

(Maat)werk bij langdurige klachten na covid

Arbeidsmarktparticipatie en sociale zekerheid bij langdurige klachten na covid in een pandemische context



(Maat)werk bij langdurige klachten na covid

Arbeidsmarktparticipatie en sociale zekerheid bij langdurige klachten na covid in een pandemische context

De Raad voor Volksgezondheid & Samenleving inspireert en adviseert over hoe we morgen kunnen leven & zorgen.

Samenstelling Raad

Jet Bussemaker, voorzitter
Godfried Bogaerts
Erik Dannenberg
Pieter Hilhorst
Hafez Ismaili M'hamdi
Marleen Kraaij-Dirkzwager
Jan Kremer
Bas Leerink
Ageeth Ouwehand
Martijn van der Steen
Stannie Driessen, directeur

Raad voor Volksgezondheid & Samenleving

Parnassusplein 5
Postbus 19404
2500 CK Den Haag
T +31 (0)70 340 5060
mail@raadrvs.nl
www.raadrvs.nl
Twitter: @raadRVS

Publicatie 22-06

ISBN: 978-90-5732-321-8
© Raad voor Volksgezondheid & Samenleving
Den Haag, 2022

Niets in deze uitgave mag worden openbaar gemaakt of verveelvoudigd, opgeslagen in een data verwerkend systeem of uitgezonden in enige vorm door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke wijze dan ook zonder toestemming van de RVS.

U kunt deze publicatie ook downloaden via onze website [↳ www.raadrvs.nl](https://www.raadrvs.nl)

Inhoudsopgave

1	Inleiding	6
1.1	Aanleiding en urgentie	6
1.2	Centrale vraag en aanpak	6
1.3	Leeswijzer	6
2	Achtergrond	7
2.1	Langdurige klachten na covid	7
2.2	Leven en werken met een onbekende en onbegrepen aandoening	7
2.3	Pandemische context	8
2.4	Vergelijkbare aandoeningen	8
3	Problematiek rondom arbeidsmarktparticipatie en sociale zekerheid bij langdurige klachten na covid en mogelijke oplossingsrichtingen	9
3.1	Werkenden in loondienst: re-integreren in een pandemische context	9
3.2	De flexibele schil: bestaande verschillen uitvergroot	13
3.3	Zorgmedewerkers: alle hens aan dek	13
4	Conclusies en aanbevelingen	17
	Literatuur	19
	Vorbereiding	21
	Lijst met geraadpleegde personen	22
	Publicaties	23

1 Inleiding

1.1 Aanleiding en urgentie

In maart 2020 begon de eerste coronagolf in Nederland. Sindsdien is de maatschappij sterk ontwricht geweest door de pandemie en de genomen maatregelen. Ieders leven is in meer of mindere mate geraakt. Niet alleen op het gebied van gezondheid en welbevinden, maar ook sociaal en economisch.

In maart 2022 brak het moment aan waarop alle maatregelen tegen de verspreiding van het virus werden losgelaten en het normale leven werd hervat. Voor een bepaalde groep is dit echter niet het geval: de groep mensen die besmet is geraakt met het coronavirus en aanhoudend of opnieuw klachten heeft. Deze mensen zijn nog altijd beperkt in hun dagelijks functioneren en ervaren een verminderde kwaliteit van leven. De Gezondheidsraad heeft recentelijk een rapport uitgebracht over langdurige klachten na COVID-19.¹ Daaruit blijkt dat de langdurige klachten die mensen rapporteren inderdaad kunnen worden toegeschreven aan COVID-19. Uit het rapport blijkt echter ook dat er nog veel onduidelijk is over deze aandoening. Zo is er nog geen uniforme definitie en is het onduidelijk wat de prognose is. Het betreft een zeer heterogene groep mensen.

Eind maart 2022 is er een multidisciplinaire richtlijn verschenen over langdurige klachten na COVID-19 (ook wel Long COVID of post-COVID-syndroom genoemd, vanaf hier: langdurige klachten na covid).² Deze richtlijn draagt bij aan betere begeleiding. Daarnaast bevordert de richtlijn herkenning en erkenning van de aandoening. Er bestaat echter nog geen optimale behandeling voor langdurige klachten na covid.

Buiten kijf staat dat mensen met deze onbegrepen klachten problemen ondervinden op het gebied van arbeidsmarktparticipatie en sociale zekerheid. Het grootste deel van hen bevindt zich in het arbeidzame deel van hun leven. Omdat er sinds de eerste coronagolf nu ruim 2 jaar verstreken zijn (de reguliere periode van loondoorbetaling bij ziekte), zijn de – vaak schrijnende – gevolgen daarvan nu zichtbaar. De eerste ontslagen zijn al gevallen.

Vanwege dit momentum, gecombineerd met de omvang van de groep mensen die hiermee te maken heeft en het grote aandeel van zorgmedewerkers in deze groep, acht de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving (RVS) het aangewezen om hier aandacht voor te vragen. Daarnaast tracht de RVS, aan de hand van deze casus, al langer bestaande verschillen en knelpunten op het gebied van arbeidsmarktparticipatie en sociale zekerheid voor het voetlicht te brengen. Inzichten en aanbevelingen die in dit advies worden gedeeld zijn deels ook van toepassing op soortgelijke onbegrepen en/of onbekende chronische aandoeningen.

1.2 Centrale vraag en aanpak

In dit advies richten we ons op de volgende vraag:

Welke knelpunten signaleren we bij mensen met langdurige klachten na covid op het gebied van arbeidsmarktparticipatie en sociale zekerheid, en tot welke aanbevelingen leidt deze analyse?

We richten ons dus specifiek op arbeidsmarktparticipatie en sociale zekerheid van mensen met langdurige klachten na covid in de context van de COVID-19-pandemie, die zich grotendeels heeft afgespeeld in de periode tussen maart 2020 en maart 2022. We baseren onze analyse en aanbevelingen op interviews met betrokkenen, geraadpleegde literatuur en beleidsdocumenten.

1.3 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 gaan we verder in op langdurige klachten na covid en de pandemische context. Daarbij leggen we ook de link met soortgelijke aandoeningen en de invloed daarvan op het leven en werken van patiënten. In hoofdstuk 3 beschrijven we de problematiek van mensen met langdurige klachten na covid op het gebied van arbeidsmarktparticipatie en sociale zekerheid. Mogelijke oplossingsrichtingen en aanbevelingen die daaruit voortvloeien zijn grotendeels in de tekst verweven en worden daarnaast in hoofdstuk 4 samengevat.

2 Achtergrond

2.1 Langdurige klachten na covid

Langdurige klachten na covid gaan gepaard met veel onzekerheden en vragen. Omdat er nog geen algemeen geaccepteerde definitie is en geen officiële registratie plaatsvindt, is het onduidelijk hoeveel mensen er precies aan lijden. De WHO stelt dat ongeveer 10-20% van de mensen met COVID-19 na 3 maanden nog aanhoudende of nieuwe symptomen ervaart (ongeacht de aanvankelijke ernst van de ziekte).¹ Het Nivel heeft recentelijk onderzoek gedaan naar de prevalentie bij mensen 3 maanden na hun initiële infectie. Het percentage mensen dat last had van langdurige klachten lag hierbij tussen de 20% en 37%.³ Hoe meer tijd is verstreken, hoe lager de prevalentie. De inschatting is dat 1-2% van de mensen langer dan een jaar klachten houdt. Uitgaande van 1-2% en het totale aantal geregistreerde coronabesmettingen tot en met april 2022⁴ zou het gaan om 80.000 tot 160.000 mensen in Nederland die na een jaar nog klachten (zullen) hebben. Een kanttekening hierbij is dat het onduidelijk is of de genoemde geschatte percentages ook gelden voor de varianten van COVID-19 na de eerste en tweede golf in Nederland. Aan de andere kant ligt het aantal werkelijke besmettingen hoger dan het aantal geregistreerde besmettingen.

De definitie van langdurige klachten na covid is niet uniform. Het gaat om veel verschillende soorten klachten die in variërende ernst voorkomen, zoals vermoeidheid, kortademigheid, hoofdpijn, slaapstoornissen, angst en *'brain fog'*: een mentale toestand waarin men zich niet kan concentreren en extreem vergeetachtig en warrig is. Uit alle studies die de Gezondheidsraad heeft geïncludeerd, blijkt een significante afname van de kwaliteit van leven bij zowel volwassenen als kinderen.

