

TNO-rapport

Arbeid
Polarisavenue 151
Postbus 718
2130 AS Hoofddorp

2010.183/13738.01.01

www.tno.nl/arbeid

Paper

T 023 554 93 93
F 023 554 93 94

Meer oog voor arbeid in de gezondheidszorg

Een theoretische verkenning naar belemmeringen en mogelijke oorzaken van de ‘blinde vlek’ voor arbeid in de zorg

Datum Maart 2010

Auteurs C.W.J. Wevers
 J. van Genabeek

Alle rechten voorbehouden. Niets uit dit rapport mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd uitgebracht, wordt voor de rechten en verplichtingen van opdrachtgever en opdrachtnemer verwezen naar de Algemene Voorwaarden voor Onderzoeks- opdrachten aan TNO, dan wel de betreffende terzake tussen partijen gesloten overeenkomst. Het ter inzage geven van het TNO-rapport aan direct belanghebbenden is toegestaan.

© 2009 TNO

Inhoudsopgave

0	Samenvatting.....	5
0.1	Doel van het onderzoek	5
0.2	Analyse systeemfalen	6
0.3	Oplossingsrichtingen in experimenten.....	10
1	Achtergrond van het onderzoek	13
2	Definitie systeemfalen als vertrekpunt.....	15
2.1	Wat is systeemfalen	15
2.2	Falen implementatie van vernieuwing in de zorg	21
2.3	Schade van systeemfalen	24
2.4	Globale schets theoretische verkenning.....	28
3	Quasi-markten en systeemfalen.....	31
3.1	Marktwerking in de gezondheidszorg.....	31
3.2	Kenmerken en criteria quasi-markten	34
4	Positie en motivatie van professionals in quasi-markten.....	41
4.1	Altruïsme en belangen	41
4.2	Wanneer is er een professie?.....	41
4.3	Wie zijn professionals?.....	43
4.4	Autonomie en handelingsruimte	44
4.5	Autonomie en aansturing	45
4.6	Autonomie en onderpresteren	48
4.7	Moderne autonomie	49
5	Prikkels voor professionals	51
5.1	Financiële prikkels	51
5.2	Ideële en altruïstische motieven.....	52
5.3	Kwaliteitsprikkels in de arbocuratieve zorg.....	53
5.4	Professionals als oorzaak systeemfalen	55
6	Vraagsturing en systeemfalen.....	57
6.1	Responsiviteit door vraagsturing	57
6.2	Vraagsturing en keuzedilemma's.....	60
6.3	Vraagsturing als prikkel voor professionals.....	62
7	Systeemfalen en vernieuwing in de arbocuratieve sector.....	65
7.1	Actoren en institutionele belangen.....	65
7.2	Kwaliteit van producten en dienstverlening.....	67
7.3	Conclusie: informatie-asymmetrie, beperkte handelingsruimte.....	70
8	Van diagnose systeemfalen naar experimenten.....	73
8.1	Analyse systeemfalen	73
8.2	Oplossingsrichtingen in experimenten.....	75
8.3	Institutionele aspecten in experimenten.....	75
8.4	Actoren in experimenten.....	76
8.5	Producten en diensten in experimenten	77
8.6	Keuze- of toetsingskader experimenten.....	78

Literatuur	81
Lijst van gebruikte afkortingen	91

0 Samenvatting

0.1 Doel van het onderzoek

Het thema van het onderzoeksprogramma *Arbeid en Gezondheidszorg*, gefinancierd door Stichting Instituut Gak, is de gebrekkige responsiviteit van de gezondheidszorg voor de zorgbehoefte van de (werkende) beroepsbevolking. Op basis van verschillende onderzoeken sinds de jaren tachtig van de vorige eeuw constateerde de SER in 1998 structurele belemmeringen in de gezondheidszorg voor het optimaal behandelen van arbeidsrelevante aandoeningen en gezondheidsklachten. We zijn inmiddels de nodige beleidsaanbevelingen, onderzoeken en stelselwijzigingen in de sociale zekerheid en gezondheidszorg verder. Her en der zijn de hiermee beoogde verbeteringen tot stand gekomen. Desalnietemin zijn grootschalige doorbraken in de dienstverlening nog niet gerealiseerd. Daarom kon de SER in 2009 vaststellen dat er nog grote gezondheidswinst mogelijk zou zijn door het optimaliseren van het preventiebeleid binnen arbeidsorganisaties en uitbreiding van vernieuwing in de gezondheidszorg.

Het onderzoeksprogramma *Arbeid en Gezondheidszorg* wordt uitgevoerd door een consortium van Plexus (tevens projectleiding), de Universiteit van Maastricht en TNO Kwaliteit van Leven / Arbeid. Het onderzoek betreft het traject vanaf het klachten krijgen, ziekmelden, werken aan medisch/ functioneel herstel, tot aan de werkhervatting, of – als dat niet lukt – tot re-integratie vóór 'einde wachttijd' van twee jaar. Het onderzoek richt zich speciaal op de wijze waarop werkgever en werknemer een grotere regie kunnen krijgen in dit traject, en op manieren om professionals in de gezondheidszorgsector nadrukkelijk te betrekken bij het verwezenlijken van een gezonde en productieve arbeidsdeelname.

In fase 1 van het programma onderzoeken we de achtergronden van het gemeenschappelijk falen van de gezondheidszorg, verzekeraars, werkgevers en werknemers. In deze fase zijn 4 projecten uitgevoerd:

- a) Beschrijving van de vraagzijde, ontwikkelingen en uitdagingen (Universiteit van Maastricht).
- b) Beschrijving van de aanbodzijde, ontwikkelingen en uitdagingen (Plexus).
- c) Objectiveren van de kosten van gezondheidsgerelateerde non-participatie en schatting van vermijdbare kosten (TNO).
- d) Analyse van achtergronden en oorzaken van het gebrek aan responsiviteit van het systeem arbeid en gezondheidszorg, het zogenoemde systeemfalen (TNO).

In fase 2 gaat het om het opzetten van experimenten om mogelijke oplossingen uit te proberen die aantoonbare inspirerende meerwaarde hebben.

De onderhavige rapportage betreft onderdeel d) en draait om de volgende vraagstelling: In hoeverre kunnen wij van systeemfalen spreken in het domein arbeid en gezondheidszorg en welke theoretische inzichten bieden bruikbare verklaringen voor het vermeende systeemfalen? Het doel van deze verkennende analyse is om te komen tot een theoretisch verklaringsmodel voor empirisch en experimenteel onderzoek. Waar relevant wordt vanzelfsprekend gebruik gemaakt van de bevindingen uit de andere onderzoeksprojecten. Met deze analyse voorkomen we niet alleen de vaak geconstateerde vrijblijvendheid en versnippering van initiatieven en experimenten, maar genereren we tevens de optimale randvoorwaarden voor de nog op te zetten experimenten in fase 2 van dit onderzoeksprogramma.

0.2 Analyse systeemfalen

In hoeverre is er sprake van systeemfalen?

Een goede gezondheid en vitaliteit van de beroepsbevolking zijn basisvoorwaarden voor behoud van onze welvaart en ontwikkeling van onze kenniseconomie en niet in de laatste plaats van prettig en stimulerend werk. De gezondheidszorg kan hierin een grote rol spelen. Niettemin kunnen wij constateren dat ondanks enkele arbocuratieve vernieuwingen (zoals de behandeling van chronische rugklachten in zelfstandige behandelcentra) de belangstelling in de gezondheidszorg voor de factor arbeid zich maar langzaam ontwikkelt. Er zou sprake zijn van een hardnekkig gebrek aan responsiviteit vanuit de curatieve gezondheidszorg en verzekeraars en van een onvermogen van werkgevers en werknemers om de beoogde regievoering bij verzuim op zich te nemen. We hebben het *systeemfalen* genoemd omdat het *collectief* van betrokken partijen (curatieve zorgaanbieders, werkgevers, verzekeraars, werknemers) er niet in slaagt de problematiek structureel aan te pakken. Uit onze theoretische verkenning in hoofdstuk 2 blijkt dat we terecht van een systeem en van systeemfalen kunnen spreken op het terrein van gezondheidszorg en arbeid.

We gaan uit van de systeemdefinitie van Scott als: ‘a coalition of shifting interest groups that develop goals by negotiation; the structure of the coalition, its activities, and its outcomes are strongly influenced by environmental factors’. De basiselementen, waarmee een maatschappelijk systeem beschreven kan worden (gemeenschappelijk doel, gedragingen en processen, structuur en regels of wetmatigheden) kunnen wij in het door ons veronderstelde systeem van arbeid en zorg terugvinden, zeker als we accepteren dat systeemgrenzen nu eenmaal niet in alle omstandigheden scherp te trekken zijn.

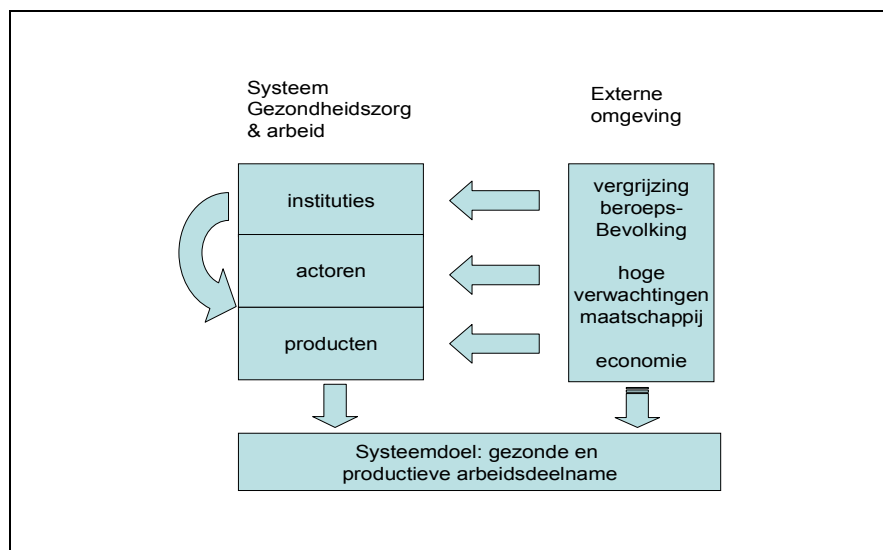
Wat betreft systeemdoelen is vast te stellen dat er een gemeenschappelijk streven van betrokken actoren bestaat om te komen tot een gezonde en productieve arbeidsdeelname van de beroepsbevolking. Arbowedgeving, sociale zekerheidswetgeving en regelgeving in de gezondheidszorg hebben niet voor niets veel (historische) dwarsverbanden in ontstaan en in de uitwerking van regelgeving.

