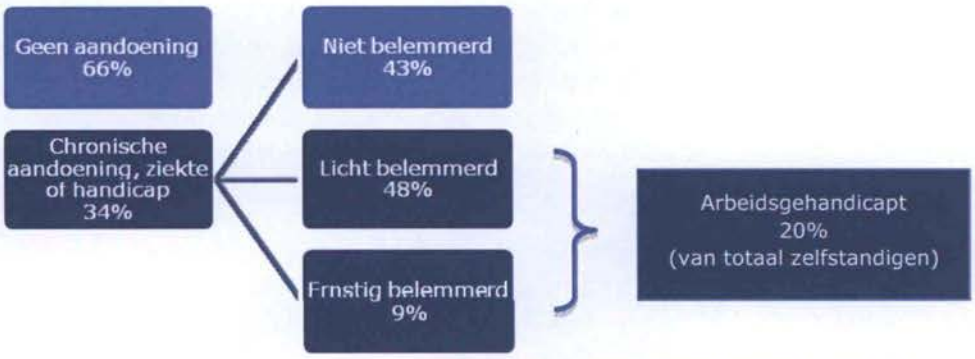
Chronische aandoening	**Totaal**	**15-24 jaar**	**25-54 jaar**	**56-64 jaar**
Problemen met rug en nek (Ook artritis, reuma, RSI)	10,3	4,8	10,3	15,5
Problemen met benen en voeten (Ook artritis, reuma, RSI)	5,8	3,2	5,2	11,2
Migraine of ernstige hoofdpijn	5,8	4,8	10,3	15,5
Problemen met armen en handen (Ook artritis, reuma, RSI)	5,7	2,0	5,4	10,3
Astma, bronchitis, emfyseem	5,3	6,7	4,9	5,6
Maag- of darmstoornissen	3,7	2,2	3,9	4,5
Psychische klachten of aandoeningen	3,1	2,4	3,1	3,6
Hart- of vaatziekten	3,0	0,4	2,1	9,1
Suikerziekte	2,4	0,5	1,9	6,1
Gehoorproblemen	2,1	0,7	1,8	4,9

Bron: TNO, NEA 2012

Jonge werknemers met een chronische ziekte
Hoewel oudere werknemers veel vaker te maken hebben met een chronische ziekte dan jonge werknemers, groeit de groep jongeren met een chronische ziekte die in aanmerking komt voor werk. Volgens de laatste schattingen krijgt iets meer dan een half miljoen jongeren tijdens zijn of haar jeugd te maken met een chronische ziekte (circa 10%)[54]. Het overgrote deel (90%) van die kinderen bereikt dankzij de goede kindergeneeskunde de volwassen leeftijd[55]. Ongeveer een kwart van de jongeren onder de 25 jaar geeft aan een chronische aandoening, ziekte of handicap te hebben. Van degenen die werken geeft bijna de helft aan geen belemmeringen te ervaren, de rest ervaart lichte tot ernstige belemmeringen in het werk[56].

Belemmerd in ondernemerschap
Steeds meer Nederlanders zijn als zelfstandig ondernemer actief. Onder deze groep werkenden bevinden zich vanzelfsprekend ook mensen met één of meer chronische ziekten. In de Zelfstandigen Enquête Arbeidsomstandigheden (ZEA) 2012 van TNO geeft ongeveer een derde van de zelfstandigen aan dat hij of zij een langdurige ziekte, aandoening of handicap heeft[57]. Dit aandeel is iets lager dan onder werknemers (37,3%). Net als onder werknemers zijn het vaak de oudere zelfstandigen die met een chronische ziekte te maken hebben. Ook als het gaat om ervaren belemmeringen in het werk vertonen zelfstandigen nagenoeg dezelfde kenmerken als werknemers. Het aantal mensen met een lichte of ernstige belemmering is alleen iets groter (zie figuur 3.6).

Figuur 3.6 Belemmeringen onder *zelfstandigen* met chronische aandoeningen



Bron: geconstrueerd op basis van TNO, NEA 2012

Zelfstandig ondernemerschap: uitkomst of uitvlucht?
De vraag is of het zelfstandig ondernemerschap een aantrekkelijke of juist minder aantrekkelijke keuze is voor mensen met een chronische ziekte. Sommige wetenschappers stellen dat het een positief effect heeft op de gezondheid[58]. Zij beweren

---

54 R. Gijsen R [et al.] (2014) "Hoeveel mensen hebben één of meer chronische ziekten?" In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid.*

55 Anneloes van Staa (2012) *Op eigen benen. Jongeren met chronische aandoeningen en hun preferenties en competenties voor de zorg*. Proefschrift.

56 CBS/ TNO (2012) *Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden*, p. 74.

57 CBS/ TNO (2012) *Zelfstandigen Enquête Arbeidsomstandigheden*, p. 61, 89. Achter de overkoepelende term 'zelfstandigen' gaan in de ZEA 2012 één grote en twee kleine subgroepen schuil: zelfstandig ondernemers (een groep die bestaat uit 'nieuwe' zzp'ers, 'klassieke' zzp'ers en zelfstandigen met personeel) (n=3.031), Directeuren-Grootaandeelhouders (DGA) (n=531) en overige niet-werknemers die betaalde arbeid verrichten (n=355). Bijna 80 procent van de ondervraagde zelfstandig ondernemers is zelfstandige *zonder* personeel.

58 Stephan, U. en Roesler, U. (2010) 'Health of entrepeneurs versus employees in national representative sample',*Journal of Occupational and Organizational Psychology* (Volume 83, nummer 3), p. 717-738.

dat zelfstandigen een actiever bestaan leiden en over het geheel genomen gezonder zijn. Dit heeft te maken met de vrijheid en ruimte die zij hebben om de werkzaamheden te verdelen over de beschikbare werktijd.

Andere wetenschappers zijn daar niet van overtuigd[59]. Zij denken dat mensen met een goede gezondheid eerder bereid zijn risico's te nemen en daarom sneller kiezen voor het zelfstandig ondernemerschap dan mensen met een minder goede gezondheid. Het zelfstandig ondernemerschap kan in voorkomende gevallen zelfs een negatieve impact hebben op de gezondheid van het individu. Omdat zelfstandigen de volledige verantwoordelijkheid dragen voor het voortbestaan van hun onderneming, staan zij vaker onder grote druk en hebben zij meer last van stress dan werknemers die voor een baas werken. Ook zou het kunnen dat mensen met een chronische ziekte eerder als zelfstandige werken, vooral als zzp'er, om risico's van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid bij een werkgever weg te nemen. Verzekeringspremies dragen ze eventueel zelf af. Zo maken zij mogelijk een grotere kans op werk dan in de hoedanigheid van werknemer.

De gepresenteerde cijfers geven geen doorslaggevend antwoord op de vraag of het zelfstandig ondernemerschap een uitkomst of uitvlucht is. Vermoedelijk gaan alle verklaringen in elk geval ten dele op en zijn hier ook weer de individuele verschillen groot.

3.4 Ziek zijn van het werk

Ziek zijn op het werk ≠ ziek zijn van het werk
Het feit dat werkenden ziek zijn *op* het werk betekent lang niet altijd dat zij ziek zijn *van* het werk. Tegen de 70 procent van de werkenden denkt *niet* dat hun gezondheidsproblemen veroorzaakt zijn door het werk. Wel zijn er beroepen en functies die het risico op ziekten vergroten en ook sectoren waarin ziekten vaker voorkomen. Bekende voorbeelden zijn beroepen en sectoren waarin met giftige of kankerverwekkende stoffen wordt gewerkt of die fysiek of mentaal zwaar zijn.
Uit onderzoek van TNO blijkt dat ongeveer 6,5 procent van de werknemers en 7 procent van de zelfstandigen met een ziekte of handicap denkt dat deze *hoofdzakelijk* het gevolg is van het werk[60]. Ongeveer 15 procent van de werknemers en 18 procent van de zelfstandigen denkt dat de ziekte of handicap *voor een deel* veroorzaakt is door het werk. Werk is dus een belangrijke risicofactor voor chronische ziekten, maar het is volgens de meeste mensen niet de doorslaggevende factor.

Beroepsziekten
Wanneer een ziekte of aandoening "in overwegende mate door werk of arbeidsomstandigheden" veroorzaakt is, is er volgens het Nederlandse Centrum voor Beroepsziekten (NCvB) sprake van een beroepsziekte[61]. In 2014 heeft het NCvB 8.513 meldingen van beroepsziekten ontvangen en geregistreerd[62]. Bedrijfsartsen die betrokken zijn bij het Peilstation Intensief Melden (PIM) rapporteerden 242 nieuwe gevallen van beroepsziekten per 100.000 werknemers. Zij schatten dat 17.400 mensen in 2014 een nieuwe beroepsziekte opliepen. Psychische aandoeningen en aandoeningen aan het houding- en bewegingsapparaat werden het vaakst gerapporteerd. Een hoge

---

[59] Rietveld, C.A., Kippersluis, H. van en Thurik, R. (2013) *Self-employment and health: Barriers or Benefits?*
[60] CBS/TNO (2012) *Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden* en CBS/ TNO (2012) *Zelfstandigen Enquête Arbeidsomstandigheden.*
[61] NCvB (2007) *Signaleringsrapport beroepsziekten 2007.*
[62] NCvB (2015) *Kerncijfers beroepsziekten 2015.*

werkdruk en een hoge fysieke werkbelasting worden door de bedrijfsartsen gezien als de belangrijkste arbeidsrisico's. Daarnaast wordt ook hoge psychosociale arbeidsbelasting de laatste jaren steeds vaker genoemd als arbeidsrisico[63]. De vijf sectoren met de hoogste beroepsziekten-incidentie zijn: bouwnijverheid (1,2%), vervoer en opslag (0,5%), financiën (0,3%), onderwijs (0,3%) en openbaar bestuur en defensie (0,2%)[64].

3.5 Ziekteverzuim, uitval en productiviteitsverlies

Ziekteverzuim
Hoewel het aantal werkenden met een chronische ziekte vrij rap toeneemt, is het totale ziekteverzuim de laatste jaren licht gedaald. De aard van het ziekteverzuim is de afgelopen jaren niet of nauwelijks veranderd. Het meeste verzuim wordt veroorzaakt door lichamelijke klachten (74%) of door een combinatie van lichamelijke en psychische klachten (18%). Psychische klachten worden minder vaak (8%) als reden aangevoerd[65].

Het ligt voor de hand om te verwachten dat mensen met een chronische ziekte eerder verzuimen vanwege ziekte dan andere mensen. Dit is ook één van de veronderstelde redenen waarom drie op de tien werkgevers minder geneigd zijn om iemand uit deze doelgroep aan te nemen[66]. Onderzoek toont echter aan dat mensen met een chronische ziekte nauwelijks vaker verzuimen dan werknemers in het algemeen. In 2010 gaf 56 procent van de mensen met een chronische ziekte (of matige tot ernstige beperkingen) aan de afgelopen 12 maanden verzuimd te hebben; in 2008 werd voor alle werknemers nog een percentage van 52 procent gevonden[67]. Wanneer ook naar de duur van het verzuim wordt gekeken, ontstaat een ander beeld. Het gemiddelde aantal verzuimdagen per jaar van werkenden met een chronische ziekte of handicap in 2010 was 31 dagen, voor de gehele werkzame bevolking werd in 2008 een getal van 14 dagen gevonden. Werknemers met een chronische ziekte verzuimen dus niet vaker, maar als ze door gezondheids- of werkgerelateerde problemen toch verstek moeten laten, duurt het over het algemeen langer voordat ze opnieuw aan de slag kunnen.

Uitval
Langdurig ziekteverzuim kan na verloop van tijd leiden tot uitval. Het SCP vindt in onderzoek dat werknemers die door ziekte langer dan twee weken verzuimd hebben na een periode van twee jaar vaker werkloos thuis zitten dan werknemers die niet verzuimd hebben. Het is belangrijk uitval tijdens of na ziekte te voorkomen omdat terugkeren op de arbeidsmarkt zeer moeilijk is. SCP-onderzoek laat zien dat werknemers die hun baan zijn kwijtgeraakt meer moeite hebben om opnieuw aan de slag te gaan dan werknemers die bij hun eigen werkgever kunnen werken aan herstel en re-integratie[68].

Productiviteitsverlies
Het (tijdelijke) productiviteitsverlies dat ontstaat wanneer iemand ondanks ziekte doorwerkt wordt ook wel 'presenteïsme' of 'sickness presenteeism' genoemd. In hoofdstuk 2 is reeds het model van DALY's, de ziektelast uitgedrukt in verloren levensjaren, geïntroduceerd. Als aanvulling op dit model drukt het RIVM de ziektelast voor arbeidsproductiviteit uit in Disease Adjusted Working Years, ofwel DAWY's,

---

63 SCP (2014) *Aanbod van arbeid 2014*, p. 83.
64 Hierbij kan meespelen dat bijvoorbeeld de bouwsector zeer nauwkeurig beroepszieken rapporteert, wellicht nauwkeuriger dan andere sectoren.
65 SCP (2014) *Aanbod van arbeid 2014*, p. 90.
66 APE (2014) *Verzekeringsgraad kleine werkgevers*, p. 46.
67 NIVEL (2013) *Kennissynthese chronisch ziek en werk*, p. 16.
68 Arts, D. en Deursen, C. van (2012) "Kans op werk van arbeidsbeperkten zonder uitkering" in: SCP (2012) *Belemmerd aan het werk*, p. 194-215.

waarmee onder meer verminderde arbeidsproductiviteit tijdens werk kan worden becijferd. Opvallend is dat bij een aantal chronische ziekten het gemiddelde arbeidsproductiviteitsverlies door presenteïsme lager ligt dan binnen de groep zonder chronische ziekten[69]. Dit is het geval bij mensen met hart- en vaatziekten, aandoeningen aan de luchtwegen zoals astma, spijsverteringsziekten en huidziekten. Voor neurologische aandoeningen, ziekten aan het bewegingsapparaat en psychische aandoeningen ligt het gemiddelde productiviteitsverlies wel hoger, met het grootste verlies bij de laatstgenoemde groep. De verminderde productiviteit als gevolg van presenteïsme bij werkenden met een psychische aandoening is in Nederland 8.500 arbeidsjaren.

Kosten gezondheidsgerelateerde non-particpatie
TNO heeft in hetzelfde onderzoek alle kosten van 'gezondheidsgerelateerde non-participatie' bestudeerd. Er is daarvan sprake wanneer "werkenden vanwege gezondheidsproblemen (tijdelijk) niet volwaardig deel kunnen nemen aan het arbeidsproces". Er wordt in het rapport onderscheid gemaakt tussen de kosten van verzuim, presenteïsme, de uitstroom uit arbeid en de gezondheidszorg. Hiermee ontstaat een relatief nauwkeurige schatting van de kosten voor de werkgever, de werknemer en de maatschappij.

Figuur 3.7 Overzicht kosten non-participatie per aandoening in 2008

	Prevalentie	Kosten (miljoen euro)		
	Werkzame beroepsbevolking (N)	Privaat (verzuim en productiviteits-verlies)	Publiek (zorg en uitkeringen)	Totaal
Klachten aan het bewegingsapparaat	1.180.242	2.877	1.257	4.134
Psychische klachten/ aandoeningen	187.741	1.835	1.336	3.171
Maag- en darmstoornissen	278.158	2.275	348	2.623
Migraine of ernstige hoofdpijn	427.209	2.043	3[b]	2.046
Astma, bronchitis, emfyseem	400.636	1.761	161	1.922
Hart- en vaatziekten	208.128	772	752	1.524
Levensbedreigende ziekten	58.353	493[a]	408	901
Suikerziekte	161.820	518	162	680
Gehoorproblemen	171.148	161[a]	121	282
Ernstige huidziekten	57.989	32[a]	248	280
Problemen met zien	165.005	194	?[c]	194
Epilepsie	25.606	65[a]	43	108
Overig	452.312	1.155[a]	7.729	6.884
Totaal	7.714.000	10.774	20.570	31.344

[a] = kosten *sickness presenteeism* onbekend, niet meegenomen in totaal
[b] = kosten gezondheidheidszorg onbekend, niet meegenomen in totaal
[c] = kosten uit uitval en gezondheidszorg onbekend, niet meegenomen in totaal

Bron: geconstrueerd op basis van TNO (2010)

De kosten worden door TNO geschat op meer dan 30 miljard euro per jaar (zie figuur 3.7)[70]. De hoogste kosten zijn voor de gezondheidszorg, daarna gevolgd door presenteïsme, verzuim en uitval uit het arbeidsproces. Klachten aan het

[69] RIVM (2010) *Meten van verloren arbeidsjaren door ziekte: Disease Adjusted Working Years (DAWY)*, p. 35.

bewegingsapparaat, psychische klachten en hart- en vaatziekten zijn het duurst. De aandoeningen die het meeste verzuimkosten veroorzaken zijn klachten aan het bewegingsapparaat en psychische gezondheidsklachten. Psychische klachten zijn niet de meest voorkomende oorzaak van verzuim, maar het verzuim is vaak wel langdurig[71].

3.6 Niet of slechts gedeeltelijk aan het werk

Eerdergenoemde participatiecijfers maken duidelijk dat tussen de 30 en 75 procent van de mensen met een chronische ziekte geen baan heeft en ook niet actief is als zelfstandig ondernemer. Een deel daarvan is niet-uitkeringsgerechtigd (NUG), de rest maakt gebruik van een socialezekerheidsregeling. Het Nederlandse stelsel kent verschillende regelingen waarop mensen een beroep kunnen doen.

Ziektewet
De meeste werknemers die (acuut) ziek zijn en daardoor niet kunnen werken, vallen onder de loondoorbetalingplicht van hun werkgever. Die plicht duurt in principe twee jaar. Bij een tijdelijk dienstverband kan dat korter zijn. Zo eindigt de loonbetalingsplicht van de werkgever als een tijdelijk contract binnen de periode van twee jaar afloopt. Een werknemer die op dat moment ziek is, kan een beroep doen op de Ziektewet. Het UWV neemt dan de loonbetalingsperiode over voor de resterende periode zolang er aan de daaraan gestelde voorwaarden wordt voldaan. De Ziektewet vormt ook een vangnet voor bijvoorbeeld uitzend-, oproep- of invalkrachten die ziek zijn op het moment dat hun contract binnen de genoemde periode van twee jaar afloopt. Mensen die een uitkering op grond van de Werkloosheidswet (WW) ontvangen en die minstens 13 weken ziek zijn worden, vallen ook onder de Ziektewet.

Arbeidsongeschiktheidsuitkering
Na twee jaar ziekte maakt de loondoorbetalingsplicht van de werkgever of de ziektewetuitkering in beginsel plaats voor een arbeidsongeschiktheidsuitkering. Volgens het NIVEL ontving iets meer dan een derde van de mensen met een chronische ziekte in 2010 een arbeidsongeschiktheidsuitkering. Het aantal arbeidsongeschikten ligt hoger omdat niet iedereen een uitkering ontvangt: iets meer dan de helft van de mensen met een chronische ziekte of beperking is arbeidsongeschikt[72]. Daarvan was 71 procent volledig arbeidsongeschikt. Mensen met somatische aandoeningen zijn iets minder vaak arbeidsongeschikt dan mensen met psychische aandoeningen. Of en zo ja, welke arbeidsongeschiktheidsuitkering mensen met een chronische ziekte ontvangen, hangt af van de mate waarin zij arbeidsongeschikt zijn verklaard en het moment waarop dat is gebeurd. Dit wordt hieronder nader toegelicht.

Wet WIA
Na twee jaar ziekte kunnen werknemers die ziek zijn in beginsel een beroep doen op de Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen (Wet WIA)[73]. Deze wet biedt twee soorten arbeidsongeschiktheidsuitkeringen, namelijk de IVA-uitkering voor werknemers die volledig en duurzaam arbeidsongeschikt zijn (80-100%) en de WGA-uitkering voor

---

[70] TNO (2010) *Objectiveren van gezondheidsgerelateerde non-participatie en vermijdbare bijdrage van de gezondheidszorg hieraan*, p. 15.

[71] SCP (2014) *Aanbod van arbeid 2014*, p. 90.

[72] NIVEL (2011) *Kerngegevens Werk en Inkomen*, p. 57. De auteurs baseren zich op gegevens uit het onderzoeksprogramma *Monitor zorg- en leefsituatie van mensen met een chronische ziekte of beperking*. Voor dit onderzoeksprogramma zijn de chronisch zieken en gehandicapten die onderdeel uitmaken van het Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten (NPCG) benaderd.

[73] Instroom in WAO is sinds 2006 niet meer mogelijk. Alleen mensen die voor die tijd een WAO-uitkering ontvingen, kunnen nu nog aanspraak maken op de WAO.

werknemers die gedeeltelijk arbeidsongeschikt zijn[74]. Onder deze noemer vallen werknemers met een arbeidsongeschiktheidspercentage van 35-80% en werknemers die volledig, maar niet duurzaam arbeidsongeschikt zijn (80-100%). De WGA is zo ingericht dat werken altijd lonender is dan niet werken. Activering staat hier voorop en heeft er voor gezorgd dat meer mensen (gedeeltelijk) weer aan het werk gaan[75].

Werknemers die voor minder dan 35% arbeidsongeschikt zijn, komen niet in aanmerking voor een uitkering op grond van de Wet WIA. De bedoeling is dat zij bij hun werkgever aan het werk blijven. Hebben ze geen werk, dan kunnen ze een beroep doen op de WW of op een bijstandsuitkering op grond van de Participatiewet. Sinds de invoering van de Wet WIA is de arbeidsparticipatie van mensen die voor minder dan 35 procent arbeidsongeschikt zijn een stuk hoger, hoewel dit percentage de afgelopen jaren licht af aan het nemen is[76].

Wet Wajong
Jonggehandicapten konden tot 1 januari 2015 in aanmerking komen voor een arbeidsongeschiktheidsuitkering op grond van de Wet werk en arbeidsondersteuning jonggehandicapten (Wet Wajong). Ook deze wet was sterk op activering gericht. Sinds de invoering van de Participatiewet op 1 januari 2015 is de Wet Wajong alleen nog toegankelijk voor jonggehandicapten die volledig en duurzaam arbeidsongeschikt zijn. Jonggehandicapten die nog kunnen werken en op 1 januari 2015 geen Wajong-uitkering hadden, zullen een beroep moeten doen op de Participatiewet. Als gevolg daarvan is de instroom van de Wajong in 2015 afgenomen tot circa 10 procent van de instroom van vóór de invoering van de Participatiewet.

In totaal heeft ruim tweederde van de huidige Wajongers een ontwikkelingsstoornis. Daarnaast zijn er relatief veel Wajongers met een psychiatrische ziektebeeld (20%), zoals een persoonlijkheidsstoornis of schizofrenie. Somatische ziektebeelden komen met 14 procent relatief weinig voor[77].

Bijstand en Participatiewet
Wie geen beroep kan doen op een arbeidsongeschiktheidsuitkering, chronisch ziek is en niet kan werken, valt sinds 1 januari 2015 onder de doelgroep van de Participatiewet. Steeds meer mensen met een chronische ziekte of handicap zullen daartoe behoren; niet alleen omdat er vanaf 1 januari 2015 strengere toegangseisen gelden voor de Wet Wajong, maar ook omdat er geen instroom in sociale werkvoorzieningen meer mogelijk is. Voor ondersteuning bij het zoeken naar werk zijn zij aangewezen op de re-integratiedienstverlening van de gemeente.

Zelfstandigen
Zelfstandigen kunnen zich bij het UWV of een particuliere verzekeraar verzekeren tegen arbeidsongeschiktheid. Zelfstandigen die voor 1 augustus 2004 arbeidsongeschikt zijn geraakt, kunnen op basis van de Wet Arbeidsongeschiktheidsverzekering Zelfstandigen (WAZ) een uitkering ontvangen.

---

[74] IVA staat voor Inkomensvoorziening Volledig Arbeidsongeschikten, WGA staat voor Werkhervatting Gedeeltelijk Arbeidsgeschikten.
[75] UWV (2014) *UWV kennisverslag 2014-3.*
[76] UWV (2014) *Monitor Arbeidsparticipatie 2014*, p. 22.
[77] UWV (2014) *Monitor arbeidsparticipatie 2014*, p. 8.

3.7 Internationale vergelijking

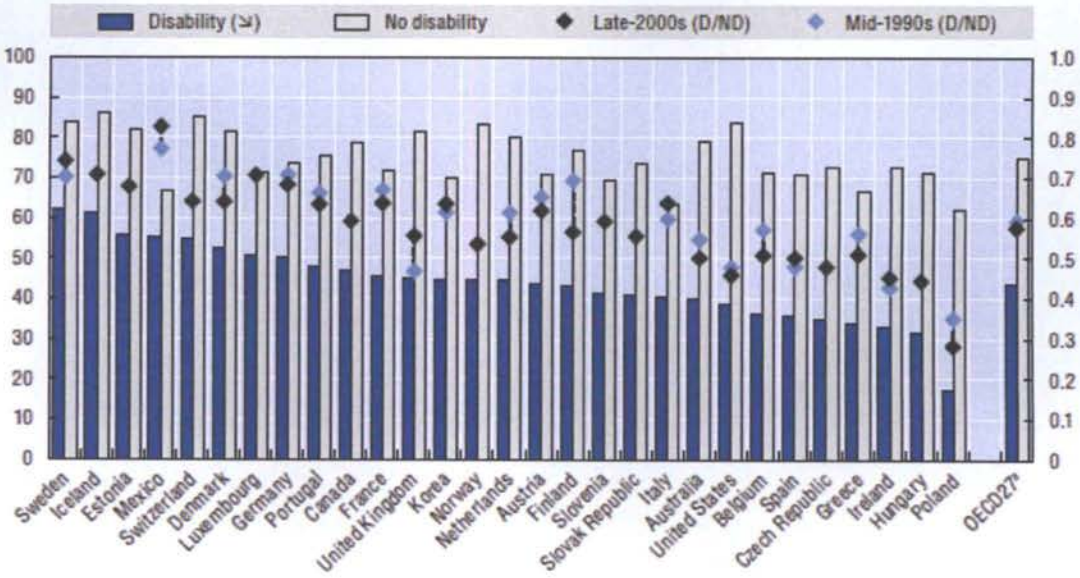
Lager ziekteverzuim, achterblijvende arbeidsdeelname
In 2008 schreef de OESO: "When it comes to sickness en disability, no other OECD country has such an interesting story to tell as the Netherlands"[78]. Daarmee doelden de auteurs op het feit dat Nederland er in is geslaagd om de instroom in arbeidsongeschiktheidsuitkeringen drastisch terug te dringen. En dat terwijl Nederland in de jaren tachtig en negentig bekend stond als "world champion in disability benefit recipiency". Dit is het rechtstreekse gevolg van de hervormingen in het stelsel van arbeidsongeschiktheid die in de tweede helft van de jaren negentig en in 2006 zijn ingezet. Ook het ziekteverzuim is sindsdien stevig beperkt.
Het SCP heeft erop gewezen dat de hervormingen pas succesvol zijn wanneer het terugdringen van ziekteverzuim en het aantal arbeidsongeschiktheidsuitkeringen gepaard gaat met een stijging van de arbeidsdeelname[79]. Met andere woorden, het gaat niet alleen om het behalen van een volumedoelstelling, maar ook het bereiken van een participatiedoelstelling.

Uit internationaal vergelijkend onderzoek van de OESO uit 2010 blijkt dat de arbeidsparticipatie van mensen met een gezondheidsbeperking in de meeste Europese landen sinds de jaren negentig is afgenomen (zie figuur 3.8)[80]. Na het uitbreken van de economische crisis in 2008 is de arbeidsmarktpositie van mensen met een gezondheidsbeperking verder verslechterd. Nederland vormt daarop geen uitzondering. De arbeidsdeelname van mensen met een chronische ziekte in Nederland is ongeveer gelijk aan het OESO-gemiddelde en is vergelijkbaar met landen als Frankrijk, Noorwegen en Engeland. De kloof tussen de arbeidsparticipatie van gezonde mensen en die van mensen met een gezondheidsbeperking is echter groter dan in landen waarmee Nederland zich graag vergelijkt, zoals Zweden, Denemarken en Duitsland. De Nederlandse participatiedoelstelling lijkt dus nog niet behaald.
Daar zijn verschillende verklaringen voor. In Nederland is sprake van een relatief goed en fijnmazig sociaal vangnet. Ook het feit dat Nederlandse werkgevers, zeker in vergelijking tot werkgevers uit andere landen, een relatief grote verantwoordelijkheid hebben bij de re-integratie van zieke werknemers, kan consequenties hebben voor het aantal mensen met een chronische ziekte dat de kans krijgt om (opnieuw) in te stromen. Daarnaast is de kwaliteit van de Nederlandse zorg hoog en worden ziekten en aandoeningen over het algemeen vroeg gediagnosticeerd. Ten slotte is in Nederland ook de registratie van chronische ziekten vrij nauwkeurig.

---

[78] Gezondheidsbeperking is een breder begrip dan chronische ziekte, maar omdat landen verschillende opvattingen over ziekten en aandoeningen hebben, hanteert de OESO voor dit onderzoek een brede definitie. OESO (2008) *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers (Vol. 3) – Denmark, Ireland, Finland and the Netherlands*, p. 34.
[79] SCP (2010) *Beperkt aan het werk*, p. 11.
[80] OECD (2010) *Sickness, Disability and Work. Breaking the barriers. A synthesis of findings across OECD countries*, p.51.

Figuur 3.8. Arbeidsparticipatiegraad van mensen met en zonder gezondheidsbeperking in verschillende Europese landen



Bron: *OECD, 2010*

3.8 Onbenut potentieel

Verschillende cijfers laten zien dat vrij veel Nederlanders met een chronische ziekte, ondanks hun aandoening, aan het werk zijn. Toch is de arbeidsparticipatie nog niet op het gewenste niveau. Nu de instroom in arbeidsongeschiktheidsuitkeringen succesvol is teruggedrongen, is het belangrijk dat betrokken partijen zich – nog meer dan nu – inspannen om het participatiedoel dichterbij te brengen. Oftewel: het beter benutten van het arbeidspotentieel van mensen met een chronische ziekte.
Daarbij is het belangrijk om oog te hebben voor de diversiteit binnen de groep mensen met een chronische ziekte. Lang niet iedereen voelt zich door een ziekte belemmerd en heeft extra ondersteuning nodig. De raad concentreert zich vooral op de mensen die zich door hun chronische ziekte ongezond en/of beperkt voelen, maar die met (kleine) aanpassingen toch aan het werk kunnen blijven.

De eerste stap naar een betere benutting van het arbeidspotentieel van belemmerde mensen met een chronische ziekte is werkbehoud. Het gaat dan om het voorkomen van uitval, maar ook om het tegenaan van productiviteitsverlies en ziekteverzuim. In het hierop volgende hoofdstuk komen de factoren aan bod die daarvoor een belemmering vormen.

De volgende stap is om te stimuleren dat mensen met een chronische ziekte die nu aan de kant staan (opnieuw) werk vinden. Deze groep heeft over het algemeen veel moeite om terug te keren op de arbeidsmarkt. Dit geldt in het bijzonder voor ouderen. Maar ook jongeren verdienen de aandacht. Het gaat weliswaar om een kleine groep mensen met een chronische ziekte, maar de jongeren die het treft hebben vanwege hun leeftijd vaak nog volop kansen op de arbeidsmarkt. Een valse start kan met relatief kleine interventies worden voorkomen. In hoofdstuk 5 komen de knelpunten aan bod die (jonge) mensen met een chronische ziekte verhinderen om werk te vinden.

4. Knelpunten om aan het werk te blijven

4.1 Belang van werkbehoud

Werken is gezond onder juiste omstandigheden
Werken is gezond. Diverse onderzoeken hebben aangetoond dat werken bijdraagt aan een goede lichamelijke en geestelijke gezondheid[81]. Dat komt onder andere omdat werken structuur en ritme geeft aan het leven, het sociale netwerk vergroot, (persoonlijke) ontplooiing mogelijk maakt en maatschappelijke participatie stimuleert. Werken is daarom voor de meeste mensen een essentieel onderdeel van het leven. Zo ook voor mensen met een chronische ziekte.