Er liggen meerdere mogelijke mechanismen ten grondslag aan langdurige klachten na covid: weefselschade aan verschillende organen, voortdurende dysfunctie van het immuunsysteem en aanhoudende aanwezigheid van virusfragmenten. Net als bij andere postinfectieuze beelden zoals de ziekte van Pfeiffer en langdurige klachten na Q-koorts of Lyme is de exacte pathofysiologie onbekend. Daarnaast kunnen andere factoren bijdragen aan het ontstaan en voortduren van de klachten, zoals niet-specifieke effecten van de eerdere (ernstige) ziekte en/of ziekenhuisopname in het kader van COVID-19, conditieverlies door langdurige vermoeidheid en de manier van omgaan met de klachten.¹

Het is nog onduidelijk welke factoren het risico op langdurige klachten na covid verhogen. De groep patiënten is heterogeen wat betreft leeftijd, gezondheidstoestand en ernst van de initiële infectie. Ook voorheen gezonde mensen zonder ziekenhuisopname rapporteren langdurige klachten. Het is eveneens nog onduidelijk of er een verschil is tussen de virusvarianten en het risico op het syndroom. Van vaccinatie is bekend dat dit het risico op COVID-19 verkleint en daarmee verkleint vaccinatie indirect ook de kans op langdurige klachten. In hoeverre het vaccin ook beschermt tegen langdurige klachten als gevaccineerde mensen toch besmet raken wordt nog onderzocht, op basis van de eerste resultaten van een onderzoek van het RIVM lijkt dit effect maar beperkt te zijn.⁵ Mogelijk is er een positief effect van vaccinatie op bestaande langdurige klachten: via een opgewekte immuunrespons zou er eliminatie van virusfragmenten kunnen optreden.¹

2.2 Leven en werken met een onbekende en onbegrepen aandoening

Mensen met langdurige klachten na covid ervaren in de eerste plaats fysieke en/of cognitieve klachten. Zoals bij andere chronische aandoeningen heeft dit betekenis voor hun functioneren en kwaliteit van leven. In het geval van een onbekende en onbegrepen chronische aandoening als langdurige klachten na covid ondervinden mensen aanvullende problematiek:

- Er is nog *onzekerheid* over de diagnose, behandeling en prognose van langdurige klachten na covid. Het betreft een nieuwe, heterogene aandoening. Er wordt veel onderzoek gedaan, maar er is ook nog steeds veel onduidelijk. De hersteltijd is vaak lang en het beloop grillig. Niet alleen patiënten zelf, maar ook werkgevers en zorgverleners worstelen met deze onzekerheid.

- Er wordt *heel verschillend gereageerd op mensen met langdurige klachten na covid*. Enerzijds liggen reacties in de begripssfeer, anderzijds in de verwijtbaarheidshoek. Dit wordt mogelijk versterkt door de kwestie van het al dan niet laten vaccineren.
- Er vindt *stigmatisering* plaats rondom langdurige klachten na covid. Mensen met deze klachten kunnen onterecht worden gelabeld als overspannen of psychosomatiserend.⁶ Ook wordt onterecht gedacht dat alleen mensen die op de IC hebben gelegen of onderliggend lijden hebben, last kunnen hebben van langdurige klachten na covid.

Dit alles heeft gevolgen voor het werkzame leven van patiënten. Een deel van de mensen heeft al geruime tijd klachten en is nog steeds (gedeeltelijk) arbeidsongeschikt. Dit heeft consequenties voor hun inkomen en kan leiden tot ontslag, wat ook gevolgen heeft voor hun gezin en naasten.

Naast het financiële aspect is ook het gezondheidsaspect van werken belangrijk. Werk is wezenlijk voor zelfontplooiing, gezondheid en individueel welbevinden, zoals zowel de WRR⁷ als de Commissie Regulering van Werk⁸ in rapporten benadrukken. Vanzelfsprekend is langdurige uitval van werknemers ook een probleem voor werkgevers, collega's en opdrachtgevers en kan een werkgever zelf ook langdurig uitvallen met alle gevolgen van dien. Echter, in dit advies vormt het perspectief van de werkende met langdurige klachten na covid het primaire uitgangspunt. Ten slotte is langdurige uitval van een grote groep mensen een probleem voor de samenleving als geheel, gezien de effecten op de economie, het zorgsysteem en de al bestaande tekorten op de arbeidsmarkt.

2.3 Pandemische context

De coronapandemie heeft een grote invloed op de samenleving gehad. Vanwege de ontstane situatie en de genomen maatregelen was de sociale en maatschappelijke context volstrekt anders dan gewoonlijk. Dat geldt ook voor mensen met langdurige klachten na covid. Deze pandemische context is van invloed geweest op de mogelijkheden om te herstellen en te re-integreren. Denk bijvoorbeeld aan thuiswerken of een dienstverband bij een werkgever in een sector die zwaar getroffen was. Of aan een thuissituatie met kleine kinderen die thuis begeleid moesten worden, stress en isolatie. Ook de toegang tot zorg is gedurende de pandemie anders geweest. De reguliere zorg was veelal afgeschaald. Ergotherapeuten, die zich juist ook bezighouden met functioneren en arbeid, werden gedurende de pandemie regelmatig pas in een laat stadium ingezet. De juiste zorg, waaronder herstellzorg, kan bijdragen aan het verbeteren van het functioneren en de participatie en vormt op deze manier een belangrijke randvoorwaarde voor re-integratie. Ook werden veel zorgmedewerkers zelf getroffen door covid. Een groot aandeel van de mensen met langdurige klachten na covid is dan ook zorgmedewerker.⁹

2.4 Vergelijkbare aandoeningen

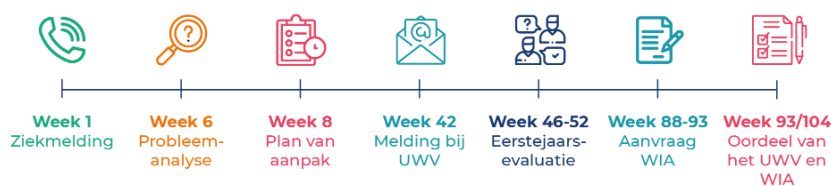
Er bestaan meerdere vergelijkbare aandoeningen naast langdurige klachten na covid, die grotendeels onbegrepen zijn. Denk aan andere postinfectieuze beelden zoals langdurige klachten bij de ziekte van Pfeiffer en langdurige klachten na Q-koorts of Lyme, maar ook aan ME/CVS. Onbegrepen of nog niet voldoende in beeld gebrachte klachten zijn altijd gevoelig geweest voor stigmatisering.¹⁰ Zo werden langdurige klachten na Q-koorts lange tijd onderschat. Pas nadat er in 2009 een patiëntenvereniging¹¹ en in 2010 nazorgorganisatie¹² werd opgericht, kwam daar verandering in. Weinig mensen hadden er verstand van of ervaring mee en het heeft lang geduurd voordat er erkenning kwam. Dat heeft ook invloed gehad op trajecten in het kader van arbeidsmarktparticipatie en sociale zekerheid. Bij onbegrepen klachten liggen willekeur en een grote rol voor persoonlijke opvattingen van deskundigen op de loer.¹³ Een verschil met Q-koorts is in ieder geval dat het bij langdurige klachten na covid een grotere groep mensen betreft, die zich ook relatief snel heeft verenigd. Naar aanleiding van de ervaringen op het gebied van onder andere werk en inkomen bij Q-koorts heeft het ministerie van VWS nazorgorganisatie C-support opgericht om patiënten met langdurige klachten na covid bij te staan met advies en ondersteuning.¹⁴

3 Problematiek rondom arbeidsmarktparticipatie en sociale zekerheid bij langdurige klachten na covid en mogelijke oplossingsrichtingen

Zoals beschreven kunnen langdurige klachten na covid grote invloed hebben op het werkzame leven en het inkomen van mensen. Mensen met deze klachten kunnen in het kader van arbeidsmarktparticipatie en sociale zekerheid in verschillende trajecten terecht komen. Aan de hand van de casus langdurige klachten na covid trachten we knelpunten in deze verschillende trajecten bloot te leggen. Werkenden worden hiertoe onderverdeeld in 3 groepen: werknemers in loondienst, de flexibele schil en zorgmedewerkers. Zorgmedewerkers vallen ook binnen een van de eerste 2 groepen, maar worden vanwege de bijkomende problematiek en specifieke regelgeving daarnaast apart beschreven. In dit hoofdstuk worden ook mogelijke oplossingsrichtingen beschreven.

3.1 Werkenden in loondienst: re-integreren in een pandemische context

Een werknemer in loondienst met langdurige klachten na covid krijgt te maken met de Wet verbetering poortwachter (Wvp). Deze wet verlangt dat de werkgever en werknemer zich samen met de bedrijfsarts of arbodienst inspannen om de werknemer zo snel mogelijk weer aan het werk te krijgen.¹⁵ In eerste instantie bij dezelfde werkgever (eerste spoor), en als dat niet mogelijk blijkt te zijn, bij een andere werkgever (tweede spoor). Aan het begin van het eerste spoor maakt de bedrijfsarts een probleemanalyse waarin wordt beschreven waarom de werknemer niet meer kan werken en wat de mogelijkheden voor functioneel herstel zijn. Werkgever en werknemer stellen samen een plan van aanpak op om te komen tot duurzame re-integratie. Gedurende het eerste spoor hebben de werkgever en de werknemer regelmatig contact over de voortgang. Als verwacht wordt dat er sprake is van langdurig verzuim, houdt de werkgever een re-integratiedossier bij waarin alle ondernomen activiteiten worden beschreven.