Omdat genoemde responsiviteit, samenhang en structuur wel gewenst en verwacht wordt, maar tegelijkertijd tal van gebreken vertoont kan men van *systeemfalen* spreken. De argumentatie voor een systeemfalen wordt ondersteund door de aanzienlijke omvang van de kosten van de gezondheidsgerelateerde non-participatie in de beroepsbevolking (ruim 21 miljard euro), waarbij de zorgkosten ongeveer het dubbele bedragen van de jaarlijkse verzuimkosten voor de werkgever (zie tabel 2.1). Volgens de schatting van TNO is 21% van het verzuim vermijdbaar (circa één miljard euro), waarbij de vermijdbare aspecten ongeveer gelijk verdeeld zijn tussen werkomstandigheden, privé-omstandigheden en (arbo)curatieve zorg. Er zijn ook vermijdbare kosten in de zorg zelf door kwaliteitsverbetering van de zorg, maar de omvang ervan is moeilijker te beoordelen. In paragraaf 5.3 citeren we een beschouwing van Grol en Grims-haw (2003), die beargumenteren dat 20 tot 25% van de zorg overbodig of zelfs schadelijk is. Ongeveer 5% van de ziekenhuisopnames resulteert in onbedoelde schade en verlenging van de opnameduur van circa 10 dagen. Terugdringen van de wachttijden levert ook veel op zoals het ZonMw-programma ‘Sneller Beter’ heeft laten zien. Daartegenover staan weer kostenstijgingen in de zorg als we onderbehandeling tegengaan, zoals bij de evidence based behandelingen van depressie of lage rugklachten. Deze gegevens zijn ontleend aan het parallelle onderzoek van TNO in onderzoeksprogramma Arbeid en Gezondheidszorg (deelproject c).

In het onderzoek ligt de nadruk op de analyse van de tekortkomingen van het systeem, op wat beter zou kunnen. Wellicht ten overvloede merken we op dat de vele professionals en andere actoren in de dagelijkse praktijk naar behoren trachten te handelen. In de afgelopen decennia is het verzuimpercentage meer dan gehalveerd tot ongeveer 4,5 procent. Uit internationaal vergelijkende studies van de OECD blijkt dat Nederland het wat betreft verzuimbeleid en preventie van arbeidsongeschiktheid goed doet. Toch komt uit de bestudeerde literatuur naar voren dat er veel ruimte voor verbetering is als we het functioneren van het *systeem* arbeid en gezondheid beschouwen. In het licht van de verouderende beroepsbevolking en de noodzaak om de duurzame inzetbaarheid en productiviteit van de beroepsbevolking te versterken is het zaak dit falen te analyseren en de mogelijke verbeteringen daadwerkelijk te verzilveren.

De oorzaken van het systeemfalen en de hardnekkigheid ervan hebben we in deze studie geanalyseerd aan de hand van de in figuur 0.1 gehanteerde driedeling *institutes, actoren en producten*.

Figuur 0.1: Drie niveaus van systeemfalen



Institutionele vormgeving

De institutionele vormgeving van het systeem is goed te begrijpen in termen van de quasi-markt beleidstheorie, dat wil zeggen marktwerking onder door de overheid sterk gereguleerde condities (Le Grand en Bartlett, 1993). Dit wordt in hoofdstuk 3 uitgewerkt. Op het politiek gevoelige terrein van de gezondheidszorg heeft de overheid systeemverantwoordelijkheid (de gezondheidszorg dient gelijk toegankelijk, bereikbaar en betaalbaar te zijn), maar nauwelijks uitvoeringsverantwoordelijkheid. De gezondheidszorg bevindt zich in een periode van transitie naar een meer vraaggerichte zorg, waar in Nederland drie gereguleerde deelmarkten functioneren: a) een verzekeringsmarkt, waarin verzekeraars dingen naar de gunst van de poliskoper/consument, b) een aanbiedersmarkt, waarin zorgverleners/instellingen dingen naar de gunst van de zorggebruiker/consument en c) een zorginkoopmarkt waarin verzekeraars contracten afsluiten met zorgaanbieders over kwaliteit, inhoud en prijs. Le Grand en Bartlett noemen condities voor het succesvol opereren van dergelijke quasi-markten (zie tabel 3.1). In het domein arbeid en zorg hebben wij geconstateerd dat de complexiteit van de marktstructuur, van de informatie over kwaliteit, van transactiekosten en de onzekerheid bij de actoren oorzaken zijn van systeemfalen. De kosten en baten van investeringen en

activiteiten op het gebied van gezondheidszorg en arbeid zitten op verschillende niveaus en bij verschillende actoren, zodat heldere afwegingen niet gemaakt kunnen worden. In de gezondheidszorg in het algemeen en de arbocuratieve zorg in het bijzonder is de kwaliteit van de producten en de informatie daarover niet transparant, zodat werkgever en werknemer niet goed weten waar ze aan toe zijn. Dit blijkt ook duidelijk uit het onderzoek van Plexus (project b in het onderzoeksprogramma). De complexiteit van het systeem zorgt voor een ‘bounded rationality’ bij alle actoren. Veel gevolgen van de gereguleerde marktwerking moeten zich nog verder uitkristalliseren. Zo zal zich moeten uitwijzen hoe marktwerking zich laat combineren met de noodzaak om afspraken te maken over taakverdeling en specialisatie tussen aanbieders vanuit het oogpunt van efficiency en kwaliteit van het systeem als geheel.

De institutionele en organisatorische omgeving waarin de professionele dienstverlening plaatsvindt geeft eveneens aanleiding tot systeemfalen. Zoals Jeurissen (2005) het noemt: het adaptieve aspect van efficiency (dynamiek, innovatie) komt er bekaaid af. Mogelijk dat de verdere implementatie van de vernieuwde DBC-systematiek zal leiden tot meer transparantie en versnelling van de uitrol van innovaties. Op het gebied van de arbocuratieve zorg staat dit nog in de eerste steigers.

Het institutionele krachtenveld is complex, omdat vele actoren zoals beroepsverenigingen, patiëntenverenigingen, sociale partners en verzekeraars een grote rol spelen en opkomen voor hun eigenbelangen.

Wat betekenen deze constatering wat betreft de institutionele aspecten voor de vormgeving van experimenten? Welke kennisvragen willen we met het experimentele onderzoek aan de orde stellen?

Als centrale kennisvraag is te formuleren: *Hoe kunnen de institutionele condities in de praktijk zodanig aangepast worden dat de quasi-markt van arbeidsgerelateerde zorg succesvol opereert en welke zijn de condities voor succesvol opereren?*

Actoren: professionals, hun aansturing en motivatie

In onze verkenningen zijn wij uitgebreid ingegaan op de rol van de professional binnen het systeem (zie hoofdstuk 4 en 5). Er worden hoge eisen gesteld aan de moderne professional, aan zijn/haar kennis, aan het benutten van handelingsruimte en de wijze van verantwoorden. Hij/zij moet ingewikkelde afwegingen ‘trade offs’ maken tussen ongelijksoortige belangen: het belang van de individuele cliënt, maar ook van maatschappelijke belangen als kostenbeheersing, efficiency van de organisatie, samenwerking met andere organisaties. En hij/zij moet vanuit zijn professionaliteit de druk kunnen weerstaan van de diverse actoren, cliënt, verzekeraar, werkgever etc. Er is ook kritiek op hun functioneren die een verklaring biedt voor systeemfalen, zoals een te monodisciplinaire gerichtheid en te weinig aandacht voor arbeidsrelevante factoren. Met name in de curatieve zorg is er een sterke specialisatie met afstemmingsproblemen tot gevolg. De laatste jaren neemt de aandacht voor de rol van de professional en de kwaliteit van de aansturing in professionele organisaties toe, mede in verband met de sterke tendens tot schaalverroting in de zorg. Recente signalen komen bijvoorbeeld tot uitdrukking bij het ZorgInnovatiePlatform en info@beroepseer.nl. Uit analyses van onder andere Freidson (1994, 2001) en Le Grand (2001) komt naar voren dat onvoldoende ‘sensitivity to motivational complexity’ ten aanzien van professionals een goede verklaring biedt voor het systeemfalen. Uit ons literatuuronderzoek blijkt inderdaad dat er opvallend weinig onderzoeksmatige aandacht is voor een optimalisering van faciliteiten en prikkels voor de professional om ‘het goede’ te doen.

Ondanks kritiek op het functioneren van professionals blijkt uit onderzoek dat zij veel vertrouwen genieten van cliënten, veel meer dan andere actoren als verzekeraars of de overheid. Zij hebben dus een belangrijke sleutel in handen voor het oplossen van systeemfalen

Zo is een volgende centrale kennisvraag voor de experimenten te formuleren: *Hoe kunnen professionals gefaciliteerd en geprikkeld worden opdat zij hun responsieve rol op het terrein van gezondheidszorg en arbeid beter waar kunnen maken?*

De actor waar het om draait: de cliënt/werknemer

De complexiteit van het systeem heeft ook grote gevolgen voor de werkgever en werknemer. Van beide actoren wordt regie en 'zelfsturing' verwacht. De veronderstelling hierbij is dat werkgevers en werknemers beredeneerde keuzes kunnen maken zodat zij de kwaliteit van de geleverde diensten in positieve zin kunnen beïnvloeden. De verwachtingen ten aanzien van deze zelfsturing door werkgevers en werknemers blijken te hoog gespannen, hetgeen als een belangrijke oorzaak van systeemfalen kan worden gezien. Dit komt in hoofdstuk 6 aan de orde. We refereren hier onder meer aan de psycho-economische inzichten van Kahnemann en Tversky (1979, 1981, 2002). Ook ten aanzien van prikkels voor de werknemer moet meer rekening worden gehouden met 'bounded rationality' en met 'motivational complexity' bij het bevorderen van zijn/haar 'agency' (zelf-effectiviteit). Vraagsturing komt onvoldoende tot zijn recht. Met name bij het langer durend verzuim neemt noch de werkgever noch de patiënt/werknemer voldoende regie en verantwoordelijkheid. Zij vinden weinig steun bij de professionals en schuiven de verantwoordelijkheid voor herstel en werkhervatting in hun richting. Vooral bij de werknemer leidt dit tot negatieve gevoelens en vreemding richting de werksituatie. Hij/zij heeft behoefte aan een casemanager met echt verstand van zaken die zowel in de werksituatie als de zorg het nodige in beweging kan brengen. Weliswaar zijn er veelbelovende initiatieven als websites om het productaanbod transparant te maken en vraagsturing te bevorderen, maar veel mensen blijven behoefte houden aan persoonlijke begeleiding. Deze problematiek wordt uitgebreid beschreven in het deelonderzoek a) van de Universiteit van Maastricht.