Dat betekent niet dat werken altijd en voor iedereen gezond is. Werken onder stressvolle, fysiek zware of gevaarlijke omstandigheden kan een averechts effect hebben op de gezondheid. Ook brengen sommige beroepen en werk in bepaalde sectoren extra gezondheidsrisico's met zich mee. Die risico's kunnen op mensen met een chronische ziekte zwaarder drukken of zich eerder manifesteren dan bij anderen. Bovendien geldt voor een deel van de mensen met een chronische ziekte dat werken moeilijk of zelfs onmogelijk is als het werk niet op hun situatie is afgestemd. Aanpassingen kunnen eenvoudig zijn of meer ingrijpend, maar als deze niet (goed) worden doorgevoerd, is het risico dat de werkende aan productiviteit verliest, verzuimt of uitvalt.

Werkbehoud, preventie van uitval en langer kunnen doorwerken hebben voor de raad hoge prioriteit. Het blijkt echter niet vanzelfsprekend dat werkenden met een chronische ziekte aan het werk blijven. In dit hoofdstuk komen de knelpunten aan bod.

Oog voor individu en context
Het benoemen van knelpunten kan niet zonder oog te hebben voor individuele en contextuele verschillen. Eerder in dit advies is al geconstateerd dat de verschillen tussen en binnen patiëntengroepen groot zijn. Niet alleen kunnen ziekten verschillende uitwerkingen hebben, ook andere persoonlijke factoren zoals leeftijd, opleidingsniveau en persoonlijkheid spelen een rol bij het behouden van werk. Daarnaast is de context waarin iemand functioneert bepalend: de ene (werk)omgeving is gemakkelijker af te stemmen op de mogelijkheden van de werkende dan de andere. Persoonlijke en contextuele factoren zijn voor ieders werkvermogen van belang, ook als er geen sprake is van een chronische ziekte. Twee modellen geven dit goed weer.

Het eerder aangehaalde ICF-model wordt veel gebruikt in de arbeidsgerelateerde zorg[82]. Het gaat uit van drie componenten om de gezondheidstoestand te bepalen. Ten eerste de meer traditionele, medische benadering: het lichamelijk functioneren. Het gaat dan om de lichaamsfuncties, anatomische eigenschappen en de invloed van aandoeningen hierop. Ten tweede het functioneren in termen van de activiteiten die iemand kan uitvoeren, ondanks zijn of haar beperkingen. Ten derde het functioneren in termen van participatie, namelijk de mogelijkheden om deel te nemen aan het maatschappelijk leven. Externe en persoonlijke factoren kunnen de drie vormen van functioneren belemmeren of stimuleren en zijn dus van invloed op de totale gezondheidstoestand. Met externe factoren worden de sociale omgeving en het contact met anderen bedoeld.

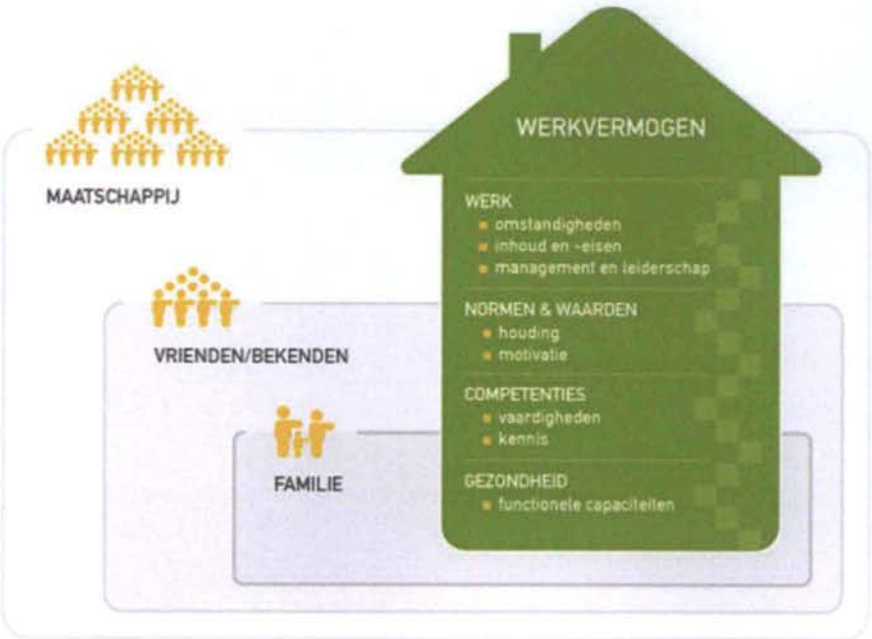
---

[81] RVZ (2015) *Doorwerken en gezondheid,* p.22; RIVM (2013) *Gezondheid en maatschappelijke participatie*, p. 59; Waddell & Burton (2006) *Is work good for your health and well-being.*

[82] Op basis van een eerder SER advies (*Betere zorg voor werkenden, 2014*), spreekt de raad in dit advies hier ook over 'arbeidsgerelateerde zorg'.

De persoonlijke factoren zijn de persoonskenmerken die los staan van de aandoening, zoals leeftijd, opleiding, ervaring, persoonlijkheid en levensstijl.
Ook de Finse hoogleraar Ilmarinen benadrukt het belang van individuele en contextuele factoren in zijn huis van werkvermogen (zie figuur 4.1). Hij stelt het werkvermogen voor als het dak op een huis dat steunt op verschillende verdiepingen[83]. Als er zich op een van de verdiepingen knelpunten voordoen, dan wordt het werkvermogen verzwakt. De gezondheid van de werkende vormt de eerste verdieping; competenties, normen en waarden en werkvereisten komen er bovenop. Ook hierin is het belang van de context onderstreept, zowel de thuissituatie als de maatschappelijke omgeving.

Figuur 4.1 Het huis van werkvermogen



In de volgende paragrafen volgt een inventarisatie van de knelpunten die zich voordoen bij werkenden met een chronische ziekte. Het is belangrijk daarbij de grondgedachten van het Huis van Werkvermogen en het ICF-model voor ogen te houden, namelijk dat individuele en contextuele factoren een rol spelen in het al dan niet voorkomen van deze knelpunten.

4.2 Kennis opdoen en delen

Goed blijven functioneren op het werk begint met inzicht in mogelijkheden en beperkingen en vervolgens het delen van de juiste informatie met collega's en leidinggevenden.

Kennis over ziekte
Een knelpunt doet zich voor als de werkende niet voldoende kennis heeft over de chronische ziekte of de gevolgen die deze kan hebben voor het werk. Het gaat om medische informatie, maar ook om de vertaling ervan naar het werkvermogen. Dit kan behoorlijk complex zijn. De bedrijfsarts heeft hierin een rol maar is ook afhankelijk van een goede diagnose in de reguliere zorg (zie par. 4.6). Sommige werkenden hebben

[83] Ilmarinen J (2005). *Towards a longer worklife! Aging and quality of worklife in the European Union.* Finnish Institute of Occupational Health.

onvoldoende ziekte-inzicht of weten niet goed wat het verloop en de gevolgen van de ziekte zijn. Bij psychische aandoeningen speelt dit mogelijk vaker dan bij somatische aandoeningen. Sommige medewerkers zijn bovendien niet mondig genoeg of niet goed in staat om hun situatie uit te leggen.

Balans tussen openheid en privacy
Over de juiste kennis beschikken is nog niet voldoende. De medewerker zal, wanneer de ziekte ertoe leidt dat hij zijn functie minder goed kan uitoefenen en hij optimaal wil blijven functioneren, tot op zekere hoogte bereid moeten zijn om zijn kennis met collega's en leidinggevenden te delen (zie box 4.1). Ook wanneer aannemelijk is dat de ziekte binnen afzienbare tijd tot beperkingen zal gaan leiden, is het nuttig om preventief informatie te verstrekken en kennis te delen. Deelnemers van de praktijkbijeenkomst hebben aangegeven dat dit in de praktijk zeer moeilijk ligt (zie bijlage 2). De werkende maakt immers zelf de afweging hoeveel persoonlijke en medische informatie hij of zij prijsgeeft. Er zijn goede redenen om informatie niet te delen, bijvoorbeeld omdat het privacygevoelig is of omdat er niet voldoende tijd of ruimte is om over beperkingen te praten. Ook zijn sommige werknemers bang voor eventuele (negatieve) consequenties (zie box 4.2). Wel is een zeker inzicht nodig in de beperkingen bij de leidinggevende – die lang niet altijd weet wat een aandoening inhoudt – om goed op de mogelijkheden van de werkende in te spelen, evenals bij de bedrijfsarts. Die spanning tussen openheid en privacy leidt tot dilemma's en kan een knelpunt vormen.

Box 4.1 Goede ervaring met openheid

"Door openheid naar mijn werkgever heb ik bereikt dat ik tijdens mijn dagbehandeling toch ook 50% kon werken"

Door de bipolaire stoornis werd mijn zelfvertrouwen ondermijnd, zonder dat ik wist waardoor het kwam. Daardoor moest ik af en toe periodes verzuimen en voelde het werk steeds zwaarder aan. De diagnose was een opluchting voor mij omdat het helderheid bracht.
Ik heb ontdekt dat ik me ook parttime ziek kon melden waardoor ik tijdens mijn dagbehandeling toch ook 50% kon werken. Door openheid naar mijn werkgever heb ik dit bereikt. Hierdoor heb ik vier jaar langer, in afgeslankte vorm, door kunnen werken. Dat heeft de acceptatie van mijn ziekte positief beïnvloed.

Casus: werken met een bipolaire stoornis II
Bron: Ervaringriik.nl

Box 4.2 Slechte ervaring met openheid

"Als medewerker zou je open en eerlijk moeten zijn over je beperking en over wat je nodig hebt om te kunnen functioneren. Maar het risico is dat bij je baas of collega's het vertrouwen ontbreekt. Uiteindelijk is dat vertrouwen ook bij mij beschaamd. Daarom roep ik werkgevers en leidinggevenden op om een veilige omgeving te creëren."

Op een gegeven moment kwam ik in een fase dat ik mijn ziekte niet meer kon verbergen. Toen ben ik er open over gaan vertellen en heb ik medewerkers met mijn ervaring geïnspireerd [...] Ik kon doorgroeien, ondanks mijn chronische ziekte. Maar bij het voortschrijden van de ziekte werd ik toch kwetsbaarder, en werd het belangrijk om af en toe rustmomenten te pakken en wat vaker thuis te werken. Helaas kon niet iedereen in mijn directe omgeving daarmee omgaan, en boden juist toen mijn nieuwe (van buiten de organisatie afkomstige) leidinggevende, en in zijn kielzog wat collega's, mij geen bescherming. Dat heeft er toe geleid dat ik uiteindelijk uit het (fulltime) arbeidsproces ben gestapt [...] Als medewerker zou je open en eerlijk moeten zijn over je beperking en over wat je nodig hebt om te kunnen functioneren. Maar het risico is dat bij je baas of collega's het vertrouwen ontbreekt. Uiteindelijk is dat vertrouwen ook bij mij beschaamd. Daarom roep ik werkgevers en leidinggevenden op om een veilige omgeving te creëren.

Casus: Kansen pakken en bieden
Bron: NPCF (2014) *Chronisch ziek en werk. Verhalen uit de praktijk*, p. 8.

Zelfmanagement
Werken met een chronische ziekte vraagt om zelfmanagement. Veel mensen met een chronische ziekte zijn daaraan gewend, omdat dit ook van hen verwacht wordt bij het omgaan met hun ziekte. Vanuit de medische wereld wordt veel gedaan aan de empowerment van patiënten. Mensen met diabetes leren van begin af aan om hun eigen bloedsuiker te controleren, dieet te bepalen en insuline te spuiten. Ook bij longaandoeningen als astma en COPD komt een groot deel van de behandeling aan op zelfmanagement. Eigen regie voeren is voor mensen met een chronische ziekte niet alleen nodig, maar ook een manier om controle te houden over hun leven. Ervaringsdeskundigen gaven in de praktijkbijeenkomst aan een groot belang te hechten aan zelfmanagement (zie bijlage 2).

Ook in de werkcontext is zelfmanagement belangrijk, zeker voor mensen waarbij het ziekteverloop grillig is. Alleen de werkende met een chronische ziekte zelf kan aangeven wanneer grenzen zijn bereikt. Soms zal het nodig zijn om uit te kijken naar andere taken of een andere functie, al dan niet buiten de organisatie. Ook bij- of omscholen hoort daarbij. Niet alle werkenden met een chronische ziekte zijn echter toegerust of 'empowered' genoeg om grenzen aan te geven of voorstellen te doen om het werk aan te passen. Vanwege schaamte of vrees voor stigma vormen vooral mensen met een psychische aandoening een kwetsbare groep.

4.3 Dialoog tussen leidinggevende en werkende

Kennis over beperkingen en de bereidheid relevante informatie te delen is de eerste stap naar werkbehoud. De volgende stap is dat werkende en leidinggevende in een open en veilige sfeer over de gevolgen van de beperkingen kunnen communiceren. Niet alleen de persoonlijke relatie, ook de relatie met collega's en de organisatiecultuur zijn daarin belangrijk. Volgens deelnemers van de praktijkbijeenkomst is communicatie cruciaal, maar gaat dit nog niet altijd vanzelf. Ook uit onderzoek van TNO blijkt dat werkenden met een chronische ziekte op dit vlak behoefte hebben aan verbeteringen[84].

Wederzijds begrip
Goede communicatie begint met wederzijds begrip: begrip van de werkende met een chronische ziekte voor de organisatiebelangen en van de werkgever voor de situatie waarin de werkende zich bevindt[85]. De leidinggevende moet een beeld kunnen krijgen van de mogelijkheden en beperkingen van de medewerker. Dat beeld is er niet altijd. Uit onderzoek van het NIVEL blijkt bijvoorbeeld dat bijna de helft van de bevraagde leidinggevenden niet op de hoogte was van de aandoening bij hun medewerkers met COPD en astma[86]. Ook werkenden met een chronische ziekte geven aan dat betere informatie en meer begrip bij leidinggevenden aandachtspunten zijn[87]. Het gaat dan niet zozeer om kennis van de aandoening zelf, maar van de gevolgen voor het werkvermogen en de mogelijkheden die de medewerker nog wel heeft. Hoewel veel

---

[84] Uit de behoeftepeiling van TNO blijkt dat chronisch zieke werkenden behoefte hebben aan een verbeterde bespreekbaarheid met de werkgever van de gevolgen van de ziekte. Zie: TNO (2014)*Behoeftepeiling werkenden met een chronische ziekte. Overzicht resultaten*. Uit het onderzoek naar ervaringen van arbeidsparticipatie onder chronisch zieken van de Universiteit van Maastricht komt naar voren dat participanten het idee hebben dat openheid over de ziekte of beperking de kans op werk verkleint. Zie: Klabbers [et al.] (2014) *Krachtig en kwetsbaar*.

[85] Blijkt uit interviews voor het rapport Klabbers [et al.] (2014) *Krachtig en kwetsbaar* en TNO (2014) *Behoeftepeiling werkenden met een chronische ziekte. Overzicht resultaten*. In het SCP-rapport *Belemmerd aan het werk* wordt werkgeversbetrokkenheid als noodzakelijk voorwaarde gezien voor een succesvolle re-integratie na uitval.

[86] NIVEL (2013) *Kennissynthese Chronisch Ziek en Werk*, p. 22.

[87] TNO (2014) *Behoeftepeiling werkenden met een chronische ziekte. Overzicht resultaten*, p. 2.

informatie beschikbaar is bij patiënten- en belangenorganisaties, is het vooral voor kleinere bedrijven lastig de juiste informatie te vinden en te gebruiken. Zij hebben immers minder vaak te maken met chronische ziekten op het werk.

Naast de leidinggevende kunnen ook collega's een steentje bijdragen. Hun steun is van belang voor de werkende om zich geaccepteerd en gewaardeerd te voelen en om bij te springen daar waar nodig en mogelijk. Soms ervaart de werkende met een chronische ziekte echter een gebrek aan begrip bij collega's (zie box 4.3). Dat komt onder andere omdat het voor collega's lastig is om te begrijpen dat belemmeringen zich niet altijd in dezelfde mate voordoen, dat tijdelijk meer ondersteuning nodig is of dat iemand soms onaangekondigd afwezig is. Bij aandoeningen die niet of beperkt zichtbaar zijn is de kans op onbegrip in de sociale omgeving groter[88].

Box 4.3 (On)begrip bij collega's

"Ik ben voorlichting over mijn ziekte gaan geven aan mijn collega's"

Mijn werkgever is door mijn uitval achter mijn diagnose gekomen en wilde mij ontslaan. Vanuit mijn werk werd er op mij ingepraat om zelf ontslag te nemen, ook door middel van een jurist.
Er bleken veel vooroordelen te zijn. Door zelf voorlichting te gaan geven over mijn ziekte aan mijn collega's, door in mezelf te blijven geloven en vol te houden, bijvoorbeeld door de conclusie van een psychiater aan te vechten die mij had beoordeeld, is het me gelukt te blijven.
Ik ben eerlijk geweest, heb soms een charme-offensief ingezet, en heb uiteindelijk in overleg kunnen regelen dat ik geen avond- en nachtdiensten meer draai. Ik functioneer nu in mijn werk 32 uur per week, zonder uitval.

Casus: werken met een bipolaire stoornis I
Bron: Ervaringrijk.nl

Begrip werkt het beste als het van twee kanten komt. Werkenden met een chronische ziekte zullen ook zelf begrip moeten opbrengen voor het perspectief van collega's en de werkgever. Zij kunnen er bijvoorbeeld alert op zijn dat ze niet op meer aanpassingen een beroep doen dan noodzakelijk is. Dat kan betekenen dat een regeling die eens nodig was om iemand goed te laten functioneren, weer verlaten wordt als hij of zij aan de beterende hand is. Ook die aanpassingsbereidheid is nodig om begrip te kweken en vast te houden.

Organisatiecultuur
De organisatiecultuur kan bijdragen aan een goede dialoog. De laatste jaren is er meer aandacht voor het belang van inclusie, langer doorwerken, duurzame inzetbaarheid en preventie. Veel organisaties hebben beleid opgesteld en maatregelen genomen om deze doelen te realiseren. Toch lijkt een inclusieve cultuur en cultuur gericht op duurzame participatie nog niet vanzelfsprekend. Ook in eerdergenoemd TNO-onderzoek hebben werkenden met een chronische ziekte een open en veilig klimaat genoemd als aandachtspunt[89].

Negatieve beeldvorming
Sommige mensen met een chronische ziekte hebben te maken met negatieve beeldvorming (zie box 4.4). Vaak komt dit voort uit onwetendheid en (onbewuste) vooroordelen, de zogeheten mindbugs[90]. De raad is hier in het advies *Discriminatie werkt niet!* uitvoerig op ingegaan. Negatieve beeldvorming kan grote gevolgen hebben

---

[88] Kool, M. (2012) *"Onbegrip voor reumatische aandoeningen: Ontwikkeling van de Illness Invalidation Inventory (3*I)" in: Nederlands Tijdschrift voor Behavioral Medicine (2012; 23).*
[89] TNO (2014) *Behoeftepeiling werkenden met een chronische ziekte. Overzicht resultaten*, p. 2.
[90] SER (2014) *Discriminatie werkt niet!*, p. 28.

als het niet op tijd wordt gesignaleerd. Het kan omslaan in vernederend, vijandig of intimiderend gedrag. Dat gedrag kan weer leiden tot verminderd welzijn en functioneren van de medewerker en in het ergste geval tot verzuim en uitval[91]. Ook het teamgevoel en de productiviteit van het team kan eronder lijden.

Box 4.4 Mogelijke vooroordelen van klanten

[Een vrouw] wordt, zonder dat zij haar toekomstige werkgever tijdens de sollicitatie heeft ingelicht over haar aandoening, aangenomen bij een café-restaurant. [De vrouw] is besmet met het hiv-virus en is daardoor seropositief. Als de directeur even later op de werkvloer het gerucht opvangt dat [de vrouw] seropositief is, vraagt hij haar om een doktersverklaring waaruit blijkt dat dit niet het geval is. [De vrouw] kan en wil deze verklaring niet overleggen. Als zij twee dagen later op haar werk verschijnt, krijgt zij van de directeur te horen dat zij daarom wordt ontslagen. Hij neemt het haar kwalijk dat zij haar aandoening voor hem heeft verzwegen en stelt dat zijn "klanten weg zullen blijven" als ze weten dat er een seropositief persoon in zijn restaurant werkt. Het College voor de Rechten van de Mens stelt dat de directeur daarmee in strijd met de Wet gelijke behandeling op grond van ziekte of handicap (WGBH/cz) heeft gehandeld. Besmetting van gasten door een seropositief persoon is, wanneer de algemeen geldende veiligheids- en hygiëneregels worden gevolgd, namelijk geen reëel risico. Daarnaast gaat het café-restaurant uit van de *mogelijke* vooroordelen van klanten. De WGBH/cz is juist in het leven geroepen om werknemers daar tegen te beschermen.

Bron: College voor de Rechten van de mens, oordeelnummer 2012-148

4.4 Afstemmen van de werkinhoud

Een volgende uitdaging is om tot afstemming van de werkinhoud te komen, mocht dat nodig zijn. De inhoud van werk moet passen bij de capaciteiten van de werkende en bij de activiteiten en doelen van de organisatie.

Balans belastbaarheid en belasting
Een knelpunt kan ontstaan wanneer de werklast niet (langer) in evenwicht is met de belastbaarheid. Uit onderzoek van NIVEL blijkt dat veel werkenden met een chronische ziekte juist op dit punt problemen ondervinden (zie box 4.5). Ernstige vermoeidheid komt bijvoorbeeld vaak voor onder deze groep[92]. Daar komt bij dat veel functies meer dan voorheen vragen om flexibiliteit in werkzaamheden en werktijden. Flexibel werken kan de medewerker met een chronische ziekte helpen om het werk op zijn of haar mogelijkheden af te stemmen, maar het kan ook de belastbaarheid meer onder druk zetten[93]. Maatregelen als functie- en taakroulatie kunnen uitkomst bieden om de werkdruk en fysieke belasting te verminderen, maar hiervan wordt nog relatief weinig gebruik gemaakt[94].

---

91 TNO heeft in opdracht van het ministerie van SZW berekend dat alle voormen van pesten op de werkvloer jaarlijks tot 4 miljoen extra verzuimdagen, ofwel 900 miljoen euro aan loondoorbetaling door werkgevers, leidt.

92 Franssen, P.M. [et al.] (2003) "The association between chronic disease and fatigue in the work population" in: *Journal op Psychosomatic Research*, 54: pp. 339-344.

93 RvZ (2015) *Doorwerken en gezondheid*, p. 40.

94 Volgens CBS/TNO (2014) *Werkgevers Enquête Arbeid* treft 4 procent van de bedrijven specifieke maatregelen zoals taakroulatie of taakverbreding om de werklast te verlichten. Bij kleine vestigingen (minder dan vijf medewerkers) is dit zelfs twee procent.

Box 4.5 Belangrijkste belemmeringen voor werknemers met een chronische ziekte

1. Vermoeidheid/conditiegebrek
2. Stress/ spanning
3. Problemen met het uitvoeren/afkrijgen van werk
4. Concentratieproblemen
5. Problemen met lezen of nauwkeurig werken

Bron: NIVEL 2013, p. 19

Aanpassen takenpakket
Het kan zijn dat werkenden met een chronische ziekte taken lastig of niet (langer) kunnen uitvoeren. Mensen met somatische problemen zoals lage rugklachten kunnen bijvoorbeeld fysiek zwaar werk (tijdelijk) niet uitvoeren. Mensen met psychische aandoeningen kunnen (tijdelijk) beperkt zijn in het contact met anderen. Het is in die gevallen aan leidinggevende en werkende om het takenpakket in goed overleg bij te stellen. Uit onderzoek van TNO blijkt dat slechts 3 procent van de bedrijven het takenpakket aanpast zodat werknemers langer kunnen blijven werken[95]. Dit cijfer is opvallend laag, zeker gezien het feit dat er wettelijke verplichtingen bestaan om de werkinhoud aan te passen (zie o.a. de verplichtingen uit de Arbowet die genoemd zijn in box 4.6). Mogelijk maken leidinggevende en medewerker de afspraken impliciet of mondeling. Het kan ook zijn dat er afspraken ontbreken omdat aanpassingen om maatwerk vragen en dat is complex en tijdsintensief. Dit geldt zeker voor werkgevers die hier weinig ervaring mee hebben. Daarnaast zijn nog veel organisaties ingesteld op functies en daaraan gerelateerde functiewaarderingssystemen, waarmee aanpassingen in het takenpakket moeilijk te verenigen zijn.

Box 4.6 Arbeidsomstandighedenwet

De Arbeidsomstandighedenwet schrijft op basis van artikel 3 lid 1 voor dat de werkgever moet zorgen voor de veiligheid en gezondheid van de werknemers, als het gaat om de met werk verbonden aspecten. Specifiek noemt de wetgever dat "(...) de inrichting van de arbeidsplaatsen, de werkmethoden en de gebruikte arbeidsmiddelen alsmede de arbeidsinhoud zoveel als redelijkerwijs kan worden gevergd aan de persoonlijke eigenschappen van de werknemers [moet worden] aangepast (artikel 3.1 c)." Daarmee bedoelt de wetgever dat de werkgever zowel werkinhoud als - omstandigheden aanpast aan de belastbaarheid en het werkvermogen van de werknemer, bijvoorbeeld wanneer iemand door de gevolgen van een ziekte niet (langer) in staat is om zijn werk uit te voeren (artikel 4). De werkgever dient bij de verdeling van bevoegdheden en verantwoordelijkheden rekening te houden met de capaciteiten van de werkzame persoon.

Daarnaast is het niet voor elke arbeidsorganisatie even eenvoudig om te schuiven in werkzaamheden, bijvoorbeeld omdat essentiële taken of de kernactiviteiten in het gedrang komen. Vraag is dan hoe ver de werkgever moet gaan in het aanpassen van de werkinhoud. Bij specialistische en kleinschalige organisaties zijn de grenzen eerder bereikt dan in grote organisaties. Met name tijdelijke werknemers en zelfstandigen zijn in dit opzicht kwetsbaar, omdat werkgevers respectievelijk opdrachtgevers kunnen besluiten het dienstverband of de opdracht niet voort te zetten.

Van-werk-naar-werk
Een alternatieve oplossing is om te zoeken naar een passende functie in een andere organisatie. Omscholing kan daarbij een probaat middel zijn. Bij (langdurig) ziekteverzuim waarin terugkeer naar het oude werk of naar de eigen organisatie onmogelijk is, is het zelfs verplicht om een functie in een andere organisatie te zoeken

[95] CBS/TNO (2014) *Werkgevers Enquête Arbeid*, p. 81.

(zie box 4.7). Van-werk-naar-werk wordt echter nog lang niet altijd benut. Uit TNO-onderzoek komt naar voren dat slechts 2 procent van de werkgevers omscholen naar een andere baan of functie mogelijk maakt[96]. Mogelijk valt dit cijfer zo laag uit omdat van werk-naar-werk-trajecten zelfstandig, buiten de werkgever om, worden geregeld (zie box 4.8).

Een van de knelpunten is dat geen geschikte andere organisatie wordt gevonden. Het netwerk van de werkgever is daarvoor bijvoorbeeld niet groot of divers genoeg. Daarnaast kan er terughoudendheid zijn bij de 'ontvangende' werkgever omdat deze risico's bij het aannemen van een persoon met een chronische ziekte percipieert of risico's lastig kan inschatten.

Box 4.7 Wet Verbetering Poortwachter[97]

Bij ziekteverzuim is de werkgever verplicht om maximaal 104 weken het loon voor ten minste 70% door te betalen. In die periode hebben werkgever en werknemer op grond van de Wet Verbetering Poortwachter en de Regeling procesgang eerste en tweede ziektejaar verschillende verplichtingen om de re-integratie te bevorderen. Zo moet de arbodienst of bedrijfsarts worden ingeschakeld bij dreigend langdurig verzuim. De arbodienst of bedrijfsarts moet binnen zes weken na de eerste ziektedag een probleemanalyse maken en op basis daarvan een concept plan van aanpak opstellen. Dat concept gaat naar de werkgever die, samen met de werknemer, binnen acht weken na de eerste ziektedag een definitief plan van aanpak moet maken, waarin zij afspraken maken over de activiteiten die ze zullen ondernemen om de re-integratie te bevorderen. Een casemanager ziet toe op de uitvoering daarvan. Het plan wordt in principe elke zes weken geëvalueerd. De verslagen zijn onderdeel van het re-integratiedossier.

Als duidelijk is dat de werknemer niet kan terugkeren naar de oude functie, moeten werkgever en werknemer uitkijken naar een andere functie in de organisatie. Is ook dat niet haalbaar, dan schrijft de wet voor dat gezocht moet worden naar een passende functie buiten de organisatie, de zogenaamde re-integratie in het tweede spoor. Het tweede spoor moet in elk geval worden ingezet als bij de eerstejaarsevaluatie blijkt dat er geen reëel perspectief is op de terugkeer naar het eigen werk. Bij het vormen van een oordeel hierover kan de arbodienst of bedrijfsarts worden betrokken, maar het is ook mogelijk hierover een deskundigenoordeel te vragen bij het UWV.

Box 4.8 Andere functie binnen het bedrijf

"Ik ben van functie veranderd"

Ik werkte in een bouwmarkt, een groot familiebedrijf waar ook mijn man, zijn broer en zus werken. Door mijn rugklachten werd dat steeds zwaarder en ik kon dat op een gegeven moment niet meer volhouden. Ik moest daar heel veel lopen en altijd op vaste tijden aanwezig zijn en dat ging gewoon niet meer. De instanties wilden mij toen volledig afkeuren, maar dat zag ik niet zitten. Ik wilde niet de hele dag thuis zitten en me nutteloos voelen. Ik heb toen gekeken wat ik nog wél zou kunnen: als ik minder hoefde te lopen en meer rust zou kunnen nemen, was het volgens mij wel te doen. Gelukkig had mijn familie wel begrip en toen ben ik van functie veranderd. Ik werk nu op een andere afdeling, waar ik minder hoef te lopen en ik doe de administratie. Ik zit dus veel meer en ik kan mijn eigen tijd indelen, dus ook mijn eigen rust nemen. Natuurlijk hield ik nog steeds wel pijn. Ik ben daarom naar de pijnpoli gegaan en daar heb ik van alles en nog wat uitgeprobeerd. Volgens de arts van de pijnpoli zou een neurostimulator het laatste redmiddel voor mij zijn. Dat heb ik zo lang mogelijk uitgesteld, maar op een gegeven moment zat ik echt aan de limiet, qua pijn. Toen heeft de arts de beslissing genomen en heb ik een neurostimulator gekregen. Die heb ik nu vier jaar en dat bevalt me goed.

Casus: werken met rugklachten
Bron: Ervaringrijk.nl

---

96 CBS/TNO (2014) *Werkgevers Enquête Arbeid*, p. 81.

97 De Wet Verbetering Poortwachter is geen zelfstandige wet, maar wordt in de volksmond wel zo aangeduid. Zie: art. 7.658a van het Burgerlijk Wetboek voor de re-integratieverplichtingen van de werkgever en art. 7:660a van het Burgerlijk Wetboek voor die van de werknemer.

4.5 Aanpassingen in de werkomgeving

Moeite om aan het werk te blijven kan ook te maken hebben met de werkomgeving: de arbeidsomstandigheden, arbeidstijden en arbeidsduur. Als deze niet voldoende zijn afgestemd op de belastbaarheid van de persoon met een chronische ziekte, kan dit leiden tot problemen bij het uitvoeren van taken. In Nederland worden werkgevers door de Arbeidsomstandighedenwet verplicht om een goed arbo- en verzuimbeleid te voeren en werknemers te beschermen tegen de mogelijk negatieve gevolgen van werk (zie onder andere box 4.6). Bij 7 op de 10 bedrijven was er in 2014 sprake van een formeel vastgelegd arbo- en verzuimbeleid[98]. Het feit dat zoveel Nederlandse bedrijven een formeel vastgelegd arbo- en verzuimbeleid hebben, betekent nog niet dat zij ook aan alle wettelijk verplichtingen voldoen. Zo is het gemiddelde aandeel bedrijven dat voldoet aan alle wettelijk verplichte systeembepalingen – namelijk aansluiting bij een arbodienstverlener, aanwezigheid van een preventiemedewerker, bedrijfshulpverlening (BHV) en risico-inventarisatie en -evaluatie (RI&E) – de afgelopen jaren gedaald van 64 naar 56 procent[99].