Figuur 1: Dit schema geeft een overzicht van de tijdlijn van de wet. Het beginpunt van de Wvp is de dag waarop de werknemer zich ziekmeldt.¹⁶

Een belangrijk moment in het Wvp-proces is de eerstejaarsevaluatie, ook wel het 'opschudmoment' genoemd. Hierbij worden verdere afspraken gemaakt over de werkhervatting en, indien noodzakelijk, over aanpassingen in het werk, de werkplek en/of de arbeidsmiddelen van de werknemer.

Daarnaast wordt op dat moment bepaald of een traject richting een nieuwe werkgever (tweede spoor) aan de orde is, al dan niet parallel aan de re-integratie bij de eigen werkgever. Dit tweede spoor dient uiterlijk vlak na de eerstejaarsevaluatie ingezet te worden. Het nadeel daarvan is dat als iemand net begonnen is met gedeeltelijke werkhervatting, diegene ook tijd en energie moet gaan steken in het onderzoeken van alternatief werk. De werkgever kan hier onderbouwd van afwijken en de bedrijfsarts heeft de mogelijkheid om te motiveren dat het tweede spoor medisch gezien nog niet zinvol is. Werkgever en werknemer kunnen er dan voor kiezen een deskundigenoordeel aan te vragen bij het UWV om dit tweede spoor (tijdelijk) uit te stellen en dienen in ieder geval het uitstel in het re-integratieverslag te onderbouwen.¹⁷ Een bedrijfsarts moet daarvoor kunnen inschatten wat iemands prognose en toekomstige mogelijkheden zijn.

Bij een onbegrepen en onbekende aandoening met een grillig beloop, zoals bij langdurige klachten na covid het geval is, is dit nauwelijks mogelijk. Wat opvalt aan de Wvp is dat het proces en de punten in de tijd centraal staan, onafhankelijk van de vraag of die momenten aansluiten bij een specifieke ziekte en het individuele geval. De Wvp wordt daarom ook wel een 'proceswet' genoemd. Dit gegeven brengt met zich mee dat in principe strikt aan het proces wordt vastgehouden, hetgeen nadelig kan uitpakken.

Werkgevers dienen werknemers in het geval van ziekte gedurende 2 jaar 70% van het laatstverdiende loon door te betalen. In het eerste ziektejaar krijgen de meeste werknemers volgens hun contract 100% van het laatstverdiende loon. Daarbij geldt dat werkgevers verplicht zijn in ieder geval het minimumloon te betalen. Voor het tweede ziektejaar geldt dat niet. De kosten voor de re-integratie zijn in principe voor de werkgever. Is er sprake van een tijdelijk dienstverband dat tijdens de wachttijd voor de WIA afloopt, dan gaat het UWV na afloop door met de re-integratie. De werknemer gaat dan 'ziek uit dienst' en de ex-werknemer komt onder de Ziektewet te vallen die door het UWV wordt uitgevoerd. Het UWV wordt dan verantwoordelijk voor zowel de tijdelijke uitkering op basis van de Ziektewet als voor de re-integratieverplichtingen op basis van de Wvp. Voor werkgevers die afgesproken hebben 'eigen risicodragers voor de Ziektewet' te zijn, blijft deze re-integratieverplichting bij de voormalige werkgever liggen. Deze voormalige werkgever besteedt de begeleiding voor ex-werknemers veelal uit aan private re-integratie bedrijven.¹⁸

Loondoorbetaling gedurende 2 jaar is – zeker in vergelijking met andere landen – een riante regeling. Nederland werd in dit verband door *The Economist* recentelijk nog genoemd als positief voorbeeld. Deze eerste 2 jaar zijn essentieel om tot een goede re-integratie te komen.¹⁹

Echter, in de pandemische context waren de omstandigheden voor re-integratie bij veel banen anders dan gewoonlijk. Er was bijvoorbeeld sprake van sterk toegenomen werkdruk, van uitsluitend thuiswerken of van andere prioriteiten bij de werkgever (zoals het overeind houden van de organisatie). Daarnaast was de toegang tot zorg gedurende de pandemie beperkt, waardoor re-integratie in veel gevallen vertraagd of bemoeilijkt kan zijn geweest. In het geval van deze nieuwe aandoening komt daarbij dat het nog onduidelijk is wat de beste behandeling is: gedurende de eerste 2 jaar was er geen richtlijn en hebben veel mensen met langdurige klachten na covid mogelijk dus een suboptimale behandeling gehad, hetgeen ze een achterstand kan hebben gegeven bij re-integratie. Ook speelt mee dat de thuissituatie en het privéleven van veel mensen ingrijpend veranderd was tijdens de pandemie: kinderen die thuis zaten en verzorgd of begeleid moesten worden, stress, isolatie, et cetera. Dit alles draagt geenszins bij aan de rust, ruimte en steun die nodig zijn voor re-integratie.

Als de inzet van werkgever en werknemer na (bijna) 2 jaar niet geleid heeft tot terugkeer naar werk, dan kan een aanvraag in het kader van de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA) gedaan worden bij het UWV. Ook ex-werknemers die onder de Ziektewet vallen, kunnen na bijna 2 jaar arbeidsongeschiktheid een WIA-uitkering aanvragen. Hiervoor moet een re-integratieverslag worden opgeleverd waarin de bedrijfsarts, de werkgever en de werknemer hun visie op de re-integratie beschrijven. Op dat moment toetst het UWV of de werkgever zijn re-integratieverplichtingen is nagekomen. Als blijkt dat de werkgever onvoldoende aan de re-integratie van de werknemer heeft bijgedragen, kan hem worden verplicht om de re-integratieperiode te verlengen met maximaal 1 jaar (loonsanctie).²⁰ In de context van de pandemie gedurende de afgelopen jaren heeft in ieder geval een deel van de werkgevers niet aan deze verplichtingen kunnen voldoen. Het UWV heeft daarom een addendum op de Werkwijzer Poortwachter gemaakt waarin beschreven wordt hoe rekening kan worden gehouden met overheidsmaatregelen in het kader van covid bij het beoordelen van het re-integratie verslag van de werkgever. Zo kan het zijn dat bepaalde inspanningen van de werkgever of de werknemer vanwege de pandemie onmogelijk waren en er een deugdelijke grond is ontstaan om af te zien van een loonsanctie. Voorbeelden hiervan zijn een verplichte bedrijfssluiting, geen uitvoering kunnen geven aan het tweede spoor, vermindering van het werkaanbod van de werkgever of het ontbreken van ondersteuning.²¹ Als hiervan sprake is, hoeft de re-integratieperiode dus niet verlengd te worden, stopt de loondoorbetalingsverplichting en kan de werknemer alsnog ontslagen worden. De regeling komt daarmee de werkgever tegemoet, maar de werknemer niet. Die kan immers na een functioneel verkorte re-integratieperiode alsnog ontslagen worden.

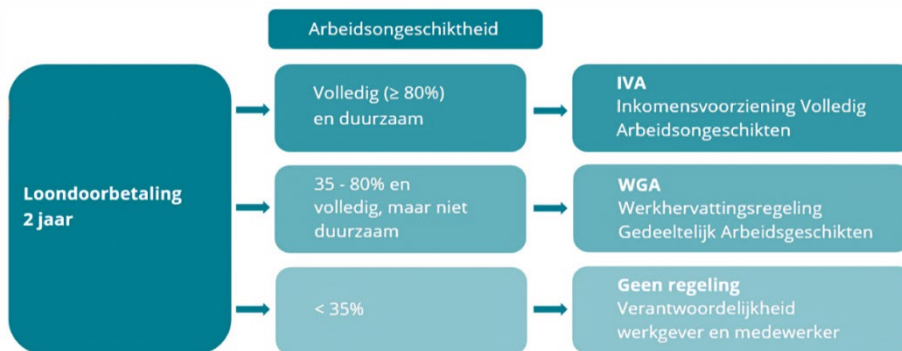
Omdat de pandemie en met name de genomen maatregelen hieraan ten grondslag liggen, zou de re-integratieperiode laagdrempelig moeten kunnen worden verlengd naar rato van de gemiste re-integratietijd. In het kader van de WIA is een vrijwillige verlenging van de re-integratieperiode van maximaal 12 maanden mogelijk als de werknemer en de werkgever hier samen een aanvraag voor doen.²² Echter, de kosten voor loondoorbetaling en re-integratie blijven dan ook na deze 2 jaar bij de werkgever liggen en dat maakt het

voor de werkgever onaantrekkelijk. Daarom is het wenselijk dat de overheid deze verlenging faciliteert en stimuleert. In feite als onderdeel van het pakket aan steunmaatregelen tijdens de pandemie.