Deze constatering leidt tot de kennisvraag voor de experimenten: *Hoe kunnen werkgevers en werknemers de regie en vraagsturing van arbeidsgerelateerde zorg vorm geven en hoe kunnen zij daarbij effectief ondersteund worden?*

Product

Tenslotte komen we uit bij het product: de arbocuratieve dienstverlening zelf. Onze literatuurresearch en die van de Universiteit van Maastricht geeft een overzicht van (pogingen tot) inhoudelijke vernieuwingen van de afgelopen jaren, de evidence based interventies en de belemmeringen voor hun bredere implementatie (zie hoofdstuk 7).

Het blijkt dat succesvolle evidence based aanpakken wel zijn ontwikkeld maar dat de navolging van dergelijke richtlijnen te wensen overlaat, met een suboptimale kwaliteit van de dienstverlening tot gevolg.

Het curatieve zorgaanbod is groot en divers en aan de rol en verantwoordelijkheid van werkgever en werknemer wordt daarbij nauwelijks aandacht besteed. Met name bij langdurig verzuim is er eenzijdige aandacht voor de klachten en niet voor functioneel herstel, er is geen aandacht/expertise voor arbeidsrelevante aspecten. De curatieve sector werkt vertraging in de hand (doorlooptijden) en werkt niet tijdcontingent. Dit bestendigt bestaande klachten en bevordert het ontstaan van nieuwe klachten. Psychosociale belemmeringen, afname van zelfvertrouwen en passiviteit bij de patiënt/werknemer zijn het gevolg. Hiervoor is al geconstateerd dat de (kwaliteit van de) producten niet transparant is.

De kwantitatieve analyses wat betreft de objectivering van systeemfalen hebben aanwijzingen gegeven voor de potentiële opbrengst van interventie bij specifieke groepen werknemers/patiënten. Klachten aan bewegingsapparaat, psychische klachten, hartfalen zijn vanwege zorgkosten en verzuimkosten de aangewezen aandoeningen om in

experimenten te worden meegenomen. Kijken we naar de kosten van presenteeisme dan komen ook aandoeningen als maag- en darmklachten, hoofdpijn/migraine en COPD-klachten in aanmerking.

De centrale kennisvraag is hier: *Hoe is een goed herkenbaar en aantrekkelijk product te definiëren in de arbeidsgerelateerde zorg voor specifieke diagnosegroepen, welke kwaliteitseisen en kosten-effectiviteitscriteria zijn hiervoor te formuleren?*

Externe omgeving: hoge maakbaarheidsverwachtingen

Zoals figuur 0.1 laat zien kan de externe omgeving ook van invloed zijn op het systeemfalen. Trends als de vergrijzing en ontgroening hebben grote invloed op het systeem arbeid en zorg. De maatschappij verwacht van het systeem dat het een substantiële bijdrage levert aan het op peil houden van de inzetbaarheid van een ouder wordende beroepsbevolking. Als het systeem deze verwachtingen onvoldoende kan waarmaken, dan wordt dit in de maatschappij al snel uitgelegd als falen. Anderzijds hebben de externe omstandigheden ook grote invloed op de 'resources' van het systeem. Een economische crisis leidt tot bezuinigingen, vergrijzing leidt tot personeelstekorten in de zorg, de NMa verbiedt bepaalde allianties of afspraken. Derhalve heeft het systeemfalen niet alleen te maken met falen van instituties, actoren of productdefinities binnen het systeem. Systeemfalen kan evenzeer toegeschreven worden aan de steeds hogere eisen die externe partijen (overheid, politiek en publiek) aan het systeem stellen en de middelen die beschikbaar zijn.

Dit wil zeggen dat we in de experimenten nadrukkelijk de invloed van deze externe condities in beeld moeten brengen als factoren die het succes van de experimenten beïnvloeden.

0.3 Oplossingsrichtingen in experimenten

In hoofdstuk 8 hebben wij dit nader uitgewerkt in keuzecriteria voor de experimenten. Welke aspecten dienen in elk geval in de experimenten aan bod te komen uit het oogpunt van maatschappelijke relevantie?

1. Keuze voor doelgroep, werknemer/patiëntencategorie

De toekomstige arbeidsmarkt in aanmerking nemend en de ouder wordende werkende beroepsbevolking en daarnaast de noodzaak van activering van langdurig werklozen, gaat het om een keus uit de volgende doelgroepen:

- Chronisch zieken, hierbij denken we aan hartfalen, COPD, langdurige psychische klachten (eventueel niet aangeboren hersenletsel apart), beperkingen bewegingsapparaat (veelal vanuit specialistische zorg, revalidatie).
- Acute aandoeningen: psychische burn-out klachten, klachten aan het bewegingsapparaat (vanuit arbozorg of specialistische zorg).
- ZZP'ers, mantelzorgers, niet-werkenden, bijstandsklanten met gezondheidsbeperkingen, vangnetters/herhaal werklozen (veelal vanuit de eerstelijnsgezondheidszorg).

2. Keuze voor werkgevercategorie/branches

- Interventie bereikbaar voor MKB.
- Branches met specifieke beroepsgebonden risico's (politie, zorgsector).

3. *Keuze voor aanpak vanuit een specifieke actor*

Hierbij kunnen we:

- Primair vanuit de gezondheidszorg denken en aandacht voor functioneel herstel uitbreiden met herstel arbeidsvermogen; dit in DBC en richtlijnen opnemen; focus op arbeidsfunctie in revalidatie, in eerste lijn, bij specialismen.
- Primair vanuit verzuimbegeleiding en werkgever/werknemer verantwoordelijkheid denken; de regie van de werkgever en werknemer versterken, onder andere in relatie tot de curatieve- en arbocuratieve zorg.
- Combinatie: model vroeginterventie bij dreigende chroniciteit van bewegingsapparaatklachten en van psychische klachten.
- Primair vanuit individuele verzekeraar denken: met welke product vernieuwing wil hij zich onderscheiden (als eigen activiteit of in DBC).

4. *Keuze voor specifieke inhoudelijke aspecten*

Hierbij te denken aan:

- Empowerment en vergroten zelfregie, 'participatieve werkplek aanpassing', toevoeging participatiedeskundige / onafhankelijk adviseur in de eerste lijn gericht op vergroting van empowerment richting werk.
- Loopbaanadvisering arbeidskundige advisering als in te schakelen deskundigheid vanuit de zorg, zoals ook al in de tweede lijn in sommige ziekenhuizen plaatsheeft.
- Combinatie preventie en (vroeg)interventie als onderdeel van Integraal GezondheidsManagement in bedrijven (model Corus).
- Assessmentmodellen om niet alleen de klachten en/of risico op chroniciteit/langdurig verzuim beter in beeld te brengen maar ook de kosten te alloceren bij ziektekostenverzekeraars, en werkgever: transparantie in model kostenverdeling.

5. *Keuze voor tijdcontingentie*

De nadruk ligt op het oplijnen van werkprocessen, samenwerking en doorverwijzingen, zodat er geen wachttijden zijn, synergie benut wordt en financiering transparant is. Dit kan bij verschillende groepen:

- Vroegtijdig: preventie van chroniciteit en raakvlakken met 'gezond ondernemen' en 'happy worker' (vitaliteit/workability), vaak is er sprake van een assessment van de mogelijkheden en beperkingen van de persoon en een assessment van de belasting in de werksituatie. Dit kan een uitgangspunt zijn voor loopbaancoaching.
- Laat: er is sprake van langdurige klachten/ langdurig verzuim, vaak ontstaat er een verschil in perspectief tussen werkgever (werkhervatting) en werknemer (herstel).

6. *Keuze voor integrale aanpak*

Tot slot is het belangrijk dat experimenten zich onderscheiden door de verbindende en integrerende aspecten te benadrukken, qua doel, inhoud en proces van de interventie:

- Interventies zijn erop gericht divergerende belangen van actoren om te buigen naar convergerende belangen; wanneer dit lukt bij de regie van werknemer en werkgever ontstaat er eveneens een gezamenlijk belang met en betrokkenheid van de gezondheidszorg: functioneel herstel richting werkhervatting,
- Integrale benadering van het creëren van de condities waaronder dit moet gebeuren: systeem- en procesverbeteringen (zoals transparante communicatie, duidelijkheid over verantwoordelijkheden en een onafhankelijke arbocuratieve zorg, tijdscontingent handelen, te gebruiken tools etc.).

1 Achtergrond van het onderzoek

Onvoldoende oog voor arbeid in de gezondheidszorg

Een goede gezondheid en vitaliteit van de beroepsbevolking zijn basisvoorwaarden voor behoud van onze welvaart en ontwikkeling van onze kenniseconomie en niet in de laatste plaats van prettig en stimulerend werk. De gezondheidszorg kan hierin een grote rol spelen, maar opmerkelijk genoeg ontwikkelt zich de belangstelling voor de factor arbeid als essentieel onderdeel van gezondheidsbevordering maar langzaam. Dit ondanks diverse onderzoeksprojecten, experimenten en convenanten in de afgelopen twintig jaar en ondanks recente veranderingen in het wettelijke kader voor de arbozorg, de sociale zekerheid en de curatieve gezondheidszorg. We zouden daarom kunnen spreken van een hardnekkig gebrek aan responsiviteit vanuit de curatieve gezondheidszorg en verzekeraars richting de 'werkende mens'. Maar anderzijds kunnen we ook een onvermogen constateren van werkgevers en werknemers om een effectieve regievoering op zich te nemen rondom verzuim en gezondheidsbevordering op de werkplek. Het is dus niet zozeer een 'falen' van een enkele partij (curatieve zorgaanbieders, werkgevers, verzekeraars, werknemers), maar meer een gemeenschappelijk falen van betrokken partijen. Deze blijken samen niet in staat te zijn om de hier beschreven problematiek structureel aan te pakken. Initiatieven en experimenten die wel zijn opgepakt, blijven vrijblijvend en versnipperd. Door het gemeenschappelijke en onderling verweven karakter van dit falen zouden we het ook *systeem*falen kunnen noemen: het systeem van gezondheidszorg, verzekeraars, werkgevers en werknemers is onvoldoende in staat om een gezonde arbeidsdeelname van werknemers te realiseren.