Arbeidsomstandigheden
Een knelpunt ontstaat wanneer de arbeidsomstandigheden niet adequaat zijn afgestemd op het werkvermogen van de werknemer met een chronische ziekte. Voordat er effectieve aanpassingen gedaan kunnen worden, moet er echter eerst een beeld zijn van de risico's op de werkplek. Het instrument dat werkgevers hierbij moeten inzetten, is de wettelijk verplichte RI&E. Het is opvallend dat niet alle Nederlandse werkgevers aan deze verplichting voldoen: 2 op de 10 werkgevers met meer dan tien werknemers lieten in 2011 na om regelmatig de werkplek op risico's te beoordelen[100]. Wanneer de risico's wel bekend zijn bij de werkgever, kunnen er maatregelen worden genomen. Bij diverse chronische ziekten zijn bijvoorbeeld ergonomische aanpassingen van de werkplek vereist. Mensen met longaandoeningen zullen eerder gebaat zijn bij specifieke klimatologische omstandigheden. De verplichting om aan dit soort aanpassingen gehoor te geven is eveneens onderdeel van de arbowetgeving (zie box 4.6). Ook aan dit onderdeel lijken werkgevers nog lang niet altijd gevolg te geven. Dat zou opnieuw te maken kunnen hebben met de complexiteit en deskundigheid die komt kijken bij het bieden van maatwerk. Aandachtspunt zijn mensen met een flexibel contract en zzp'ers. Zij komen niet snel in aanmerking voor een werkaanpassing en ook niet voor de stimulerende maatregelen die hiervoor zijn ingevoerd (zie par. 4.7).

Arbeidstijden en -duur
Een vaste arbeidsduur en vaste arbeidstijden leiden geregeld tot problemen onder werknemers met een chronische ziekte. Zo vormen lange werkdagen en onregelmatige diensten een obstakel, omdat werken meer fysieke of mentale inspanning vergt dan bij gezonde mensen[101]. Deelnemers aan de praktijkbijeenkomst voegden daaraan toe dat mensen met een chronische ziekte vaak moeite hebben met opstarten (zie bijlage 2). Zij kunnen daardoor niet altijd vroeg op het werk verschijnen, terwijl ze verder wel full-time kunnen en willen werken. Vaste aanwezigheid op het werk kan een probleem zijn, bijvoorbeeld wanneer sprake is van frequent ziekenhuisbezoek. Daarnaast kan iemand (tijdelijk) minder in staat zijn om de afgesproken arbeidsduur vol te maken, onder

---

98 Inspectie SZW (2015) *Arbo in bedrijf 2014*, p. 32.
99 TNO (2014) *Arbobalans 2014*, p. 17.
100 TNO (2011) *Arbobalans 2011*, p. 76.
101 NIVEL (2013) *Kennissynthese chronisch ziek en werk*, p. 20.

andere als de gevolgen van de ziekte opleven en als iemand aan het herstellen is van een behandeling (zie box 4.9).

Box 4.9 Problemen rond vaste aanwezigheid

"Is niet altijd 100% inzetbaar door klachten van astma en hooikoorts. Heeft daardoor een te hoog ziekteverzuim."

[Een vrouw] werkt als pedagogisch medewerker bij een kinderdagverblijf. Zij heeft astma. Haar laatste arbeidscontract loopt ten einde en wordt niet verlengd. In het conceptverslag van haar laatste beoordelingsgesprek staat: "Is niet altijd 100% inzetbaar door klachten van astma en hooikoorts. Heeft daardoor een te hoog ziekteverzuim." Maar daarnaast staat er ook: "Als [de vrouw] geen klachten heeft toont zij veel inzet" en "[De vrouw] is een goede leidster." Als reden voor het niet verlengen van het arbeidscontract wordt door de leidinggevende aangevoerd: "[Door haar ziekte] vraagt het [in dienst houden van de vrouw] te veel van haar naaste collega's. De organisatie verwacht [door haar hoge ziekteverzuim] problemen in de toekomst voor [de vrouw] zelf en het team." De Commissie Gelijke Behandeling (CGB; tegenwoordig College voor de rechten van de Mens) heeft in 2012 vastgesteld dat het kinderdagverblijf bij het aangaan van een arbeidsverhouding verboden onderscheid heeft gemaakt op grond van handicap of chronische ziekte.

Bron: College voor de Rechten van de Mens, oordeelnummer 2012-49

Structurele aanpassingen van de arbeidsduur komen relatief vaak voor en aanvragen op grond van de Wet Aanpassing Arbeidsduur worden meestal ook gehonoreerd[102]. Het flexibel inrichten van werktijden en arbeidsduur ligt ingewikkelder. In de Wet Flexibel Werken, die vanaf 1 januari 2016 van kracht is, worden de wettelijke mogelijkheden verruimd. Veel organisaties bieden wel al arrangementen aan of hanteren cao-afspraken, bijvoorbeeld in de vorm van meer zeggenschap over arbeidstijden (zelfroosteren)[103]. Toch geven mensen met een chronische ziekte aan vaker van flexibele werktijden gebruik te willen maken (zie box 4.10). Ook de deelnemers aan de praktijkbijeenkomst zien dit als een onbenutte kans. Oorzaken voor het achterwege blijven van deze aanpassingen kunnen te maken hebben met dat organisaties hier nog niet voldoende op zijn ingericht en dat er onvoldoende vertrouwen is dat de medewerker dezelfde productiviteit behoudt.

Bereikbaarheid en werken op afstand

Een laatste knelpunt is de bereikbaarheid van het werk. Voor iemand die niet zelfstandig op het werk kan komen zijn er speciale, vaak kostbare oplossingen nodig, zoals taxivervoer. Met de komst van thuis- en telewerken zijn er alternatieve opties. Nieuwe technologie faciliteert dit. Niet in alle organisaties wordt werken op afstand echter toegepast. Zeven op de 10 werkgevers geven in TNO-onderzoek aan dat thuis- en telewerken in hun organisatie niet mogelijk is[104]. Het kan zijn dat de technische infrastructuur niet aanwezig is, dat functies en taken zich hier niet voor lenen (bijv. beroepen in de bouw en beveiliging) of dat de kosten te hoog oplopen. Mogelijk zal de Wet Flexibel Werken desondanks een stimulerende werking hebben.

---

[102] SCP (2015) *Vraag naar arbeid 2015*, p. 65.

[103] AWVN (2016) *Eindevaluatie cao-seizoen 2015*, pp. 32-33.

[104] Volgens CBS/ TNO (2014) *Werkgevers Enquête Arbeid* is thuiswerken bij 72 procent van de bedrijven niet mogelijk.

Box 4.10 Behoefte aan aanpassingen op het werk

In 2011 is aan werknemers met diabetes gevraagd of zij hun werktijden, locatie of arbeidsduur zouden willen aanpassen om beter met hun aandoening om te kunnen gaan. De werknemers werkten veelal in bedrijven met ploegen- of storingsdiensten, lichamelijk en/of geestelijk zwaar werk, gevaarlijk werk en/of werk dat moeilijk is te plannen.

Ruim vier op de vijf werknemers met onregelmatige werktijden hadden geen afspraken gemaakt over het onregelmatige werk, maar bijna 40% van hen had hier wel behoefte aan. Van alle werknemers kon ongeveer 30% de pauzetijden niet zelf bepalen; van deze groep zou bijna de helft (46%) dit wel willen. Tevens konden werknemers met diabetes aangeven of zij (vaker) thuis zouden willen werken om hun diabetes beter te kunnen reguleren. Dit ging op voor ruim een op de vijf mensen (21%). Slechts een klein deel (8%) van de werknemers met diabetes had afspraken gemaakt over het aanpassen van werktijden wanneer zij zich niet goed voelen. Van degenen zonder flexibele werktijden had 29% behoefte aan een dergelijke afspraak. Ten slotte was 15% minder uren gaan werken vanwege hun diabetes. Ongeveer 8% zou wel minder willen werken, maar dit was in hun huidige functie niet mogelijk.

Over het geheel gezien wenste 38% (aanvullende) afspraken over werktijden, de omvang van de werkweek of thuis werken. Werknemers met diabetes die aangaven behoefte te hebben aan (aanvullende) afspraken voelden zich minder vaak gesteund op het werk, hadden vaker last van (complicaties van) hun diabetes en ervoeren meer belemmeringen bij hun werk als gevolg van hun ziekte dan werknemers die geen (aanvullende) afspraken wensten. Ook meldde de eerste groep zich vaker ziek vanwege diabetes.

Uit: NIVEL (2013) *Kennissynthese Chronisch Ziek en Werk*, p. 20.

4.6 Arbeidsgerelateerde en reguliere zorg

Zorgverleners hebben een belangrijke rol in het behandelen en ondersteunen van mensen met een chronische ziekte, ook als het gaat om werk. Kwalitatief goede arbeidsgerelateerde zorg is van belang. Daarnaast heeft de arbeidsgerelelateerde zorg, maar ook de reguliere zorg, zoals huisartsen en specialisten, een taak te vervullen,. In 2014 heeft de SER een advies uitgebracht over de toekomst van de arbeidsgerelateerde zorg[105]. Dit advies gaat daarom niet meer uitvoerig op dit onderwerp in. Wel zijn vijf van de in dit advies genoemde knelpunten relevant.

Toegankelijkheid arbeidsgerelateerde zorg
De toegankelijkheid van de arbeidsgerelateerde zorg wordt bedreigd doordat steeds minder werkgevers uitgebreide arbocontracten afsluiten. Ook heeft de Inspectie SZW vastgesteld dat steeds minder bedrijven hun wettelijke verplichtingen nakomen[106]. Om de toegankelijkheid te vergroten ligt op dit moment een wetsvoorstel tot wijziging van de Arbeidsomstandighedenwet voor, waardoor alle werknemers toegang moeten krijgen tot de bedrijfsarts[107].
Een punt van zorg blijft de toegankelijkheid van de arbeidsgerelateerde zorg voor niet-werknemers. De SER heeft in het advies over de arbeidsgerelateerde zorg bepleit dat alle werkenden toegang zouden moeten krijgen: flexwerkers, zzp'ers en mantelzorgers[108].

Aandacht voor preventie
Een ander knelpunt is dat arbodiensten en bedrijfsartsen een groot deel van hun tijd bezig zijn met het controleren van ziekteverzuim, waardoor minder tijd overblijft voor

[105] SER (2014) Advies *Betere zorg voor werkenden*.
[106] Inspectie SZW (2015) *Arbo in bedrijf 2014*, pp. 42-44.
[107] Kamerstukken II 2014-2015, Wetsvoorstel tot wijziging van de arbeidsomstandighedenwet, 25883, nr. 247.
[108] SER (2014) Advies *Betere zorg voor werkenden*, p. 29.

begeleiding van mensen met een chronische ziekte en de preventie van uitval. Preventiebeleid staat bij veel bedrijven, arbodiensten en bedrijfsartsen nog in de kinderschoenen. Dit blijkt ook uit het rapport van de Raad voor Volksgezondheid en Zorg[109]. Het kan zijn dat werkenden met een chronische ziekte daardoor geen contact hebben met de bedrijfsarts, ook al is dit wel nuttig of noodzakelijk.

Onafhankelijkheid en vertrouwen in bedrijfsarts
Het derde knelpunt heeft te maken met de positie van de bedrijfsarts. Een deel van de werknemers (16 procent) zegt geen vertrouwen te hebben in de onafhankelijkheid van de bedrijfsarts[110]. Daarbij zou volgens onderzoeksbureau Astri een rol spelen dat de bedrijfsarts wordt betaald door de werkgever en dat de vertrouwensrelatie tussen bedrijfsarts en patiënt niet altijd optimaal is. Voor mensen met een chronische ziekte, die baat kunnen hebben bij een goede relatie met de bedrijfsarts, is dit een gemiste kans.

Samenwerking bedrijfsarts en reguliere zorg
Een gebrekkige samenwerking tussen de reguliere zorg en de arbeidsgerelateerde zorg vormt het vierde knelpunt. Uit een rapport van het NIVEL blijkt dat bedrijfsartsen en artsen in de reguliere zorg weinig samenwerken, vooral door een gebrek aan vertrouwen in elkaars professionaliteit en onbekendheid met elkaars werk en deskundigheid[111]. Een gevolg is dat beide zorgpartijen onvoldoende op de hoogte zijn van elkaars behandelplan. Verschillende deelnemers van de praktijkbijeenkomst gaven aan dat dit mensen met een chronische ziekte in een lastige positie brengt: bij welke zorgverlener moeten zij terecht? En wat gebeurt er als behandelend arts en bedrijfsarts tot een ander advies komen?

Box 4.11 Factor arbeid in reguliere zorg

Medicijngebruik afstemmen

Bij veel chronische ziekten bestaat de behandeling uit het toedienen van medicijnen. Mensen met een hoge bloeddruk, hartproblemen en diabetes krijgen bijvoorbeeld diuretica voorgeschreven, ook wel bekend als plastabletten. Diuretica zorgen ervoor dat mensen meer vocht verliezen waardoor het hart wordt ontlast. Patiënten nemen de tabletten meestal op voorgeschreven tijden. Medicijninname en werktijden kunnen met elkaar in de knel komen, zeker bij beroepen waarbij mensen lange tijd op één plek moeten zijn, zoals vrachtwagenchauffeur, beveiliger en trambestuurder. De behandelend arts kan adviseren om het medicijngebruik op het werk af te stemmen, maar dan moet wel bekend zijn wat de werksituatie van de patiënt is. Werk lijkt echter nog niet vaak genoeg in de behandelkamer aan de orde te komen.

Factor arbeid in reguliere zorg
Tot slot wordt in de reguliere zorg onvoldoende rekening gehouden met de factor arbeid. Artsen hebben te weinig oog voor de invloed van het werk op het ontstaan of verloop van ziekten. Ook de positieve invloed van werk krijgt niet genoeg aandacht: werk kan immers bijdragen aan herstel en aan de verbetering van de gezondheidssituatie van mensen met een (chronische) ziekte. Doordat de factor arbeid in de reguliere zorg te weinig aan bod komt, zijn behandelplannen en medicijngebruik zelden afgestemd op het werk (zie box 4.11). Daarnaast is er bij de behandelend arts meestal weinig informatie

[109] RVZ (2015) *Doorwerken en gezondheid*, p. 29.
[110] Ondervraagd is een representatieve steekproef van werknemers die in het voorafgaande jaar contact hadden met een bedrijfsarts; zie AStri (2011) *Onderzoek naar de positie van de bedrijfsarts*, p. 66, 72.
[111] NIVEL (2012) *Knelpunten in de arbocuratieve samenwerking tussen bedrijfsartsen en eerstelijnszorg*, p. 48-49.

beschikbaar over het combineren van een chronische ziekte met werk. Dat is een gemiste kans, want de behandelend arts is voor de werkende met een chronische ziekte meestal wel eerste aanspreekpunt, zo werd door ervaringsdeskundigen in de praktijkbijeenkomst bevestigd.

4.7 Beleid en maatregelen

In wet- en regelgeving zijn verschillende rechten en plichten vastgelegd om werkbehoud te bevorderen. In dit hoofdstuk is daar al diverse keren bij stilgestaan. Daarnaast heeft de overheid extra voorzieningen getroffen om werkgevers en werknemers te prikkelen zich actief in te spannen voor werkbehoud. Bij de uitvoering hiervan doen zich enkele knelpunten voor.

Subsidie werkplekaanpassing
Allereerst kan de werkgever een vergoeding aanvragen voor een werkplekaanpassing[112]. Hieraan zijn voorwaarden verbonden: het moet gaan om een werknemer met structurele functionele beperkingen, de vergoeding moet vooraf worden aangevraagd, de werknemer moet nog minimaal zes maanden in dienst zijn en de kosten zijn hoger dan een drempelbedrag. Het drempelbedrag hangt af van het loon en de aard van de beperking. UWV toetst of werknemer en werkgever in aanmerking komen voor de voorziening. Deze voorziening lijkt niet bekend te zijn bij werkgevers en werknemers[113]. Ook tijdens de praktijkbijeenkomst kwam naar voren dat subsidiemaatregelen onbekend zijn of in elk geval weinig worden gebruikt. Mogelijk speelt mee dat de aanvraagprocedure onvoldoende bekend is en als te ingewikkeld of tijdrovend wordt ervaren. Ook vallen zzp'ers en een deel van de flexwerkers buiten de regeling.

Subsidie jobcoaching
Daarnaast kunnen werkgever en werknemer in aanmerking komen voor jobcoaching. Ook hieraan zijn diverse voorwaarden verbonden: het moet gaan om mensen met een structurele functionele beperking en de dienstbetrekking moet voor minimaal zes maanden zijn afgesproken. De loonwaarde van de werknemer is in principe vastgesteld op minder dan 35 procent, al kan daar in individuele gevallen van worden afgeweken[114]. Van het instrument jobcoaching wordt niet vaak gebruik gemaakt[115]. Ook hier spelen onbekendheid en administratieve last vermoedelijk een rol. Werkgevers en werknemers weten misschien niet dat jobcoaching ook mogelijk is bij een bestaand dienstverband. Daarnaast valt een groot deel van de werkenden met een chronische ziekte niet onder de doelgroep van de voorziening, bijvoorbeeld omdat de loonwaarde hoger is of omdat er geen sprake is van een structurele functionele beperking.

Re-integratie bij (langdurig) ziekteverzuim
Voorgaande voorzieningen zijn toepasbaar ongeacht de ziekteduur. Bij langdurig ziekteverzuim is de situatie anders. Dan is een vrij omvangrijk pakket aan wetten en regels van kracht om re-integratie te bevorderen en arbeidsongeschiktheid te voorkomen. In box 4.7 zijn de verplichtingen opgesomd op grond van de Wet Verbetering Poortwachter. Daarnaast zijn er bepalingen rond loondoorbetaling bij ziekte en de Ziektewet voor vangnetsituaties. Dit is, zoals eerder vermeld, onderdeel van een

---

[112] Zie art. 36 wet WIA.
[113] UWV beschikt echter niet over exacte gegevens.
[114] De ondergrens is een loonwaarde van 20 procent van het minimumloon. De ondergrens van het aantal werkuren is 8. Zie: "Beleidsregel UWV Protocol Interne Jobcoach 2015" in: Staatcourant nr. 36771, 23 december 2014.
[115] Interne jobcoaching is in 2014 516 keer toegekend en in 2015 1.675 keer, zo blijkt uit door UWV aangeleverde gegevens.

ander adviestraject[116], maar er wordt hier toch kort bij stilgestaan bij enkele relevante knelpunten. Tijdens de praktijkbijeenkomst is gebleken dat werkgevers en werknemers het traject om vanuit ziekte tot re-integratie te komen als complex ervaren (zie bijlage 2). Zij weten niet wat er precies van hen verwacht wordt en zijn bang voor loonsancties. APE heeft in een onderzoek uit 2011 nog andere knelpunten vastgesteld, zoals het ontbreken van actieve betrokkenheid van werknemers en van expertise bij (kleine) werkgevers om het verzuimtraject goed te begeleiden[117].

4.8 Conclusie

In dit hoofdstuk zijn de knelpunten bij werkbehoud geschetst op zes hoofdthema's: kennis, dialoog, werkinhoud, werkomgeving, zorg en maatregelen. Deels hangen de knelpunten met elkaar samen, deels staan ze op zichzelf. Wel is duidelijk geworden dat bij elk van de thema's een aantal factoren bepalend zijn voor succes, namelijk acceptatie van de ziekte, kennis, goede communicatie en samenwerking, waardoor de mogelijkheden van de werkende met een chronische ziekte om aan de slag te blijven bespreekbaar zijn. Dit zijn voorwaarden om tot oplossingen te komen, of het nu gaat om werkplekaanpassingen, van-werk-naar-werk, re-integratie vanuit ziekte of afstemming van zorg en werk. In hoofdstuk 6 worden oplossingsrichtingen voor de hier gesignaleerde knelpunten geschetst. Eerst komen in hoofdstuk 5 nog de aanvullende knelpunten aan bod voor mensen met een chronische ziekte die werk zoeken.

---

[116] Namelijk van het traject naar aanleiding van de adviesaanvraag *Langdurige werkloosheid / loondoorbetaling bij ziekte*.

[117] APE (2011) *Toepassing van de wet Verbetering Poortwachter*, pp. 74-77.

5. Knelpunten om aan het werk te komen

5.1 Inleiding

Mensen met een chronische ziekte komen nog te vaak ongewild buiten het arbeidsproces te staan. Voor deze mensen heeft het vinden van een baan de allerhoogste prioriteit. In dit hoofdstuk geeft de raad een overzicht van de knelpunten waarmee mensen met een chronische ziekte te maken hebben wanneer zij op zoek zijn naar werk. Voor een deel gaat het om dezelfde knelpunten die in voorgaand hoofdstuk zijn benoemd. Om die reden benoemt de raad alleen aanvullende knelpunten voor werkzoekenden.

Extra aandacht voor jongeren
Bovendien wordt extra aandacht besteed aan jongeren met een chronische ziekte die willen toetreden tot de arbeidsmarkt en die niet tot nauwelijks werkervaring hebben. De meeste mensen krijgen pas op latere leeftijd te maken met chronische ziekten en de groep jongeren met een chronische ziekte is dan ook relatief klein. Daardoor wordt er in brede rapportages niet zoveel aandacht besteed aan de positie van jongeren met een chronische ziekte[118].
Toch is dat niet helemaal terecht. De problematiek van jongeren verschilt op een aantal punten van die van ouderen. Jongeren met een chronische ziekte hebben zich tijdens de initiële scholingsfase bijvoorbeeld minder kunnen ontplooien en hebben minder (of geen) werkervaring dan mensen die op latere leeftijd te maken krijgen met een chronische ziekte. Ook de psychosociale ontwikkeling kan vertraagd zijn. Onderzoekster Eefje Verhoof spreekt in dit verband over een "vertraagde levensloop"[119]. Deze factoren leiden ertoe dat jongeren met een chronische ziekte het extra moeilijk hebben op de arbeidsmarkt.
Daar staat tegenover dat jongeren, doordat zij vaak van jongs af hebben moeten leren omgaan met beperkingen, veel ervaring hebben met zelfmanagement. Ouderen kunnen in die zin wat van jongeren leren.
Tot slot is de extra aandacht voor de positie van jongeren met een chronische ziekte nodig omdat zij nog een heel werkzaam leven voor zich hebben: een kleine interventie kan, wanneer daarmee een valse start wordt voorkomen, op de lange termijn een groot effect hebben.

Nasleep economische crisis
Het is belangrijk om te benadrukken dat de kans om werk te vinden mede afhankelijk is van de economische omstandigheden. Hoewel de economie zich langzaam lijkt te herstellen, blijft de groei van de werkgelegenheid op dit moment achter. In 2015 stonden tegenover elke vacature iets minder dan vijf werklozen[120]. De keuze uit kandidaten is dus groot en dan is de kans op werk voor werkzoekenden met een niet-optimaal werkvermogen, waaronder mensen met een chronische ziekte, minder groot. Naast de in dit hoofdstuk genoemde knelpunten, speelt dus ook de vraag naar arbeid

---

[118] SCP (2006) *Jeugd met beperkingen*, p. 9; Verhoef, J. (2015) *Improving Work Participation of Young Adults with Physical Disabilities*, p.13; Achterberg, T.J. [et al.] "Factors that promote or hinder Young disabled people in work participation: a systematic review" in: *Journal of Occupational Rehabilitation* (2009 19(2):129-41), aldaar p. 137; Lindsay, S., "Discrimination and other barriers to employment for teens and young adults with disabilities" in: *Disability and Rehabilitation* (2011 33(15-16): pp. 1340-50).

[119] Verhoof, E. (2015) *Consequences of success in pediatrics. Young adults with disability benefits as a result of chronic conditions since childhood*, p. 176.

[120] UWV (2015) *UWV Arbeidsmarktprognose 2015-2016*; CBS (2015*) Aantal vacatures neemt toe, maar groei is bescheiden.*

een bepalende rol bij de instroom van mensen met een chronische ziekte in het arbeidsproces.

5.2 Inzicht in werkmogelijkheden

Kennis over werkvermogen
Net als werknemers, moeten werkzoekenden een goed beeld hebben van hun werkvermogen. Zij kunnen pas optimaal zoeken naar werk wanneer zij een reëel beeld hebben van hun mogelijkheden en beperkingen. Het kan ingewikkeld zijn om te bepalen wat het werkvermogen is, zeker als mensen langere tijd buiten de arbeidsmarkt hebben gestaan of daaraan nog niet hebben deelgenomen.
Voor mensen die een WIA-uitkering willen aanvragen, vindt er wel een beoordeling plaats door een verzekeringsarts en kijkt een arbeidsdeskundige naar de banen die de persoon zou kunnen doen. Hierbij wordt naar de mogelijkheden en beperkingen van een werkzoekende gekeken, maar het primaire doel daarvan is te bepalen of de persoon in aanmerking komt voor een WIA-uitkering, niet voor welke functie hij of zij in aanmerking komt.
Voor oudere werkzoekenden geldt meestal dat zij al werk hebben gehad. Daardoor kunnen zij hun werkervaring alsmede hun professionele netwerk inzetten. Soms zal het werk dat vóór de diagnose van de chronische ziekte is gedaan echter niet meer geschikt zijn. Uit een onderzoeksenquête van patiëntenorganisaties blijkt bijvoorbeeld dat 59 procent van de mensen na ziekte niet meer kunnen werken op het niveau van vóór de ziekte[121]. Voor hen kan het moeilijk zijn om de gevolgen van de ziekte volledig te accepteren en de verwachtingen bij te stellen[122].

Opgelopen achterstanden
Voor jongeren met een chronische ziekte geldt dat zij meestal nog geen relevante werkervaring hebben opgedaan waardoor het voor hen extra lastig is om in te schatten wat hun werkvermogen is en hoe dit op de werkvloer uitwerkt. Waar het voor andere jongeren mogelijk is om naast de opleiding te werken of een stage te lopen, kan dat voor deze jongeren te veelgevraagd zijn.
Daar komt bij dat sommige jongeren die op jonge leeftijd getroffen worden door een chronische ziekte, een onderwijsachterstand oplopen. Bij ernstige aandoeningen kan er sprake zijn van psychosociale ontwikkelingsachterstanden[123]. Een deel van de jongeren is hierdoor kwetsbaar. Het doel blijft niettemin dat ook deze jongeren zelfstandig en onafhankelijk worden. Onderzoekster Annelies van der Staa waarschuwt dat "overmatige bescherming" door ouders en/of andere betrokkenen zelfstandigheid en onafhankelijkheid van het individu in de weg kunnen staan[124].

Motivatie
Een andere essentiële voorwaarde voor het kunnen benutten van de werkmogelijkheden is de motivatie van de werkzoekende. Wanneer mensen met een chronische ziekte teleurgesteld raken of onzeker worden doordat ze geen werk kunnen vinden, bestaat de kans dat de motivatie na verloop van tijd afneemt. Van de mensen met een chronische ziekte die niet werken geeft vier op de tien aan te kunnen werken en is 14 procent ook daadwerkelijk op zoek naar werk[125]. Driekwart van de werkzoekenden is nu langer dan

---

[121] Ieder(in)/ LPGGz/ NPCF (2015) *Wat werkt en wat werkt niet?*, p. 48.
[122] SER (2007) *Meedoen zonder beperkingen*, p. 125.
[123] Eefje Verhoof (2015) *Consequences of success in pediatrics. Young adults with disability benefits as a result of chronic conditions since childhood*, p. 176, 237.
[124] Anneloes van der Staa (2012) *Op eigen benen. Jongeren met chronische aandoeningen en hun preferenties en competenties voor de zorg*, p. 3.
[125] Ieder(in)/ LPGGz/ NPCF (2015) *Wat werkt en wat werkt niet?*, pp. 49-50, 57.

een half jaar op zoek, voor twee op de vijf geldt dat de zoektocht al langer dan twee jaar duurt.

5.3 Werving en selectie

Afweging tussen openheid en privacy
Werkzoekenden staan voor de keuze of zij informatie over hun ziekte en beperkingen met potentiële werkgevers willen delen tijdens een sollicitatieprocedure. Dit dilemma is misschien nog wel ingewikkelder in deze fase dan wanneer iemand al werk heeft. Informatie die de werkzoekende minder geschikt laten lijken, vergroot immers de kans op een afwijzing (zie box 5.1). In de praktijk voelen mensen zich vaak gedwongen tot op zekere hoogte openheid van zaken te geven, bijvoorbeeld omdat belemmeringen zichtbaar zijn of omdat er een 'gat' op het CV is ontstaan. Het delen van medische of privacygevoelige informatie is echter niet verplicht. Ernaar vragen is zelfs niet toegestaan op grond van de Wet Gelijke Behandeling en de Wet op de Medische Keuringen. Uit een eerdere inventarisatie van de SER blijkt dat in online sollicitatieprocedures desondanks naar de gezondheid van kandidaten wordt gevraagd[126].
Wel kan een aanstellingskeuring onder strikte voorwaarden onderdeel zijn van de sollicitatieprocedure, bijvoorbeeld bij fysiek zware beroepen. Ook assessments en testen worden steeds vaker gebruikt door werkgevers en recruitmentbureaus om de geschiktheid vast te stellen. Daarin kunnen werkzoekenden gevraagd worden naar informatie die de focus op de chronische ziekte legt.

Bij niet-zichtbare ziektes, zoals psychische aandoeningen, kiezen mensen er vaker voor om informatie in eerste instantie niet te delen[127]. Dit maakt het voor werkgevers weer lastig om een goede inschatting te maken van het werkvermogen van de kandidaat. Zij durven vaak niet te vragen naar beperkingen, uit angst om anti-discriminatieregels te overtreden.

Box 5.1 Dilemma over openheid bij sollicitatieprocedure

"...krijg je dus dat gat van een jaar een beetje verdoezeld. Dat vind ik nog wel een uitdaging dus, dat is wel waar ik mee zit."

Kim had het gevoel dat ze het gat in haar CV, dat veroorzaakt werd door haar nieraandoening en revalidatieperiode, moest verbloemen om nog aan het werk te komen. Daardoor vindt zij het moeilijk om een goede sollicitatiebrief te schrijven.

Bron: Klabbers (2014) *Krachtig en kwetsbaar*, p. 165

Maken van een match
Werkzoekenden met een chronische ziekte en werkgevers kunnen elkaar in de praktijk moeilijk vinden. De traditionele wegen om personeel te vinden, via de 'kaartenbak' van het UWV en gemeenten of via vacatureoverzichten, lenen zich niet goed voor mensen met een chronische ziekte. Bij mensen met een chronische ziekte is in de sollicitatieprocedure soms meer tijd nodig om het werkvermogen vast te stellen, om na te gaan welke taken en/of functie de werkzoekende kan uitvoeren en soms ook om eventuele vooroordelen over het werkvermogen weg te nemen. Een klassieke sollicitatieprocedure biedt die mogelijkheid niet. Voor werkgevers die een kandidaat met

[126] Zie: *http://www.aanstellingskeuringen.nl/publicaties/nieuws/2015/20151221-gezondheidsvragen-sollicitatie.aspx*
[127] Zie bijvoorbeeld: *https://www.psychischegezondheid.nl/action/newsitem_reaction/739*

een chronische ziekte een kans willen geven, is het bovendien lastig om via UWV en gemeenten de juiste mensen te vinden. Zij krijgen te weinig zicht op het aanbod. Een deskundige intermediair of re-integratiebegeleider die een voordracht doet, kan uitkomst bieden, maar is voor lang niet iedereen beschikbaar (zie box 5.2). Mogelijkheden vanuit UWV en gemeenten zijn beperkt en zijn meestal alleen toegankelijk als de werkzoekende een Wajong-, WIA- of WAO-uitkering ontvangt. Er zijn verschillende initiatieven die werkzoekenden met een chronische ziekte en werkgevers bij elkaar brengen. Voor jongeren is er bijvoorbeeld Emma at Work, maar de vraag is of zij de initiatieven weten te vinden.

Box 5.2 Het belang van een deskundige intermediair

"Ik heb goede papieren op zak – een HBO diploma commerciële economie – maar ook jeugdreuma. Mijn gewrichten doen niet altijd mee en ik heb vaak ontstekingen. Het vinden van een baan liep uit op een drama. Gelukkig kwam ik in aanraking met Emma at Work. Het voelde als een warm bad. Langzaam bouwden we het op met verschillende bijbaantjes, we keken wat wel en niet werkte. Het geloof in mezelf kwam terug (...) en sindsdien werk ik met veel plezier bij ABN AMRO."