Een ander onderdeel van de aanvraag van een WIA-uitkering is het bepalen van de mate van arbeidsongeschiktheid. Er zijn 2 soorten WIA-uitkeringen: de uitkering in het kader van de Werkhervatting Gedeeltelijk Arbeidsgeschikten (WGA) en de uitkering in het kader van de Inkomensvoorziening Volledig Arbeidsgeschikten (IVA).

Als het UWV oordeelt dat iemand gedeeltelijk arbeidsongeschikt is en nog maar minder dan 65% van het oude loon kan verdienen, of volledig arbeidsongeschikt is maar niet duurzaam, komt diegene in aanmerking voor een WGA-uitkering. De WGA-uitkering valt uiteen in een loongerelateerde uitkering, een loonaanvullingsuitkering en een vervolguitkering. Het arbeidsongeschiktheidspercentage – en daarmee de hoogte van de uitkering – is afhankelijk van de zogenoemde restverdiencapaciteit, waarover verderop meer. In het geval van een WGA-uitkering wordt de werknemer door het UWV gevolgd en her beoordeeld, met eventuele gevolgen voor de hoogte van de uitkering.

Als de werknemer minstens 80% arbeidsongeschikt is en er geen of weinig kan op herstel is, komt diegene in aanmerking voor een IVA-uitkering. Een IVA-uitkering is hoger dan een WGA-uitkering, namelijk 75% van het laatstverdiende loon, en blijft ongewijzigd. Alleen in het geval van verdiensten vindt er eventueel nog een herbeoordeling plaats. Bij een IVA vervalt in principe ook de ondersteuning om alsnog te komen tot passend werk. Als wordt geoordeeld dat iemand 65% of meer van het oude loon kan verdienen, met welke baan dan ook, ontvangt diegene geen uitkering. Deze groep wordt ook wel de '35-minners' genoemd. Deze mensen worden voor ondersteuning naar passende arbeid op basis van de Participatiewet verwezen naar de gemeente waarin zij wonen.



Figuur 2: Schematische weergave van de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA)

De beoordeling van de mate van arbeidsongeschiktheid vindt bij het UWV plaats in de vorm van een sociaal-medische beoordeling door een verzekeringsarts, die daarvoor eventueel aanvullende informatie kan opvragen. De verzekeringsarts maakt een inschatting van de beperkingen. Als de verzekeringsarts vindt dat er nog benutbare mogelijkheden zijn voor arbeid in algemene zin, volgt een gesprek met een arbeidsdeskundige, die bekijkt welke banen in theorie geschikt zijn. De verzekeringsarts en de arbeidsdeskundige maken hierbij gebruik van 2 hulpmiddelen van het UWV: op de functionele mogelijkhedenlijst (FML) geeft de verzekeringsarts de gradatie van de vastgestelde beperkingen aan, en aan de hand daarvan – gecombineerd met opleidingsniveau, (werk)ervaring en taalvaardigheid – bekijkt de arbeidsdeskundige welke werkzaamheden nog mogelijk zijn. De uitkomsten hiervan worden vervolgens ingevoerd in het Claimbeoordelings- en Borgingssysteem (CBBS) van het UWV waarin enkele duizenden functies staan. Dit systeem geeft dan functies aan die ondanks de beperkingen en dankzij de resterende mogelijkheden die iemand heeft in theorie uitgevoerd zouden kunnen worden. De 3 best matchende functies worden opgenomen in het arbeidsdeskundig rapport en het loon van deze functies bepaalt de restverdiencapaciteit. Door de restverdiencapaciteit te vergelijken met het oude loon, wordt het arbeidsongeschiktheidspercentage berekend. Stel dat iemand € 2.000 per maand verdiende (oude loon) en met een functie die hij in theorie in plaats daarvan kan uitvoeren € 1.320 (restverdiencapaciteit) of meer kan verdienen, dan krijgt die persoon geen WIA-uitkering. De gebruikte systemen zijn niet inzichtelijk voor mensen van buiten het UWV.²³

De conclusie van deze beoordeling is voor de werknemer dus cruciaal, want die bepaalt of hij of zij een uitkering krijgt, en zo ja, hoe hoog die is en wat voor soort uitkering het is. Ook bepaalt deze beoordeling welke organisatie ondersteuning gaat bieden bij het vinden van passend werk. De arbeidsdeskundige kijkt niet naar beperkingen, maar naar wat iemand wél kan. Op basis daarvan wordt bekeken welke arbeid iemand *in theorie* nog kan verrichten. Als op basis van die theorie blijkt dat iemand nog 65% of meer van zijn of haar oude inkomen kan verdienen, krijgt die persoon geen uitkering. Onafhankelijk van hoe dit *in de praktijk* uitpakt.

Uit onderzoek blijkt dat de werkelijke arbeidsmarktparticipatie van deze groep fors tegenvalt: slechts ongeveer de helft is aan het werk. Dat verschilt maar weinig van de groep die op basis van de theorie nog maar 20-65% van het oude inkomen kan verdienen.²³ In de praktijk leidt dit voor velen dus tot een grote inkomensval en instroom in de bijstand (Participatiewet). Het feit dat de systemen niet transparant zijn en vooral het theoretische karakter van de beoordelingen stroken niet met een strikte hantering van de 65%-grens en de grote consequenties daarvan. Deze elementen worden ook wel de 'hardheden van de WIA' genoemd en zijn begrijpelijkerwijs terugkerende onderwerpen van discussie.²³

Omdat het bij mensen met langdurige klachten na covid gaat om een grotendeels onbegrepen en onbekende aandoening met moeilijk te objectiveren klachten, bestaat daarnaast het risico van een relatief grote interdoktervariatie:²⁴ de beoordeling is dan voornamelijk subjectief en is afhankelijk van de persoonlijke opvattingen van de verzekeringsarts over de betreffende aandoening.²⁵ Het gevolg hiervan is dat mensen in vergelijkbare situaties niet op dezelfde wijze beoordeeld worden. Dit fenomeen bestaat ook bij andere aandoeningen zoals ME/CVS en langdurige klachten na Q-koorts.²⁶ Hoewel het uitgangspunt van dergelijke beoordelingen is om te kijken wat iemand wel en niet kan, vormen de diagnose en de visie van de verzekeringsarts op de diagnose wel degelijk een belangrijke basis bij deze beoordeling. Ook artsen hebben last van *confirmation bias*: als een arts van tevoren bijvoorbeeld verwacht dat een patiënt overdrijft, zal het hem of haar ook eerder opvallen als dat gebeurt.²⁷

Een mogelijke oplossingsrichting om deze relatief grote interdoktervariatie zo veel mogelijk tegen te gaan, is het inrichten van tijdelijke, gespecialiseerde teams bij het UWV voor dergelijke onbegrepen, moeilijk te objectiveren, nieuwe aandoeningen. Deze teams verzamelen casus, vervolgen en beschrijven deze en trekken hier lessen uit, ook wel 'mediprudentie' of 'ankercasus' genoemd.²⁶ Vervolgens wordt de opgedane kennis gedeeld en kan het team uiteindelijk, als de aandoening niet meer nieuw of onbekend is, worden afgeschaald. Omdat dit centraal wordt gedaan, zorgt dit voor bundeling van kennis en ervaring en de mogelijkheid om deze waardevolle kennis eerder te verspreiden. Van generalisten zoals verzekeringsartsen kan niet verwacht worden dat ze allemaal voldoende bekend zijn met onbegrepen, complexe aandoeningen. De grote groep mensen met langdurige klachten na covid vormt een uitgelezen mogelijkheid om deze kwaliteitsslag te maken, ook met het oog op de toekomst. Het is immers niet de eerste en zal vast niet de laatste aandoening zijn met moeilijk te objectiveren klachten.²⁴

Waar bij dergelijke teams ook aandacht voor zou moeten zijn, is het feit dat het gaat om een momentopname van een patiënt met een grillige aandoening: een werknemer kan bij een beoordeling goed en energiek overkomen, maar daarna dagen moeten bijkomen. Een alternatieve mogelijkheid is om de beoordelingen in dergelijke gevallen te laten doen door meerdere verzekeringsartsen los van elkaar. Dan ontstaat er een gemiddeld oordeel, waardoor er minder variatie bestaat.²⁴ Dit zorgt echter niet voor centrale toename van kennis en kennisdeling. De capaciteitsproblemen bij het UWV zijn uiteraard niet onopgemerkt gebleven en het UWV geeft aan dat verzekeringsartsen geen noemenswaardige problemen ervaren met de huidige werkwijze voor beoordeling van mensen met langdurige klachten na covid, maar dat doet niets af aan de noodzaak om een oplossing te vinden voor het risico van de relatief grote interdoktervariatie, waaruit immers forse consequenties voor werknemers voortvloeien.