De beschreven situatie geldt zeker niet alleen voor Nederland. In veel landen met ontwikkelde stelsels van sociale zekerheid en zorg wordt een soortgelijke problematiek gesignaleerd. Over de internationale verkenning van dit thema 'blind spot for work' wordt in een afzonderlijke publicatie verslag gedaan.

Onderzoeksprogramma Arbeid en Gezondheidszorg

Het onderzoeksprogramma Arbeid en Gezondheidszorg onderzoekt dit vermeende systeemfalen en de mogelijke oplossingen ervoor in het traject tussen 'preventie en WIA'. Het is het traject vanaf het klachten krijgen, ziekmelden, werken aan medisch/ functioneel herstel, tot aan de werkhervatting, of – als dat niet 'vanzelf' lukt – tot re-integratie vóór 'einde wachttijd' van twee jaar. Het onderzoek richt zich speciaal op de wijze waarop werkgever en werknemer een grotere regie kunnen krijgen in dit traject, en hoe professionals in de gezondheidszorgsector nadrukkelijk te betrekken bij het verwezenlijken van een gezonde en productieve arbeidsdeelname.

Het meerjarige onderzoeksprogramma wordt gesubsidieerd door Stichting Instituut Gak. Het betreft enerzijds het beschrijven en onderzoeken van de achtergronden van het gemeenschappelijk falen van de gezondheidszorg, verzekeraars, werkgevers en werknemers en anderzijds in fase 2 het opzetten van experimenten om mogelijke oplossingen uit te proberen die aantoonbare inspirerende meerwaarde hebben.

In dit paper stellen wij ons de volgende vraag: welke theoretische inzichten bieden bruikbare verklaringen voor het vermeende systeemfalen? Het doel van deze verkennende analyse is om te komen tot een theoretisch verklaringsmodel voor empirisch en experimenteel onderzoek. Hiermee voorkomen we niet alleen de eerder geconstateerde vrijblijvendheid en versnippering van initiatieven en experimenten, maar genereren tevens de optimale randvoorwaarden voor de nog op te zetten experimenten in fase 2 van dit onderzoeksprogramma.

Leeswijzer

Na deze inleiding zetten we in hoofdstuk de argumenten om van systeemfalen te spreken op een rijtje, geven we een definitie van de problematiek en schetsen we globaal de theoretische analyses die volgen. We vertrekken (in hoofdstuk 3) bij de economische beleidstheorie van quasi-markten en analyseren in hoofdstuk 4 de positie van de professionals in deze quasi-markten. De beroepsbeoefenaren zijn de sleutel tot het doorbreken van systeemfalen en wij staan daarom extra stil bij de prikkels die professionals ervaren om vernieuwingen door te voeren en spitsen dit toe op de arbocuratieve zorg (hoofdstuk 5). In hoofdstuk 6 laten we via het thema vraagsturing de hulpvrager of 'zorgconsument' aan het woord, waarna we in hoofdstuk 7 de theoretische verkenning afsluiten met een bespreking van arbocuratieve vernieuwingen. In het concluderende hoofdstuk 8 ten slotte gaan we van de theorie naar concrete randvoorwaarden en ideeën voor zorgvernieuwing op het terrein van arbeid en gezondheidszorg. Deze conclusies zijn een eerste aanzet. Vervolgens willen we via expertmeetings de bevindingen vertalen naar aanbevelingen voor de inrichting van concrete experimenten.

2 Definitie systeemfalen als vertrekpunt

2.1 Wat is systeemfalen

Arbeid en gezondheid

In deze studie ondernemen we een poging tot een diagnose van het systeemfalen van de arbeidsgelateerde gezondheidszorg op basis van literatuur. Waarom noemen we het systeemfalen en kunnen we het niet afdoen als het in gebreke blijven van een specifieke regeling of van het dysfunctioneren van een groep belanghebbenden of professionals?

Ruim 10 jaar geleden constateerde de SER belemmeringen in de zorgsector voor het optimaal behandelen van arbeidsrelevante aandoeningen en gezondheidsklachten¹. De kennis schoot te kort, er was sprake van een inadequate attitude in de zorgsector wat betreft sociaal-medische en arbeidsrelevante aspecten van aandoeningen en de samenwerking tussen artsen in de gezondheidszorg en bedrijfs- en verzekeringsartsen was gebrekkig. Patiënten/werknemers kregen tegenstrijdige behandeladviezen, kwaliteit van de behandeladviezen was ten aanzien van de arbeidscondities onvoldoende, beroepsziekten werden te laat herkend en de logistiek en behandeltijden waren niet op de werkende mens afgestemd (wachttijden). De SER concludeerde dat het verzuim onnodig werd verlengd, loopbaanperspectieven bij ziekte verslechterden en dat zowel de patiënt/werknemer als de werkgever daarvan de dupe waren.

In de parallelle onderzoeksactiviteiten binnen het onderzoeksprogramma wordt bekeken (en bevestigd) dat de bovenstaande constatering nog steeds opgeld doet. Tevens gaan de onderzoekers uitgebreid in op de kwantitatieve kant van deze tekortkomingen en wordt ook een schatting gemaakt van de maatschappelijke kosten die hieruit voortvloeien. Ter onderbouwing van ons betoog geven wij een samenvatting van deze bevindingen in paragraaf 2.3.

De kwestie waar het in dit paper om draait is waarom er nog zo weinig grootschalige vorderingen gemaakt zijn om bovengenoemde knelpunten te verhelpen.

De SER kwam immers in zijn rapport met heldere beleidsaanbevelingen zoals:

- Meer beleidsmatige aandacht voor de groeiende onderlinge verwevenheid (in de uitvoering) van de stelsels van sociale zekerheid en gezondheidszorg.
- Verbetering van de bijdrage van de gezondheidszorg aan het terugdringen van verzuim en arbeidsongeschiktheid.
- Terugdringing wachtlijden en wachtlijsten, waarbij voorrangbehandeling voor bepaalde sociaal-economische categorieën patiënten niet aan de orde kan zijn;
- Verbetering bijdrage gezondheidszorg aan de behandeling van arbeidsrelevante aandoeningen en gezondheidsklachten.
- Intensivering van beleid gericht op verbetering van de doelmatigheid in de gezondheidszorg.

Sindsdien is het nodige onderzoek gedaan, er zijn conferenties aan gewijd en enkele initiatieven zijn succesvol gebleken (zie bijvoorbeeld rugadviescentra). Bovendien werd aan de stelselwijzigingen in de sociale zekerheid en de Zorgverzekeringswet een krachtige impuls toegedacht om deze kwestie hoog op de agenda te houden. Immers in de collectieve zorgverzekeringscontracten die veel werkgevers hun werknemers aanbieden, zouden arbeidsrelevante zaken een veel grotere rol kunnen spelen².

¹ SER-advies (1998). Sociale zekerheid en Gezondheidszorg. 98/13, Den Haag.

² Zie o.a.: Atos Consulting (2008) Synergie in de keten van zorg en sociale zekerheid: utopie of realiteit?

De geringe vorderingen zouden er mee te maken kunnen hebben dat de schade van deze barrières tussen arbeid en gezondheidszorg wel meevalt. Deze schade is echter aanzienlijk zoals paragraaf 2.3 laat zien.

In een recent SER-advies (2009) wordt na een decennium de balans opgemaakt³. Er zijn de nodige hoopvolle initiatieven en zorgvernieuwingen te signaleren. Maar van grootschalige inzet voor grote groepen werknemers vooral ook in het MKB is nog geen sprake. De Raad stelt dat nog grote gezondheidswinst mogelijk is door het optimaliseren van het preventiebeleid binnen arbeidsorganisaties en verdere uitbreiding van vernieuwingen in de reguliere gezondheidszorg. Lag in 1998 nog de nadruk op de schade voor de arbeidswereld tengevolge van de onvoldoende responsiviteit voor arbeid in de gezondheidszorg, nu wordt de kwestie breder opgevat en wordt aan preventieve aspecten een groot belang gehecht: een paradigmaverschuiving ‘van nazorg naar voorzorg’. Tekenend is dat het laatste SER-advies een antwoord is op een adviesaanvraag door de minister van VWS over ‘parallele belangen’ bij gezondheid(szorg). Dit is gedaan vanuit de gedachte dat de gezondheidszorg niet ‘in zijn eentje’ verantwoordelijk kan zijn voor de gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking. Oplossingen voor chronische aandoeningen, leefstijlziekten (obesitas, hart- en vaatziekten, diabetes mellitus type 2) en psychische aandoeningen zijn namelijk vooral buiten de gezondheidszorg te vinden, ondanks dat diverse medisch-technische ontwikkelingen betere behandelingen mogelijk maken. Om die reden vraagt de minister van VWS de SER zijn visie te geven op de vraag hoe de rijksoverheid het bedrijfsleven kan stimuleren om hun eigen belang bij preventie te verzilveren en hoe de bijdrage van bedrijven aan de gezondheid van werknemers versterkt kan worden.

Kortom, niet alleen de vraag ‘wat kan de gezondheidszorg voor het bedrijfsleven doen?’ is aan de orde maar tevens de vraag ‘wat kunnen arbeidsorganisaties voor de volksgezondheid doen?’.

Met deze veranderende zienswijze wordt erkend dat een duurzame gezondheidsbevordering verschillende domeinen kent met wederzijds belang. Vandaar dat de adviesaanvraag over ‘parallele belangen’ naast de SER ook gericht is aan de sectoren openbaar bestuur en het onderwijs: Wat kunnen deze sectoren bijdragen aan gezondheidsbevordering⁴?

Deze intersectorale optiek maakt het centrale thema in ons onderzoek ‘systeemfalen’ nog actueler. Immers in hoeverre kunnen genoemde sectoren vanuit gezondheidsperspectief als één systeem beschouwd worden? Hier concentreren we ons op systeemkenmerken en deficiënties in het domein arbeid en zorg.

Definitie van systeem

In welk opzicht kunnen wij spreken van een systeem in het domein van de arbeidsgerelateerde gezondheidszorg om vervolgens bij de vraag uit te komen in hoeverre het systeem faalt?