Godelivia (28), ambassadeur Emma at Work
Bron: *http://www.emma-at-work.nl/voor-jongeren/godelivia/*

Eisen aan werknemers

Werkgevers hebben belang bij goedgeschoold personeel dat over een groot aanpassingsvermogen beschikt en onder hoge werkdruk kan presteren, zeker nu de arbeidsmarkt dynamischer is dan voorheen. Mensen met een chronische ziekte hebben meer dan gemiddeld moeite om aan die verwachtingen te voldoen. Zo geeft in een vragenlijststudie van TNO 31 procent van de mensen met een chronische ziekte aan last te hebben van een hoge werkdruk[128]. Knelpunt is dus dat een deel van de werkzoekenden met een chronische ziekte niet aan de hoge werkeisen kan voldoen, of werkgevers *denken* dat deze kandidaten daaraan niet kunnen voldoen.
Een ander knelpunt is dat bedrijven meestal (volledige) functies aanbieden. Tijdens de praktijkbijeenkomst brachten ervaringsdeskundigen in dat mensen met een chronische ziekte niet altijd in staat zijn om een (volledige) functie te vervullen. Ze krijgen niet de kans om te solliciteren voor een takenpakket dat is afgestemd op hun werkvermogen[129].

Box 5.3 No-riskpolis

De no-riskpolis biedt werkgevers een compensatieregeling voor loondoorbetaling bij ziekte in de eerste twee ziektejaren. De werknemer die binnen de doelgroep van de no-riskpolis valt, kan namelijk bij uitval wegens ziekte een beroep doen op een uitkering op grond van de Ziektewet. De werkgever mag het uitkeringsbedrag verrekenen met het bedrag dat hij volgens de loondoorbetalingsplicht moet betalen. De toekenning van de no-riskpolis is aan voorwaarden verbonden, bijvoorbeeld dat de werknemer een arbeidsongeschiktheidsuitkering ontvangt, behoort tot de doelgroep van de Banenafspraak of aanspraak kan maken op beschut werk. Voor werknemers die minder dan 35 procent arbeidsongeschikt zijn, gelden aanvullende voorwaarden. Ook is de no-riskpolis voor hen niet van toepassing tijdens de eerste twee ziektejaren.
De no-riskpolis geldt in de meeste gevallen voor een periode van vijf jaar na indiensttreding en kan in bijzondere gevallen na beoordeling van het UWV worden verlengd met nog eens vijf jaar. Als de werknemer een Wajong-uitkering heeft (of heeft gehad), dan geldt de no-riskpolis zolang de dienstbetrekking voortduurt.

[128] TNO (2015) *Behoeftepeiling werkenden met een chronische ziekte. Overzicht resultaten*, p. 2.
[129] Zie bijlage: Verslag praktijkbijeenkomst 15 december 2015.

Inschatting van risico's
Werkgevers zijn terughoudend om mensen met een chronische ziekte aan te nemen vanwege de kans op productieverlies en ziekteverzuim en daarmee op gerelateerde kosten. Volgens het NIVEL is het verzuimpercentage onder werkenden met een chronische ziekte vergelijkbaar met het algemene verzuimpercentage. Zij verzuimen weliswaar vrijwel net zo vaak als gezonde werknemers, maar als ze eenmaal uitvallen duurt het wel langer voordat ze kunnen terugkeren[130]. Juist langdurig verzuim brengt verantwoordelijkheden en hoge kosten met zich mee (zie ook hoofdstuk 4). Kleine bedrijven schrikken daarvoor terug, zeker als zij geen verzuimverzekering hebben afgesloten. Er zijn wel mogelijkheden, zoals een no-riskpolis of een proefplaatsing, om de risico's te verminderen (zie box 5.3). De mogelijkheid om werkzoekenden onder voorwaarden "op proef" aan te nemen is echter nog vaak onbekend bij werkgevers. De no-riskpolis kan in de praktijk echter ook stigmatiserend werken.

Beeldvorming
Werkgevers zijn voorzichtig met het aannemen van mensen met een chronische ziekte. Bij gelijke geschiktheid gaat de voorkeur meestal uit naar een gezonde kandidaat. De gezondheid van de kandidaat is, zo blijkt dan ook uit onderzoek van APE, een belangrijk selectiecriterium[131]. Daardoor hebben mensen met een chronische ziekte, meer dan andere werkzoekenden, moeite met het vinden van een baan. Onderzoek heeft in het verleden aangetoond dat werkgevers negatieve vooroordelen hebben over mensen met een chronische ziekte[132]. Soms zijn die vooroordelen terecht, soms niet. Het staat vast dat de (onterechte) vooroordelen van werkgevers een knelpunt zijn (zie box 5.4 en 5.5). Ook hebben werkzoekenden met een chronische ziekte (onterechte) vooroordelen over zichzelf en schatten zij hun kansen op de arbeidsmarkt soms te laag in.

Box 5.4 Onbewezen, onterechte vooroordelen 1

[Een vrouw] heeft narcolepsie, een zeldzame neurologische afwijking die leidt tot slaap- en waakstoornissen. Zij heeft gesolliciteerd naar de functie van managementassistent bij een organisatie die zich bezighoudt met het implementeren van veranderingsprocessen. Nadat [de vrouw] tijdens het sollicitatiegesprek open en eerlijk heeft verteld wat haar mankeert, is zij door een medewerker van het bedrijf telefonisch afgewezen voor de functie. Volgens de Commissie Gelijke Behandeling (CGB) heeft het bedrijf echter niet bewezen dat de kandidaat met haar aandoening niet aan de wezenlijke functie-eisen kan voldoen. Het bedrijf heeft, ondanks een aanbod daartoe, niet onderzocht of de twijfels met betrekking tot de geschiktheid en de inzetbaarheid van de [de vrouw] op feiten zijn gebaseerd. Daarnaast is er niet onderzocht of doeltreffende aanpassingen mogelijk waren. Daarmee heeft het bedrijf door direct onderscheid te maken op grond van chronische ziekte de wet overtreden.

Bron: College voor de Rechten van de Mens, oordeelnummer 2007-108

[130] NIVEL (2013) *Kennissynthese chronisch ziek en werk*, p. 7.
[131] APE (2015) *Verzekeringsgraad kleine werkgevers*, p. 46.
[132] Commissie het Werkend Perspectief (2003) *Onbekend maakt onbemind. Attitude onderzoek naar de positie van arbeidsgehandicapten op de arbeidsmarkt*, pp. 7-9; Panteia (2007) *Weerbarstige denkbeelden*, pp. 5-9.

Box 5.5 Onbewezen, onterechte vooroordelen 2

[Een man] wordt sinds 2003 door het Ministerie van Defensie bij diverse defensieorkesten op zzp-basis ingehuurd als bastrombonist. In 2007 blijkt dat hij diabetes heeft. In 2014 solliciteert hij naar een aanstelling. Vanwege zijn aandoening neemt defensie de sollicitatie niet in behandeling. Wanneer [de man] meldt dat hij de zaak bij het College van de Rechten van de Mens heeft voorgedragen, wordt hij alsnog uitgenodigd om deel te nemen aan sollicitatieprocedure. Hoewel uit de procedure blijkt dat hij de meest geschikte kandidaat is, wordt hij vanwege zijn aandoening alsnog ongeschikt bevonden. In de ogen van defensie kan de man, vanwege zijn diabetes, niet voldoen aan de militaire basiseisen. Bepaalde onderdelen van de functie kunnen, zo is de veronderstelling, op termijn - wanneer er lichamelijk complicaties optreden - niet meer door hem worden uitgevoerd. Het College voor de Rechten van de mens oordeelt dat de minister van Defensie hiermee verboden onderscheid maakt op grond van handicap of chronische ziekte.

Bron: College voor de Rechten van de Mens, oordeelnummer 2015-135

Sommige mensen met een chronische ziekte beschikken bovendien over unieke talenten, die hen juist geschikter maakt voor een aantal functies (zie box 5.6). Stereotypering ligt al gauw op de loer, maar in algemene zin kan worden gezegd dat sommige mensen met autisme uitermate geschikt zijn voor ICT-werk en andere technische taken[133]. Mensen met gehoor- of zichtproblemen kunnen zich vaak beter afsluiten voor een drukke werkomgeving dan anderen[134].

Box 5.6 Oog voor bijzondere talenten

"In Nederland is een groot deel van de blinden of slechtzienden werkloos. Zij hebben meestal een goede opleiding gehad, maar komen niet aan de bak. Sandra Ballij (32) en Bas de Ruiter (37) wilden daar iets aan veranderen en startten in 2007 het restaurant Ctaste. Er werken 13 visueel beperkte kelners, de echte "experts van het donker". Dineren in het donker is een beleving: 'je ogen hebben niets te doen, terwijl je andere zintuigen veel meer ontdekken,' menen de eigenaren. (...) CtheCity is daarnaast ook een trainingslocatie van Ctalents, een organisatie die young professionals met een arbeidsbeperking steunt en coacht. Ze worden er klaargestoomd om aan de slag te gaan in hun vakgebied. 'We willen de werkeloosheid binnen die groep van zeventig naar twintig procent terugdringen.'"

Bron: *http://elsevierjuist.nl/videoportret-van-ctaste-dineren-in-het-donker/*

Inclusieve organisatiecultuur

Het aannemen van personeel komt ook aan op het gunnen van een plek aan een kandidaat. De kwaliteit van een sollicitant staat uiteraard voorop, maar ook andere motieven kunnen een rol spelen, zoals het streven naar diversiteit en inclusie. Nog lang niet iedereen is zich voldoende bewust van het feit dat er steeds meer mensen zijn met een chronische ziekte en dat een deel van hen een steun in de rug kan gebruiken. Een inclusieve arbeidsmarkt wordt door vele partijen gestimuleerd, onder andere door via het *Charter Diversiteit* van *Diversiteit in bedrijf*[135]. Inclusie is echter nog geen gemeengoed. Er valt winst te behalen in het benadrukken van de voordelen van een inclusieve organisatiecultuur en een divers personeelsbestand. In een land als de Verenigde Staten - waar de arbeidsparticipatie op zichzelf genomen niet zo hoog is als in Nederland - kiest men er bijvoorbeeld voor om de voordelen van inclusie, ook voor het bedrijf zelf, te benadrukken (zie box 5.7).

---

[133] Zie bijvoorbeeld: *http://www.autismewerktwel.nl/enorme-icters-autisme/*

[134] Koninklijke Visio Expertisecentrum voor blinde en slechtziende mensen (2015) *Zicht op werk voor gemeenten, werkpleinen en werkgeversservicepunten*, p. 4.

[135] Een initiatief van de Stichting van de Arbeid, n.a.v. het SER-advies *Discriminatie werkt niet!* (2014) Zie *www.diversiteitinbedrijf.nl*

Box 5.7 De andere kant van een beperking

"Amerika staat dan wel niet bekend als een paradijselijke verzorgingsstaat, maar toch kan een mens er behoorlijk wat leren. (...) Dat bleek vorige week wel tijdens mijn bezoek aan het USBLN-congres in Los Angeles met 500 deelnemers (vooral werkgevers!) uit het hele land. (...) Amerikanen zijn niet bang om de commerciële voordelen van inclusief ondernemen te benoemen. In Nederland merk je vaak toch nog een zekere schroom als dit thema ter sprake komt. Terwijl De Normaalste Zaak er juist op hamert dat werkgevers mensen met een arbeidsbeperking niet alleen uit idealisme of medemenselijkheid hoeven aan te stellen, maar vooral omdat ze er echte voordelen van kunnen hebben. Amerikaanse bedrijven blijken in staat de bijzondere talenten (de andere kant van de handicap) op een productieve manier in te zetten. (...) Tijdens het congres kwam een mooi voorbeeld voorbij van een bedrijf dat mensen met een beperking bewust inzet in de klantenservice en bij de productontwikkeling. Waarom doen ze dat? Omdat ze zo een ander perspectief krijgen op hun werkwijze en hun producten en service ook op mensen met een beperking kunnen richten. Want, en dat is het punt dat Amerikaanse ondernemers goed hebben begrepen: dat zijn ook potentiële klanten!"

Column van Bert van Boggelen, kwartiermaker De Normaalste Zaak
Bron: *http://denormaalstezaak.nl/yes-we-can/*

Sommige mensen met een chronische ziekte beschikken bovendien over unieke talenten, die hen juist geschikter maakt voor een aantal functies (zie box 5.8). Stereotypering ligt al gauw op de loer, maar in algemene zin kan worden gezegd dat sommige mensen met autisme uitermate geschikt zijn voor ICT-werk en andere technische taken[136]. Mensen met gehoor- of zichtproblemen kunnen zich vaak beter afsluiten voor een drukke werkomgeving dan anderen[137].

Box 5.8 Oog voor bijzondere talenten

"In Nederland is een groot deel van de blinden of slechtzienden werkloos. Zij hebben meestal een goede opleiding gehad, maar komen niet aan de bak. Sandra Ballij (32) en Bas de Ruiter (37) wilden daar iets aan veranderen en startten in 2007 het restaurant Ctaste. Er werken 13 visueel beperkte kelners, de echte "experts van het donker". Dineren in het donker is een beleving: 'je ogen hebben niets te doen, terwijl je andere zintuigen veel meer ontdekken,' menen de eigenaren. (...) CtheCity is daarnaast ook een trainingslocatie van Ctalents, een organisatie die young professionals met een arbeidsbeperking steunt en coacht. Ze worden er klaargestoomd om aan de slag te gaan in hun vakgebied. 'We willen de werkeloosheid binnen die groep van zeventig naar twintig procent terugdringen.'"

Bron: *http://elsevierjuist.nl/videoportret-van-ctaste-dineren-in-het-donker/*

5.4 Ondersteuning vanuit de zorg

Factor arbeid in de reguliere zorg

Al eerder in dit advies kwam het knelpunt aan bod dat in de reguliere zorg onvoldoende aandacht is voor de factor arbeid. Ook, en misschien wel juist, bij het aan het werk komen is dit een probleem. Werk kan immers een belangrijke positieve bijdrage leveren aan de ervaren gezondheid. Desondanks is arbeidsparticipatie geen behandeldoel en zijn er vanuit de zorg nauwelijks mogelijkheden om mensen te ondersteunen of adviseren in het vinden van werk. In de kindergeneeskunde is dat anders. Daar is al wel volop aandacht voor (maatschappelijke) participatie. Kinderen met een chronische ziekte worden relatief intensief ondersteund tijdens hun behandeling- en zorgtraject, ook in het combineren van zorg met school. Als ze ouder worden en als adolescent de overstap

[136] Zie bijvoorbeeld: *http://www.autismewerktwel.nl/enorme-icters-autisme/*

[137] Koninklijke Visio Expertisecentrum voor blinde en slechtziende mensen (2015) *Zicht op werk voor gemeenten, werkpleinen en werkgeversservicepunten*, p. 4.

maken naar de volwassenenzorg neemt die ondersteuning af. Juist in die transitieperiode kan begeleiding effectief zijn[138].

Afstemming tussen revalidatie en re-integratie
Een ander knelpunt is de scheiding tussen zorg en re-integratie[139]. Een zorgverzekeraar vergoedt de zorgkosten van iemand met een chronische ziekte, het UWV of de gemeente neemt de kosten van het re-integratietraject voor zijn rekening. Daarnaast is het revalidatietraject niet altijd afgestemd op het traject van re-integratie naar werk en vice versa, terwijl deze elkaar wel zouden kunnen versterken. Hoewel zorg en re-integratie in de praktijk dicht bij elkaar liggen, wordt er nog weinig samengewerkt tussen verzekeraars, het UWV en de gemeenten om mensen met een chronische ziekte zo snel mogelijk aan het werk aan het werk te krijgen. De gescheiden financieringssystematiek leidt er in de praktijk toe dat er zorg- en re-integratieprofessionals lang elkaar heen blijven werken.

5.5 Beleid en maatregelen

Werkzoekenden met een chronische ziekte kunnen op grond van verschillende wettelijke regelingen een uitkering aanvragen. Bij elk uitkeringsregime horen andere rechten en plichten. De regelingen hebben met elkaar gemeen dat uitstroom naar werk en werken naast de uitkering zoveel mogelijk worden gestimuleerd. Mede tegen die achtergrond is per 1 januari 2015 de Participatiewet ingevoerd en zijn bestaande wettelijke regelingen als de Wet Wajong en de WSW gewijzigd en deels opgegaan in deze nieuwe wet.

Doelgroep Participatiewet en Banenafspraak
Een groot deel van de mensen die vóór 2015 op grond van hun beperking een beroep konden doen op de WWB, WSW of Wet Wajong, valt nu onder de Participatiewet. Het doel van deze wet is om zoveel mogelijk mensen die vallen onder de werkingssfeer van deze wet, betaald werk te laten vinden bij reguliere bedrijven. Er is nog veel onduidelijkheid over de precieze gevolgen, maar experts en belangenorganisaties waarschuwen dat er kwetsbare groepen zijn die met de invoering van de nieuwe maatregelen tussen de wal en het schip dreigen te vallen. Daaronder vallen mogelijk ook mensen met een chronische ziekte (zie box 5.9)[140].

Het gaat dan bijvoorbeeld om mensen met een arbeidsbeperking die vóór 2015 in aanmerking kwamen voor een Wajong-indicatie. Zolang niet vaststaat dat zij volledig en duurzaam arbeidsongeschikt zijn, vallen zij weliswaar binnen de doelgroep van de Participatiewet, maar dat betekent niet automatisch dat zij ook voor een bijstandsuitkering in aanmerking komen. De bijstandsuitkering kent namelijk een middelentoets. Mensen die vanwege hun woonsituatie boven een bepaalde inkomensgrens uitkomen, krijgen geen bijstandsuitkering. Voor de gemeente is er dan

---

[138] Anneloes van der Staa (2012) *Op eigen benen. Jongeren met chronische aandoeningen en hun preferenties en competenties voor de zorg.*

[139] De samenwerking tussen re-integratie- en revalidatie-experts komt door deze gescheiden financieringssystematiek niet of nauwelijks van de grond. Uit onderzoek van de Hogeschool van Rotterdam blijkt dat die samenwerking juist cruciaal is. Zie: H. Miedema, J. Verhoef [et al.] (2013) "Een nieuwe interventie om arbeidsparticipatie te bevorderen van jongeren met een lichamelijke beperking. Een pilotstudie" in: *Wettenschappelijk tijdschrift voor ergotherapie.*

[140] De banenafspraak houdt in dat werkgevers in de komende jaren 125.000 garantiebanen creëren voor mensen met een arbeidsbeperking. In de regeling voor de garantiebanen is opgenomen dat de banen bedoeld zijn voor: Mensen die onder de Participatiewet vallen die vanwege lichamelijke of psychische belemmeringen niet zelfstandig het wettelijk minimumloon kunnen verdienen; Mensen met een WSW-indicatie; Wajong'ers met arbeidsvermogen; Mensen met een WiW-baan of ID-baan.

geen financiële prikkel om deze persoon te ondersteunen in zijn zoektocht naar werk[141]. Als niet-uitkeringsgerechtigden kunnen zij ook geen gebruik maken van de re-integratiedienstverlening van gemeenten en dienstverlening door de Werkbedrijven (zie box 5.10). Ook komen zij niet in aanmerking voor de no-riskpolis die ervoor zorgt dat het UWV de loonkosten bij ziekte overneemt van de werkgever (zie box 5.3).

Box 5.9 Niet-duurzame arbeidsongeschiktheid

[Quintijn] heeft een autistische stoornis, is snel overprikkeld en heeft dyslexie. Hij heeft geen vrienden, kan niet fietsen of zijn post lezen. Het UWV stelt begin dit jaar vast dat hij op dit moment geen arbeidsvermogen heeft, maar verwacht dat hij zich nog kan ontwikkelen. Quintijn krijgt daarom geen Wajong[-uitkering] en in februari ging hij naar de gemeente voor een [bijstands]uitkering.

Volgens zijn moeder leek het alsof Quintijn bij de gemeente Amersfoort werd behandeld als elke andere uitkeringsgerechtigde: "Ze verwachtten van hem dat hij sollicitatiebrieven zou schrijven en dat hij zelfs op termijn stage zou lopen. Hij moest desnoods productiewerk doen." Voor Quintijn is dat lastig, want hij komt amper buiten en kan niet in groepen functioneren.

Bron: Nieuwsuur, 30-06-2015

Box 5.10 Risico's werkgever

[Danny] heeft de dubbele pech dat zijn multiple sclerose (MS) 'pas' op zijn 24ste werd geconstateerd, te laat om een Wajong-uitkering te krijgen. Recht op de bijstand of [een uitkering op grond van de Wet] WIA heeft de bij zijn ouders wonende Beverwijker evenmin.

Omdat hij buiten alle sociale regelingen valt, valt hij ook buiten de banenafspraak uit het Sociaal Akkoord voor de 125 duizend arbeidsgehandicapten, wat hem minder aantrekkelijk maakt voor werkgevers. Maar voor Rietlanden is dat geen punt, het bedrijf wil Haanstra graag in vaste dienst nemen, zonder er subsidie voor te krijgen.

Er is alleen een obstakel: Rietlanden wil wel een no-riskpolis van het UWV, opdat het bedrijf niet hoeft op te draaien voor Haanstra's ziektekosten mocht hij door zijn MS onverhoopt niet meer kunnen werken. Want bij ziekte moet zijn werkgever tot wel twaalf jaar [een verhoogde WGA-premie] doorbetalen aan Haanstra, ook al werkt hij pas sinds begin dit jaar bij Rietlanden.

Bron: Volkskrant, 26-10-2015

Verschillen in de aanspraak op ondersteuning per gemeente

Ook voor de mensen die wel op basis van de Participatiewet een uitkering ontvangen, is er het nodige veranderd. Gemeenten worden met de invoering van de Participatiewet verantwoordelijk voor de (re-)integratie van een grote groep werkzoekenden en zij hebben een beperkt budget waaruit zij dit kunnen betalen. Bestuurders zullen zich daarom de vraag moeten stellen: welke klantengroepen gaat de gemeente in welke volgorde helpen? Daarnaast moeten zij bepalen welke instrumenten de gemeente daarbij gaat inzetten. De Landelijke Cliëntenraad verwacht dat "bepaalde klantgroepen voorrang zullen krijgen op andere"[142]. Onderzoeksbureau Regioplan signaleert dat klantgroepen die duur zijn om aan het werk te helpen, het risico lopen om achteraan in de rij te belanden. Mogelijk vallen ook mensen met een chronische ziekte met (complexe) belemmeringen in die positie.

[141] Regioplan (2014) *Gevolgen Participatiewet voor burgers*, pp. 41-56.
[142] Regioplan (2014) *Gevolgen Participatiewet voor* burgers, pp. 41-56.

Aandacht voor kwetsbare groepen
Tot slot is het belangrijk te wijzen op de positie van mensen met een chronische ziekte die (voorheen) een beroep konden doen op de sociale werkvoorziening. Deze werkzoekenden moeten op zoek naar wat 'passende arbeid' wordt genoemd. Voor hen is het noodzakelijk dat er een werkklimaat geborgd wordt waarin zij op adequate en veilige manier in het werkproces ingezet worden. Gezien de huidige situatie en de positie van de sociale werkvoorziening, waarin een afbreuksituatie is ontstaan en waarin instroom vanaf 1 januari 2015 feitelijk niet mogelijk is, is alternatieve waarborg noodzakelijk. Gemeenten hebben de verantwoordelijkheid om binnen de Participatiewet invulling aan beschut werk te geven. In de praktijk ontbreekt de waarborg dat inzet van mensen met een aandoening of een chronische ziekte op een juiste wijze gebeurt.

5.6 Conclusie

In dit hoofdstuk zijn de knelpunten die spelen bij het (opnieuw) vinden van werk op een rij gezet. De belangrijkste knelpunten zijn verdeeld over een aantal hoofdthema's: inzicht in werkvermogen, werving en selectie, zorg, en beleid en maatregelen.

Eén van de algemene conclusies is dat de knelpunten waarmee werkzoekenden met een chronische ziekte te maken hebben, overeenkomen met die van mensen met een chronische ziekte die hun baan proberen te behouden. Ook voor werkzoekenden is het cruciaal dat zij een reëel beeld hebben van de eigen mogelijkheden en beperkingen, en dat zij hierover kunnen en durven spreken. Voor werkgevers is het opnieuw van belang dat zij openstaan voor mensen met een chronische ziekte, een cultuur stimuleren waarin inclusie wordt omarmd en gebruikmaken van de mogelijkheden om risico's of kosten te verminderen. Doordat er te veel nadruk wordt gelegd op de beperkingen van mensen met een chronische ziekte, is er te weinig oog voor de mogelijkheden en de unieke talenten van deze doelgroep.

Het is daarnaast duidelijk geworden dat een conventionele, kortdurende sollicitatieprocedure via vacatures over het algemeen niet de meest geschikte manier is om af te tasten wat werkzoekenden en (potentiële) werkgevers voor elkaar kunnen betekenen. Door begeleiding van de werkzoekende en het actief bij elkaar brengen van de werkzoekende en de werkgever, neemt de kans op het vinden van werk toe. In hoofdstuk 6 worden aanbevelingen gepresenteerd die de kansen op werk van mensen met een chronische ziekte vergroten.

6. Aanbevelingen

6.1 Inleiding

In voorgaande hoofdstukken heeft de raad een analyse gemaakt van de positie van mensen met een chronische ziekte op de arbeidsmarkt. Hoewel in de praktijk werkenden met een chronische ziekte in veel opzichten vergelijkbaar zijn met gezonde werkenden, is er ook een groep mensen met een chronische ziekte die zich in een kwetsbare positie bevindt. Deze mensen kunnen als gevolg van hun ziekte hun werk niet meer goed uitvoeren, zijn buiten het arbeidsproces beland of lopen het risico om in één van deze twee situaties terecht te komen. In dit hoofdstuk formuleert de raad aanbevelingen aan uiteenlopende partijen om de nadelige gevolgen van een chronische ziekte voor het verrichten van werk te voorkomen of te verminderen. Daaraan voorafgaand schetst hij de belangrijkste, gesignaleerde knelpunten.

Vertrekpunt voor aanbevelingen
Het aantal mensen met een chronische ziekte in de beroepsbevolking neemt toe. Dit is geen gevolg van falend gezondheidsbeleid, integendeel. Door de vooruitgang in de gezondheidszorg kunnen mensen langer met een ziekte leven én werken. Zoals eerder is beschreven, hoeft het hebben van een chronische ziekte ook niet gepaard te gaan met een slecht ervaren gezondheid of met beperkingen. Voorspelling is dat het aantal mensen met een beperking zelfs gelijk blijft.
De toename van het aantal werkenden met één of meer chronische ziekten is daarnaast een gevolg van de veranderende leeftijdsopbouw van de beroepsbevolking en van het beleid om mensen langer te laten doorwerken. De vraag hoe mensen met een chronische ziekte aan het werk kunnen blijven, is daarom niet los te zien van de vraag hoe werknemers langer kunnen doorwerken.

De raad constateert dat er al veel goed gaat. Nederland is er na hervormingen bijvoorbeeld in geslaagd om de instroom in arbeidsongeschiktheiduitkeringen drastisch te verlagen en het ziekteverzuim terug te dringen. Wel vindt de raad, net als het SCP, dat de hervormingen pas geslaagd zijn als de daling van arbeidsongeschiktheid en ziekte gepaard gaat met een verhoging van de arbeidsdeelname. Wanneer de arbeidsparticipatie van mensen met een gezondheidsbeperking vergeleken wordt met die van gezonde mensen, is er een kloof waarneembaar, zo blijkt uit internationaal vergelijkend onderzoek. Eerder in dit advies zijn daarvoor verschillende verklaringen aangewezen, waaronder de verantwoordelijkheid voor re-integratie bij werkgevers, die consequenties kan hebben voor de instroom van mensen met een chronische ziekte in het arbeidsproces.

Verder is het belangrijk te constateren dat het ook met de doelgroep werkenden met een chronische ziekte zelf vrij goed gaat. Ongeveer de helft van de werkenden met een chronische ziekte ervaart geen belemmeringen in het werk. En als een ziekte wel belemmeringen met zich brengt, zijn er diverse mogelijkheden om de productiviteit op peil te houden en uitval te voorkomen. Hoewel de raad zich richt op de gevallen waarin het (nog) niet goed gaat, moet het succes van werkenden die doorwerken ondanks hun chronische ziekte benadrukt worden. Goede voorbeelden kunnen als inspiratie dienen en geven aanknopingspunten voor de wijze waarop werkenden, werkgevers, arboprofessionals en zorgverleners met dit vraagstuk kunnen omgaan. In de aanbevelingen worden daarom verschillende goede voorbeelden aangehaald.

Een andere belangrijke observatie is dat wanneer mensen met een chronische ziekte uitvallen op de arbeidsmarkt, zij zeer veel moeite hebben om terug te keren en vaak (ongewild) aan de zijlijn blijven staan. In een ruime arbeidsmarkt, waarin er veel gegadigden zijn voor een functie, hebben mensen met een chronische ziekte het extra lastig. Daarom concentreert de raad zich in deze aanbevelingen vooral op het voorkomen van uitval, zodat zo weinig mogelijk mensen in deze positie terechtkomen.

Werk maken van preventie, dat was de boodschap in een eerder SER-advies, en die boodschap wil de raad ook in dit advies centraal stellen[143]. Hij vat preventie breed op en ziet deze als een gezamenlijke verantwoordelijkheid van werkgever, werkende en andere actoren. Het gaat allereerst om preventie in de zin van de bevordering van een gezonde levensstijl en een gezonde werkomgeving. Dit impliceert een goede balans tussen de belastbaarheid van de werkende en de belasting die het werk met zich meebrengt, gedurende alle levensfasen en zeker naarmate de leeftijd vordert. Voor de doelgroep mensen met een chronische ziekte komt er nog iets bij, namelijk het voorkomen dat er als gevolg van de ziekte extra belemmeringen ontstaan om te werken.

De analyse in dit advies maakt duidelijk dat effectieve preventie en maatwerk begint met goede communicatie en een goed gesprek tussen leidinggevende en werknemer. Die communicatie wordt in de praktijk bemoeilijkt door verschillende factoren. Zo beschikken werknemer en leidinggevende niet altijd over de juiste kennis en vaardigheden om een gesprek aan te gaan. Daarnaast kunnen er problemen ontstaan wanneer er geen open en veilige sfeer is waarin het gesprek plaatsvindt. Zo speelt er het dilemma tussen openheid aan de ene kant en privacy en onzekerheid aan de andere kant. Sommige werkenden vinden het moeilijk om open te zijn over hun chronische ziekte, omdat ze informatie daarover te persoonlijk vinden of omdat ze bang zijn dat deze informatie tegen hen gebruikt zal worden, zeker in een arbeidsmarkt waarin steeds meer arbeidscontracten flexibel of tijdelijk zijn. Leidinggevenden – en ook de bedrijfsarts – hebben wel voldoende informatie nodig om goed rekening te kunnen houden met de werkende met een chronische ziekte. Werkgevers hebben daarbij te maken met wetgeving, bijvoorbeeld op het gebied van privacy en medische keuringen, waardoor zij niet naar details over gezondheid mogen vragen.
In de arbowetgeving zijn diverse rechten en plichten opgenomen voor werkgevers en werknemers, bijvoorbeeld over de inventarisatie van gezondheidsrisico's op de werkplek, werkaanpassingen en de arbeidsgerelateerde zorg. De raad constateert dat dit een passend kader biedt om de arbeidsomstandigheden in een bedrijf te regelen, ook als het gaat om werken met een chronische ziekte. Hij geeft daarom in dit advies handreikingen om binnen dit kader tot betere afspraken tussen werkgever en werkende te komen en te zorgen dat zij beter worden ondersteund. Ook wil de raad bijdragen aan betere kennis over het bestaande wettelijk kader, zodat de uitvoering en handhaving ervan beter verlopen.