Als de werknemer het niet eens is met de conclusies van de beoordeling in het kader van de WIA, kan hij of zij een verzoek tot heroverweging indienen bij het UWV. Dit verzoek wordt vervolgens beoordeeld door een speciale afdeling 'bezwaar en beroep' van het UWV. Een andere beoordelaar dus, maar wel in dienst van het UWV. De volgende stap is een gang naar de rechtbank en uiteindelijk de Centrale Raad van Beroep, hetgeen een grote drempel opwerpt, onder andere in de vorm van hoge kosten. Rechtszaken dragen daarnaast zeker niet bij aan het herstel. Overigens blijkt de kans op succes daarbij voor de werknemer erg klein te zijn. Zo ligt de bewijslast bij de werknemer en wordt er vooral procedureel getoetst in plaats van inhoudelijk.²⁸

Er is dus geen tussenstap in de vorm van een onafhankelijke second opinion of een onafhankelijke geschillencommissie. Gezien de grote gevolgen van de beoordeling is het wenselijk om een dergelijke tussenstap door een onafhankelijke, niet eerder betrokken instantie mogelijk te maken, min of meer conform de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) bij de Zorgverzekeringswet.²⁹ Daarbij bestaat de mogelijkheid om na een herbeoordeling door dezelfde partij (in dit geval de zorgverzekeraar) laagdrempelig een herbeoordeling te laten doen door een nog niet eerder betrokken, onafhankelijke instantie (in dit geval de SKGZ). Dit zou de mogelijkheden voor beroep verruimen en verdere juridisering, met alle ongewenste effecten van dien, kunnen voorkomen.

3.2 De flexibele schil: bestaande verschillen uitvergroot

In Nederland heeft 60% van de werkenden een loondienstverband voor onbepaalde tijd met verplichte collectieve verzekering en dus bescherming bij ziekte en arbeidsongeschiktheid.⁸ Daarnaast is er de groep werkenden met een flexibel contract die in geval van ziekte onder de Ziektewet valt. Voor andere groepen werkenden, zoals zzp'ers en sommige flexwerkers is dit niet het geval. Zij hebben geen verplichte collectieve verzekering en een groot deel heeft geen arbeidsongeschiktheidsverzekering (AOV). Als er sprake is van een AOV, geldt een vergelijkbare procedure als bij werknemers in loondienst. Als er geen AOV is afgesloten, is de zzp'er of flexwerker aan zijn of haar lot overgelaten en bestaat er geen ander vangnet dan de bijstand (Participatiewet). Zzp'ers en flexwerkers lopen een veel groter risico op armoede dan werknemers in vaste dienst.³⁰ Daarnaast verdienen flexwerkers gemiddeld sowieso al minder dan werknemers in vaste dienst voor hetzelfde werk, verrichten zij vaker fysiek zwaar en gevaarlijk werk, zijn ze vaker slachtoffer van een bedrijfsongeval en hebben ze minder toegang tot een bedrijfsarts.⁸ Sommige mensen hebben bewust gekozen voor een flexibele arbeidsvorm, maar voor een deel is dit noodgedwongen.³¹

De onafhankelijke Commissie Regulering van Werk (commissie-Borstlap)⁸, TNO³², de Sociaal-Economische Raad (SER)³³ en de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR)⁷ concludeerden eerder al dat de huidige inrichting van de arbeidsmarkt niet toekomstbestendig is en leidt tot 'flexibilisering'. De commissie-Borstlap adviseerde onder andere een verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering voor alle werkenden, ongeacht de contractvorm, en het aantrekkelijker maken van duurzame arbeidsrelaties door werkgevers te ontlasten. De groep zzp'ers en flexwerkers met langdurige klachten na covid, die min of meer gelijktijdig met deze problematiek te maken krijgt, vormt hier een illustratie van en benadrukt de urgentie voor het ter hand nemen van de aanbevelingen op dit gebied. Hoogstwaarschijnlijk is bestaande problematiek verergerd in de pandemische context, omdat de genomen maatregelen en de beperkte toegang tot (de juiste) zorg de kans op herstel en hervatting van werkzaamheden hebben verkleind.

3.3 Zorgmedewerkers: alle hens aan dek

Casus 1: "Wat heb je aan een regeling als je je baan al kwijt bent?"

Bianca (50) werkte tijdens de eerste coronagolf in een verpleeghuis. Het personeel dat bij mensen met Covid-19 op de kamer moest komen, kreeg wel bescherming, maar voor de rest was er alleen handgel. Op 5 april werd Bianca ziek na het wassen van besmette kleding en beddengoed, en ze kwam in het ziekenhuis terecht. Daar werd ontdekt dat Bianca door Covid-19 geen witte bloedlichaampjes meer aanmaakte. Negen maanden van volledige thuisisolatie volgden, omdat een bacterie of ander virus erbij levensbedreigend was.

Zodra Bianca hoorde dat haar witte bloedlichaampjes weer begonnen te groeien, belde ze haar werkgever. "Er zijn genoeg werkzaamheden die ik, ondanks mijn lage energielevel en prikkelgevoeligheid, vanuit huis kan doen. Maar mijn werkgever zei dat er geen werk meer was, terwijl ik 25 jaar fulltime in dienst ben geweest." Haar werkgever heeft haar daarna, nog voordat de twee ziektejaren om waren, twee keer geprobeerd te ontslaan door middel van een vaststellingsovereenkomst.

Momenteel is Bianca verwickeld in een juridische procedure met haar werkgever. Al ruim een jaar krijgt Bianca 70% van haar voormalig salaris. "Dat merk je wel in je portemonnee." In december 2021 volgde de WIA-beoordeling. Die resulteerde in een behoorlijke tegenvaller: "Hoewel ik door mijn lage energielevel een behoorlijke beperking heb, werd ik maar voor 15,88 procent arbeidsongeschikt verklaard. Dat is te weinig voor de WIA, dus kom ik in de WW terecht. Volgens de rapportage kan ik veertig uur per week werken en nachtdiensten draaien, maar ik lig 's avonds als een kind om acht uur in bed."

Inmiddels heeft Bianca bezwaar ingediend tegen de beslissing en wacht ze op de uitslag van een herkeuringsgesprek. Of de subsidieregeling van de overheid haar kan helpen, betwijfelt ze. “Wat kan die regeling betekenen voor medewerkers die hun baan al kwijt zijn geraakt?”³⁴

De minister voor langdurige zorg heeft in februari 2022 een subsidieregeling aangekondigd voor zorgwerkgevers om werknemers met langdurige klachten na covid ook na het tweede ziektejaar in dienst te kunnen houden. Deze regeling geldt voor alle werknemers bij zorginstellingen, de uitoefening van een specifiek beroep of het behoren tot een specifieke beroepsgroep is geen criterium.³⁵ Zoals hiervoor beschreven kunnen een werkgever en een werknemer samen, in het kader van de WIA, altijd een vrijwillige verlenging van de re-integratie en loondoorbetalingsperiode aanvragen om de werknemer ook na het tweede ziektejaar in dienst te houden, voor een maximale periode van 12 maanden. De kosten daarvan zijn normaal gesproken echter volledig voor rekening van de werkgever, hetgeen deze verlenging voor de werkgever onaantrekkelijk maakt. Met de subsidieregeling wordt de werkgever tegemoetgekomen in de kosten voor deze loondoorbetaling. De regeling is bedoeld voor zorgpersoneel dat langdurig ziek werd tussen maart en december 2020. Een werkgever kan de subsidie aanvragen voor loondoorbetaling gedurende minimaal 6 maanden en maximaal 12 maanden. De werkgever betaalt vervolgens het loon zoals dit was in het tweede ziektejaar, veelal 70% van het oorspronkelijke loon.

De subsidieregeling voorziet echter maar in de helft van de dekking van de loonkosten voor deze 70%, uitgaande van gemiddelde loonkosten en een gemiddelde deeltijdfactor.³⁵ De verwachting is dat de regeling vooral wordt ingezet als een werkgever en een werknemer verwachten dat de werknemer op of kort na afloop van de reguliere re-integratie periode van 2 jaar, alsnog volledig hersteld zal zijn voor het eigen werk. Daarnaast is de regeling op vrijwillige basis. Als een werkgever hiervoor geen aanvraag indient, kan de zorgmedewerker er dus geen beroep op doen.

Voor het invoeren van de subsidieregeling zijn meerdere argumenten gebruikt. Ten eerste wil het kabinet zorgmedewerkers voor de zorg behouden. Ten tweede hebben zorgmedewerkers de grootste risico's gelopen in de eerste fase van de pandemie, waarin zij veelal onbeschermd in nauw contact zijn geweest met besmette mensen. Ten derde is het, door de algehele druk op de zorg en vanwege de coronamaatregelen, aannemelijk dat werkgevers en werknemers in de zorg minder werk kunnen maken van re-integratie.