Ludwig von Bertalanffy is vanaf de jaren veertig van de vorige eeuw de grote inspirator geweest in het nadenken over onszelf en de ons omringende wereld in termen van systemen. Oorspronkelijk kende dit systeemdenken een medisch-biologische invalshoek. Al snel ontstond het idee van een ‘algemene systeemtheorie’ die de werkelijkheid beschrijft als systemen en deelsystemen die volgens bepaalde wetmatigheden interacteren⁵.

³ SER-advies (2009). Een kwestie van gezond verstand. 09/02, Den Haag.

⁴ Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2009). Buiten de gebaande paden; advies over intersectoraal gezondheidsbeleid, uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, de Onderwijsraad en de Raad voor het openbaar bestuur. Zoetermeer.

⁵ Ludwig von Bertalanffy (1968). *General System Theory: Foundations, Development, Applications*. George Braziller New York 1968, revised edition 1976.

Zowel in de alfa-, beta- en gammawetenschappen is deze aanpak zeer vruchtbaar gebleken: van de complexe regelsystemen in de industrie, de (wiskundige) informatica tot bedrijfskunde, (organisatie)sociologie en psychologie. In de jaren zestig van de vorige eeuw heeft met name de socioloog Talcott Parsons de systeembenadering voor de sociologie verder uitgewerkt⁶.

Systeembeschrijvingen kennen dus diverse verschijningsvormen en functies. We komen systemen tegen in alle denkbare omgevingen, zoals de natuur, de fysica, de chemie en in de maatschappij. Het domein arbeid en zorg is vanzelfsprekend te beschouwen als *maatschappelijk* systeem. De klassieke sociologie maakt traditioneel een theoretisch onderscheid tussen de volgende drie typen maatschappelijke systemen (Scott 1987)⁷:

- Natural systems: organische systemen die spontaan via onbepaalde processen tot stand komen en functioneren.
- Rational systems: systemen die gevormd en bijgesteld kunnen worden om bepaalde doelen te verwezenlijken.
- Open versus closed systems: systemen kunnen open staan voor invloeden van buiten of juist sterk afgegrensd zijn van de buitenwereld.

Scott en andere sociologen verzetten zich tegen de bovengenoemde categorisering omdat deze te zeer ideaaltypisch zou zijn. Volgens hen komen genoemde typering in maatschappelijke systemen in allerlei combinaties voor. Of zoals Scott het verwoordt: maatschappelijke systemen zijn zowel rationeel als organisch en zowel open als gesloten. Volgens Scott zou je een maatschappelijk systeem het beste kunnen definiëren als: *'a coalition of shifting interest groups that develop goals by negotiation; the structure of the coalition, its activities, and its outcomes are strongly influenced by environmental factors'*⁸. Deze zekere mate van 'fluiditeit' en omgevingsinvloed in maatschappelijke systemen betekent dat systeemgrenzen niet altijd precies zijn af te bakenen. Wel moeten er voldoende aanwijzingen zijn dat de verschillende actoren/deelsystemen gemeenschappelijke coalities en doelen hebben.

De systeembenadering in de bedrijfs- en bestuurskunde onderscheidt in wisselende bewoordingen een viertal basiselementen die een systeem gemeenschappelijk heeft⁹:

- Doel
- Gedrag of proces
- Structuur
- Regels of wetmatigheden.

Wij kunnen dergelijke basiselementen terugvinden in het door ons veronderstelde systeem van arbeid en zorg, zeker als we accepteren dat systeemgrenzen niet in alle omstandigheden scherp te trekken zijn. Wat betreft doelen kun je vaststellen dat er een gemeenschappelijk streven van betrokken actoren bestaat om te komen tot een gezonde en productieve arbeidsdeelname van werkenden. Zoals onder meer ook uit de eerder aangehaalde SER-adviezen naar voren komt hebben alle betrokken actoren/partijen, in elk geval beleidsmatig, deze gezamenlijke doelstelling. Bovendien voorziet dit systeemdoel ook in een belangrijk maatschappelijke behoefte: een gezonde en productieve beroepsbevolking. Tal van voorbeelden, die in dit paper ook regelmatig de revue zullen passeren, maken duidelijk dat het systeemdoel alleen effectief gerealiseerd kan worden door een proactieve en interactieve aanpak van betrokken actoren (de gezond-

⁶ Talcott Parsons (1951). *The Social System*. Routledge & Kegan Paul Ltd, London.

⁷ W. Richard Scott (1987). *Organizations : rational, natural, and open systems*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall; W. Richard Scott, Gerald F. Davis (2007), *Organizations and organizing : rational, natural, and open system perspectives*. Upper Saddle River, Pearson/Prentice Hall.

⁸ Scott, (1987). *Organizations : rational, natural, and open systems*, 22-23.

⁹ Hugo Meijers (2002) "Vernieuwend systeemdenken in organisaties". In: *Verdieping van chaosdenken*. Frans van Eijnatten ea. (red). Van Gorcum, ISBN 9023238605 78-93.

heidszorg, verzekeraars en het bedrijfsleven). Arbowetgeving, sociale zekerheids-wetgeving en regelgeving in de gezondheidszorg hebben niet voor niets veel (historische) dwarsverbanden in ontstaan en in de uitwerking van regelgeving.

Ook de andere basiselementen van systemen zijn waar te nemen in het systeem van arbeid en zorg. Zo zijn er specifieke voor het systeem kenmerkende gedragingen van actoren (rollen van zorgaanbieders) en processen (zoals doorverwijzingen) te onderscheiden. Cruciaal voor het verwezenlijken van het systeemdoel is een zekere responsiviteit van zorgaanbieders op duidelijk gearticuleerde hulp- en zorgvragen van werkgevers en werknemers om (verder) productiviteitsverlies door gezondheidsklachten te beperken. Bovendien wordt van zorgaanbieders verwacht dat zij het preventieve gedrag van werkgevers en werknemers versterken. Door de onderlinge samenhang van activiteiten kan men eveneens een institutionele structuur vaststellen. Ten slotte is het systeem onderhevig aan al of niet vastgelegde regels en wetmatigheden (polisafspraken, budgetten, samenwerkingsprotocollen, werkprocessen, informele afspraken, gewoontes, etc.).

Definitie en typologie systeemfalen

In welke opzicht faalt dit systeem? Er zijn aanwijzingen dat het collectief van de actoren steken laat vallen bij het bevorderen van een gezonde en productieve arbeidsdeelname van werkenden. Hoewel zij deze maatschappelijke behoefte impliciet of expliciet lijken te onderschrijven, blijken de actoren onvoldoende in staat te zijn om gezamenlijk tot een effectieve aanpak te komen.

Naar analogie van marktfalen (zie hoofdstuk 3) kunnen we verschillende soorten systeemfalen onderscheiden:

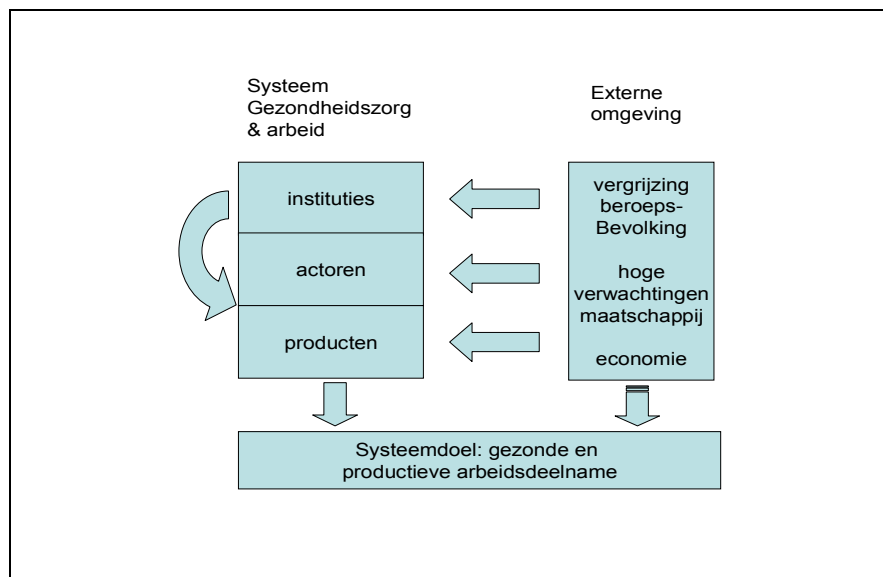
- *Instituties.* Systeemfalen kan verband houden met de groeiende institutionele complexiteit van instituties. We hebben het dan over al dan niet geformaliseerde afspraken, normen en regels voor de actoren die het systeem als systeem laten werken. Relevante instituties voor het systeem van arbeidsgelateerde gezondheidszorg zijn publieke instellingen (VWS, CvZ en NZa), (zorg)verzekeraars en zorgaanbieders (ziekenhuizen, gezondheidscentra, etc.). Innovaties in de zorg en de toepassing van ICT maken het mogelijk om complexe behandelmethoden en grootschalige administratieve processen tot stand te brengen. De effecten van deze vaak complexe veranderprocessen zijn niet altijd goed te voorzien en te overzien. Innovatieve systemen die in de ontwerpfase nog logisch en effectief leken, blijken in de praktijk allerlei onverwachte neveneffecten te bevatten. Bovendien is het mogelijk dat omwille van de bestuurbaarheid van het systeem de handelingsruimte van professionals wordt ingeperkt met alle gevolgen voor de kwaliteit van de dienstverlening. Tot slot kunnen instituties innovatie belemmeren door geen of de verkeerde randvoorwaarden te stellen voor experiment en onderzoek. Vooral het breed uitrollen van effectief bewezen maatregelen staat of valt bij een stimulerende en faciliterende rol van instituties.
- *Actoren.* Het systeemfalen kan verband houden met tekortkomingen van de betrokken actoren: de zorgaanbieders en de vragers van zorg (werkgevers en werknemers). Enerzijds zijn er aanwijzingen dat zorgaanbieders onvoldoende responsief reageren op hulp- en zorgvragen van werkgevers en werknemers. Anderzijds blijken werkgevers en werknemers onvoldoende bereid of in staat om de zorgbehoefte te articuleren (zorgarticulatie) en de regie op te pakken (vraagsturing). Tijdsgebrek in combinatie met een beperkte invulling van de eigen rol en rolonduidelijkheid voor andere actoren binnen het systeem leiden ertoe dat systeemfalen toe te schrijven is aan het falen van actoren in hun onderlinge relaties. De complexiteit van de onderlinge relaties tussen actoren kan eveneens als oorzaak van systeemfalen geïdentificeerd worden.