Het bovenstaande neemt niet weg dat huidige wet- en regelgeving van invloed zijn of kunnen zijn voor de mate waarin mensen met een chronische ziekte aan het werk blijven of komen. Dit geldt mogelijk voor de loondoorbetalingplicht bij ziekte en de bijbehorende re-integratieverplichtingen. Omdat de desbetreffende wet- en regelgeving onderdeel zijn van de adviesaanvraag *Langdurige werkloosheid en loondoorbetaling bij ziekte* die de minister van SZW in december aan de SER heeft gestuurd, zal het voorliggende advies daarover geen aanbevelingen bevatten. Wel zullen de bevindingen

---

[143] SER (2014) Advies *Betere zorg voor werkenden*, SER (2012) Advies *Stelsel voor Gezond en Veilig Werken*, SER (2009) Advies *Een kwestie van gezond verstand*.

uit dit advies in genoemd traject worden meegenomen, omdat werknemers met een chronische ziekte hierbinnen een relevante doelgroep zijn.

Opbouw hoofdstuk
Om chronische ziekten zo min mogelijk een belemmering te laten zijn voor werk, zullen diverse partijen acties moeten ondernemen. In dit hoofdstuk doet de raad concrete aanbevelingen, die zo veel mogelijk zijn gebaseerd op goede voorbeelden uit de praktijk en de wetenschap. Daarnaast heeft hij randvoorwaarden opgesteld die van belang zijn om de aanbevelingen te laten slagen. In paragraaf 6.2 gaat de raad eerst in op drie randvoorwaardelijke factoren, waarna hij vanaf paragraaf 6.3 oplossingen aandraagt. In paragraaf 6.8 formuleert de raad aanbevelingen voor mensen, en in het bijzonder jongeren, met een chronische ziekte die willen toetreden tot de arbeidsmarkt.

6.2 Randvoorwaarden

Ieders belang, ieders verantwoordelijkheid
Het is evident dat bij de arbeidsparticipatie van mensen met een chronische ziekte diverse partijen betrokken zijn. De (aanstaande) werkende heeft er allereerst zelf belang bij dat hij of zij aan het werk komt en blijft. Werkenden dragen de primaire verantwoordelijkheid voor hun loopbaan en gezondheid. Gezondheid is niet (alleen) iets dat hen overkomt; zij hebben ook zelf invloed op het voorkomen van in elk geval een deel van de gezondheidsbelemmeringen, onder andere door verstandige levensstijlkeuzes te maken. Relevant is daarbij de eerdergenoemde ontwikkeling dat de algehele levensverwachting stijgt, terwijl gelijktijdig het aantal levensjaren zonder ziekte afneemt. Naast betere en eerdere diagnoses en effectievere medische behandelingen, speelt daarbij vermoedelijk levensstijl een rol. Het is dus belangrijk dat mensen zoveel als mogelijk gezonde keuzes maken, om zo belemmeringen in hun leven én werk te voorkomen. De fysieke en sociale omgeving kan mensen uitnodigen en stimuleren om verstandige keuzes te maken.

Gezondheid wordt daarnaast bepaald door contextuele factoren, waaronder het werk en de werkomstandigheden. Ook andere actoren dan de werkende zullen zich daarom moeten inspannen om belemmeringen te voorkomen: werkgevers, bedrijfsartsen en andere zorgprofessionals in de reguliere en arbeidsgerelateerde zorg, sector- en branchepartijen, verzekeraars, patiëntenorganisaties en de overheid. Allen hebben belang bij het succes van deze groep werkenden.

De raad constateert dat het verantwoordelijkheidsbesef voor mensen met gezondheidsbeperkingen de afgelopen jaren is toegenomen. Werkgevers en werknemers hebben succesvol het ziekteverzuim teruggedrongen en zijn meer gaan doen aan re-integratie[144]. Verbeteringen zijn echter nog nodig, zeker als het om preventie en bevordering van duurzame inzetbaarheid gaat. De raad ziet de gezamenlijke verantwoordelijkheid en samenwerking van alle betrokken actoren, inclusief werkenden met een chronische ziekten zelf, als belangrijke randvoorwaarde om dat te realiseren.

Gezondheid bespreekbaar maken
Eén van de conclusies uit het analysedeel van dit advies is dat een chronische ziekte nog te veel als uitzondering wordt beschouwd. In de praktijkbijeenkomst wezen de deelnemers erop dat chronische ziekten weliswaar beter bespreekbaar zijn, maar dat mensen met een chronische ziekte desondanks nog vaak als probleemgeval worden

[144] CBS, Nivel. Zie http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/arbeid-sociale-zekerheid/publicaties/artikelen/archief/2015/ziekteverzuim-op-laagste-punt-sinds-1996.htm

gezien. Dat is onterecht, want met veel mensen met een chronische ziekte gaat het goed. Soms is het echter lastig om een chronische ziekte en de daaraan gerelateerde beperkingen bespreekbaar te maken. Hierbij speelt het eerder in dit hoofdstuk beschreven dilemma tussen de behoefte aan openheid enerzijds, en privacy en onzekerheid anderzijds.
Een positieve benadering van de doelgroep is belangrijk om een stigma te voorkomen. In lijn met de nieuwe definitie van gezondheid, pleit de raad er daarom voor dat in beleid de focus uitgaat naar de mogelijkheden van mensen met een chronische ziekte, in de plaats van naar hun beperkingen[145]. Ook vindt hij het belangrijk mensen met een chronische ziekte niet als bijzondere groep te behandelen of een status aparte te geven. Hij stuurt aan op beleid dat zich richt op *alle* werkenden. De raad plaatst daarmee chronische ziekten op het werk in de context van preventie en duurzame inzetbaarheid. Op dit gebied zijn in de afgelopen jaren stappen gezet, maar het zijn nog geen vanzelfsprekende onderdelen van de arbeidsorganisatie geworden. Over duurzame inzetbaarheid zijn in een meerderheid van de cao's afspraken gemaakt[146]. De implementatie op de werkvloer loopt echter nog achter[147]. Ook heeft nog maar een beperkt aantal organisaties (40%) een beleid gericht op langer doorwerken. Voor preventie van gezondheidsproblemen op het werk geldt eveneens dat de uitvoering verbetering behoeft. Zo stelt de Arbeidsomstandighedenwet (artikel 5) werkgevers verplicht tot het uitvoeren van een risico-inventarisatie & evaluatie (RI&E) en een daarbij behorend Plan van Aanpak. Respectievelijk 47 en 38 procent van de bedrijven voert deze verplichtingen uit[148].

Maatwerk
Een aanpak is pas succesvol als er oog is voor de verschillen tussen mensen en organisaties. Dit is in dit advies diverse keren benadrukt. Ook als het gaat om oplossingen gaat het principe 'one size fits all' niet op. Voor grote bedrijven gelden andere omstandigheden dan kleine bedrijven. De eersten kunnen meestal een beroep doen op een HR-afdeling voor advies en ondersteuning. Kleine bedrijven hebben meestal minder kennis en mogelijkheden. Ook de verschillen tussen mensen met chronische ziekten zijn reeds genoemd en onderstrepen dat een generieke aanpak niet passend is. De raad hecht daarom aan interventies die voldoende ruimte laten voor maatwerk, bijvoorbeeld omdat die aansluiten bij de werkende, het ziektebeeld, de sector of het bedrijf.

6.3 Kennis en bewustwording vergroten

Eén van de knelpunten die herhaaldelijk terugkomt in de analyse is, dat er onvoldoende kennis is over chronische ziekten in relatie tot werk; of het nu gaat om de implicaties van een ziekte, de wetten en regels die van toepassing zijn of de subsidiemaatregelen die werkgevers kunnen benutten. De raad wil met diverse maatregelen bevorderen dat het kennisniveau hoger komt te liggen.

---

[145] Huber, M. (2010) *Invitational Conference 'Is health a state or an ability? Towards a dynamic concept of health'* en Huber, M. [Et al.] (2011) 'How should we define health?', *British Medical Journal,* nr. 343, pp. 235-237.
[146] Inmiddels bevatten 4 van de 5 cao's afspraken over duurzame inzetbaarheid. Zie *www.duurzame inzetbaarheid.nl*
[147] WEA 2014, TNO.
[148] Inspectie SZW (2014). *Arbo In Bedrijf 2014.*

Kennis over gevolgen ziekte
Ten eerste is er meer kennis nodig over de gevolgen van een ziekte voor de uitvoering van het werk. Uit het vragenlijstonderzoek van TNO bleek dat 21% van de werknemers behoefte heeft aan dergelijke informatie[149]. De bedrijfsarts of andere arboprofessionals, zoals een arbeidsdeskundige, zijn voor deze informatie eerste aanspreekpunt.

De raad constateert daarnaast dat patiëntenverenigingen en kennisinstellingen veel kennis en expertise hebben opgebouwd. Zij stellen per ziektebeeld informatie beschikbaar, kennen ervaringen van andere patiënten die aan het werk zijn en kunnen adviseren over de informatie die een werknemer wel of niet kan delen met de werkgever. Voordeel is dat patiëntenorganisaties ook toegankelijk zijn voor niet-werkenden en voor zzp'ers. Bovendien is de patiëntenorganisatie laagdrempelig en toegankelijk, ook in gevallen waarin ziekteverzuim (nog) niet aan de orde is of de bedrijfsarts (nog) niet in beeld is. De raad ziet daarom een rol voor kennis- en expertisecentra en patiëntenorganisaties - en daarbij in het bijzonder voor de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) - om meer structureel ondersteuning te bieden aan werkgevers en werknemers die te maken hebben met chronische ziekten. Daarmee onderschrijft de raad het voorstel van experts om een centraal informatiepunt in te richten met informatie over chronische ziekten en werk[150]. Dat kunnen zij doen door (online) brochures te ontwikkelen over werken met een ziekte, die op een centrale website te plaatsen en te verspreiden in bedrijven, sectoren en via andere (online) platformen waar werkgevers en werknemers vaak komen, zoals de websites van het UWV en van gemeenten. *Chronisch ziek en werk* van de NPCF is een goed voorbeeld van een dergelijke folder (zie box 1). Daarnaast kan een organisatie als de NPCF een adviesdienst of helpdesk inrichten die ingaat op vragen van werkgevers en werknemers. Zij kunnen dit informatiepunt raadplegen wanneer zij vragen hebben over een bepaalde ziekte en de mogelijke gevolgen voor het werk of als zij tips zoeken om het gesprek daarover aan te gaan. Een goed voorbeeld hiervan is *Kankerenwerk.nl*, een website voor werkgevers waar ondersteuning, advies en informatie voor het begeleiden van werknemers met kanker geboden worden (zie box 6.1). Voor werknemers is er een vergelijkbare website: *Kanker.nl*. De raad roept betrokken partijen op hierover gezamenlijk afspraken te maken en een centraal informatiepunt in te richten.

Bovendien adviseert de raad te stimuleren dat afzonderlijke patiëntenverenigingen vaker gaan samenwerken met bedrijfsartsen en werkgevers- en werknemersorganisaties, zeker als het gaat om een chronische ziekte die een relatie heeft met arbeidsomstandigheden. Een goed voorbeeld is de Bakkersbranche die met de Longalliantie samenwerkt om beginnende longklachten door bakkersastma of meelallergie zo vroeg mogelijk op te sporen. Hiervoor is een website en een Bakkerspoli in het leven geroepen (zie box 6.2).

De raad is tot slot verheugd over het recentelijk genomen initiatief om een onafhankelijke Commissie Werk en Gezondheid in het leven te roepen. De commissie - een initiatief van Alles is Gezondheid, Centrum Werk Gezondheid en AWVN - bestaat uit wetenschappers en professionals, en wil bijdragen aan meer kennis en bewustwording bij werkgevers. De commissie zal nadrukkelijk aandacht vragen voor het belang van de werkomgeving als preventieve en gezondheidsbevorderende omgeving. Ze richt zich met name op nieuwe inzichten die de inzetbaarheid van werkenden, en specifiek zij met chronische aandoeningen, behouden en vergroot kan worden[151].

---

[149] TNO (2014) *Behoeftepeiling werkenden met een chronische ziekte.*
[150] Inhoudelijke experts en ervaringsdeskundigen aanwezig tijdens de praktijkbijeenkomst.
[151] Zie: *www.werkgezondheid.nl*

Box 6.1 Goede voorbeelden van voorlichting op maat

Chronisch Ziek & Werk
De NPCF heeft een boekje uitgebracht ter inspiratie, met ervaringen van mensen met een chronische ziekte of een beperking. Hieronder staan twee ervaringen vermeld.

[vrouw, blind, reuma, restverschijnselen van Guillan-Barré syndroom, sarcoïdose] "Natuurlijk kost werken mij ongelooflijk veel energie. Ik ben al moe als ik opsta. Dan kun je zeggen: 'ik kan niks'. Maar daar word ik dus niet vrolijk van. Mijn beroep is nadenken, praten en onderhandelingen voor mensen met een persoonsgebonden budget. Dat kan ik supergoed en daarin word ik niet beperkt".

[man, complete dwarslaesie] "Op mijn werk werd rekening gehouden met mijn handicap. Het gebouw werd aangepast en het plannen van meetings werd afgestemd op mijn uithoudingsvermogen. Zelf leerde ik delegeren, ook al was dat niet mijn sterkste punt".

Bron: NPCF (2014). *Chronisch ziek en werk. Verhalen uit de praktijk.*

Kanker en Werk
Kankerenwerk.nl is een website voor werkgevers die ondersteuning biedt bij werkbehoud en re-integratie van medewerkers met kanker. Op de website staan adviezen voor hoe de werkgever het beste met de situatie kan omgaan, met als doel dat de medewerker aan het werk blijft. De werkgever kan online een vraag stellen en in contact komen met een ervaringsdeskundige ambassadeur. Er staan brochures en links naar websites voor meer informatie over werkhervatting en re-integratie, vergoeding en verzekering en verzuim en arbeidsongeschiktheid. Ook wordt verwezen naar effectieve herstel- en revalidatieprogramma's.

http://kankerenwerk.nl

Box 6.2 Samenwerking patiëntenorganisatie en branche

Long Alliantie & bakkersbranche
De Long Alliantie Nederland (LAN) heeft een overkoepelende rol op het gebied van chronische longaandoeningen. In het kader van het *Programma Zelfregulering Gezond en Veilig Werken* wordt het project *Versterken aanpak beroepslongziekten en werken met schadelijke stoffen* uitgevoerd, onder andere in de bakkersbranche. Doel van dit project is het realiseren van duurzame verbindingen tussen mensen, branches en domeinen in de aanpak van beroepslongziekten, het werken met gevaarlijke stoffen en het werken met longziekten. De voorbereidingsfase bestaat uit een inventariserend onderzoek naar knelpunten bij het werken met gevaarlijke stoffen, naar belemmeringen bij het gebruikmaken van oplossingen en mogelijkheden om het gebruik ervan te verbeteren. Op basis daarvan worden toolboxen ontwikkeld, onder andere gericht op het vergroten van bewustwording. De introductie van deze toolboxen gebeurt door de (bakkers)branche. In de implementatiefase komen beschikbaar: een richtlijn Beroepsastma voor zorgverleners, informatie voor curatieve dienstverleners over beroepslongziekten en het werken met een longziekte.

Inzicht in wet- en regelgeving
Een ander hiaat in de kennis van werkgevers en werknemers is de geldende wet- en regelgeving. Het gaat in het bijzonder om arbowetgeving. De Nederlandse arbeidsomstandigheden zijn beter dan het Europees gemiddelde[152]. Toch constateert de raad dat de uitvoering in de praktijk vaak nog lastig is, mede omdat er behoorlijk veel kennis nodig is om bijvoorbeeld werkaanpassingen in de organisatie door te voeren. Zo is onderzocht dat twee derde van de bedrijven die geen RI&E hebben uitgevoerd, niet bekend zijn met de verplichting voor een RI&E, en circa 11 procent van de bedrijven weet niet hoe zij een RI&E moeten opstellen[153]. Werknemers met een chronische ziekte kunnen er nadeel van ondervinden dat de regelgeving onbekend is.

[152] TNO (2012) *Arbobalans 2011.*
[153] Inspectie SZW (2014) *Arbo In Bedrijf 2014.*

Werkgevers en werknemers moeten beter op de hoogte zijn van wat de arbowetgeving voorschrijft en hoe zij deze naar de eigen organisatie en werksituatie kunnen vertalen. Eerder zijn de website RIE.nl van het Steunpunt RI&E, het Arboportaal en de arbocatalogi in het leven geroepen[154]. Via de website RIE.nl kunnen werkgevers en werknemers informatie vinden over de RI&E en kunnen zij vragen om ondersteuning. Het Arboportaal is hèt medium voor alle informatie over gezond en veilig werken, inclusief de arbowetgeving, en bevat een overzicht van alle getoetste arbocatalogi. De arbocatalogi zijn een nuttig hulpmiddel om per sector of bedrijf invulling te geven aan de gestelde arbo(doel)voorschriften. In de catalogi beschrijven werkgevers en werknemers welke maatregelen zij treffen om aan de door de overheid gestelde normen te voldoen. De raad beschouwt het als een gemiste kans dat nog veel bedrijven niet op de hoogte zijn van het bestaan ervan: bijna twee derde (62%) van de werkgevers is niet bekend met de arbocatalogi[155]. Deze kunnen immers helpen voorkomen dat (verdere) belemmeringen als gevolg van een chronische ziekte ontstaan. De raad adviseert daarom het gebruik van websites als RIE.nl, de arbocatalogi en het Arboportaal te monitoren en te blijven stimuleren.

Daarnaast adviseert de raad om werkgevers(organisaties) en werknemersorganisaties te stimuleren om in de arbocatalogi ook activiteiten op te nemen die verder gaan dan de naleving van de wettelijke doelvoorschriften. Het gaat om afspraken over het omgaan met chronische ziekten en over inzetbaarheid van werknemers in ruime zin. Een goed voorbeeld kan worden ontleend aan voorschriften en maatregelen in verband met de psychosociale arbeidsbelasting, waarover in de meeste arbocatalogi maatregelen zijn opgenomen.
Daarnaast adviseert de raad om te onderzoeken of de arbocatalogi kunnen worden gebruikt voor een betere uitvoering van de artikelen 3 en 4 van de Arbowet. Dat wil zeggen: de regels met betrekking tot het aanpassen van de werkinhoud, werkplek en werktijden. In de arbocatalogi kunnen werkgevers en werknemers afspraken maken hoe zij daaraan uitvoering willen geven, afgestemd op de specifieke sector of branche en rekening houdend met de chronische ziekten die onder werknemers kunnen voorkomen. Ook kunnen deze regels worden vertaald in het ziekteverzuimbeleid of -protocol van ondernemingen zelf.

Beter benutten subsidieregelingen
In de hoofdstukken 4 en 5 zijn subsidieregelingen genoemd die de kosten voor werkgevers kunnen reduceren, bijvoorbeeld als zij een werkplekaanpassing moeten doorvoeren of als er interne begeleiding van de werkende met een chronische ziekte nodig is. De raad vindt dit nuttige regelingen, maar heeft de indruk dat er weinig gebruik van wordt gemaakt[156]. Dit kan te maken hebben met de onbekendheid met de regelingen en met de complexiteit van de voorwaarden. De precieze redenen zijn echter onduidelijk. De raad adviseert het kabinet daarom om nader te onderzoeken of de regelingen effectief zijn en waarom het gebruik ervan achterblijft. Als de regelingen onderbenut blijven door onbekendheid ermee, adviseert de raad om na te gaan hoe de voorlichting aan werkgevers en werknemers verbeterd kan worden, dan wel hoe de regelingen aangepast kunnen worden om ze beter toegankelijk te maken. Mogelijk

---

[154] http://www.arboportaal.nl/
[155] Inspectie SZW (2014), *Arbo In Bedrijf2014*.
[156] Interne jobcoaching is bijvoorbeeld in 2014 516 keer toegekend en in 2015 1.675 keer. Subsidies voor werkplekaanpassingen worden minder precies geregistreerd, maar ook hiervan bestaat het vermoeden dat de regeling onderbenut blijft.

kunnen ook hier bedrijfsartsen en/of arbodiensten, kennis- en expertisecentra en patiëntenorganisaties een rol spelen.

Goede voorbeelden verspreiden
Ook kan er onbekendheid zijn met goede voorbeelden in de praktijk, waar andere organisaties hun voordeel mee kunnen doen. Werkgevers en werknemers weten soms niet goed hoe zij met specifieke chronische ziekten moeten omgaan, hoe zij langdurig ziekteverzuim en uitval kunnen voorkomen en wat zij kunnen doen aan preventie en het vergroten van inzetbaarheid. Er zijn vele goede voorbeelden van projecten op bedrijfs- en sectorniveau die werkgevers ter inspiratie kunnen benutten of waarbij zij zich kunnen aansluiten (zie box 6.3). Deze zijn echter niet altijd bekend.

Box 6.3 Goed voorbeeld van sectorgerichte aanpak

Stigas
De sector land- en tuinbouw heeft een eigen 'Sectorinstituut voor veilig en gezond werken en inzetbaarheid': Stigas. Stigas heeft de faciliteiten en tools om werkgevers en werknemers te ondersteunen bij het aan het werk houden van werkenden met een chronische ziekte, zoals:

- Werkplek onderzoek, waarbij een preventieadviseur van Stigas onderzoekt of er verbeteringen mogelijk zijn in de werkomgeving.
- Preventief Medisch Onderzoek (PMO), waarbij zowel werkgerelateerde als algemene gezondheidsrisico's, bijvoorbeeld die te maken hebben met leefstijl, in kaart worden gebracht. Hieruit kan een advies voor vermindering van het gezondheidsrisico volgen. Bij meer dan 8 werknemers wordt de Stigas gezondheidsbus geparkeerd op de bedrijfslocatie, om zo deelname te bevorderen.
- Voorlichtingen door preventie-adviseurs, die werkgevers kunnen aanvragen en aangeboden worden in de vorm van een toolboxmeeting.
- Cursussen en workshops, zoals een cursus om de taken van de preventiemedewerker helder te krijgen, maar ook een cursus "Werken aan Morgen", dat zich richt op vitaliteit nu en in de toekomst (duurzame inzetbaarheid). Onderdeel daarvan is de WerkVermogensMonitor, een instrument dat het werkvermogen meet.
- Preventiespreekuur, voor zowel werknemers als ondernemers, waarbij allerlei vragen over veilig en gezond werken aan de orde komen. Vragen over ziekteverzuim en niet-werkgerelateerde aspecten vallen buiten dit preventiespreekuur.

Gebrek aan bekendheid geldt ook voor interventies die voor specifieke gezondheidsklachten en chronische ziekten zijn ontwikkeld. Een deel daarvan is onderzocht en is effectief bevonden, bijvoorbeeld voor het terugdringen van ziekteverzuim (zie box 6.4). Deze interventies kunnen zo op de werkvloer worden toegepast, door de werkgever zelf dan wel door de arbodienst of bedrijfsarts.
De raad adviseert om bewezen effectieve interventies en goede voorbeelden beter onder de aandacht te brengen bij sectoren en individuele werkgevers en werknemers. Verder pleit hij ervoor om de effectiviteit van veelgebruikte interventies nader te onderzoeken en de resultaten te delen, onder andere via het Arboportaal, HR-vaktijdschriften en gerelateerde websites.

Box 6.4 Effectieve interventies bij chronische ziekten

Activerende begeleiding en werkgerichte behandeling bij veelvoorkomende psychische klachten
Deze interventie heeft als uitgangspunt om mensen geleidelijk weer te activeren en te laten werken, ongeacht de ontwikkeling van klachten. De psychologen die de mensen begeleiden werken tijds- en procescontingent in plaats van klachtencontingent. De casemanager is in de regel de bedrijfsarts. Deze houdt in de gaten hoe het herstel verloopt. De interventie wordt direct ingezet bij verzuim en is in de eerste weken vrij intensief doordat er veel contact is tussen werknemer en bedrijfsarts. De geestelijke gezondheidszorg lijkt vooralsnog niet volgens deze methode te werken[157].

Wijzer met Welder
De Wijzer is een online vertrouwensbron voor vragen over ziekte en werk. Op deze website staat informatie voor de werknemer met een ziekte die kan helpen in het gehele proces rondom ziekte en werk, van werkaanpassing en werkbehoud tot terugkeer naar het werk. De Wijzer met Welder biedt onafhankelijke informatie, advies en coaching. Het is er op gericht dat de werknemer zelf actie onderneemt. Het zorgt er voor dat de werkende beter geïnformeerd is, en daardoor meer eigen regie kan voeren en beter voorbereid is bij leidinggevende, collega's, bedrijfsarts, en overige betrokkenen.
www.wijzermetwelder.nl

Stay@work
Stay@Work was een 4-jaar durend onderzoeksproject (gefinancierd door ZonMw) gericht op de aanpak van chronische rug- en nekklachten. De interventie betrof een gezamenlijke aanpak van werknemers, management, arbocoördinatoren en onderzoekers, waarbij in werkgroepen problemen gedefinieerd werden en oplossingen voorgesteld werden. Om problemen op te lossen werden werknemers aangesteld als ergocoach. Deze participatieve aanpak was effectief bij het herstel van werknemers mensen met bestaande rugklachten[158]. Na afloop van het onderzoek heeft KLM deze methode doorgevoerd.
www.zonmw.nl

6.4 Verbeteren van de communicatie op de werkvloer

Goede communicatie in een veilig werkklimaat is cruciaal om in verband met werken met een chronische ziekte, tot begrip en steun op de werkvloer te komen. Toch is een constructief gesprek tussen werkgever en werkende nog niet vanzelfsprekend. De raad doet verschillende handreikingen om effectieve communicatie te stimuleren.

Gezondheid bespreekbaar maken
Een veilig *sociaal* klimaat is de basis voor een goed gesprek. Eerder is het dilemma geschetst dat daarbij speelt: het bieden van openheid enerzijds en het rekening houden met de privacy en onzekerheid van de werknemer anderzijds (zie par. 6.1). Voor het delen van de meest cruciale informatie bestaan wettelijke verplichtingen. Zo moet de werknemer informatie delen die de bedrijfsarts redelijkerwijs nodig heeft om zijn of haar werk uit te voeren[159]. Ook is bepaald dat de bedrijfsarts de conclusies over de mogelijkheden tot het verrichten van arbeid aan de werkgever kan mededelen, ook zonder uitdrukkelijke toestemming van de werknemer[160].
Aan de andere kant wordt de werknemer op allerlei manieren beschermd, bijvoorbeeld tegen een inbreuk op zijn of haar privacy en tegen medische keuringen die niet aan strikte voorwaarden voldoen[161]. Ook mag op grond van het beroepsgeheim van de bedrijfsarts geen informatie aan de werkgever worden verstrekt over de diagnose en behandeling van de ziekte noch over de aanleiding tot het verzuim. Deze wetgeving

---

[157] Panteia (2013) *Aandacht voor arbeid in de zorg: Effectieve interventies met het oog op werkhervatting voor zieke werknemers en arbeidsongeschikten.*
[158] Driessen, M. (2011) *Participatory ergonomics to prevent low back pain and neck pain at the Workplace*, Proefschrift, VU Amsterdam.
[159] Op grond van artikel 7:452 BW.
[160] Zie KNMG (2007), *Code gegevensbeheer en samenwerking bij arbeidsverzuim en re-integratie.*
[161] Op grond van resp. artikel 7:611BW en de Wet Medische Keuringen.

heeft mogelijk als onbedoeld neveneffect dat gezondheidsproblemen minder makkelijk bespreekbaar zijn op de werkvloer.

De raad vindt het belangrijk dat gezondheid op het werk beter bespreekbaar wordt, zodat het ontstaan van belemmeringen als gevolg van een chronische ziekte te voorkomen is. Die openheid kent echter wel grenzen: het gaat alleen om het delen van die aspecten van de ziekte die het *werk* beïnvloeden, nu of in de nabije toekomst (Zie box 6.5). De genoemde wetgeving biedt houvast, maar is - logischerwijs - niet afdoende om in individuele situaties te bepalen wat de werkende het beste kan delen en wat de leidinggevende aan informatie mag verwachten.
In complexe situaties is het daarom nuttig als leidinggevende en werkende advies kunnen inwinnen. De bedrijfsarts is hiervoor de aangewezen persoon. Ondanks dat het open spreekuur sinds 2007 geen wettelijke verplichting meer is, kan het nog steeds worden opgenomen in het contract met de arbodienst of bedrijfsarts. Ook is het open spreekuur onderdeel van het wetsvoorstel tot aanpassing van de arbeidsomstandighedenwet[162]. Eén op de drie arbocontracten bevat momenteel een dergelijke bepaling, maar slechts in één op de tien gevallen wordt het spreekuur ook daadwerkelijk aangeboden[163]. De raad heeft zich al in eerder advies positief uitgesproken over een spreekuur van de bedrijfsarts en andere arboprofessionals, zoals arbeidsdeskundigen en A&O-psychologen[164]. Hij ziet kansen in het open spreekuur vanuit preventief oogpunt: werkgever en werkende kunnen er terecht voor vragen over werkomstandigheden en gezondheid, ook als er geen sprake is van ziekteverzuim.
De raad adviseert daarom het aanbieden van het open spreekuur aan te moedigen en het te benutten voor vragen over gezondheid en werk in brede zin. Werknemers en leidinggevenden zouden er tevens advies kunnen inwinnen over het bespreekbaar maken van chronische ziekten en gezondheid op de werkvloer. De mogelijkheid om een open spreekuur hiervoor te benutten kan onderdeel zijn van eerdergenoemde voorlichting door kennis- en expertisecentra, patiëntenorganisaties en via het Arboportaal (zie par. 6.3).

Box 6.5 Voorbeeld ervaringen Openheid

Open over ziekte en beperkingen voor het werk

[vrouw, MS]: "Ik heb gemerkt dat het belangrijk is om open en eerlijk met mijn leidinggevende en collega's te praten over de consequenties van MS voor mij. Ik gebruik het label MS niet, maar vertel dat ik me moeilijk kan concentreren en dat ik aan het einde van de dag geen moeilijke gesprekken aankan. Daarvoor kun je samen oplossingen zoeken."

[man, MS]: "Ik ben van het begin af aan open geweest over mijn MS. Door het te vertellen liet ik zien dat ik geen dingen voor mij hield en kon ik duidelijk maken dat ik zelf mijn ziekte niet als een beperking voor deze functie zag. Die openheid heeft mij waardering opgeleverd. Bovendien hoef ik nooit moeilijk te doen als ik naar het ziekenhuis of de fysiotherapeut moet".

Bron: NPCF (2014). *Chronisch ziek en werk. Verhalen uit de praktijk.*

[162] Kamerstukken II 2014-2015, Wetsvoorstel tot wijziging van de arbeidsomstandighedenwet, 25883, nr. 247.
[163] Inspectie SZW (2015) *Arbo In Bedrijf 2014.*
[164] SER (2014) Advies *Betere zorg voor werkenden*, p. 47.

Gespreksvoering verbeteren
Om de dialoog tussen leidinggevende en werknemer verder te verbeteren, vindt de raad het belangrijk dat aandacht wordt besteed aan de manier waarop leidinggevenden en werknemers het gesprek voeren en de vragen die in het gesprek aan bod komen. Uit een vragenlijststudie van TNO blijkt immers dat een ruime meerderheid van de werknemers met een chronische ziekte wel een gesprek met de leidinggevende voert, maar dat het gesprek nog niet altijd als effectief wordt beschouwd[165]. Het gaat vooral om het stellen van de juiste vragen door zowel werknemers als leidinggevenden. Trainingen in gespreksvoering kunnen een prominenter onderdeel van het scholingsaanbod zijn. Daarvoor kunnen werkgevers- en werknemersorganisaties zich op bedrijfs- en cao-niveau inzetten, maar het is vooral aan individuele werkgevers en werknemers om dit goed te regelen. Ook zou het goed zijn als in de trainingen aandacht wordt besteed aan werkstijlen en het omgaan met werkdruk.

Om het onderwerp gespreksvaardigheden breder te agenderen adviseert de raad overheid, sociale partners en zorgverleners om bestaande 'spoorboekjes' voor het voeren van goede gesprekken onder de aandacht te brengen. De eerder in de dit advies genoemde organisaties die werkgevers en werknemers kunnen ondersteunen in de informatievoorziening, kunnen ook hier een rol spelen. De recent ontwikkelde *Gesprekwijzer Chronische Aandoeningen en Werk* is een goed voorbeeld. De gesprekswijzer is bedoeld voor leidinggevenden om het gesprek aan te gaan met medewerkers met een chronische ziekte[166]. Motiverende gespreksvoering is bijvoorbeeld een bewezen effectieve techniek; deze is afkomstig uit de verslavingszorg en wordt steeds breder toegepast, waaronder op het terrein van levensstijlbevordering (zie box 6.6) [167]. Dit zou het kabinet mee kunnen nemen in bestaande overheidsprogramma's als *Duurzame inzetbaarheid* en *Alles is gezondheid*.