De regeling biedt enige ruimte, maar zelfs als er gebruik van zal worden gemaakt, zullen een halfjaar later alsnog veel zorgmedewerkers met langdurige covidklachten ontslagen worden. De uitwerking van de subsidieregeling werd in juni 2022 gepubliceerd en kon vanaf dat moment worden aangevraagd. De subsidie kan ook met terugwerkende kracht worden aangevraagd, maar dan moest er al wel een vrijwillige loondoorbetaling voor de achterliggende periode zijn afgesproken. De precieze voorwaarden van de regeling (zoals de hoogte van de tegemoetkoming) waren bij de aankondiging echter nog niet duidelijk.³⁶ Daarnaast zijn er de beschreven vrijwillige basis en de onvolledige kostendekking. De regeling komt voor sommigen dus te laat of is onbereikbaar (zie ook casus 1 hiervoor).

Een meer fundamentele vraag bij het tweede argument voor de subsidieregeling is of in het geval van zorgmedewerkers met langdurige klachten na covid de werkgever en de overheid aansprakelijk zouden kunnen worden gesteld. Het gaat daarbij niet om schuldaansprakelijkheid, maar om risicoaansprakelijkheid. Dat wil zeggen dat werkgevers op grond van hun hoedanigheid aansprakelijk zijn voor de veiligheid van hun werknemers, ongeacht of hen iets te verwijten valt. In de eerste periode van de pandemie was er een tekort aan persoonlijke beschermingsmiddelen, was het bron- en contactonderzoek niet op orde en werd er intussen een dringend beroep gedaan op zorgmedewerkers om door te blijven werken.³⁷

Bij deze aansprakelijkheidsstelling ligt de bewijslast om aan te tonen dat de schade is ontstaan tijdens uitoefening van het werk bij de werknemer.³⁸ In het geval van langdurige klachten na covid is dat meestal niet mogelijk. Er is veel voor te zeggen om de bewijslast in dit geval om te draaien: het lijkt redelijk om als uitgangspunt te nemen dat zorgmedewerkers ten tijde van het tekort aan persoonlijke beschermingsmiddelen op de werkvloer besmet zijn geraakt en de werkgever niet aan zijn zorgplicht in het kader van de Arbowetgeving heeft kunnen voldoen. In de huidige situatie verliest de zorgmedewerker na een jaar meestal 30% van zijn of haar inkomen en na 2 jaar volgt mogelijk een nog grotere inkomensval. De vraag is of dat in deze situatie rechtvaardig is. Omdat hieraan zowel overmacht als overheidsbeleid ten grondslag ligt (bijvoorbeeld een tekort aan persoonlijke beschermingsmiddelen en een ontoereikende testcapaciteit), zouden werkgevers hiervoor gecompenseerd moeten worden door de overheid.

Een alternatief is om langdurige klachten na covid bij zorgmedewerkers aan te merken als beroepsziekte, hetgeen inmiddels mogelijk is. Dat zorgt voor registratie en wellicht erkenning voor patiënten, maar beroepsziekten hebben in Nederland geen wettelijke status of consequenties: het stempel beroepsziekte wil niet zeggen dat de werkgever er ook aansprakelijk voor is; dat moet per geval uitgezocht worden.³⁹ In veel andere westerse landen bestaat hier wel een aparte regeling voor. In België bijvoorbeeld bestaat de Beroepsziekten wet, die een verplichte verzekering voor de werkgever omvat bij het publieke Fonds voor Beroepsziekten. Als de werknemer kan aantonen dat hij of zij een ziekte heeft die voorkomt op de lijst van beroepsziekten en gedurende zijn of haar arbeid is blootgesteld aan bepaalde schadelijke stoffen of omstandigheden, heeft de werknemer voldaan aan zijn of haar bewijslast om in aanmerking te komen voor een vergoeding uit het fonds.⁴⁰ Daarbij is er geen sprake van tussenkomst van de werkgever en wordt de arbeidsrelatie dus niet verstoord, zoals bij aansprakelijkheidsstelling wel het geval is. Een andere mogelijkheid is het oprichten van een fonds vanuit de overheid om zorgmedewerkers met langdurige klachten na covid tegemoet te komen, zoals uiteindelijk ook bij bijvoorbeeld Q-koorts is gedaan. Hoewel deze tegemoetkomingen veelal het inkomensverlies slechts minimaal compenseren, kan het een gebaar vormen om het leed te erkennen.⁴¹

Het derde argument voor de regeling voor zorgmedewerkers – de (on)mogelijkheid om te re-integreren in een pandemische context – is in het geval van zorgmedewerkers in grote mate van toepassing. ‘Alle hens aan dek’ was 2 jaar lang het adagium. Er was op veel plekken sprake van een crisissituatie. Dat is geen bevorderlijke omgeving om te re-integreren. Rust, ruimte en steun van collega’s zijn essentieel voor re-integratie. De pandemische context in combinatie met de druk om door te blijven werken kan ook invloed hebben gehad op het ontstaan van langdurige klachten na covid: of klachten uiteindelijk leiden tot disfunctioneren hangt onder andere af van de situatie waarin iemand zich bevindt en de eisen die worden gesteld, bijvoorbeeld ten aanzien van werk.¹ In het geval van zorgmedewerkers zou men kunnen stellen dat veel werkgevers gedurende de pandemie onmogelijk voldaan kunnen hebben aan de eisen van de Wvp. Dat zou betekenen dat de re-integratieperiode dan dus pas na afloop van de pandemische context zou moeten ingaan.

Het eerste argument – dat het kabinet zorgmedewerkers voor de zorg wil behouden – is een bijkomende reden om ruimhartig om te gaan met de re-integratie van zorgpersoneel. Het tekort aan zorgpersoneel is een van de grootste uitdagingen voor de zorg in de nabije toekomst. Naast meer tijd en ruimte om te re-integreren zou men binnen de zorg ook meer kunnen inzetten op banen op maat. Wellicht kunnen zorgmedewerkers (tijdelijk) niet meer terugkeren in de functie of arbeidsduur die ze hadden, maar kunnen ze wel worden behouden voor de zorg (zie ook casus 2 hierna). In het RVS-advies *Applaus is niet genoeg* pleit de Raad voor flexibiliteit in relatie tot levensfasen van zorgmedewerkers om uitstroom te voorkomen.⁴² En meer in het algemeen pleitte de Commissie Regulering van Werk al voor maatregelen om interne wendbaarheid voor werkgevers en werknemers te vergroten, als tegenhanger van externe flexibiliteit.⁸

Hoewel hier gefocust wordt op zorgmedewerkers, constateren we dat gesignaleerde knelpunten en argumenten ook kunnen gelden voor werknemers in andere cruciale beroepen waarop een groot beroep werd gedaan om, in het begin veelal onbeschermd, door te werken zonder dat afstand kon worden gehouden, of in een omgeving waarin het virus aanwezig was en gemakkelijk overgedragen werd.

Casus 2: “Ik werk nu tien uur in de week. Wat helpt, is dat mijn collega’s me altijd hebben gesteund.”

Josefine (37) is internist-oncoloog. “In november 2020 kreeg ik covid. Ik was er niet erg ziek van. Maar na mijn eerste werkdag op de polikliniek ging ik huilend naar huis, ellendig en met zware hoofdpijn. Daarna ben ik ingestort, zo erg dat ik geen enkele prikkel meer kon verdragen en in een kamer zonder licht en geluid moest liggen. Ik was extreem hulpbehoevend.”

“Het kostte me zo veel energie om alleen maar mijn tanden te poetsen.” [...] “En dan was er van begin af aan die hersenmist, een naar, trekkend gevoel in mijn hoofd, alsof het vol watten zat, waardoor ik moeite had om me te concentreren, om meer dingen tegelijk te doen. Een gesprek zoals wij nu hebben, was in die maanden echt onmogelijk.”

“Een collega spoorde me aan om te gaan revalideren. Hier kom je zelf niet uit, zei ze. Ik ben haar nog dankbaar voor dat advies. We hebben het heel langzaam opgebouwd, in kaart gebracht wat mijn maximale dagelijkse energieniveau was en daar mocht ik niet overheen. Gaandeweg kon ik steeds mijn grenzen een beetje verleggen.”