Zo sprak Donner en zijn toenmalige commissie in 2001 in meer theatrale termen van ‘een Griekse tragedie’ om een dergelijk falen aan te duiden: de partijen doen elk vanuit hun eigen optiek hun best, maar de ogenschijnlijk onvermijdelijke uitkomst (arbeidsongeschiktheid om psychische redenen) is maatschappelijk ongewenst¹⁰.

- *Producten* hebben betrekking op de dienstverlening van de actoren Er kan onduidelijkheid bestaan over de producten en diensten die in de zorg geleverd worden. Evidence based aanpakken worden onvoldoende nagevolgd, kwaliteit is niet onderbouwd. Gebrek aan transparantie van producten en diensten kan leiden tot perverse prikkels van zorgaanbieders en belemmert de vraagsturing van de zorgvragers. Perverse prikkels uit zich bijvoorbeeld in willekeur van prijzen, grote wachtlijsten en onvoldoende kwaliteit van de zorg. Een grotere transparantie van producten en diensten door middel van Diagnose Behandel Combinaties (DBC's, zie paragraaf 4.1) kan ertoe bijdragen dat systeemfalen op productniveau wordt tegengegaan.

In het navolgende figuur 3.1 is het systeemfalen op de drie niveaus weergegeven. De instituties sturen de actoren bij het vormgeven van hun dienstverlening, zoals de linker pijl weergeeft. Het systeem arbeid en gezondheidzorg functioneert in een context van de externe omgeving (de rechter pijlen), hetgeen uiteindelijk leidt tot het in zekere mate realiseren van de systeemdoelen.

Figuur 2.1: Drie niveaus van systeemfalen



Externe invloeden systeemfalen

Het systeem arbeid en zorg staat niet op zichzelf. Als we naar het verleden kijken blijkt het systeem sterk ontvankelijk te zijn voor externe invloeden. Zo bleek in de negentiende eeuw de snel opgekomen maatschappelijke aandacht voor de slechte levens- en arbeidsomstandigheden van arbeiders aanleiding te zijn voor artsen om een cruciale verbindende rol te spelen in de maatschappij¹¹.

¹⁰ Ministerie van SZW (2001) Werk maken van arbeidsgeschiktheid. Advies van de adviescommissie arbeidsgeschiktheid (commissie Donner). Mei 2001. Den Haag.

¹¹ Zie bijvoorbeeld: Roebroek JM, Hertogh M. (1998) De beschavende invloed des tijds. Twee eeuwen sociale politiek, verzorgingsstaat en sociale zekerheid in Nederland. Onderzoek in opdracht van de Commissie Onderzoek Sociale Zekerheid (COSZ) verricht door de Katholieke Universiteit Brabant te Tilburg. VUGA Uitgeverij Den Haag.

Medici hielden zich niet meer alleen bezig met de gezondheidszorg in enge zin, maar gingen zich nadrukkelijk ook bemoeien met de openbare hygiëne, de veiligheid in de fabrieken en werkplaatsen, de sociale zekerheid, de huisvesting en het onderwijs. Hieruit kunnen we overigens niet zomaar afleiden dat medici in die tijd veel responsiever waren voor niet medische aspecten dan hun collega's van nu. De socioloog Abram de Swaan constateert namelijk dat de medische bemoeienis zich in de twintigste eeuw verder uitbreidde, ook over terreinen waar de medische expertise geen afdoend uitsluitel kon bieden en waar andere benaderingen denkbaar zouden zijn (geweest)¹². Die uitbreiding van 'Het medische regiem' was volgens De Swaan niet langer vooral ingegeven door maatschappelijke betrokkenheid van artsen met de leefsituatie van arbeiders. Het werd veeleer de onbedoelde resultante van externe (dus buiten het systeem gelegen) tegenstellingen die telkens opgelost schenen te kunnen worden door artsen daarin zeggenschap te geven (zoals in het geval van de claimbeoordeling in de sociale zekerheid)¹³. Interessant voor ons is zijn conclusie dat het uiteindelijke resultaat van al die incidentele interventies en uitbreiding van rolvulling voor de medische stand als geheel legitimeringsproblemen heeft geschapen, zowel in eigen kring als tegenover de buitenwereld.

Ook heden ten dage hebben externe gebeurtenissen als de vergrijzing en ontgroening grote invloed op het systeem arbeid en zorg. De maatschappij verwacht van het systeem dat het een substantiële bijdrage levert aan het op peil houden van de inzetbaarheid van een ouder wordende beroepsbevolking.

Als het systeem deze verwachtingen onvoldoende kan waarmaken, dan wordt dit in de maatschappij al snel uitgelegd als falen. Anderzijds hebben de externe omstandigheden ook grote invloed op de 'resources' van het systeem. Een economische crisis leidt tot bezuinigingen, vergrijzing leidt tot personeelstekorten in de zorg, de NMa verbiedt bepaalde allianties of afspraken. Derhalve heeft het systeemfalen niet alleen te maken met falen van instituties, actoren of productdefinities binnen het systeem. Systeemfalen kan evenzeer toegeschreven worden aan de steeds hogere eisen die externe partijen (overheid en verzekeraars) aan het systeem stellen en de middelen die beschikbaar zijn.

Een nadere verkenning van systeemfalen naar mogelijke oorzaken kunnen wij mede baseren op het 'Actieprogramma Maatschappelijke Sectoren en ICT' (2005). Hierin wordt wat betreft de benutting van ICT eenzelfde systeemfalen geconstateerd: 'We willen wel, (deel)oplossingen zijn voorhanden in experimenten en pilots, maar tot grootschalige implementaties die de maatschappelijke winst opleveren, komt het uiterst moeizaam'¹⁴. De faalfactoren situeren de auteurs vooral op institutioneel niveau: weinig transparante markt- en kostenstructuur (zie ook paragraaf 3.2 over quasi-markten), gebrek aan bestuurlijke regie, belangentegenstellingen en eigenbelang organisaties.

In dit actieprogramma wordt systeemfalen tevens vertaald naar marktfalen én overheidsfalen, hetgeen voor het systeem arbeid en gezondheidszorg eveneens kan gelden. Systeemfalen wordt dan ook als rechtvaardiging voor overheidsingrijpen gezien¹⁵.

¹² Zie bijvoorbeeld: Houwaart 1991, Verdoorn 1981.

¹³ Zie daarover: De Boer WEL, Houwaart ES (2006).

¹⁴ Ministerie van Economische Zaken (2005). Actieprogramma Maatschappelijke Sectoren en ICT. In samenwerking met de ministeries van Binnenlandse Zaken, Justitie, Onderwijs, Verkeer en Waterstaat en Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Den Haag.

¹⁵ SER-advies (2002). Sociaal-economisch beleid 2002-2006 (deel C: adviesaanvragen over hogere productiviteitsgroei). 02/08, Den Haag.

‘Uitgangspunt hierbij is dat een beleidsterrein kan worden gezien als een samenhangend systeem van actoren en hun instituties (overheid, bedrijfsleven, kennisinstellingen, consumenten). Naarmate de samenhang groter is, zal het systeem beter als geheel functioneren. Systeempalen kan dan worden veroorzaakt doordat actoren in het systeem elkaar niet weten te vinden, er te weinig of geen geschikte competenties worden opgebouwd, publieke kennis onvoldoende wordt geëxploiteerd en instituties niet goed werken’.

2.2 Falen implementatie van vernieuwing in de zorg

Het is een open deur te constateren dat de gezondheidszorg de afgelopen decennia enorme ontwikkelingen heeft doorgemaakt, in medisch technisch opzicht, organisatorisch en in volumen. De kwaliteit van de Nederlandse zorg staat internationaal hoog aangeschreven. Toch is er de paradoxale bevinding uit onderzoek dat innovaties in de zorg vaak verrassend traag brede ingang vinden (Schrijvers 2002, 2005)¹⁶. In de VS (en elders) is dit niet anders. Zo bleek uit een literatuurstudie van Balas en Boren (2000) dat het in de VS gemiddeld 17 jaar duurt voordat een evidence based zorginnovatie zich over het hele land verspreid heeft¹⁷. Schrijvers (2005) geeft interessante voorbeelden uit Nederland. Zo is de bewezen kosteneffectieve zorginnovatie ‘thuiszorg aan risicovrouwengeren’ in 10 jaar slechts door vier ziekenhuizen opgevolgd. Het onderzoeksprogramma innovatie van bedrijfsprocessen in ziekenhuizen was in de jaren zeventig van de vorige eeuw gestart door de TU Eindhoven¹⁸. Het kreeg pas na de eeuwwisseling bredere navolging in het ZonMw-programma ‘Sneller Beter’ naar aanleiding van het rapport van TPG-bestuurder Bakker.

Ook in de UK, waar in de NHS de centrale overheid een actieve rol heeft in de aansturing van innovaties, blijken dergelijke vernieuwingen moeizaam te verlopen (Ham et al 2003)¹⁹. Tegelijk blijken sommige innovaties juist weer relatief snel opgepakt te worden, zoals bijvoorbeeld de influenzavaccinatie in Nederland.

Nu is niet elke vernieuwing een verbetering. Maar zeker bij evidence based innovaties die ook nog eens kosteneffectief blijken en de patiënt ten goede komen, is een snelle verspreiding van de toepassing gewenst. Dit is dan ook de achtergrond van het advies van de RVZ (en de onderliggende studies): Van weten naar doen (2005). Hier staat de vraag centraal hoe de verspreiding van verbeteringen in werkwijzen binnen de gezondheidszorg kan worden versneld.

De algemene literatuur over (verspreiding van) innovaties is zeer uitgebreid en gevoerd door vele disciplines (management, bedrijfskunde, sociologie, psychologie, economie etc.). In het advies van de RVZ en onderliggende studies wordt literatuur aangedragen en toegespitst op de gezondheidszorg: factoren die verspreiding van innovaties in de zorg bevorderen dan wel belemmeren.

Stelselkenmerken

Jeurissen (2005) die een systeemanalyse heeft uitgevoerd en naast de Angelsaksische situatie ook de situatie in Duitsland heeft bekeken, concludeert dat systeem- en stelsel-

¹⁶ Schrijvers, G et al. (2002). Moderne patiëntenzorg in Nederland; van kennis naar actie. Maarssen: Elsevier. Schrijvers, G (2005). Tien theorieën om de snelheid van de verspreiding van zorginnovaties te verklaren. In: Weten wat we doen; verspreiding van innovaties in de zorg. Zoetermeer: RVZ.