Verder beveelt de raad het kabinet aan om zelfmanagement-programma's te laten ontwikkelen, waarmee mensen met een chronische ziekte training kunnen krijgen in het omgaan met hun ziekte in relatie tot hun werk. NIVEL heeft geschetst hoe een dergelijk programma er idealiter uit moet zien[168]. Het zou de volgende componenten moeten bevatten: leefstijl, coping (omgaan met problemen), informatie over werken met een ziekte en communicatie tussen werkende en leidinggevende. Een concreet voorbeeld van een instrument om zelfmanagement te versterken is het recent ontwikkelde screeningsinstrument 'positieve gezondheid'[169]. Deze is te gebruiken om het gesprek aan te gaan en samen prioriteiten vast te stellen voor veranderingen. De raad moedigt de verdere ontwikkeling, evaluatie en verspreiding van deze programma's aan en vraagt het kabinet om hiervoor financiële middelen vrij te maken.

---

[165] Ongeveer de helft van de chronisch zieke werknemers in TNO-onderzoek geeft aan het gesprek met de leidinggevende niet als effectief te beschouwen.

[166] TNO heeft met de NPCF, AWVN, CAO en de Stichting Centrum Werk en Gezondheid een gesprekswijzer ontwikkeld. Februari 2016. *http://www.duurzameinzetbaarheid.nl/98085/160219_Gesprekswijzer_Chronische_Aandoening_en_Werk.pdf?v=0*

[167] Miller, W.R. & Rollnick, S. (2008) Motiverende gespreksvoering - Een methode om mensen voor te bereiden op verandering; *Ekklesia*, 5e druk.

[168] Magnée T., Bossen, D., Osch, M. van, [et al.]. (2015) Online zelfmanagementondersteuning voor mensen met een chronische aandoening gericht op werkbehoud. De ontwikkeling van een theoretische 'best practice', NIVEL.

[169] Het instrument kan bijdragen aan het versterken van zelfmanagement van werkenden met een chronische ziekte en maakt hen bewust van verschillende aspecten van hun gezondheid. Het gesprek kan plaatsvinden tussen de werknemer en een zorgverlener, zoals de bedrijfsarts, maar dat hoeft niet. Zie: Huber, M., Vliet, M. van, Giezenberg, M., [et al.] (2016) Towards a 'patient-centred' operationalisation of the new dynamic concept of health: a mixed methods study. *BMJ Open,* 5, e010091.

Box 6.6 Voorbeeld gesprekstechnieken

Motiverende gespreksvoering
Motiverende gespreksvoering is een bewezen effectieve methode voor het stimuleren van gedragsverandering. Het is toegepast op het terrein van de verslavingszorg en de preventieve gezondheidszorg. Diverse organisaties bieden trainingen aan. Eén daarvan is de Netherlands School of Public and Occupational Health (NSPOH). In de aangeboden module worden preventiemedewerkers, artsen en overige professionals geleerd hoe zij mensen kunnen motiveren tot gezond gedrag.

In Motiverende gespreksvoering worden vijf methoden onderscheiden:
1. open vragen stellen
2. reflectief luisteren
3. bevestigen
4. samenvatten
5. verandertaal uitlokken

Tripartiet gesprek
Als de dialoog tussen leidinggevende en werkende niet vanzelf op gang komt, kan de aanwezigheid van een derde, onafhankelijke persoon bij het gesprek effectief zijn. Dit is één van de oplossingen die is aangedragen tijdens de praktijkbijeenkomst en die de raad ondersteunt. Een derde persoon wordt in de praktijk vaak pas ingezet als er sprake is van een arbeidsconflict, maar kan ook voor dit doel nuttig zijn. Voorwaarde is dat deze persoon over kennis van de belasting en belastbaarheid van de werkende beschikt en de juiste gesprekstechnieken beheerst. De raad ziet hier een rol voor de bedrijfsarts en andere arboprofessionals, zoals de A&O-psycholoog. Ook ervaringsdeskundigen (peers) komen hiervoor in aanmerking, zoals blijkt uit het *Peer Support Group Diabetes* van KLM (zie box 6.7). De mogelijkheid om een derde te raadplegen kan onderdeel zijn van het contract tussen werkgever en arbodienst of van het verzuimprotocol van een bedrijf.

Box 6.7 Goed voorbeeld van ondersteuning door derde

KLM Peer Support Group Diabetes
Uit ervaringen met andere chronische aandoeningen is bekend dat praten over je eigen ervaringen met ervaringsdeskundigen kan helpen bij het accepteren en functioneren in de maatschappij. Een vorm waarin dat kan is de Peer Support Groep (PSG). Dat is een groep mensen met een vergelijkbare persoonlijke situatie of gemeenschappelijke eigenschappen. Het doel van de bijeenkomsten van een PSG is het uitwisselen van ervaringen, bieden van emotionele en praktische steun en het delen van relevante informatie.
Twee jaar geleden is op initiatief van een bedrijfsarts binnen KLM een PSG opgezet voor medewerkers met diabetes type 2. Er worden workshops gegeven rondom het omgaan met diabetes in combinatie met werk. Tevens worden de deelnemers uitgedaagd om dit om te zetten in een persoonlijk participatieplan. Aanvankelijk had de bedrijfsarts de rol van gespreksleider, later een zelf gekozen gespreksleider.
Het bleek dat de deelnemers veel van elkaar leerden, elkaar effectiever motiveerden tot gezonder gedrag en ervaren problemen thuis of op het werk veel eerder durfden te bespreken.

6.5 Beter inzicht in werkvermogen

Werkmogelijkheden in kaart brengen
Uit de eerdere hoofdstukken blijkt dat een probleem waarmee werkgevers en werkenden worstelen is, dat zij niet goed weten welke werkzaamheden (nog) tot de mogelijkheden behoren wanneer sprake is van een chronische ziekte. Voor het vaststellen van het werkvermogen zijn diverse instrumenten beschikbaar. Veel van die instrumenten maken gebruik van de *Work Ability Index* (WAI) (zie box 6.8). De WAI is bijvoorbeeld onderdeel van de *WerkVermogensMonitor* die Stigas gebruikt (zie box 6.3) en wordt door diverse grote arbodienstverleners in Nederland aangeboden. Eerder zijn goede ervaringen

opgedaan in Finland[170] en ook in Nederland. De stichting Blik op Werk stimuleert, mede op verzoek van het ministerie van SZW, het gebruik van de WAI door bedrijven en sectoren. Belangrijk bij dit instrument is dat het niet bij meten blijft. Het is belangrijk dat vooraf wordt gekeken welk eventueel vervolg eraan wordt gegeven.
De raad adviseert het kabinet om verder onderzoek te laten doen naar de winst van instrumenten die het werkvermogen meten, waaronder de WAI, zowel in termen van kosten als van gezondheid. Bij gebleken positieve resultaten moedigt de raad ingebruikname aan van deze instrumenten. Hij pleit er dan tevens voor om de WAI, of een soortgelijk instrument, breder onder de aandacht te brengen van werkgevers en werknemers.

Box 6.8 Goed voorbeeld van instrument om werkvermogen vast te stellen

Work Ability Index (WAI)
Het Ministerie van SZW heeft ervoor gekozen de brede inzet van het concept van duurzame inzetbaarheid en de WAI in Nederland te stimuleren. In Finland zijn al eerder goede ervaringen opgedaan met de WAI. Blik op Werk is licentiehouder in Nederland en zet dit instrument uit. De WAI wordt separaat aangeboden aan organisaties, maar kan ook onderdeel vormen van het PAGO, PMO of de Werkscan[171]. De WAI is een screeningsinstrument dat inzicht geeft in het werkvermogen en vragen stelt over de lichamelijke en psychische eisen van het werk, de gezondheid en het prestatievermogen. De uitkomst van de WAI is een goede voorspeller gebleken van iemands inzetbaarheid voor nu en in de toekomst en kan bijdragen aan een beleid gericht op de duurzame inzetbaarheid van alle werknemers. Het instrument is bedoeld voor alle werknemers, dat wil zeggen, met of zonder een chronische ziekte. Zodoende wordt bijdragen aan preventief beleid. De WAI werkt echter pas optimaal als deze is ingebed binnen een breder beleidskader rond gezondheids-, arbo- en personeelsmanagement.

De raad ziet mogelijkheden om een effectief screeningsinstrument dat het werkvermogen meet, zoals de WAI, te integreren in het Periodiek Arbeidsgeneeskundig Onderzoek (PAGO) of Periodiek Medisch Onderzoek (PMO) (zie box 6.9). Met een dergelijke inbedding zijn goede ervaringen opgedaan, onder andere in de bouw en in de land- en tuinbouw. Het PAGO moet op grond van de Arbeidsomstandighedenwet verplicht worden aangeboden en biedt hiermee een geschikt kader voor een combinatie met een instrument dat het werkvermogen meet. Daarvoor is het wel noodzakelijk dat werkgevers vaker gehoor geven aan de verplichting het PAGO aan te bieden en dat werknemers vaker op het aanbod ingaan. De raad ziet hier veel mogelijkheden tot verbetering. Het PAGO is immers een geschikt startpunt voor het bespreekbaar maken van de gezondheid zodat preventie mogelijk is of wordt. Bovendien wordt door de koppeling van het PAGO aan de risico's die in kaart zijn gebracht in een RI&E, duidelijk hoe het werk voor de desbetreffende werknemer kan worden aangepast (maatwerk). Aantrekkelijk aan de integratie van PAGO en WAI is dat er met behulp van dit instrumentarium een breed beeld ontstaat van de arbeidsomstandigheden én de inzetbaarheid van werknemers, en zodoende kan bijdragen aan preventie van belemmeringen bij werknemers met of zonder een chronische ziekte. Voorlichting over het nut dat PAGO en WAI kunnen hebben, in combinatie met het goed waarborgen van de privacy van de werknemer bij deelname aan het PAGO, kan deelname aan het PAGO verhogen[172].

---

[170] *http://www.ttl.fi/en/health/wai/validity/pages/default.aspx*
[171] De werkscan is door de Nederlandse Vereniging van Arbeidsdeskundigen (NVvA) en het Arbeidsdeskundig Kennis Centrum (AKC) ontwikkeld.
[172] Dossier Arbobeleid Arbomanagementsystemen, de Heer P, Molier J, Groenendaal E, Peters J. *http://www.arbokennisnet.nl/images/dynamic/Dossiers/Arbobeleid/D_Arbomanagementsystemen.pdf*

Box 6.9. Periodiek Arbeidsgezondheidskundig onderzoek

PAGO en PMO
De Arbowet (artikel 18) stelt het volgende:
"De werkgever stelt de werknemers periodiek in de gelegenheid een onderzoek te ondergaan, dat er op gericht is de risico's die de arbeid voor de gezondheid van de werknemers met zich brengt zoveel mogelijk te voorkomen of te beperken". Het PAGO is erop gericht de risico's die de arbeid voor de gezondheid met zich mee kan brengen, zoveel mogelijk te voorkomen of te beperken. Het PAGO is ook afgestemd op de risico's die in een RI&E zijn geïdentificeerd.
Het PMO is in 2005 door de Nederlandse Vereniging van Bedrijfsartsen (NVAB) ontwikkeld naar aanleiding van de toenemende aandacht voor de levensstijl van werknemers, zoals overgewicht, het eet- en beweeggedrag van werknemers en de eigen verantwoordelijkheid voor de gezondheid. Het wordt door de NVAB omschreven als: "een medisch onderzoek dat bedrijfsmatig wordt aangeboden en uitgevoerd zonder dat er bij een cliënt sprake is van een concrete gezondheidsklacht of indicatie voor gezondheidsrisico of -probleem"[173].
Slechts 10-20% van de Nederlandse beroepsbevolking krijgt een PAGO aangeboden[174]. Uit onderzoek van Panteia blijkt bovendien dat 11% van de bedrijven een PAGO of PMO heeft laten uitvoeren[175]. Er zijn wel goede voorbeelden van bedrijven en sectoren die succesvol met een PAGO of PMO werken.

Verbinden met preventiebeleid
De raad vindt het belangrijk in te zetten op preventie op de werkvloer, zoals ook is bepleit in zijn adviezen *Stelsel voor Gezond en Veilig Werken* (2012) en in *Betere zorg voor werkenden* (2014). Een goede preventieaanpak bestaat volgens de raad uit de verschillende onderdelen van preventie: duurzame gezondheidsbevordering, het bijdragen aan een gezonde leef- en werkstijl en het voorkomen van gezondheidsbelemmeringen als gevolg van een chronische ziekte.
Het overgrote deel van de investeringen in arbointerventies gaat nu nog naar ziekteverzuim en re-integratie. Preventie wordt vaak als kostbaar en moeilijk uitvoerbaar gezien, terwijl het een winstpost is op de lange termijn. De eerdergenoemde instrumenten, zoals de RI&E, PAGO en WAI, kunnen bijdragen aan de preventie van verzuim en uitval, omdat al in een vroeg stadium klachten en risico's worden opgespoord. In navolging van Finland, waar de WAI oorspronkelijk is ontwikkeld, en de WAI niet op zichzelf staat, pleit de raad voor verankering van preventie op de werkvloer. Werkgevers- en werknemersorganisaties kunnen daarin een stimulerende rol spelen, bijvoorbeeld door middel van cao-afspraken, maar het is vooral aan werkgevers en werknemers zelf om te zorgen dat preventie van de grond komt. Ook is er een rol voor de OR, die met de bestuurder afspraken kan maken over de realisatie van instrumenten als RI&E en PAGO.
Werkgevers en werknemers hebben nog andere sturingsmogelijkheden die eraan kunnen bijdragen dat preventie wordt verankerd op de werkvloer. Werkgevers kunnen bijvoorbeeld naast het aanbieden van bovengenoemde inzetbaarheids- en preventieactiviteiten, een collectieve zorgverzekering afsluiten, waar werknemers eventueel van gebruik kunnen maken. Het is niet aan werkgevers of werknemers *alleen* om preventie vorm te geven, dat doen zij samen.

Niet alle organisaties beschikken over de middelen en expertise voor preventie en dat geldt zeker voor kleinere bedrijven. De raad ziet daarom mogelijkheden in samenwerkingsverbanden van branches en sectoren ten behoeve van preventie en inzetbaarheid. Goede voorbeelden zijn opnieuw te ontlenen aan de agrarische en bouwsector (Stigas, zie box 6.3 en Arbouw), waarbij preventieve diensten via de cao worden aangeboden.

---

[173] Sluiter, J., Weel, A.N.H., & Hulshof, C. (2013) *Leidraad Preventief medisch onderzoek van werkenden*, NVAB.
[174] *http://nvab.artsennet.nl/Artikel-3/Bijeenkomst-10-NVABLeidraad-PMO.htm*
[175] Panteia (2014) *De markt en kwaliteit van de arbodienstverlening*.

6.6 Beter benutten mogelijkheden werkaanpassingen

Hoewel veel werknemers met een chronische ziekte geen belemmeringen ondervinden in hun werk, zijn er ook werknemers die wel behoefte hebben aan aanpassingen van werktijden of werkomstandigheden. Die aanpassingen vragen om maatwerk. Wel is er volgens de raad een aantal interventies die bij diverse chronische ziekten uitkomst kunnen bieden, maar die nog niet vaak genoeg worden toepast.

Meer gebruikmaken van tijd- en plaatsonafhankelijk werken
Tijd- en plaatsonafhankelijk werken (TPO) is één van de instrumenten die werkgevers in kunnen inzetten om het medewerkers met een chronische ziekte gemakkelijker te maken om hun werk uit te voeren. TPO is nuttig bij uiteenlopende ziektebeelden en beperkingen: van mensen die niet of slecht mobiel zijn en moeite ondervinden om naar het werk te komen tot mensen die niet in een drukke werkomgeving kunnen functioneren. De toepassing van TPO is eenvoudiger geworden door moderne technieken en communicatiemiddelen, al zijn niet alle werkzaamheden en werkomstandigheden ervoor geschikt.
TNO constateert dat thuis- en telewerken als effectief worden beschouwd door werknemers met een chronische ziekte en dat zij behoefte hebben aan meer mogelijkheden voor TPO. Toch wordt het nog niet vaak ingezet[176]. De raad beveelt aan om nut en noodzaak van TPO breder uit te dragen. De relatie van TPO met preventie van uitval en preventie van gezondheidsproblemen, moet daarbij nadrukkelijk worden gelegd.

Aanmoedigen job engineering
Soms bevinden obstakels zich niet zozeer in de werkomstandigheden, maar in de werkinhoud. De werkdruk wordt als te hoog ervaren of bepaalde taken kunnen niet langer worden uitgevoerd. De werkinhoud aanpassen – zonder dat de productiviteit er al te zeer onder lijdt – kan door job engineering toe te passen. *Job engineering* bestaat uit *job crafting* (functies herstructureren) en *job carving* (functies opknippen)[177]. Volgens experts en ervaringsdeskundigen zouden bestaande functies opgesplitst kunnen worden om zo banen te creëren voor mensen met een chronische ziekte[178]. Die functies moeten dan ingericht worden op basis van taken en menskracht; een redenering die aansluit bij de nadruk op de werkmogelijkheden van mensen met een chronische ziekte. Dit type maatregelen wordt door mensen met een chronische ziekte eveneens als effectief beschouwd, maar zij worden nog weinig ingezet[179]. Dit kan ermee te maken hebben dat in veel organisaties veelal wordt gedacht in functies, onder andere vanwege functiewaarderingssystemen. De raad adviseert te onderzoeken hoe *job engineering* – binnen de huidige kaders en met voldoende ruimte voor maatwerk – georganiseerd kan worden.

---

[176] Van de ondervraagden vindt 82% flexibele werktijden effectief. Het wordt in 27% van de gevallen toegepast. TNO (2014) *Behoeftepeiling werkenden met een chronische ziekte.*

[177] Griffin en Hammis (2003). *Making self-employment work for people with disabilities.* Baltimore: Brookes Publishing.

[178] Zijlstra, Mulder, Bijhuis (2012). Inclusieve organisaties. Op weg naar duurzame arbeidsparticipatie. Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken. p. 22-30; Van de Klink. J. [et al.] (2011) Duurzame inzetbaarheid bij oudere werknemers, werk als waarde, *Gedrag en Organisatie, 4*, pp. 341-355.

[179] Van de ondervraagden vindt 79% aanpassing van de werktaken effectief. Het wordt in 23% van de gevallen toegepast. TNO (2014). *Behoeftepeiling werkenden met een chronische ziekte.*

Van-werk-naar-werk vaker in beeld
Het verdient de voorkeur om te zoeken naar een passende werkplek, werktijden en taken binnen de eigen organisatie. Maar als werkaanpassingen niet mogelijk zijn en alle andere opties binnen het bedrijf zijn uitgeput, dan is zoeken naar werk in een andere organisatie de logische volgende stap. Van-werk-naar-werk wordt echter nog lang niet altijd als reële optie gezien. Dat heeft onder andere te maken met het risico van pensioenbreuk en met consequenties voor de rechtspositie (zoals het eventuele verlies van een vast contract, de wijziging van de ontslagvolgorde of de hoogte van de transitievergoeding). De raad moedigt het gebruik van van-werk-naar-werkmogelijkheden aan, zeker wanneer sprake is van (dreigend) langdurig ziekteverzuim.
In regio's en sectoren zijn diverse projecten opgezet om van-werk-naar-werk te realiseren[180]. Daarnaast heeft het kabinet in reactie op het SER-advies *Werkloosheid voorkomen, beperken en goed verzekeren* toegezegd om pilots voor onder andere van-werk-naar-werk te co-financieren[181]. Eén van de doelen van de pilots is om ervaring op te doen met zogeheten regionale adviescentra. Deze kunnen werkgevers en werkenden ondersteunen bij het realiseren van van-werk-naar-werk. De raad adviseert om in die pilots ook ruimte te scheppen voor mensen met een chronische ziekte die dreigen uit te vallen.

6.7 Verbeteren ondersteuning van (arbeidsgerelateerde) zorg

Werkenden met een chronische ziekte hebben vrijwel altijd te maken met zorg en kunnen zich hiervoor tot verschillende zorgverleners wenden: bedrijfsarts, huisarts, fysiotherapeut, psycholoog, ergonoom of een andere zorgprofessional. Op basis van onderzoeken en het SER-advies *Betere zorg voor werkenden* (2014) zijn in hoofdstuk 4 de relevante knelpunten op het terrein van zorg en werk beschreven. Genoemd advies bevat al uitgangspunten en aanbevelingen voor een toekomstbestendige arbeidsgerelateerde zorg. In deze paragraaf gaat de raad daarom alleen in op aanbevelingen die hij kracht wil bijzetten of die extra van belang zijn voor mensen met een chronische ziekte.

Betere toegang arbeidsgerelateerde zorg
Ondanks dat de bedrijfsarts het primaire aanspreekpunt is voor werknemers die gezondheidsbeperkingen in hun werk ondervinden, gaat de werknemer vaak naar de huisarts. Het is een probleem als werknemers dit doen omdat ze stellen geen vertrouwen te hebben in de onafhankelijkheid van de bedrijfsarts of omdat ze de bedrijfsarts niet weten te vinden. De laatste belemmering kan aangepakt worden door de bedrijfsarts meer zichtbaar te laten zijn binnen het bedrijf. (Half-)jaarlijkse bijeenkomsten, introductie van nieuwe medewerkers of werkplekbezoeken zijn laagdrempelige instrumenten die de zichtbaarheid van bedrijfsartsen kunnen vergroten. Ook een sterkere preventiefunctie van de bedrijfsarts en het eerdergenoemde open spreekuur ziet de raad als methoden om de bedrijfsarts zichtbaarder te maken. De raad heeft bovendien in een eerder advies bepleit dat de bedrijfsarts toegankelijk moet zijn voor alle werkenden, inclusief flexwerkers, zzp'ers en mantelzorgers[182].

---

[180] Zie SER (2015) Advies *Werkloosheid voorkomen, beperken en goed verzekeren* en AWVN, TNO en ABU (2015) *Veilig oversteken*.
[181] Kamerbrief met kabinetsreactie op SER-advies Werkloosheid voorkomen, beperken en goed verzekeren, 24 november 2015.
[182] SER (2014) Advies *Betere zorg voor werkenden*.

Interessant is de 'Proeftuin: Arbozorg nieuwe stijl' van UNETO-VNI Verzekeringen, Richting en TNO die in opvolging van het SER-advies uit 2014 is gestart. Hierin wordt geëxperimenteerd met sectoraal georganiseerde arbozorg die ook sectoraal (en dus niet direct door werkgevers) is gefinancierd (zie box 6.10). Belangrijk is dat in dit experiment zzp'ers en werknemers met een flexibel contract aangemoedigd worden om – indien nodig – gebruik te maken van de arbeidsgerelateerde zorg. De raad ziet kansen in deze aanpak en pleit voor onderzoek naar de effecten en – bij effectiviteit - bredere implementatie ervan.

Box 6.10 Experiment sectorale geïntegreerde arbeidsgerelateerde zorg

Proeftuin: Arbozorg nieuwe stijl
In dit project worden innovatieve vormen van bekostiging (zorgverzekeraar – basis en aanvullend-, inkomens/verzuimverzekeraar, contracteren op sectorniveau) bekeken. Deze zorginnovatie biedt kansen voor preventie van (gevolgen van) langdurige uitval. Dit samenwerkingsverband richt zich op de ontwikkeling van geïntegreerde arbeidsgerelateerde zorg op sectoraal niveau, inclusief een geïntegreerde bekostiging. Tevens is er aandacht voor preventie. Het project wordt momenteel geëvalueerd (proces-, effecten en kosten-baten).

Meer aandacht voor preventie in arbeidsgerelateerde zorg
Zoals gezegd vindt de raad dat er meer aandacht moet komen voor preventie van gezondheidsproblemen en uitval; niet alleen onder werkgevers en werknemers, maar ook binnen de arbeidsgerelateerde zorg. Arbodiensten moeten duidelijk maken dat zij naast verzuimbegeleiding een belangrijke taak hebben en verrichten bij preventie. Zoals eerder is aangegeven, vindt de raad het open spreekuur een goede methode om preventie door bedrijfsartsen te bevorderen. Ook het toepassen van instrumenten zoals het PAGO, het PMO en de WAI behoren tot het takenpakket van de arboprofessional. Daarnaast adviseert de raad om, in overeenstemming met zijn eerder genoemde advies, bedrijfsartsen meer ruimte te geven om preventie uit te voeren. Dat kan door in het functieprofiel vast te leggen dat de bedrijfsarts preventieve taken heeft en door er in de opleiding voor bedrijfsartsen aandacht aan te besteden. Ook is het belangrijk werkgevers aan te moedigen om afspraken te maken met hun arbodienst of bedrijfsarts over de tijd die wordt besteed aan preventie.

In diverse adviezen heeft de raad het belang van preventie onderstreept en voorstellen gedaan om preventie in de werkpraktijk te verankeren. In zijn advies *Een kwestie van gezond verstand: Breed preventiebeleid binnen arbeidsorganisaties* (2009) sprak hij uit dat structurele aandacht voor de gezondheid van werknemers voortdurende aandacht voor en controle van de gezondheid en arbeidsomstandigheden van de werkenden veronderstelt. In het advies *Stelsel voor gezond en veilig werken* (2012) benadrukt hij dat preventie kosten bespaart. In zijn advies van datzelfde jaar *Naar een kwalitatief goede, toegankelijke en betaalbare zorg: een tussentijds advies op hoofdlijnen* stelt de raad vervolgens, dat het nodig is de prikkels in de regelingen zodanig vorm te geven dat de focus in de zorgverlening verschuift van behandeling van ziekte naar behoud en bevordering van kwaliteit van leven. Die lijn zet hij voort in zijn advies uit 2014 *Betere zorg voor werkenden*. Preventie wordt hierin beschouwd als onderdeel van de arbeidsgerelateerde zorg, mede met het oog op het bevorderen van de duurzame inzetbaarheid. In zijn reactie op laatstgenoemd advies stelt het kabinet het belangrijk te vinden dat werkgevers en werknemers meer en systematisch over preventie nadenken en preventieve activiteiten uitvoeren, vooral met het oog op het bevorderen van de duurzame inzetbaarheid van werknemers. Het doet een beroep op werkgevers en werknemers om daarover afspraken te maken, vergelijkbaar met scholing. Het kabinet

gaat ook met werkgevers en werknemers overleggen op welke wijze preventieve inspanningen in de bedrijven kunnen worden vergroot.
In dit advies bekijkt de raad preventie in het licht van een specifieke groep werkenden, namelijk diegenen met een chronische ziekte. In het bijzonder voor hen is preventie de aangewezen methode om belemmeringen in het werk te voorkomen en uitval tegen te gaan (werkbehoud). Zo is in de Arbowet vastgelegd dat de werkgever de primaire verantwoordelijkheid draagt voor een gezonde en veilige werkplek en daartoe behoort ook deze vorm van preventie. Van werknemers wordt verwacht dat zij hier zo goed mogelijk aan meewerken Artikel 3 van de Arbowet beschrijft de zorgplicht van werkgevers. Omdat niet expliciet is opgenomen dat de arbodienst, bedrijfsarts of een andere deskundige een adviserende taak heeft als het gaat om preventie, adviseert de raad het kabinet de mogelijke meerwaarde te onderzoeken van het expliciteren van deze adviesfunctie in de arbowetgeving, die werkgevers bijvoorbeeld kunnen vertalen in het arbocontract. Dit echter onder de voorwaarden dat het gaat om preventie in strikte zin - het voorkomen van belemmeringen en uitval - en dat het geen extra verplichtingen en kosten voor werkgevers met zich brengt.

Afspraken over preventie en re-integratie met verzekeraars
Werkgevers hebben een groot financieel belang bij het voorkomen van gezondheidsproblemen van hun werknemers, zeker als dat leidt tot uitval c.q. ziekteverzuim. De meeste (kleinere) bedrijven hebben daarom een verzuimverzekering om het risico van loondoorbetaling bij (langdurig) ziekteverzuim af te dekken. Een werkgever kan ervoor kiezen om het risico van arbeidsongeschiktheid van werknemers zelf te dragen of zich tegen deze lasten te verzekeren bij een private verzekeraar.

Werkgevers kunnen verder ook één of meer collectieve zorgverzekering(en) afsluiten voor hun werknemers. In die polissen staan vaak afspraken over preventieve activiteiten die verzekeraars binnen bedrijven vergoeden, zoals het maken van een verzuimscan of programma's en trainingen over bewegen en voeding op de werkplek. Ook zijn afspraken mogelijk voor werknemers die al te kampen hebben met een chronische ziekte. Het gaat dan om het beter op elkaar afstemmen van zorg, die vaak wordt verleend door verschillende zorgaanbieders, en om het bevorderen van zelfmanagement en e-health. Daardoor verbetert de eigen regie en kwaliteit van leven, maar ook de productiviteit van werknemers met een chronische ziekte. Daarnaast zijn afspraken mogelijk die werkgevers ondersteunen. Het gaat dan bijvoorbeeld om advies en coaching om de begeleiding van werknemers met een chronische ziekte te verbeteren en uitval te voorkomen.

Werkgevers hebben dus in de praktijk te maken met diverse contracten, te weten: een contract met de arbodienst, met één of meer zorgverzekeraars, een verzekeraar voor de kosten van loondoorbetaling bij ziekte en met een verzekeraar voor het WGA-risico. Deze verschillende contracten zijn terug te voeren op afzonderlijke wetten, met als gevolg dat het voor werkgevers complex en onoverzichtelijk is om de contracten op elkaar af te stemmen. Belangrijker is dat - zowel vanuit het perspectief van de werkgevers als vanuit de verzekeraar of dienstverlener - investeren in preventie of re-integratie van werknemers daardoor veelal niet lonend is. Een extra complicatie kan zijn dat het individuele werknemers vrij staat of zij wel of niet gebruik willen maken van collectiviteitafspraken en of zij willen deelnemen aan preventieve activiteiten. Dit alles draagt vermoedelijk niet bij aan de arbeidsdeelname van mensen met een chronische ziekte.

Verbetering samenwerking arbeidsgerelateerde zorg en reguliere zorg
Om te zorgen dat een werknemer met een chronische ziekte aan het werk blijft, is samenwerking tussen bedrijfsarts en reguliere zorgverlener essentieel. Als de huisarts en bedrijfsarts elkaar niet kennen en geen informatie uitwisselen over de diagnostiek en behandeling, kan de werknemer met een chronische ziekte tegenstrijdige adviezen krijgen. De raad hecht aan een verbetering in deze samenwerking. Doorverwijzing van de huisarts of specialist naar de bedrijfsarts moet vaker plaatsvinden en vice versa. De verantwoordelijkheid om dit te realiseren ligt bij de betrokken zorgverleners.
Regionale initiatieven zoals vormgegeven in *Sterk naar Werk* zijn goede voorbeelden van hoe de samenwerking effectief kan werken (zie box 6.11). De raad steunt ook de initiatieven van de betrokken beroepsverenigingen Nederlandse Vereniging van Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB), Landelijke Huisarts Vereniging (LHV) en Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), ter verbetering van de samenwerking tussen bedrijfsarts en huisarts[183].

Box 6.11 Goed voorbeeld van samenwerking zorgprofessionals

Sterk naar Werk
In Sterk naar Werk hebben lokale initiatieven centraal gestaan met als uitgangspunt dat de eerstelijnsgezondheidszorg professionals (in het bijzonder gezondheidscentra) gingen samenwerken rond Arbeid en Zorg. Dit gebeurde vooral door het toevoegen van een bedrijfsarts of arbeidsdeskundige aan het team van het gezondheidscentrum. In 2008-2011 zijn een aantal pilots in diverse plaatsen geweest. Het voeren van regie over eigen herstel en re-integrate vormde tevens onderdeel van Sterk naar werk. Zo is in bijvoorbeeld in Breda een zelfsturend intervisieprogramma uitgevoerd ter versterking van empowerment van mensen met gezondheidsproblemen.