“Wat helpt, is dat mijn collega’s me altijd hebben gesteund. Ik werk nu tien uur in de week, ik zie weer patiënten en dat vind ik geweldig. Ik worstel nog wel steeds met de hersenmist, drie keer per dag moet ik rusten. Het gaat verschrikkelijk langzaam, maar ik heb er vertrouwen in dat de weg omhooggaat. Ik ben zo onvoorstelbaar ziek geweest en daar denk ik nog vaak met verdriet aan terug. Dan realiseer ik me dat er ook patiënten zijn die niet opknappen. Wat moet dat verschrikkelijk zijn.”⁴³

4 Conclusies en aanbevelingen

1. De grote groep mensen met langdurige klachten na covid en de pandemische context vormen een uitzonderlijke combinatie die specifieke maatregelen legitimeert.

Langdurige klachten na covid hebben een grote invloed op het leven en werken van mensen. Het betreft een nieuwe, grotendeels onbegrepen, grillig verlopende en moeilijk te objectiveren aandoening waarvoor pas recentelijk een eerste richtlijn is verschenen. De inschatting is dat 1-2% van de besmette mensen langer dan een jaar klachten houdt. Dat zou betekenen dat, op basis van aannames en het aantal besmettingen tot nu toe, 80.000 tot 160.000 Nederlanders na een jaar nog klachten (zullen) hebben. Erkenning, destigmatisering en inzet op aanvullend onderzoek zijn van groot belang. Gezien de grote groep mensen die nu tegelijk met deze aandoening te maken heeft zijn hier relatief veel mogelijkheden voor. Dit kan tegelijkertijd de kennis over andere postinfectieuze beelden zoals langdurige klachten bij de ziekte van Pfeiffer en langdurige klachten na Q-koorts of Lyme vergroten, waardoor meer patiënten hiervan kunnen profiteren en we beter voorbereid zijn op toekomstige postinfectieuze aandoeningen in het kader van 'pandemische paraatheid'.

Een deel van de mensen met langdurige klachten na covid is al geruime tijd (gedeeltelijk) arbeidsongeschikt en wordt nu 2 jaar na de eerste coronagolf ontslagen. Deze periode van 2 jaar heeft zich afgespeeld te midden van een pandemie met ontwrichtende maatregelen ter bestrijding daarvan, waardoor herstelmogelijkheden veel slechter waren dan gebruikelijk en re-integratie bij verschillende beroepen niet naar behoren heeft kunnen plaatsvinden.

De RVS acht het wenselijk dat de overheid verlenging van de re-integratieperiode naar rato van de gemiste tijd, bij welk beroep dan ook, stimuleert en faciliteert als onderdeel van het pakket aan steunmaatregelen. Daarnaast zou maatwerk binnen de Wvp moeten worden gestimuleerd, zodat rekening kan worden gehouden met het gebrek aan kennis over het beloop van en de onbekendheid met de aandoening in combinatie met de pandemische context. Daarbij zou als uitgangspunt moeten gelden dat bij twijfel over prognose en beloop van een onbekende aandoening de strakke teugels van de Wvp – de strikte tijdslijnen – ten faveure van de werknemer moeten worden gevierd.

2. De casus 'langdurige klachten na covid' benadrukt de urgentie van het aanpakken van al langer bestaande knelpunten op het gebied van arbeidsmarkt en sociale zekerheid.

Vanwege de onbekende en onbegrepen aard van langdurige klachten na covid liggen subjectiviteit en willekeur bij beoordelingen in het kader van de WIA op de loer. Dat geldt ook voor andere moeilijk te objectiveren aandoeningen. De zogenoemde interdoktervariatie bij dergelijke aandoeningen zou kunnen worden verminderd door (tijdelijke) gespecialiseerde teams bij het UWV in te richten. Die verzamelen en vervolgen casus, trekken hier lessen uit en zorgen vervolgens voor meer eenduidigheid, betere kwaliteit en kennisdeling over het onderwerp binnen het UWV. Dit is van toepassing op huidige én toekomstige aandoeningen met moeilijk te objectiveren klachten. Deze kennis kan vervolgens ook gebruikt worden bij de ondersteuning door gemeenten binnen de Participatiewet voor ex-werknemers die niet in aanmerking komen voor een WIA-uitkering (de 35-minners).

De RVS acht het daarnaast in algemene zin wenselijk om werknemers die het niet eens zijn met de conclusies van de beoordeling in het kader van de WIA, de mogelijkheid te bieden van een second opinion door een onafhankelijke, niet eerder betrokken instantie, zoals een geschillencommissie. De WIA kent 'hardheden' en de gevolgen van een dergelijke beoordeling zijn voor burgers levensgroot. Een laagdrempelige mogelijkheid om in beroep te gaan kan verdere jurisdisering, met alle ongewenste effecten van dien, voorkomen.

De RVS constateert verder dat bestaande verschillen op de arbeidsmarkt door de coronapandemie zijn uitvergroot. De flexibele schil loopt een veel groter risico op armoede dan werknemers in loondienst en is los daarvan gemiddeld genomen al een groep in een meer kwetsbare positie. Verschillende adviesraden stelden al dat de arbeidsmarkt niet toekomstbestendig is en leidt tot 'flexibilisering'. De Commissie Regulering van Werk adviseerde onder andere een verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering voor alle werkenden en het aantrekkelijker maken van duurzame arbeidsrelaties. De substantiële groep zzp'ers en flexwerkers die gelijktijdig met deze problematiek te maken krijgt, vormt een illustratie van de aanbevelingen en benadrukt de urgentie om deze ter hand te nemen.

3. Ruimhartigheid is geboden bij de omgang met zorgmedewerkers die in de frontlinie hebben gestaan om de samenleving draaiende te houden.

Gedurende de pandemie is een groot beroep gedaan op zorgmedewerkers om, in de eerste fase vaak onbeschermd, door te werken in nauw contact met besmette mensen. Een deel van deze mensen heeft in het tweede jaar al 30% inkomen verloren en dreigt nu zijn of haar baan te verliezen. De eerste ontslagen zijn al gevallen, terwijl juist in de zorg de pandemische context op de voorgrond stond en re-integreren bemoeilijkte.

De RVS stelt dat zorgmedewerkers met langdurige klachten na covid, die de initiële besmetting opliepen in deze eerste fase, tegemoetgekomen zouden moeten worden om onder andere inkomensverlies te compenseren en hun leed te erkennen. Hiervoor draagt de RVS 3 mogelijkheden aan. De eerste is aansprakelijkheidsstelling met het omdraaien van de bewijslast. Het uitgangspunt daarbij is dat zorgmedewerkers tijdens het werk besmet zijn geraakt en de werkgever niet heeft kunnen voldoen aan zijn zorgplicht in het kader van de Arbowetgeving. Omdat hieraan zowel overmacht als overheidsbeleid ten grondslag ligt (bijvoorbeeld een tekort aan persoonlijke beschermingsmiddelen en een ontoereikende testcapaciteit), zouden werkgevers hiervoor gecompenseerd moeten worden door de overheid. Een tweede mogelijkheid is om langdurige covidklachten consequent als beroepsziekte te registreren, maar deze status dan ook gevolgen te geven. Zoals in bijvoorbeeld België het geval is, met een vergoeding vanuit het fonds voor Beroepsziekten. Een derde mogelijkheid is het oprichten van een overheidsfonds van waaruit zorgmedewerkers kunnen worden gecompenseerd.

De RVS constateert verder dat de subsidieregeling die voor het verlengen van contracten van zorgmedewerkers is ingesteld, onvoldoende is. Deze regeling, die vanaf juni 2022 ingaat, is op vrijwillige basis (op verzoek van de werkgever) en voorziet slechts in dekking van de helft van de kosten voor de werkgever. Geadviseerd wordt om deze regeling verplicht te maken (op verzoek van de werknemer) voor 12 maanden en de kosten voor de werkgever volledig te dekken.

De RVS merkt op dat gesignaleerde knelpunten en argumenten ook kunnen gelden voor andere cruciale beroepen waarop een groot beroep werd gedaan om – in het begin veelal onbeschermd – door te werken zonder dat afstand kon worden gehouden of in een omgeving waar het virus aanwezig was en gemakkelijk overgedragen werd.

4. Creëer interne flexibiliteit om mensen te behouden voor de arbeidsmarkt.

De arbeidsmarkttekorten zijn een bijkomend argument om ruimhartig om te gaan met re-integratie van zorgpersoneel. Dat geldt overigens niet alleen voor mensen met langdurige covidklachten, maar ook voor mensen met andere chronische aandoeningen. Het tekort aan zorgpersoneel is een van de grootste uitdagingen voor de zorg in de nabije toekomst. Naast meer tijd en ruimte om te herstellen en te re-integreren zou de interne wendbaarheid van organisaties vergroot kunnen worden, zoals de Commissie Regulering van Werk heeft beschreven. Zo kunnen mensen, die (tijdelijk) niet kunnen terugkeren in de functie of arbeidsduur die ze hadden, toch behouden worden voor de zorg. In het RVS-advies *Applaus is niet genoeg* pleit de RVS ook voor flexibiliteit in relatie tot levensfasen van zorgmedewerkers om uitstroom te voorkomen.