¹⁷ Balas, EA & Boren, SA (2000). Managing clinical knowledge for health care improvement. Yearbook of medical informatics. National library of medicine, Bethesda, md p 65-70.

¹⁸ Hoorn, JW, Lettink, J, van Tuijl, H, Vissers, J, de Vries, G (1991). Structureren en beheersing van zorgprocessen, bedrijfskundig instrumentarium voor de ziekenhuis manager. Uitgeverij de Tijdstroom, Lochem.

¹⁹ Ham, C, Kipping, R, McLeod, H (2003). Redesigning Work Processes in Health Care: Lessons from the National Health Services. The Milbank Quarterly 81: 415-439.

kenmerken zeker van invloed zijn, maar dat niet één systeem er wat betreft verspreiding van innovatie speciaal gunstig uitspringt²⁰. In alle landen zijn er vormen van gereguleerde marktwerking met meer of minder overheidsinvloed, maar een ideale blauwdruk voor innovatie is er niet. In deze complexe systemen is het zeker niet zo dat gereguleerde markten die het meest lijken op een volkomen markt de beste resultaten genereren. In hoofdstuk 3 over ‘quasi-markten’ gaan we hier uitgebreid op in. In veel landen is gezondheidszorg een hybride stelsel met publieke en private financiering, hetgeen belangrijke consequenties heeft voor de wijze van invoering van nieuwe technologieën. Doyle en McNeilly (1999) wijzen erop dat de diffusie van nieuwe technieken in de private sector, zowel bij verzekeraars als uitvoerders sneller, maar ook gefragmenteerder verloopt en nauwelijks gebaseerd is op evidence based beslissingen. Wanneer de publieke sector of een andere grote partij op basis van wel beschikbare ‘evidence’ besluit een verrichting of medicatie niet te vergoeden, maar andere partijen dit (uit concurrentieoverwegingen en vaak na druk van de media) wel doen, ontstaan er onevenwichtigheden. Dergelijke onevenwichtigheden zetten het hele stelsel financieel onder druk en kunnen schadelijk zijn voor individuele patiënten – immers niet elke vernieuwing is een verbetering, zoals al opgemerkt. De auteurs bepleiten daarom veel meer aandacht voor effectonderzoek door alle publieke en private partijen en het delen van deze kennis²¹.

Jeurissen concludeert dat bij de uitwerking van de gereguleerde concurrentie en stelselkenmerken eenzijdig de nadruk ligt op technische efficiency (kostenbeheersing) en allocatieve efficiency (keuzevrijheid, vraagsturing). Het derde aspect van efficiency – adaptieve efficiency (dynamiek, verandering, innovatie) – komt er bekaaid van af. Empirisch onderzoeksmateriaal over het bevorderen van de adaptieve efficiency in de gezondheidszorg blijkt nauwelijks voorhanden.

Tegen deze achtergrond krijgt de kwestie waar het in deze publicatie om draait, waarom er het afgelopen decennium weinig grootschalige vorderingen zijn gemaakt op het gebied van de behandeling van arbeidsrelevante gezondheidklachten, enige relativering. Als innoveren in de gezondheidszorg al een hele klus is dan zal het in het systeem gezondheidszorg en arbeid niet veel anders zijn.

Groslijst innovatiebevorderende factoren

Uit genoemde RVZ-studies destilleren we in de indeling van figuur 3.1 de navolgende factoren die innovatie en de verspreiding ervan bevorderen²².

Institutioneel niveau

Voorbeelden van *stelselkenmerken* die innovatie bevorderen zijn:

- Inpasbaar in bestaande (financiële) regelingen (DBC-structuur, A- en B-segment, verrichtingenregistratie).
- Mogelijkheden bieden voor competitie tussen aanbieders, meer specifiek: kansen voor nieuwkomers met innovaties.
- Inpassing in governance structuren (innovatie is toetsingscriterium van bestuur).
- Voortbouwend en aansluitend bij bestaande (technische) infrastructuur.
- Specifieke verspreidingsstructuren benutten zoals academische ziekenhuizen, beroepsverenigingen of verzekeraars.

²⁰ Jeurissen PPT (2005). Zorgsystemen en inpasbaarheid van doelmatige innovaties. In: Weten wat we doen; verspreiding van innovaties in de zorg. Zoetermeer: RVZ.

²¹ Yvonne G Doyle, RHM McNeilly (1999). The diffusion of new medical technologies in the private sector of the UK health care system. International Journal of Technology Assessment in Health Care (1999, 619-628).

²² RVZ (2005) Weten wat we doen; verspreiding van innovaties in de zorg. Zoetermeer: RVZ

Naast deze algemene systeemkenmerken zijn er ook kenmerken die betrekking hebben op *cultuur, instituties, normen*:

- Status van groepen benutten die een vernieuwing of richtlijn uitdragen.
- Beïnvloeden gedragsnormen voor actoren, beroepscode, afbakening van beroepsdomeinen tegengaan.
- Normering in wetgeving (gericht op innovatie).

Op het mesoniveau van de professionele organisatie betekent dit dat management en professionals een organisatiecultuur creëren van een lerende organisatie:

- rol management en organisatieprocessen: open, innovatief, participatief, etc.
- Zie onder meer de publicaties van het Zorg Innovatie Platform.

Niveau van actoren

De *betrokkenheid van de professional* als aparte drijvende kracht:

- Zoek professionals als inspirerende kartrekker, boegbeeld en bruggenbouwer naar financiers, verzekeraars, beleidsmakers extern.
- Als inspirator van collega's intern.
- Als samenwerkingspartner van managers binnen de organisatie.

Voor de bredere inbedding gaat het ook om een ruimere kring van actoren *in de omgeving*:

- Communicatie tussen bedenkers, relatienetwerken en beslissers, benutting media.
- Inschakeling van opinieleiders, belangenorganisaties, politiek.

Niveau van producten

Logischerwijs is de *aard van de innovatie* zelf cruciaal:

- Meerwaarde en relatieve voordelen voor patiënt en professional moeten helder en meetbaar zijn.
- zichtbaar positieve invloed op kwaliteit en exploitatieresultaat van de organisatie (onderdelen).
- Handelingen inpasbaar in bestaande routines, organisaties: niet te veel kan overhoop gehaald worden.
- Eenvoudig, herkenbaar, zichtbaar, inspirerend.
- Mogelijkheid tot uitproberen: 'heruitvinden' voor de eigen situatie door collega professionals.

Bij deze groslijst van innovatie bevorderende factoren moeten we ons rekenschap geven van de unieke aspecten van elke specifieke vernieuwing. Het actief beïnvloeden van deze factoren is maatwerk en wat in het ene geval goed werkt kan in het andere geval contraproductief zijn.

Als oorzaken van systeemfalen zien we hier meer nadrukkelijk aandacht voor de rol van de professional, institutionele kenmerken van het functioneren van beroepsgroepen, de rol van opinieleiders en belangenorganisaties en last but not least de open innovatieve houding van het management van organisaties van professionals.

Bedrijfseconomische innovatieprikkel

Financiële en bedrijfseconomische prikkels nemen in het licht van de geconditioneerde marktwerking in de gezondheidszorg een speciale plaats in. Zuurbier en van Gerven (2005) betogen dat de DBC-bekostiging een cruciale rol kan spelen in verspreiding van vernieuwingen²³. In het volgende hoofdstuk, wanneer we de stelselwijzigingen in de gezondheidszorg bespreken, gaan we nog dieper in op deze DBC-systematiek.

²³ Zuurbier, J, van Gerven, E (2005). DBC's als middel om de diffusie van verbeterde werkwijzen in de zorg te

Zorginnovatie beleidsprioriteit

Innovatie staat hoog op de politieke agenda om de toekomstige uitdagingen voor de gezondheidszorg het hoofd te bieden (zie ook het volgend hoofdstuk). Hierbij gaat het niet alleen om medisch-biologische innovatie gestimuleerd via het Fonds Economische structuurversterking, maar ook om innovaties gefinancierd in ZonMw-programma's en innovatie/implementatieprogramma's als Sneller Beter (ziekenhuizen), De Nieuwe Praktijk (huisartsen), Zorg voor Beter (AWBZ-instellingen), Beter Voorkomen (preventie), het landelijk dementie programma en het landelijk actieplan kwaliteit geestelijke gezondheidszorg. Daarnaast wordt vernieuwing gefaciliteerd via de NZa beleidsregel 'Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgproducten' en via de herziening van DBC's²⁴.

Onder voorzitterschap van de minister en staatssecretaris van VWS functioneert sinds medio 2008 het ZorgInnovatiePlatform (ZIP) voor 'het bevorderen van de totstandkoming van een goed innovatieklimaat en goede randvoorwaarden voor innovatie in preventie en zorg'²⁵.

De ZIP-speerpunten focussen op drie factoren die in het voorgaande al ter sprake zijn gekomen:

- De positie van patiënten en professionals verbeteren.
- De mogelijkheden van ICT en technologie beter benutten.
- Slimmer organiseren en meer ondernemerschap in de zorg.

Met nadruk op de zorg voor chronisch zieken en ouderen ontwikkelt het ZIP financieel instrumentarium, de ZorgInnovatieWijzer, organiseert netwerken en bijeenkomsten en geeft advies over arbeidsmarktbeleid in de zorg²⁶.

2.3 Schade van systeemfalen

Een andere weg om het systeem gezondheidszorg en arbeid en het veronderstelde systeemfalen te verkennen en beargumenteren is te kijken naar de omvang van 'gezondheidsgerelateerde non-participatie'. In een parallele onderzoeksactiviteit in ons onderzoeksprogramma hebben we hiertoe de kosten van non-participatie in beeld gebracht (zie project 1c, paragraaf 0.1). Een samenvatting van de resultaten van dit onderzoek bespreken we in deze paragraaf 2.3. We spreken in de analyses van gezondheidsgerelateerde non-participatie, wanneer werkenden vanwege gezondheidsproblemen (tijdelijk) niet volwaardig deel kunnen nemen aan het arbeidsproces. Hierbij is onderscheid gemaakt naar kosten van verzuim, uitstroom uit arbeid naar de WIA (en WAO), kosten van 'sickness presenteeism' en kosten van de gezondheidszorg voor de beroepsbevolking. Voor het totaal overzicht zie tabel 2.1. Deze unieke analyses zijn gebaseerd op een koppeling van verschillende databestanden. Zij geven inzicht in wat arbeidsgerelateerde non-participatie de werkgever, de werknemer en de maatschappij kan kosten, uitgesplitst voor verschillende (chronische) ziekten. Vervolgens hebben we bekeken of bepaalde kosten mogelijk vermijdbaar zijn. Vermijdbare kosten zijn een indicatie voor systeemfalen.

versnellen. In: Weten wat we doen; verspreiding van innovaties in de zorg. Zoetermeer: RVZ. Voor de behandeling van DBC's en andere wijzigingen in het gezondheidszorgsysteem zie hoofdstuk 3.