Bron: *www.sterknaarwerk.info*

Meer aandacht voor arbeid in reguliere zorg
Al vaker is geconstateerd dat de reguliere zorg nog niet genoeg rekening houdt met de factor arbeid. De reguliere gezondheidzorg is vooral gericht op gezondheid en veel minder op participatie. Dit mag er niet toe leiden dat mensen met een chronische ziekte van werken weerhouden worden of langer verzuimen dan nodig, bijvoorbeeld omdat de behandeling niet goed op hun werk is afgestemd. Dat risico is wel aanwezig als de behandelende arts hun werksituatie niet meeneemt in het behandelplan. De raad ziet veel mogelijkheden voor mensen met een chronische ziekte om in de eerstelijnszorg goed geholpen te worden, waarbij zorgverleners naar gezondheid én werk kijken. De raad vindt verder dat een arts in de reguliere zorg in principe in staat moet zijn een arbeidsanamnese uit te voeren. Een dergelijke anamnese hoeft niet veel tijd te kosten en vergt geen uitgebreide arbo-kennis. Doel is om de patiënt te screenen op problemen op het werk en op het uitvalrisico. Het is dus niet de bedoeling dat de behandelend arts de taken van de bedrijfsarts overneemt.
Een goed voorbeeld van een passende arbeidsanamnese is opgenomen in de richtlijn die voor reumatologen is opgesteld (zie box 6.12)[184]. Ook in de GGZ wordt gewerkt aan een generieke module *Arbeid als medicijn* als aanvulling op de reguliere behandeling[185]. Het doel van die module is het voorkomen van problemen op het gebied van werk(hervatting) en de inzet van arbeid als middel tot herstel.

---

[183] Het gaat onder andere om: een applicatie zorgdomein voor beveiligde communicatie; herziening van de criteria voor verwijzing naar een bedrijfsarts en verwerking ervan in richtlijnen; uitwerking van een plan om een voorziening op te zetten die het voor huisartsen mogelijk maakt om snel achter NAW-gegevens van een bedrijfsarts te komen; en de mogelijkheid tot documenteren van berichten van bedrijfsarts in het dossier van de huisarts.

[184] Boonen, A., Lems, W.F. (2015) Arbeid als behandeldoel. Nieuwe richtlijn "reumatoïde artritis en participatie in arbeid", *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*;159: A9593.

[185] *http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl/project/generieke-module-arbeid-als-medicijn/*

Naast de ontwikkeling van richtlijnen waarin arbeid is verwerkt per specialisme, moedigt de raad de doorontwikkeling van de breder toepasbare *Zorgmodule Arbeid* aan waarmee in 2014 is gestart (zie box 6.12). Het zou goed zijn als deze na effectieve aanpassing op verspreiding in de zorgsector kan rekenen.

Box 6.12 Goede voorbeelden van arbeid in reguliere zorg

Zorgmodule Arbeid
In 2014 is op gezamenlijk initiatief van de ministeries van VWS en SZW een zorgmodule Arbeid ontwikkeld. Deze module beoogt een systematische inbedding van arbeid in de zorgstandaarden om arbeidsparticipatie van werknemers met een chronische aandoening te stimuleren, arbeidsuitval te voorkomen en de terugkeer van werknemers met een chronische ziekte naar werk te bevorderen. De Zorgmodule Arbeid is een hulpmiddel voor zorgverleners om de werkcontext een duidelijke plaats te geven in het behandel- en begeleidingsplan. Ook is er aandacht voor de benodigde afstemming tussen betrokken professionals uit de curatieve gezondheidszorg en de arbeidsgerelateerde zorg.

Richtlijn "reumatoïde artritis en participatie in arbeid"
Deze ziektespecifieke richtlijn is tot stand gekomen door samenwerking tussen professionals, zoals reumatologen, revalidatieartsen, bedrijfs- en verzekeringsdeskundigen, en ergotherapeuten, en in overleg met patiënten. De richtlijn heeft als doel om reumatologen tijdig problemen met betrekking tot arbeidsparticipatie te laten identificeren en arbeidsparticipatie als behandeldoel te benadrukken. Hiervoor wordt een arbeidsanamnese afgenomen, waarbij gescreend wordt op de mogelijkheid voor verzuim of presenteïsme. Kernvragen in de arbeidsanamnese zijn:
1) Werkt u? Hoeveel uren werkt u?
2) Gaat alles goed op het werk? Zijn er problemen of maakt u zich zorgen? Hebt u verzuim gehad?
3) Wilt u aan het werk?
4) Kan de reumatoloog of het reumatologieteam u steunen bij uw functioneren op het werk of hervatting van werk?
Daarnaast wordt in het behandelplan een positieve houding tegenover deelname aan het arbeidsproces benadrukt. De richtlijn is een goede, maar eerste stap, maar vraagt om verbetering met betrekking tot de screeningsvragen en effectieve interventies.

De raad vindt dat bij het maken en wijzigen van medische richtlijnen goed moet worden gekeken of en hoe de factor arbeid relevant is. Daarbij gaat het dus niet alleen om de gezondheidsdoelstelling, maar ook om participatie. Dat geldt in het bijzonder bij specialismen gaan waarbij de ziekte (naar verwachting) van invloed is op de uitvoering van het werk, waarbij de oorzaak (vermoedelijk) in het werk ligt of waarbij de behandeling mede afhangt van het soort werk dat men doet.
Ten slotte pleit de raad ervoor om arbeid als vast onderdeel op te nemen in de opleiding tot basisarts en eveneens in te bedden in opleidingen voor andere zorgprofessionals, zoals fysiotherapeuten en psychologen.

De raad roept de medische beroepsgroepen op om de factor arbeid op te nemen in opleidingen en richtlijnen. Indien deze opname door de financieringssystematiek belemmerd wordt, adviseert de raad aan het kabinet om – in overleg met de betreffende medische beroepsgroepen – te onderzoeken hoe deze belemmering kan worden weggenomen.

6.8 Vergroten (her)instroom in het arbeidsproces

In hoofdstuk 5 zijn de problemen geschetst die zich kunnen voordoen op het moment dat mensen met een chronische ziekte (opnieuw) op zoek zijn naar werk. De aanbevelingen in de voorgaande paragrafen zijn voor een groot deel ook op deze doelgroep van toepassing. In deze paragraaf doet de raad enkele aanvullende aanbevelingen die de instroom van mensen met een chronische ziekte kunnen

bevorderen. Het is niet de bedoeling een uitputtende opsomming van oplossingsrichtingen te geven, omdat eerdere adviezen en initiatieven op dit terrein al veel aanknopingspunten bieden en bijdragen aan de vergroting van de instroom[186]. Net als in hoofdstuk 5, besteedt de raad in deze paragraaf extra aandacht aan de positie van jongeren.

Combinatie van zorg en re-integratie
Eerder bepleitte de raad dat zorgverleners meer tijd moeten besteden aan de factor arbeid in hun behandelplannen. Wat de raad betreft betekent dit niet alleen dat zij rekening houden met de situatie waarin mensen aan het werk *zijn*, maar ook waarin zij naar werk *zoeken*. Werkzoekenden met een chronische ziekte kunnen, evengoed als werkenden, zorgvragen hebben die een relatie hebben met arbeid. Die vragen kunnen mensen met een chronische ziekte niet of slechts gedeeltelijk kwijt bij UWV en gemeenten, en dan nog alleen als zij uitkeringsgerechtigd zijn. Ook hebben werkzoekenden geen toegang tot een bedrijfsarts. Daarom vindt de raad het belangrijk dat er ook voor deze doelgroep ruimte is om arbeid en zorg met de behandelend arts te bespreken.

Daarbij komt dat er een natuurlijke relatie is tussen revalidatie en re-integratie. Mensen met een chronische ziekte die in een revalidatietraject terechtkomen, worden binnen dat traject al geconfronteerd met de vraag hoe zij weer maatschappelijk actief kunnen worden. Het ligt voor de hand om in datzelfde traject stil te staan bij de re-integratie op de arbeidsmarkt. Er zijn goede voorbeelden bekend waarin revalidatie en re-integratie met elkaar zijn verknoopt, vooral voor de doelgroep jongeren (zie box 6.13). De raad roept het kabinet op om na te gaan hoe partijen geprikkeld kunnen worden om de re-integratiedienstverlening van gemeenten en UWV af te stemmen op revalidatietrajecten van zorgverleners.

Box 6.13 Goed voorbeeld van combinatie revalidatie en re-integratie

Aan het werk?!
Aan het werk?! is een project van Rijndam Revalidatie, Hogeschool Rotterdam, Erasmus MC en Bureau Volzin waarin de revalidatie van jongvolwassenen met een chronische ziekte is gecombineerd met hun re-integratie op de arbeidsmarkt, o.a. door een groepsprogramma te combineren met individuele begeleiding van een ergotherapeut en een job coach. De multidisciplinaire interventie is in een onderzoek van de Hogeschool Rotterdam als effectief uit de bus gekomen.

Begeleiding naar werk
Voor werkzoekenden met een chronische ziekte is het persoonlijke contact met een werkgever cruciaal om een match tot stand te brengen. Dit geldt zeker voor de groep mensen met een chronische ziekte waarbij nog andere factoren spelen die de kans op werk beïnvloeden, zoals een lage opleiding, ongezonde levensstijl en multiproblematiek. Daarom vindt de raad het een punt van zorg dat veel mensen, waaronder ook mensen met een chronische ziekte, geen beroep kunnen doen op persoonlijke begeleiding bij het vinden van werk en niet ondersteund worden in het contact met werkgevers. Zij zijn aangewezen op beperkte, veelal digitale ondersteuning. UWV en gemeenten zouden in de optiek van de raad in hun re-integratiebeleid meer rekening moeten houden met

[186] Van de SER verschenen bijvoorbeeld eerder de adviezen: SER (2007) *Meedoen zonder beperkingen* en SER (2010) *De winst van maatwerk*. Lopende initiatieven die (extra) aandacht vragen voor de positie van jongeren met een arbeidsbeperking, zijn: De Normaalste Zaak en een groot deel van de sectorplannen, waaronder die voor de metaalsector en de mobiliteitsbranche. Zie: *www.sectorplannen.nl*

deze doelgroep door te kiezen voor een meer persoonlijke benadering. Daarnaast is het belangrijk dat intermediairs, die zich specifiek richten op (jonge) mensen met een chronische ziekte, grotere bekendheid krijgen; niet alleen onder werkzoekenden, maar ook onder werkgevers die openstaan voor dit type kandidaten. *Emma at Work* is een goed voorbeeld van een arbeidsbemiddelingsbureau dat matches tussen jonge mensen met een chronische ziekte en werkgevers tot stand weet te brengen en dat daarnaast zorg draagt voor een goede integratie van de jongere in het werk (zie box 6.14). Gemeenten en UWV kunnen dit soort initiatieven in hun voorlichting aan werkzoekenden en werkgevers meenemen en kunnen wellicht ook samenwerken met dergelijke organisaties.

Box 6.14 Goed voorbeeld van intermediair voor jongeren met een chronische ziekte

Emma at Work
Stichting Emma at Work is een arbeidsbemiddelingsbureau speciaal voor jongeren tussen de 15 en 30 jaar met een chronische ziekte of lichamelijke beperking. De stichting biedt een traineeprogramma aan voor jongeren, waarbij zij eerst worden voorbereid op werk (empowerment) om vervolgens twee keer een jaar bij een bedrijf aan de slag te gaan. Het doel is werkervaring op te doen, zodat jongeren later een grotere kans hebben op een zelfstandig leven.

Risico's wegnemen
Werkgevers schrikken bij het aannemen van mensen met een chronische ziekte terug voor het (gepercipieerde) hoge risico op langdurig ziekteverzuim. Wanneer mensen met een chronische ziekte een arbeidsongeschiktheidsuitkering ontvangen, kunnen werkgevers aanspraak maken op een no-riskpolis. De raad heeft de indruk dat deze regeling niet bekend is en mogelijk stigmatiserend werkt. Hij beveelt het Ministerie van SZW en UWV daarom aan het gebruik van deze regeling na te gaan en te analyseren hoe het bestaan en de voorwaarden van de regeling beter toegelicht kunnen worden. Op dit moment voert het Ministerie een onderzoek uit naar een no-riskpolis voor (ex-)kankerpatiënten. Het lijkt de raad zinvol om in dat onderzoek het gebruik van de bestaande no-riskpolis mee te nemen.

Daarnaast stelt de raad vast dat vooral jongeren met chronische ziekten last ondervinden van de (gepercipieerde) hoge risico's. Zij missen immers de werkervaring en een goed beeld van het werkvermogen die volwassen mensen met een chronische ziekte vaak wel hebben. Zij komen daardoor niet aan het werk, kunnen niet laten zien wat ze wel kunnen en lopen zo een achterstand op. De raad vindt het belangrijk dat jongeren een kans krijgen om toe te treden tot de arbeidsmarkt. Hij adviseert daarom om in het onderzoek naar de no-riskpolis voor kanker en werk tevens te onderzoeken of de selecte groep jongeren met een chronische ziekte in aanmerking kan komen voor een dergelijke regeling. Het gaat om jongeren die als gevolg van hun ziekte belemmeringen ondervinden, niet tot nauwelijks werkervaring hebben en die niet aan de voorwaarden van de bestaande no-riskpolis voldoen.

Ook via andere methoden kan de aarzeling bij werkgevers worden weggenomen om mensen met een chronische ziekte aan te nemen. De raad is van mening dat proefplaatsingen en zogenaamde first-place-then-train-programma's eveneens kunnen bijdragen aan het wegnemen van risico's of de perceptie daarvan (zie box 6.15). Voordeel van proefplaatsingen is dat de werkgever niet direct wordt geconfronteerd met kosten als deze niet zeker is of de functie bij de werknemer past. First-place-then-train-programma's zetten in op training en coaching op de werkplek, zodat de werknemer zo

snel mogelijk productief aan de slag kan, ook met eventuele beperkingen. Beide interventies kunnen eraan bijdragen dat werkgever en werknemer, zonder al te grote risico's aan te gaan, de stap zetten naar werken met een chronische ziekte.

Box 6.15 Proefplaatsing en 'first-place-then-train'

Proefplaatsing
Werkgevers die iemand willen aannemen met een arbeidsongeschiktheids- of werkloosheidsuitkering en die niet zeker weten of degene geschikt is voor de functie, kunnen in aanmerking komen voor een proefplaatsing. UWV toetst aan de hand van verschillende voorwaarden of een werknemer via een proefplaatsing aan de slag kan gaan. Indien de werkgever toestemming krijgt, werkt de werknemer gedurende twee maanden bij het bedrijf met behoud van uitkering. In uitzonderingsgevallen kan de proefplaatsing worden verlengd tot zes maanden.

First-place-then-train
Bij first-place-then-train-programma's ligt de nadruk op het eerst vinden van een werkplek, om vervolgens de werknemer zo goed mogelijk op te leiden en de werkplek op hem of haar af te stemmen. De begeleiding bestaat uit training en coaching door een (externe) job coach. Deze ondersteunt de werknemer ook tijdens het zoeken naar een baan. Deze programma's, ook wel aangeduid als *Supported Employment* (SE), worden in binnen- en buitenland ingezet, vooral ter ondersteuning van jonge arbeidsgehandicapten.

Stimuleren werkervaring onder jongeren
Zoals hierboven al geschetst, speelt onder jongeren met een chronische ziekte het probleem dat zij doorgaans minder werkervaring hebben kunnen opdoen dan hun leeftijdsgenoten. Mede door hun ziekte hebben zij bijvoorbeeld geen stage gelopen tijdens hun studie of hebben zij niet de mogelijkheid gehad om een bijbaan te nemen. Voor deze jongeren is het van belang dat zij extra mogelijkheden hebben om deze werkervaring alsnog op te doen, tijdens en ook na hun opleiding. De raad hecht aan stages en werkervaringsplaatsen voor deze jongeren. Gemeenten – die jongeren zonder werk veelal onder hun hoede hebben – kunnen daarom stimuleren dat jongeren op zoek gaan naar een stageplek. Zij kunnen hen daarin actief ondersteunen, zonder dat dit ten koste gaat van een eventuele uitkering.

6.9 Samenvattend

In dit hoofdstuk heeft de raad diverse aanbevelingen gedaan die kunnen bijdragen aan het aan het werk blijven van mensen met een chronische ziekte, dan wel die de instroom in het arbeidsproces kunnen vergroten. Daarbij stelt hij voorop dat het met veel mensen met een chronische ziekte goed gaat en dat zij weinig tot geen belemmeringen in het werk ondervinden. De aanbevelingen in dit advies richten zich op de groep mensen die wel belemmeringen in het werk ervaren.

De raad doet voorstellen die passen binnen het huidige kader van wet- en regelgeving. Hij is van mening dat het huidige stelsel van arbeidsomstandigheden voldoet. Wel moeten de naleving en handhaving van wettelijke verplichtingen verbeteren, bijvoorbeeld als het gaat om de RI&E en het PAGO. De raad heeft daarom verschillende aanbevelingen geformuleerd die het inzicht in de bestaande wet- en regelgeving kan vergroten, inclusief de uitvoering in de praktijk.

Ook de kennis over chronische ziekten en de gevolgen ervan voor het werk behoeven verbetering. Dit vormt de basis voor een goede dialoog tussen leidinggevende en werkende. De raad onderkent dat daarbij een dilemma kan ontstaan tussen openheid enerzijds en privacy en onzekerheid anderzijds. Het dilemma is niet eenvoudig op te

lossen en speelt bovendien op het niveau van de individuele leidinggevende en werknemer. Vandaar dat de raad vooral handreikingen biedt om de dialoog tussen hen in goede banen te leiden, zoals de betere verspreiding van zogenaamde spoorboekjes en trainingen voor betere gespreksvoering.

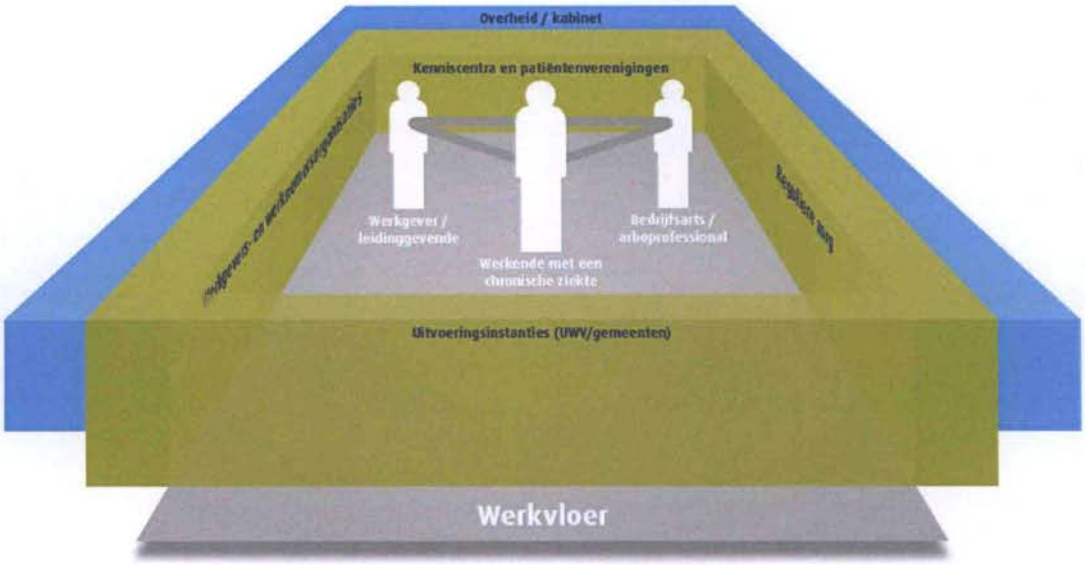
Een belangrijke pijler van dit advies is preventie. De raad hecht aan preventie in brede zin: van gezondheidsbevordering tot het voorkomen van belemmeringen als gevolg van een chronische ziekte. Preventie is al lange tijd in het vizier van beleidsmakers, en ook van de raad, maar die aandacht heeft er nog niet toe geleid dat het een vanzelfsprekend onderdeel is van de cultuur van arbeidsorganisaties. In dit advies zijn daarom maatregelen genoemd die het doorvoeren van preventie op de werkvloer kan bespoedigen, zoals de integratie van de WAI in het PAGO en het verbreden van het profiel en takenpakket van de bedrijfsarts. Ondanks dat dit type vragenlijsten zijn nut heeft bewezen, is het noodzakelijk om te onderzoeken welke andere factoren, naast werkvermogen, bepalen of werknemers belemmeringen in hun werk ervaren en inzetbaar blijven. Aanvullend onderzoek is hiervoor gewenst.

Tot slot vindt de raad het belangrijk dat de ondersteuning vanuit de zorg voor mensen met een chronische ziekte gericht is op werkbehoud en re-integratie. Dat betekent dat de bedrijfsarts meer mogelijkheden moet krijgen om zijn werk te doen, juist ook op het gebied van preventie en re-integratie. De raad doet voorstellen om de zichtbaarheid van de bedrijfsarts te vergroten en beter uitvoering te geven aan het PAGO en het open spreekuur. Voor de reguliere zorg benadrukt de raad het belang van de factor arbeid. Hij pleit voor de integratie van de factor arbeid in opleidingen en richtlijnen. Indien deze integratie door de financieringssystematiek belemmerd wordt, adviseert de raad aan het kabinet om – in overleg met de betreffende medische beroepsgroepen – te onderzoeken hoe deze belemmering kan worden weggenomen.

Op de volgende pagina is een overzicht van de verschillende aanbevelingen te vinden, onderverdeeld naar actoren binnen en buiten de organisatie.

Overzicht aanbevelingen

De aanbevelingen uit hoofdstuk 6 zijn onder te verdelen naar de aanbevelingen die zijn gericht op de actoren *binnen de* arbeidsorganisatie en *buiten* de arbeidsorganisatie. Startpunt zijn de actoren binnen de eerste categorie. Daartoe behoren de werkende met een chronische ziekte, de werkgever/leidinggevende en de bedrijfsarts/arboprofessional (zie onderstaand figuur). Vervolgens zijn er actoren *buiten* de arbeidsorganisatie die kunnen bijdragen aan het aan het werk komen en blijven van werkenden met een chronische ziekte. Dat zijn: werkgevers- en werknemersorganisaties, kenniscentra en patiëntenverenigingen, de reguliere zorg en uitvoeringsinstanties (UWV/gemeenten). Ook de overheid heeft een belangrijke rol door een goed wettelijk kader te scheppen en stimulerend nationaal beleid te voeren.



Aanbevelingen voor actoren binnen de arbeidsorganisatie

1. Kennis en bewustwording vergroten

- Inzicht vergroten in chronische ziekten en de gevolgen voor werk.
- Bedrijfsarts of arboprofessional kan werkgever en werkende van kennis en advies voorzien.
- Inzicht vergroten in wet- en regelgeving en subsidiemogelijkheden.
- Wijzen op en gebruikmaken van trainingen voor gespreksvaardigheden.

2. Verbeteren communicatie op de werkvloer

- Werkende moet zoveel mogelijk eigen regie nemen over de inzetbaarheid.
- Beter bespreekbaar maken van de gevolgen van een chronische ziekte en de eventueel benodigde werkaanpassingen in kaart brengen.

- Bedrijfsarts of arboprofessional kan actief het open spreekuur aanbieden.
- Bedrijfsarts of arboprofessional kan 'spoorboekjes' gespreksvaardigheden verspreiden.
- Bedrijfsarts of arboprofessional kan als derde deelnemen aan het gesprek tussen werkgever en werkende.

3. Werkmogelijkheden in kaart brengen en verbinden met preventiebeleid

- Beter benutten van het PAGO, eventueel in combinatie met een instrument dat het werkvermogen meet (bijv. de WAI).

4. Beter benutten mogelijkheden voor werkaanpassingen

- Indien mogelijk, vaker toepassen van tijd- en plaatsonafhankelijk werken en/of *job engineering*.

5. Verbeteren ondersteuning (arbeidsgerelateerde) zorg

- Afspraken maken met de bedrijfsarts of arbodienst over het uitvoeren van preventie.
- Verbeteren zichtbaarheid van de bedrijfsarts op de werkvloer.
- Preventie opnemen in het profiel en de opleiding van de bedrijfsarts.

Aanbevelingen voor actoren buiten de arbeidsorganisatie

1. Kennis en bewustwording vergroten

- Bekendheid geven en gebruik stimuleren van bestaande arbowetgeving.
- Beter benutten arbocatalogi voor afspraken over preventie en inzetbaarheid, en voor informatie over omgaan met chronische ziekten.
- Verspreiden goede voorbeelden binnen sectoren en bedrijven.
- Beter verstrekken van informatie over chronische ziekten en de gevolgen ervan voor werk, waarbij kennis- en expertisecentra en patiëntenorganisaties een centrale rol kunnen vervullen.
- Monitoren en stimuleren van het gebruik van het Arboportaal.
- Onderzoek doen naar het gebruik van subsidievoorzieningen en wijzen op bestaande voorzieningen.

2. Verbeteren communicatie op de werkvloer

- Verspreiden 'spoorboekjes' gespreksvaardigheden en integreren in bestaande overheidsprogramma's.
- Middelen ter beschikking stellen voor (door)ontwikkeling, evaluatie en verspreiding zelfmanagementprogramma's.
- Wijzen op de mogelijkheden om de bedrijfsarts of arboprofessional bij het gesprek tussen werkgever en werkende te betrekken.

3. Werkmogelijkheden in kaart brengen en verbinden met preventiebeleid

- Aanmoedigen van het gebruik van het PAGO, eventueel in combinatie met een instrument dat het werkvermogen meet (bijv. de WAI).
- Onderzoek naar effectiviteit van instrumenten om het werkvermogen te meten, en bij positief effect gebruik stimuleren.
- Stimuleren van samenwerkingsverbanden binnen branches en sectoren, ten behoeve van preventie.

4. Beter benutten mogelijkheden werkaanpassingen

- Uitdragen van het nut van tijd- en plaatsonafhankelijk werken en *job engineering.*
- Doelgroep mensen met een chronische ziekte opnemen in pilots van-werk-naar-werk.

5. Verbeteren ondersteuning (arbeidsgerelateerde) zorg

- Opname factor arbeid in medische opleidingen en richtlijnen.
- Doorontwikkeling van de zorgmodule Arbeid en na effectieve aanpassing verspreiding in de zorg.
- Uitzetten van onderzoek naar de effecten van de proeftuin 'sectorale arbeidsgerelateerde zorg', en bij gebleken effectiviteit, bredere implementatie.
- Onderzoek doen naar de mogelijke meerwaarde van het expliciteren van een adviesfunctie op het terrein van preventie van de bedrijfsarts of andere deskundige, in de arbowetgeving. Dit onder de voorwaarde dat het gaat om preventie in strikte zin – het voorkomen van belemmeringen en uitval – en dat het geen extra verplichtingen en kosten voor werkgevers met zich brengt.
- Onderzoek doen naar de financieringssystematiek in de reguliere zorg, indien deze de opname van arbeid in opleidingen en richtlijnen belemmert.

6. Vergroten (her)instroom in het arbeidsproces

- Beter afstemmen re-integratiedienstverlening van uitvoeringsorganisaties van gemeenten en UWV met revalidatietrajecten in reguliere zorg.
- Beter informeren van werkzoekenden en werkgevers over specialistische intermediairs voor doelgroep (jonge) mensen met een chronische ziekte.
- Uitvoeringsorganisaties kunnen jongeren met een chronische ziekte beter ondersteunen bij het vinden en houden van een stage- of werkervaringsplaats.
- Betere voorlichting over de bestaande no-riskpolis.
- In onderzoek no-riskpolis kanker&werk de bestaande no-riskpolis meenemen en verkennen of een no-riskpolis voor een beperkte groep jongeren met een chronische ziekte mogelijk is.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

SER
t.a.v. de voorzitter, mevr. H.

Directie Macro Economische Vraagstukken en Arbeidsmarkt
MEVA
Parnassusplein 5
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag
www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen bij

T 070 340 79 11
F 070 340 78 34

Kenmerk
779891-137760-MEVA

Correspondentie uitsluitend richten aan het retouradres met vermelding van de datum en het kenmerk van deze brief.

Datum 03 JULI 2015
Betreft Adviesaanvraag chronisch zieke werknemer

Geachte mevrouw H.,

In zijn brief van 9 oktober 2014 informeerde de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid de voorzitter van de Sociaal-Economische Raad over de onderwerpen die in 2015 naar verwachting tot een adviesaanvraag aan de SER zullen leiden. Twee onderwerpen betroffen het terrein van de zorg: 'de chronisch zieke werknemer' en 'anticiperen op toekomstige arbeidsverhoudingen in het zorgveld'. In deze brief geef ik een nadere invulling aan de voorgenomen adviesaanvraag over de chronisch zieke werknemer.

Aanleiding
De gemiddelde levensverwachting is in Nederland de afgelopen jaren toegenomen. Tegelijkertijd neemt het aantal jaren dat wij zonder chronische ziekte[1] leven af. Nederlanders worden, zoals de hoogleraar gezondheidseconomie Johan Polder het prikkelend heeft verwoord, steeds gezonder, maar daarnaast ook steeds zieker.[2] Bijna 5,3 miljoen Nederlanders lijden in ons land aan één of meerdere chronische ziekten. In 2030 zal dat aantal, volgens het RIVM, verder zijn opgelopen tot zeven miljoen.[3] Het toenemen van het aantal chronisch zieken hoeft op zichzelf geen maatschappelijk probleem te zijn. Het is, zoals terecht is opgemerkt, eerder een verdienste van de excellente gezondheidszorg.[4]
Echter, deze verdienste schept ook nieuwe, complexe uitdagingen.

Een van die uitdagingen doet zich voor op de werkvloer, bij bedrijven en binnen arbeidsorganisaties. Doordat Nederlanders langer blijven doorwerken, de beroepsbevolking vergrijst en de kennis over en de behandelmogelijkheden van

---

[1] Chronisch zieke werknemers worden in deze adviesaanvraag gedefinieerd als diegenen van de beroepsbevolking met minimaal één chronische ziekte.
Het betreft daarmee personen met een of meerdere onomkeerbare aandoeningen, zonder uitzicht op volledig herstel met een gemiddeld lange ziekteduur die tenminste twaalf uur betaald werk verrichten dan wel daadwerkelijk willen verrichten.
[2] Polder, J. (2012) De Gezondheidsepidemie. Waarom wij gezonder én zieker worden.
[3] RIVM (2014), Volksgezondheid Toekomst Verkenning.
[4] In de *Euro Health Consumer Index 2014* van Health Consumer Powerhouse wordt de Nederlandse gezondheidszorg zelfs de beste van Europa genoemd.

Directie Macro Economische Vraagstukken en Arbeidsmarkt
MEVA

Kenmerk
779891-137760-MEVA

ernstige aandoeningen toenemen, zal het aantal chronisch zieken dat deelneemt en wil (blijven) deelnemen aan het arbeidsproces in de komende decennia stijgen.

Niet alle chronische ziekten vormen een beperking voor de participatie. Er is een grote diversiteit binnen de groep chronisch zieken in de mate waarin men beperkingen of verminderde gezondheid ervaart. Bijna tweederde van de 25- tot 65-jarigen met een chronische ziekte een betaalde baan. In diezelfde leeftijdsgroep zonder chronische ziekte is dat ongeveer 87%. Maar als mensen beperkingen hebben of een verminderde gezondheid ervaren, participeren zij veel minder (respectievelijk 32% en 54%). Niet alleen de chronische ziekte, maar vooral ook de aanwezigheid van beperkingen en de beleving van de gezondheid spelen dus een grote rol bij participatie[5].

Dat betekent dat er meer aandacht nodig is voor de voorwaarden waaronder chronisch zieken - zeker wanneer zij een beperking of verminderde gezondheid ervaren - aan de slag kunnen blijven. Anders ontstaat een verhoogd risico op uitval, ziekteverzuim en presenteïsme (het verschijnsel dat een werknemer te ziek is om te werken, maar toch aan het werk gaat). Dit kan gepaard gaan met hoge kosten voor de maatschappij in het algemeen en voor werknemers en werkgevers in het bijzonder. [6]

De mogelijkheden tot (hernieuwde) instroom zijn misschien nog wel problematischer. Daar spelen mogelijk ook factoren een rol als het beeld van werkgevers over chronisch zieken.
Beeldvorming over chronische ziekten speelt ook een rol bij het op de werkvloer verborgen blijven van chronische ziekten. Wanneer dit, al dan niet bewust, het geval is dan is het voor werkgevers ook moeilijk om hier rekening mee te houden.