Ruimte en steun van werkgever en collega's zijn belangrijk voor re-integratie. In het geval van langdurige klachten na covid kunnen de eisen die aan iemand worden gesteld ten aanzien van werk zelfs beïnvloeden of klachten uiteindelijk leiden tot disfunctioneren. Dit alles geldt ook voor veel andere beroepen. We kunnen het ons als samenleving niet permitteren om mensen (onnodig) voor de arbeidsmarkt te verliezen. Naast de wezenlijke waarde van werk voor het individu, in de vorm van inkomen, zelfontplooiing, gezondheid en welbevinden, is arbeidsmarktparticipatie essentieel voor de economie en voor de samenleving als geheel.

De Raad is van mening dat de beschreven maatregelen gezien moeten worden als investering: uitstroom vanuit de arbeidsmarkt zal uiteindelijk duurder zijn dan deze groep nu ruimhartig helpen en behouden voor de arbeidsmarkt. Eenmaal uitgestroomd wordt de kans op instroom immers steeds kleiner.

Literatuur

- 1 Gezondheidsraad (2022). *Langdurige klachten na COVID-19*. Den Haag: Gezondheidsraad.
- 2 FMS/LAN/NHG (2022). *Richtlijn Langdurige klachten en revalidatie na COVID-19*. Utrecht: Federatie Medisch Specialisten.
- 3 Bosman, L., Hoek, R. van den, et al. (2022). *Het post-COVID-syndroom: hoe definiëren we het en hoe vaak komt het voor?* Utrecht: Nivel.
- 4 Rijksoverheid. Coronadashboard. COVID-19. Rijksoverheid.nl.
- 5 [Bijna twee keer zo vaak langdurige klachten na een coronabesmetting | RIVM](#)
- 6 [Marija Pantelic and Nisreen Alwan: The stigma is real for people living with long covid](#). In: *The BMJ*, 25 maart 2021.
- 7 WRR (2020). *Het betere werk. De nieuwe maatschappelijke opdracht*. Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid.
- 8 Commissie Regulering van Werk (2020). *In wat voor land willen wij werken?* Den Haag: Commissie Regulering van Werk (Commissie-Borstlap).
- 9 [FNV biedt rapport longcovidmeldpunt aan Tweede Kamer aan – FNV](#)
- 10 Kaemingk, A. (2021). *'Wat moet ik doen met patiënten die niks hebben?'* Medisch Contact.
- 11 <https://stichtingquestion.nl/>
- 12 <https://www.q-support.nu/>
- 13 Lucassen, M. (2020). *De Q-koortsepidemie is voorbij, maar patiënt ben je voor het leven*. Follow the money.
- 14 C-support (2021). *C-support ondersteunt na één jaar 8000 patiënten*
- 15 Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. *Wet verbetering poortwachter*. Arboportaal.
- 16 Artra (2021). [Aan de slag met de Wet verbetering poortwachter: een schema](#).
- 17 OVAL (2021). *Tweede spoor re-integratietraject*. Tilburg: OVAL. [definitieve-publicatie-re-integratie-tweede-spoor.pdf \(oval.nl\)](#).
- 18 [Werknemer met Ziektewet-uitkering | UWV | Werkgevers](#)
- 19 The economist (2021). [Health care and workplaces must adjust for long covid](#). In: *The Economist*, 1 mei 2021.
- 20 Artikel 7:629 Burgerlijk Wetboek.
- 21 [Wet verbetering Poortwachter en COVID | UWV | Werkgevers](#)
- 22 [Einde loondoorbetaling | UWV | Particulieren](#)
- 23 Stichting van de Arbeid (2020). *Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen*. Den Haag: Stichting van de Arbeid.
- 24 Zitteren van, M. Adequate beoordeling van long covid. In: *Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, 3, 2022.
- 25 Bloemink, S. De lange adem van corona. In: *De Groene Amsterdammer*, 23 februari 2022.
- 26 Spanjer, J. Beoordelen van belastbaarheid bij CVS. In: *Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, 3, 2022.
- 27 Stortenbeker, I., T. Hartman, A. Kwerreveld, W. Stommel, S. van Dulmen & E. Das. Unexplained versus explained symptoms: The difference is not in patients' language use. A quantitative analysis of linguistic markers. In: *Journal of psychosomatic research*, 152, januari 2022.
- 28 Heilbron, B. Het UWV keurt zijn eigen vlees. In: *De Groene Amsterdammer*, 13, 30 maart 2022.
- 29 [Over de SKGZ | SKGZ](#)
- 30 [Van werkenden loopt zpp'er meeste risico op armoede \(cbs.nl, 2019\)](#)
- 31 Ecorys (2013). *Contractvormen en motieven van werkgevers en werknemers*. Rotterdam: Ecorys.
- En: CBS (2016). *1 op de 5 flexwerkers heeft voorkeur voor flexibel werk*. Voorburg: Centraal Bureau voor de Statistiek
- 32 TNO (2020). *Dynamiek op de Nederlandse arbeidsmarkt. De focus op zekerheid*. Den Haag: Nederlandse Organisatie voor toegepast-natuurwetenschappelijk onderzoek
- 33 SER (2021). *Zekerheid voor mensen, een wendbare economie en herstel van de samenleving*. Den Haag: Sociaal-Economische Raad.
- 34 Schyns, V. Na twee jaar met long covid thuis komt de overheidshulp te laat voor veel zorgmedewerkers. In: *NRC*, 22 april 2022.
- 35 [Staatscourant 2022, 16010. Overheid.nl. Officiële bekendmakingen \(officielebekendmakingen.nl\)](#).
- 36 Rijksoverheid (2022). [Tijdelijke ondersteuning voor behoud zorgmedewerkers met post-covidklachten](#). Nieuwsbericht. Rijksoverheid.nl
- 37 Onderzoeksraad voor Veiligheid (2022). *Aanpak coronacrisis – Deel 1: tot september 2020*.
- 38 [Aansprakelijkheid werkgever voor schade werknemer](#). Arbeidsrechter.nl.

- 39 Beroepsziekten voor werkenden en werkgevers. Beroepsziekten.nl.
- 40 Cortenraad, W. (2017). *De knelpunten voor werknemers bij het systeem van werkgeversaansprakelijkheid voor geleden letsel- en gezondheidsschade*. Masterscriptie UvA.
- 41 RIVM (2021). Financiële tegemoetkoming Q-koorts helpt ten dele.
- 42 RVS (2020). *Applaus is niet genoeg*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.
- 43 Visser, E. de. Twee jaar na aanvang van de pandemie ontdekken artsen wat er in het lichaam van een longcovidiënt gebeurt. In: *de Volkskrant*, 23 april 2022.

Vorbereiding

De commissie die dit advies heeft voorbereid, bestond uit raadsleden Erik Dannenberg en Bas Leerink en adviseurs Dorle Kok, Catrien Schimmelpenninck en Marina de Lint.

Lijst met geraadpleegde personen

De RVS adviseert onafhankelijk. De gesprekken die we tijdens de voorbereiding van dit advies hebben gevoerd, hebben dan ook niet het karakter van draagvlakverwerving. De gesprekspartners hebben zich niet aan de inhoud van dit advies gecommitteerd.

Liset van Dijk	Nivel
Karin Hek	Nivel
Yvonne Spies	Longfonds
Margriet Weide	Longfonds
Tamara Raaijmakers	Centrum Werk en Gezondheid
Paul Baart	Centrum Werk en Gezondheid
Karin Proper	RIVM
Tessa van der Maaden	RIVM
Patrick Bindels	ErasmusMC
Mohammed Azzouz	Pharos
Karen Hosper	Pharos
Tessa van Loenen	Pharos
Yvonne Adriaansen	Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid
Henri Geron	Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid
Lisanne Sniijders	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Peter Leeflang	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Bart Dollekens	Radboudumc
Monique Reijers	Radboudumc
Gertjan Beens	NVAB
Saskia Persoon	FMS
Dorethé Wassink	Ergotherapie Nederland
Lucelle van de Ven	Ergotherapie Nederland
Karima Moaddinne	SER
Jeannette van Zee	Patiëntenfederatie Nederland
Seth van der Bossche	TNO
Peter van Dijken	TNO
Harald Miedema	Zorginstituut Nederland
Jacintha van Balen	NHG
Margriet Bouma	NHG
Diny van der Geest	UWV
Guus van Weelden	UWV
Alfons Olde Loohuis	C-support
Eline Hofman	C-support
Jim Faas	Verzekeringsgeneeskundige en jurist

Publicaties

Voor een volledig overzicht kijk op: <https://www.raadrvs.nl/>

Parnassusplein 5

Postbus 19404

2500 CK Den Haag

T +31 (0)70 340 5060

Raad 
Volksgezondheid
& Samenleving