Ondernomen initiatieven
De achterblijvende arbeidsparticipatie van chronisch zieken staat hoog op de agenda van dit kabinet. Met het Nationaal Programma Preventie *Alles is gezondheid* worden de krachten van ministeries, gemeenten, bedrijven en maatschappelijk instellingen op dit terrein gebundeld. Het beleid is er op gericht om de duurzame inzetbaarheid van alle werknemers te vergroten; werknemers met een chronische ziekte verdienen daarbij extra aandacht.[7] Daarbij is van belang goed te weten wat chronisch zieken nodig hebben om in de betaalde arbeid te (blijven) participeren[8]. In opdracht van het ministerie van VWS en SZW verrichtte TNO Innovation for life daar onderzoek naar. De in januari verschenen rapportage *Behoeftepeiling werkenden met een chronische ziekte* biedt zicht op deze behoeften en de uitkomsten bieden aanknopingspunten voor verdere discussie en verder beleid.[9]

Daarnaast heeft de Stichting van de Arbeid een 'pledge' opgesteld waarin zij de intentie uitspreekt zich actief in te zetten voor het bevorderen van vitaliteitsbeleid in bedrijven. Dit in het kader van het Nationaal Programma Preventie 2014 -

---

[5] RIVM (2013) *Gezondheid en maatschappelijke participatie: Themarapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014*
[6] Zie: TNO (2010) Objectiveren van gezondheidsgerelateerde non-participatie en de vermijdbare bijdrage van de gezondheidszorg hieraan.
[7] VWS, Alles is gezondheid. Het Nationaal Programma Preventie 2014-2016, p. 14.
[8] Zie: CEBO (2014) Zorgmodule Arbeid 1.0; Begeleiding rondom arbeidsparticipatie chronisch zieken
[9] TNO (2014) Behoeftepeiling werkenden met een chronische ziekte.

2016. Doelstelling van dit overheidsprogramma is om de gezondheid van mensen te bevorderen en chronische ziekten te voorkomen door een integrale aanpak op vier domeinen: opvoeding en onderwijs, werken, wonen en zorg.
Eerder hebben verschillende patiëntenorganisaties, die opereren vanuit het maatschappelijk middenveld, in kaart gebracht wat er nodig is om uitval, ziekteverzuim en productiviteitsverlies bij hun achterban te beperken en de arbeidsparticipatie te verhogen.[10]

Ook het preventiebeleid binnen arbeidsorganisaties is daarbij van belang: vroegtijdige zorg voor degenen met gezondheidsklachten en aandoeningen, opdat verzuim en uitval zoveel mogelijk kan worden voorkomen. In de SER hebben werkgevers- en werknemersorganisaties de laatste jaren in verschillende adviezen aandacht besteed aan het belang van preventiebeleid: bijvoorbeeld in de adviezen *Stelsel voor gezond en veilig werken* (2012) en *Betere zorg voor werkenden (2014).* Daarnaast heeft de SER in deze adviezen voorstellen gedaan om de arbeidsgerelateerde zorg te verbeteren, onder meer door een betere samenwerking tussen bedrijfsgezondheidszorg en reguliere zorg. Wat voor gezonde werknemers geldt, geldt waarschijnlijk in versterkte mate voor werknemers met een chronisch ziekte: een verbeterde samenwerking tussen de bedrijfsgezondheidszorg en reguliere zorg kan leiden tot minder uitval, ziekteverzuim en presenteïsme.

Naast de groep werkende chronisch zieken is er ook een grote groep chronisch zieken die niet participeert op de arbeidsmarkt. Mensen met een gezondheidsbeperking blijken moeilijk (opnieuw) aan de slag te komen. We kunnen het ons simpelweg niet veroorloven om zulke grote groepen mensen niet productief in te zetten. Naast de evidente economische belangen (extra productiecapaciteit, minder beroep op uitkeringen en andere collectieve voorzieningen), speelt in deze kwestie ook het sociale en het maatschappelijk belang.

Vragen aan de SER
Ondanks de inspanningen van alle betrokken partijen is de arbeidsparticipatie van chronisch zieken de afgelopen jaren niet toegenomen. De urgentie van het vraagstuk hoe chronisch zieken aan het werk kunnen blijven en komen is daarentegen met een vergrijzende beroepsbevolking groter geworden. De SER wordt daarom verzocht om voor het einde van 2015 – in aanvulling op lopend beleid en bestaande initiatieven - een advies uit te brengen over de centrale vraag:

- Hoe kunnen de betrokken partijen (individuele werkgevers, chronisch zieken, zorgverleners en andere relevante actoren) het toenemend aantal chronisch zieken aan het werk houden en krijgen?

Vragen die hierbij spelen zijn:

- Wat hebben chronisch zieken in hun (werk)omgeving nodig om hun volledige productiecapaciteit in te zetten? En verschilt dit tussen de verschillende categorieën chronische ziekten?

[10] Zie bijvoorbeeld: Klabbers, G. (2014) Krachtig en kwetsbaar. Onderzoek naar de ervaringen met arbeidsparticipatie en sociale participatie van mensen met chronische ziekten en beperkingen.

Directie Macro Economische Vraagstukken en Arbeidsmarkt
MEVA

Kenmerk
779891-137760-MEVA

- Hoe kunnen werkgevers een situatie creëren waarin chronisch zieke werknemers optimaal functioneren? Welke informatie over chronische ziekten en chronisch zieken hebben werkgevers daarvoor nodig? Hoe kan deze informatie de werkgever beter bereiken?
- Hoe kunnen chronisch zieke (potentiële) werknemers aangespoord/ aangemoedigd worden om aan de slag te gaan? Hoe kunnen zorgverleners gestimuleerd worden om de inzetbaarheid van chronisch zieke werkenden te bevorderen?
- Hoe kunnen zorgverleners meer rekening houden met de noodzaak of wens van chronisch zieke werkenden om deel te (blijven) nemen aan de maatschappij en het arbeidsproces?
- Hoe kunnen werkgevers de werkvloer zo inrichten dat er geen of slechts beperkte belemmeringen zijn voor chronisch zieke werknemers om hun werk te doen?
- Hoe kan de acceptatie van chronische ziekten en chronisch zieken in arbeidsorganisaties worden vergroot? Kan een grotere zichtbaarheid bijdragen aan de acceptatie van chronische ziekten?

De SER wordt verzocht bij beantwoording van bovenstaande nadrukkelijk aandacht te hebben voor de diversiteit tussen chronisch zieken en de mate waarin hun chronische ziekte leidt tot beperkingen voor de participatie.

Hoogachtend,
mede namens de minister van Sociale Zaken
en Werkgelegenheid,

de minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

drs. E.I. Schippers

VERSLAG | 2016

Bijlage 2

SER

Chronisch Zieke Werkenden

Verslag van de dialoogbijeenkomst
15 december 2015

SOCIAAL-ECONOMISCHE RAAD

Chronisch Zieke Werkenden

Verslag van de dialoogbijeenkomst
15 december 2015

SER
Dialoogbijeenkomst CZW
Aan het werk blijven en komen van mensen met een chronische ziekte
2
BOER LAND

Inhoud

Opzet van de bijeenkomst	4
Afstemmen van werk	6
Zicht op belemmeringen	8
Openheid over ziekte	10
Verzuimkosten	12
Vooroordelen	14
Weinig werkervaring van jongeren	16
Weinig ondersteuning naar werk	18
Rol van de zorg	20
Deelnemers dialoogbijeenkomst Chronisch Zieke Werkenden	22

Opzet van de bijeenkomst

Op 15 december 2015 vond in het gebouw van de SER de dialoogbijeenkomst plaats over werken met een chronische ziekte. De SER werkt op verzoek van het kabinet aan een advies over het aan het werk blijven en komen van mensen met een chronische ziekte. Tijdens de dialoogbijeenkomst zijn ruim 40 ervaringsdeskundigen, experts en belangenvertegenwoordigers gevraagd om mee te denken over de probleemanalyse en gevonden oplossingsrichtingen. Daarnaast werden op deze manier goede en slechte voorbeelden uit de praktijk verzameld die ter illustratie zullen worden gebruikt in het advies.

Louise Gunning opende de bijeenkomst met een inleiding over de eerste bevindingen van de commissie. Vervolgens zijn de deelnemers in gesprek gegaan aan een van de vijf dialoogtafels die ieder werden voorgezeten door een lid van de commissie. Aan iedere tafel stond een eigen thema centraal:

- jongeren met een chronische ziekte aan het werk;
- re-integratie en zorg bij uitval door ziekte;
- dialoog tussen werkgever en werknemer met extra aandacht voor de positie van de zzp'er;
- afstemming tussen chronische ziekte en werk;
- het verschil tussen een dialoog tussen werkgever en werknemer met een psychische aandoening ten opzichte van een werknemer met een somatische aandoening.

Aan de dialoogtafels ontstond een levendig gesprek waarin de probleemanalyse en oplossingsrichtingen van de commissie verder zijn aangevuld, aangescherpt en verduidelijkt aan de hand van voorbeelden uit de praktijk. Dit verslag vat de uitkomsten van de vijf tafels samen; het is een weergave van de standpunten van de aanwezigen bij deze dialoogbijeenkomst.

Positieve benadering

Vrijwel alle deelnemers wijzen erop dat mensen met een chronische ziekte niet als probleemgroep moeten worden gezien. Met veel van hen gaat het goed en dat mag best benadrukt worden. Ook mensen die wel ondersteuning nodig hebben, hebben meer baat bij een positieve dan negatieve benadering.

Multidisciplinaire aanpak

Verschillende keren werd benadrukt dat bij het oplossen van de gesignaleerd problemen gedacht moet worden aan een multidisciplinaire aanpak. De oplossingen moeten naast elkaar worden ingezet: zo is het bereik zo breed mogelijk. De aanpak moet participatief van aard zijn en moet in eerste instantie uitgaan van de verantwoordelijkheid van chronische zieke werknemers zelf om aan de slag te gaan en te blijven. Ook moet in de aanpak de (structurele) dialoog tussen werkgever en werknemer centraal staan.

Goede voorbeelden

Daarnaast benadrukken de aanwezige experts: 'Goed voorbeeld doet goed volgen'. Daarom raden zij aan bedrijven met een goede aanpak in het zonnetje te zetten.

Tijdens en na afloop van de dialoogbijeenkomst zijn er talrijke goede en slechte voorbeelden uit de praktijk uitgewisseld die de probleemanalyse en oplossingsrichtingen verder illustreren en die zullen worden gebruikt in het uiteindelijke advies.

Afstemmen van werk

Gesignaleerd probleem

Experts geven aan dat veel organisaties en functies dynamischer worden en dat dit een groot beroep doet op de flexibiliteit van werknemers. Sommige mensen met een chronische ziekte kunnen daar niet in meegaan. Daarnaast zijn organisatiestructuren gericht op kpi's (kritieke prestatie indicatoren) en productienormen. Ook dit kan een struikelblok vormen voor chronisch zieke werknemers als ze niet over hun volledige arbeidscapaciteit beschikken.

Mogelijke oplossingen

- Maatwerk: Het goed afstemmen van werk is tijdens de dialoogbijeenkomst vaak ter sprake gekomen. Iedere chronisch zieke werknemer is anders. Belangrijk is dat de chronisch zieke werkende op een manier wordt behandeld die voor hem of haar het prettigst is. Dit vereist maatwerk. Zo is het voor veel mensen met een chronische ziekte fijn om vanuit huis te werken. Mensen met een lichamelijke beperking hoeven daardoor minder moeite te doen om naar hun werk te komen en mensen met een psychische aandoening kunnen thuis waarschijnlijk meer rust vinden. De werkende met een chronische ziekte is wel zelf verantwoordelijk om het gesprek over de afstemming van werk te initiëren. Mogelijk kan ondersteuning van een ervaringsdeskundige coach hierbij helpen.
- Job Engineering: Ook kan er aan jobcarving worden gedacht. bestaande functies worden daarbij opgesplitst om zo banen te creëren voor mensen met een ziekte of beperking. Deze functies moeten dan worden ingericht op basis van taken en menskracht. Experts en ervaringsdeskundigen raden werkgevers aan meer te denken in taken dan in functies. Deze op maat gemaakte banen zullen een positieve invloed hebben op de arbeidsparticipatie van chronisch zieken. Wel moeten deze banen een volwaardig onderdeel blijven van de organisatie en moeten chronisch zieken geen aparte status krijgen. Experts en ervaringsdeskundigen geven daarom aan graag een cultuuromslag te zien: de nadruk moet worden gelegd op wat men wel kan en hoe het werk daarop kan worden aangepast. Het moet normaal gevonden worden dat chronisch zieken aan het werk gaan en zijn.

De Werkscan

Om overbelasting te voorkomen zijn verschillende modules beschikbaar waarmee een werknemer met een chronische ziekte periodiek zijn werkbelasting kan meten. De Werkscan, die is ontwikkeld door het Arbeidsdeskundig Kenniscentrum, is hiervan een voorbeeld. Aan de hand van een vragenlijst over werk, gezondheid, leefstijl en de werk-privé balans kan worden vastgesteld of er veranderingen zijn in het werkvermogen. Het resulterende rapport kan worden gebruikt om het werk beter af te stemmen.

Zicht op belemmeringen

Gesignaleerd probleem

Ook wanneer iemand met een chronische ziekte aan het werk is moet hij of zij zelf inzicht krijgen in de mate waarin hij of zij door de ziekte wordt belemmerd bij het uitvoeren van werkzaamheden. Dat inzicht ontbreekt vaak nog. In de bijeenkomst komt ook naar voren dat bedrijfsartsen hierbij een belangrijke rol zouden moeten spelen, maar vaak pas in beeld komen wanneer iemand vanwege de gevolgen van de ziekte uitvalt.
Daarnaast worden ook collega's en de leidinggevenden vaak onvoldoende geïnformeerd over de gevolgen van een chronische ziekte, vooral in het geval er sprake is van een psychische aandoening. Chronisch zieken ervaren bovendien dat er in het algemeen meer begrip is voor iemand met een somatische aandoening dan voor iemand met een psychische aandoening.

Mogelijke oplossingen

- Inzet van een jobcoach: Door de inzet van derden kan de chronisch zieke werknemer worden ondersteund. Re-integratiebedrijven moeten al vroegtijdig ingezet worden en door het inzetten van een jobcoach kunnen chronisch zieken beter begeleid worden. Ook bij loopbaanoriëntatie is de inzet van een jobcoach gewenst.
- Toegankelijke kennis: Een aantal experts stelt voor om een centraal informatiepunt in te richten met informatie over chronische ziekten en werk. Werkgevers kunnen dit informatiepunt raadplegen wanneer zij vragen hebben over een bepaalde ziekte.
  Dit sluit aan bij de observatie dat de meeste HR-managers te weinig kennis hebben over het omgaan met chronische aandoeningen. Het is geen onderdeel van hun scholing, maar dit zou het wel moeten zijn. Wanneer HR-managers op de hoogte zijn van alle ziekte-

overstijgende aspecten, kan er goed diversiteitbeleid worden gevormd.

- Lage drempel bedrijfsarts: Daarnaast is het belang van de inzet van een bedrijfsarts nog eens aangestipt. De bedrijfsarts wordt als een belangrijke schakel gezien en deze moet in een vroeg stadium aanschuiven bij de dialoog tussen leidinggevende en werknemer. De drempel om naar de bedrijfsarts te gaan zou laag moeten zijn. Deze zou bijvoorbeeld een open spreekuur kunnen houden.
- Bekendheid met wet- en regelgeving: Enkele ervaringsdeskundigen geven aan dat er op dit moment nog een gebrek is aan kennis over rechten en plichten. Het systeem van arbowetgeving is volgens hen ontoegankelijk. Werknemers weten vaak niet wat hun verplichtingen zijn in geval van re-integratie bij ziekte en de regelgeving wordt als complex ervaren. Zowel werkgevers als werknemers moeten vertrouwd raken met de wet- en regelgeving.

Openheid over ziekte

Gesignaleerd probleem

Ook wanneer een werknemer wel volledig bewust is van zijn ziekte of beperking, kan het zijn dat hij of zij hier niet (voldoende) over kan of wil praten. Vooral beginnende gezondheidsklachten en beperkingen worden nog onvoldoende besproken op de werkvloer met de leidinggevende en collega's. Dit heeft in veel gevallen te maken met de angst voor de reactie en de schaamte voor de ziekte. Wanneer er weinig openheid bestaat over de ziekte, zal er ook weinig begrip vanuit de omgeving komen. Dit heeft een grote invloed op de werksfeer.
Ook geven veel ervaringsdeskundigen aan last te hebben van zelfstigma; ze voelen zich psychisch kwetsbaar en ze geloven de heersende vooroordelen over zichzelf. Deze groep werknemers kan zeer onzeker worden en zal weinig open zijn over de ziekte. Hierdoor kan deze groep zich minder goed ontwikkelen.

Mogelijke oplossingen

- Open gesprek: Wanneer een werknemer toch chronisch ziek is of is geworden, is de dialoog tussen werkgever en werkende van groot belang. Aan elke dialoogtafel kwam dit onderwerp veelvuldig aan bod. Het praten over beginnende gezondheidsklachten en beperkingen moet een structureel onderdeel worden van het gesprek tussen werkgever en werkende. Het is een goed idee om dit onderdeel structureel aan te kaarten tijdens het halfjaarlijkse functioneringsgesprek.
  Het is aan de werkgever om de drempel om een gesprek over gezondheid aan te gaan laag te houden. Hij/zij moet over de juiste gesprekstechnieken beschikken. Leidinggevenden zouden tijdens hun opleiding hierin getraind moeten worden.
  Ook moet een chronisch zieke zelf het initiatief kunnen nemen om een dialoog met zijn werkgever aan te gaan; de chronisch zieke moet mondiger worden en zelfredzaam zijn.
- Peersupport: Om het gesprek tussen leidinggevende en de werkende in goede banen te leiden kan een gecertificeerde, ervaringsdeskundige coach worden betrokken. Verschillende bureaus bieden diensten aan van coaches die zelf een chronische ziekte hebben en vanuit die ervaring het gesprek over inzetbaarheid kunnen begeleiden. Bij KLM zijn goede ervaringen met het voeren van gesprekken waaraan een peer deelneemt.

Verzuimkosten

Gesignaleerd probleem

Werkgevers lopen een verhoogd risico op verzuimkosten wanneer zij iemand met een chronische ziekte aannemen. Voor de doelgroep van de banenafspraak en mensen die vanuit de WIA weer aan het werk gaan, kunnen deze risico's worden afgedekt door de no-risk polis, maar ook veel werknemers met een chronische ziekte die hier niet voor in aanmerking komen kunnen een verhoogd kans hebben om ziek te worden. Volgens aanwezige werkgevers en werknemers is het onduidelijk wie voor de no-risk polis in aanmerking komen en duurt de procedure voor de toekenning (te) lang.

Mogelijke oplossingen

- Verzuimverzekeringen: Om het probleem van hoge verzuimkosten voor de werkgever op te lossen, wordt er door een expert gewezen op verzuimverzekeringen. Verzuimverzekeringen zijn er primair om in de kosten van verzuim tegemoet te komen, maar ze bieden meer mogelijkheden voor maatwerk en er kunnen meer afspraken in gemaakt worden over preventie en re-integratie dan werkgevers denken. Van die mogelijkheden wordt nog weinig gebruik gemaakt.

- Preventie: Voorop moet staan dat voorkomen beter is dan genezen. Werkgevers zouden daarom volgens experts en ervaringsdeskundigen meer moeten investeren in de preventie van ziekten. Het preventief medisch onderzoek (PMO) kan bijvoorbeeld worden ingezet om beroepsziekten en algemene ziekten te signaleren en werknemers over gezondheidsrisico's in te lichten. Volgens experts zouden deze onderzoeken uitgebreid moeten worden naar meer bedrijven en moeten zij toegankelijker worden gemaakt. Daarnaast moeten preventiespreekuren en -coaches (beroeps)ziekten en belemmeringen in het werk voorkomen.
  Er moet een gezonde bedrijfscultuur gefaciliteerd worden om te voorkomen dat werknemers belemmeringen gaan ondervinden. Ook zou het goed zijn als werknemers inzicht krijgen in de effecten van stress, voeding en leefstijl op hun gezondheid. Er zijn gespecialiseerde centra die stevig inzetten op preventie. Voorbeelden daarvan zijn Stigas en de ketenaanpak Longfonds (zie kader).

Stigas

Stigas is het kenniscentrum van de agrarische sector op het gebied van arbeidsomstandigheden en (preventie van) ziekteverzuim. Stigas is een initiatief van werkgevers- en werknemersorganisaties. Het wordt betaald door een speciaal in het leven geroepen fonds. Stigas biedt bijvoorbeeld hulp bij preventie van beroepsziekten en bij re-integratie na ziekteverzuim.

Ketenaanpak Longfonds

Het Longfonds is bezig om in bepaalde sectoren ketens op te zetten voor informatie en preventie. Het gaat om die sectoren waar werkenden een verhoogde kans hebben om in aanraking te komen met asbest. Door samen te werken met werkgevers, zorgaanbieders en belangenbehartigers moet de kennis over werken met asbest worden vergroot en gezondheidsproblemen snel worden gesignaleerd.

Vooroordelen

Gesignaleerd probleem

Bij sommige organisaties bestaat het beeld dat er veel tijd gaat zitten in de ondersteuning en begeleiding van werknemers met een chronische ziekte. De aanwezige werkgevers laten weten dat dit niet bij alle organisaties als een probleem wordt gezien. Steeds meer werkgevers zien het als hun maatschappelijk verantwoordelijkheid om ook mensen met een belemmering aan het werk te helpen. De aanwezige werkgevers nuanceren daarnaast het beeld dat er áltijd veel tijd in gaat zitten. Volgens hen weerhouden vooral vooroordelen andere werkgevers ervan om mensen met een chronische ziekte in dienst te nemen.

Mogelijke oplossing

- Wegnemen vooroordelen: Werkgevers zijn eerder geneigd om over hun vooroordelen heen te stappen als ze in gesprek gaan met mensen met een chronische ziekte en positieve ervaringen horen van andere werkgevers. Mensen met een chronische ziekte hebben soms zelfs méér te bieden. Wanneer iemand een chronische ziekte heeft, kan dit hem of haar ook veel kracht geven. Zij zijn extra gemotiveerd om te laten zien wat ze wel kunnen. Zie de toelichting van een aanwezige ervaringsdeskundige in kader.

Ervaringsdeskundige:

"Het terugkeren in het arbeidsproces na een langdurige ziekte van bijvoorbeeld 2 jaar is not done in Nederland. Nadat iemand geknokt heeft voor zijn herstel, buiten het arbeidsproces heeft gestaan en vaak in isolement heeft geleefd, zijn de gelederen gesloten. Mogelijk zit hierin een relatie met het dierlijk brein van overleving. Kuddes laten zwakke dieren nou eenmaal achter. Mensen die na lang werken aan hun gezondheid en persoonlijke ontwikkelingen weer volledig hersteld zijn, hebben veel te bieden aan de maatschappij. Zij hebben een crisis doorstaan en zijn er krachtiger uitgekomen. Zij hebben een groot empathisch vermogen ontwikkeld. Het is in mijn optiek belangrijk dat laatste te benadrukken en een inclusieve maatschappij te stimuleren."

Weinig werkervaring van jongeren

Gesignaleerd probleem

Bij jongeren met een chronische ziekte die uit het regulier onderwijs de arbeidsmarkt opgaan, ontbreken vaak bewustzijn en kennis over de gevolgen van hun ziekten voor het vinden van werk. Maar ook leerlingen van het VSO (voortgezet speciaal onderwijs) worden vaak onvoldoende voorbereid op de arbeidsmarkt, bijvoorbeeld doordat prikkels ontbreken om werkervaring in een bijbaan op te doen.

Mogelijke oplossingen

- Werkervaringsplekken: Aangezien het voor veel werkgevers lastig is om het werkvermogen in te schatten, bieden werkervaringplekken, stages en proefplaatsingen in veel gevallen een uitkomst. Voor de werkgever wordt hierdoor, duidelijk welke werkzaamheden passend zijn en krijgt de jongere de kans om werkervaring op te doen. Op dit moment is het aanbod voor jongeren met een chronische ziekte beperkt.
- Ontmoetingen: Er zijn nog verschillende andere manieren om (jonge) werkzoekenden met een chronische ziekte en werkgevers met elkaar in contact te brengen. Door middel van korte ontmoetingen, zoals speeddates en meet & greets, kunnen werkzoekenden en werkgevers elkaar leren kennen en verkennen welke mogelijkheden er zijn om aan het werk te gaan. In een (kort) gesprek is meer ruimte om de gevolgen van de chronische ziekte op werk toe te lichten dan in een sollicitatiebrief en kunnen eventuele vooroordelen worden weggenomen.

Weinig ondersteuning naar werk

Gesignaleerd probleem

Met de overgang van de oud-Wajong naar de Participatiewet is de ondersteuning en dienstverlening vanuit het UWV ingeperkt. Het grootste deel van de chronisch zieke jongeren valt niet onder de Banenafspraak, omdat zij voldoende arbeidscapaciteit hebben. Deze groep ondervindt echter wel problemen bij het zoeken naar werk. Vanuit de gemeente is er ondersteuning mogelijk, maar alleen indien iemand aanspraak kan maken op een bijstanduitkering. Overigens is de ondersteuning vanuit de bijstand vaak beperkt en weinig toegespitst op de specifieke omstandigheden van mensen met een chronische ziekte.

Mogelijke oplossingen

- Bemiddeling: Verschillende experts en ervaringsdeskundigen noemen het bestaan van gespecialiseerde netwerkorganisaties. Deze organisaties hebben netwerken opgebouwd van bedrijven die bereid zijn om iemand met een chronische aandoening een kans te geven en zijn in staat om als intermediair tussen werkzoekende en werkgever op te treden. Het bestaan van deze organisaties moet meer bekend worden gemaakt onder chronisch zieken. Een voorbeeld van zo'n organisatie is Emma at Work (zie kader).

Emma at Work

Stichting Emma at Work is een arbeidsbemiddelingsbureau speciaal voor jongeren tussen de 15 en 30 jaar met een chronische ziekte of lichamelijke beperking. De stichting biedt een traineeprogramma aan voor jongeren, waarbij zij eerst worden voorbereid op werk ('empowerment') om vervolgens twee keer een jaar bij een bedrijf aan de slag te gaan. Het doel is werkervaring op te doen, zodat jongeren later een grotere kans hebben op een zelfstandig leven.

Rol van de zorg

Gesignaleerd probleem

Huisartsen, maar bijvoorbeeld ook artsen in opleiding, focussen vooral op de genezing van patiënten en hebben vaak weinig oog voor maatschappelijke participatie. Een huisarts vraagt ook zelden naar de werksituatie van een patiënt.

Mogelijke oplossing

- Aandacht voor factor arbeid: Werk kan helpen bij het herstel van een ziekte, doordat het structuur en afleiding biedt en voor sociale interactie zorgt. Daarom moet werk steeds meer als behandeldoel worden gezien, bijvoorbeeld door aandacht aan het belang van werk te besteden gedurende de opleiding van artsen en door de factor arbeid standaard op te nemen in het gesprek tussen patiënt en (huis)arts.

Deelnemers dialoogbijeenkomst Chronisch Zieke Werkenden

Naam	Organisatie
Paul Baart	Stichting Centrum Werk Gezondheid
Jeroen van Bakkum	Rietlanden Terminals
Birsen Basar	Stichting Samen Sterk Zonder Stigma
Judy van den Berg	Emma at Work
Anjo Bloemen	Stichting Leven met Kanker
Puck Bossert	MN
Annemiek de Crom	Cirkel der Seizoenen/Reumafonds
Johanna Dekker	ING Health & Safety
Alwin van Drongelen	KLM Health Services
Monique Filart	Saxion hogeschool
Setareh Foumani	Longfonds
Sanne Giesen	Emma at Work
Petra van de Goorbergh	OVAL
Danny Haanstra	Rietlanden Terminals
Annelies Hoogendoorn	Zorg van de zaak
Edith Idoe-Stap	Stap.nu
Ernst Jurgens	NVAB/KLM
Janneke Kaim	Hoezo anders
Maartje Kemme	UWV
Jac van der Klink	Tilburg University
Daniella Krijger	Hoezo anders
Mike Lie-a-Lien	Royal IHC Merwede B.V.
Petra Meijssen	Mens in Beeld
Harald Miedema	Kenniscentrum zorginnovatie
Helen Mijnarends	HMA Coaching en Organizing
Gea van Nimwegen	Diabetesvereniging Nederland
Arjan Nugteren	Nierpatiëntenverenging Nederland (NVN)
Carla Peeters	COBALA
Jeanine Peppink- van der Sterren	Royal IHC Merwede B.V.
Tamara Raaijmakers	Stichting Centrum Werk Gezondheid
Ad de Rooij	Stigas
Margot Scheltema	De Nederlandsche Bank

Naam	Organisatie
Alex Schonewille	Kopwerk/NVvHP
Romy Steenbeek	TNO
Margreet Stoutjesdijk	UWV
Ton van Hout	CCZW
Erik Verbart	Fonds Psychische Gezondheid
Hanneke Verhelst	Abbvie
Dorien Verhoeven	Samen sterk zonder stigma
Esther Visser	NVvHP/Arbeidsparticipatietool
Annemarie Voogd	Europe Container Terminals BV

Colofon

Uitgave
Sociaal-Economische Raad
Bezuidenhoutseweg 60
Postbus 90405
2509 LK Den Haag

T 070 3499 499
E communicatie@ser.nl

www.ser.nl

Tekst
SER-secretariaat:
Lysanne Modderman
Jorik Ravesteijn

Fotografie
Dirk Hol

Vormgeving
Opmaak SER

© 2016, Sociaal-Economische Raad
Alle rechten voorbehouden
Overname van teksten is toegestaan
onder bronvermelding.

SER

SOCIAAL-ECONOMISCHE RAAD

Bezuidenhoutseweg 60

Postbus 90405

2509 LK Den Haag

T 070 3499 499

E communicatie@ser.nl

www.ser.nl

© 2016, Sociaal-Economische Raad

Commissie Chronisch zieke werkenden (CZW)

Leden	Plaatsvervangende leden
Onafhankelijke leden	
prof. dr. L.J. (Louise) Gunning-Schepers (voorzitter)	
prof. mr. S. (Saskia) Klosse	
drs. E.H.T.M. (Ed) Nijpels	
Ondernemersleden	
Ir. H.J.H. (Hans) Koehorst (LTO-Nederland)	
R. (Rob) Slagmolen (VNO-NCW/MKB-Nederland)	mr.drs. S.R. (Sven) Bontje (VNO-NCW /MKB-Nederland)
drs. A. (Anthony) Stigter (VNO-NCW/MKB-Nederland)	
Werknemersleden	
M. (Michel) Nijlant, Msc MA (CNV)	S.W. (Sonja) Baljeu-Veenstra, Eur. Erg.
E.M. (Edwin) Bouwers (FNV) (tot 15-10-2015)	
C. (Coen) van der Veer (FNV)	drs. W. (Wim) van Veelen (FNV)
G. (Gerard) Veldhuis (FNV)	dr. H.F. (Henk) van der Velden (FNV)
E.H.J. (Elwin) Wolters, MA (VCP)	mr. C.C. (Claartje) de Boer (VCP)
Ministeriële vertegenwoordigers	
D.R. (Erik) Hogenkamp (VWS)	
V. (Vera) van der Linden (SZW)	
drs. J.A. (Aleid) Ringelberg (SZW)	
Adviserende leden	
prof. dr. J.J. (Johan) Polder (RIVM)	
Secretariaat	
mr. A. (Anne) Wouters-Megens, MSc	
dr. K.I. (Karin) Proper	
J. (Jorik) Ravesteijn, MSc	
T. (Tim) van der Steen, MA	

SOCIAAL-ECONOMISCHE RAAD
Bezuidenhoutseweg 60
Postbus 90405
2509 LK Den Haag

T 070 3499 499
E communicatie@ser.nl

www.ser.nl

© 2016, Sociaal-Economische Raad