²⁴ Ministerie van VWS. Innovatie in preventie en zorg. Brief aan de Tweede Kamer MEVA/AEB-2830484; 7 februari 2008.

²⁵ Zie onder meer: Probleemanalyse innovatie in de zorg. Interdepartementale programmadirectie KenI en het Innovatieplatform, juni 2008.

²⁶ Zie ondermeer: Inspiratie voor innovatie; de visie van het Zorginnovatieplatform. En Zorg voor mensen, mensen voor de zorg. Advies van het Innovatieplatform. ZIP 2009.

Veel werknemers met chronische aandoeningen

Uit bevolkingsonderzoek (NEA) blijkt dat een substantieel deel, namelijk eenderde van de werkende beroepsbevolking (ruim 3 miljoen), last heeft van één of meerdere chronische aandoeningen. Het hebben van een chronische aandoening hoeft op zich geen probleem te zijn. Zeker als de bijbehorende gezondheidsklachten onder behandeling en onder controle zijn en het werk passend is, hoeft de werknemer daar in het dagelijkse leven weinig of geen last van te hebben. Maar het hebben van een chronische aandoening kan er ook toe leiden dat een werknemer thuis of op het werk niet optimaal functioneert. De chronische aandoening kan werknemers beperken bij het uitvoeren van hun werk. Ongeveer de helft van de werknemers met een chronische aandoening (49%) geeft aan door de aandoening beperkt te worden bij het uitvoeren van het werk, ruim 4 op de 10 in lichte mate en bijna 8% ernstig beperkt. Niet alleen de omvang van gezondheidsklachten is van belang, maar ook de ontwikkeling in de tijd. Het gaat hierbij om de vraag welke chronische aandoeningen in de toekomst zullen af- of toenemen en bij welke werknemers. De prevalentie van verschillende ziekten, zoals suikerziekte is stijgende over de afgelopen jaren. De stijging van hart- en vaatziekten en suikerziekte wordt waarschijnlijk veroorzaakt door een toename van zwaarlijvigheid en obesitas. Overgewicht wordt als risicofactor voor chronische aandoeningen in de toekomst steeds belangrijker. Ook is er een toename in levensbedreigende ziekten. Omdat kanker steeds beter is te behandelen, overleven steeds meer mensen deze ziekte en keren – al dan niet met restbeperkingen – terug in het arbeidsproces.

Kosten verzuim

Gemiddeld verzuimde de Nederlandse werknemer 7,5 werkdagen (NEA 2008). Met een ruwe schatting komt dit neer op een kleine 13 miljard euro per jaar voor alle soorten verzuim (kort, lang, frequent). Werknemers zonder chronische aandoening verzuimden gemiddeld 4,9 dagen, terwijl werknemers met een chronische aandoening, afhankelijk van het type aandoening, tussen de 7 en de 42 dagen verzuimden. De analyses concentreren zich op het *extra* verzuim en de daarmee gepaard gaande kosten die samenhangen met het hebben van chronische aandoeningen. Levensbedreigende ziekten blijken per persoon de duurste aandoeningen te zijn. Een werknemer met een levensbedreigende ziekte kost een werkgever gemiddeld 8.441 euro per jaar. Ernstige huidziekten zijn met 547 euro per werknemer voor werkgevers het goedkoopst. Als comorbiditeit in aanmerking wordt genomen zijn de verzuimkosten voor een werknemer met een combinatie van twee en vooral drie verschillende aandoeningen over het algemeen hoger dan de kosten voor een werknemer met slechts één aandoening.

Als naar de totale financiële gevolgen van de aandoeningen wordt gekeken is het beeld anders. Huidziekten blijven met een totale verzuimkostenpost van 32 miljoen euro de goedkoopste aandoening, maar aandoeningen aan het bewegingsapparaat zijn met een totaal kostenplaatje van 2,4 miljard veruit de duurste aandoeningen, gevolgd door psychische klachten, met 1,1 miljard en hart- en vaatziekten met 0,7 miljard per jaar. Op basis van de literatuur is ook een schatting gemaakt van verloren werktijd door een chronische aandoening zonder dat dit tot verzuim aanleiding geeft ('sickness presenteeism'). Migraine (20.5%), maag- of darm stoornissen (19.9%) en psychische klachten (15.3%) hangen samen met de hoogste percentages verloren werktijd (gemiddelde schatting). Hart- en vaatziekten (8.6%) en klachten aan het bewegingsapparaat (6.4%) leiden juist tot relatief weinig werktijdsverlies door sickness presenteeism.

Sickness presenteeism bij migraine of ernstige hoofdpijn, maag- of darmstoornissen en psychische klachten brengen per persoon de hoogste kosten met zich mee. Klachten aan het bewegingsapparaat, ziekten en suikerziekte leidden juist tot relatief lage kosten voor presenteeism per persoon. Waarschijnlijk verzuimen patiënten bij deze klachten eerder.

Kosten uitstroom uit arbeid

Werknemers die vóór 1 januari 2004 arbeidsongeschikt zijn geworden, krijgen nog een WAO-uitkering. In 2008 waren er nog ruim 558 duizend lopende WAO uitkeringen die totaal 10 miljard euro kostten. Dit betekent dat in 2008 89% van de kosten van uitval uit arbeid voor rekening kwamen van de oude WAO en 11% voor rekening van de nieuwe WIA-regelingen. Als een werknemer nu wegens zijn gezondheidsklachten uitvalt uit het arbeidsproces kan deze uiteindelijk terechtkomen in de WIA. Daarbij kan het gaan om tijdelijke uitval uit het arbeidsproces (WGA, Regeling werkhervatting gedeeltelijk arbeidsgeschikten) en duurzame uitval (IVA, Regeling inkomensvoorziening volledig arbeidsongeschikten). Het aantal lopende WIA-uitkeringen is nog vele malen lager dan het aantal WAO-uitkeringen. In 2008 waren er 59.449 lopende WIA-uitkeringen. Het merendeel hiervan werd uitgekeerd voor psychische aandoeningen (33%) en aandoeningen van het bewegingsapparaat (25%). Daarbij zijn er wel duidelijke verschillen tussen de verschillende uitkeringssoorten. De meeste WGA-uitkeringen werden toegekend wegens psychische klachten, terwijl de meeste IVA-uitkeringen werden toegekend wegens hart- en vaatziekten. De hoogste WIA-kosten komen voort uit de psychische klachten/aandoeningen (398 miljoen euro), gevolgd door klachten aan het bewegingsapparaat (283 miljoen euro) en hart- en vaatziekten (132 miljoen euro). In deze analyses zijn vooral de WIA-kosten van belang. De WAO-kosten zijn op dit moment nauwelijks vermijdbaar meer en zullen vooral afnemen door uitstroom via overlijden en het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd.

Kosten van gezondheidszorg

De kosten zijn de kosten volgens het 'system of health accounts'. Alle zorgkosten zijn meegenomen, ongeacht de relatie met werk. Uit de resultaten blijkt dat in de werkzame beroepsbevolking de totale kosten van de gezondheidszorg het hoogst zijn voor klachten van het bewegingsapparaat (974 miljoen euro), psychische klachten/aandoeningen (938 miljoen euro) en hart- en vaatziekten (620 miljoen euro). De kosten van de gezondheidszorg zijn schattingen en door de achterliggende aannames en beperkingen dienen deze schattingen met de nodige voorzichtigheid te worden beschouwd.

Schatting van de totale kosten van non-participatie

Bij verzuim, uitval uit arbeid en zorgkosten wordt de top 3 van kosten gevormd door klachten van het bewegingsapparaat, psychische klachten/aandoeningen en hart- en vaatziekten. Sickness presenteeism laat een ander patroon zien. Hier wordt de top 3 van kosten gevormd door maag- en darmstoornissen, migraine of ernstige hoofdpijn en astma, bronchitis, emfyseem. Het lijkt er dus op dat aandoeningen die relatief hoge kosten met zich meebrengen wat betreft sickness presenteeism relatief lage kostenposten vormen bij verzuim en uitval uit arbeid. Wanneer de kosten van sickness presenteeism niet worden meegenomen, zijn de schattingen van de totale kosten van non-participatie het hoogst voor klachten van het bewegingsapparaat (3,7 miljard euro), psychische klachten/aandoeningen (2,5 miljard euro) en hart- en vaatziekten (1,8 miljard euro). Wanneer we de kosten van de WAO meenemen worden de schattingen van de totale kosten veel hoger, namelijk 6,5 miljard voor klachten aan het bewegingsapparaat, 6,1 miljard voor psychische aandoeningen/klachten en 2,4 miljard voor hart- en vaatziekten. Wanneer sickness presenteeism wel wordt meegenomen (en de WAO niet), wordt de top drie van de totale kosten van non-participatie gevormd door klach-

ten van het bewegingsapparaat, psychische klachten en maag-en darmstoornissen. Het dient te worden benadrukt dat de categorie ‘overige’ aandoeningen ook tot zeer hoge kosten van non-participatie leiden. Deze categorie bestaat uit veel verschillende aandoeningen, variërend van relatief mild tot zeer ernstig.

Als we de hoge kosten van gezondheidsgerelateerde non-participatie in ogenschouw nemen – ruim 26 miljard euro zonder de kosten van sickness presenteeism – leidt dit tot de conclusie dat het nut heeft om de efficiëntie van het systeem van arbeid en zorg te evalueren en waar mogelijk te verbeteren, zoals het SIG-programma beoogt.

Tabel 2.1 Overzicht totale kosten non-participatie per aandoening

Chronische aandoening	Prevalentie	Kosten (miljoen euro)					Totaal 3
	NEA (%) ^c	Werkzame beroeps bevolking (N)	Verzuim	Sickness presen teeism	Uitval uit arbeid (WIA)	Zorg kosten ^a	
Klachten aan het bewegingsapparaat	15,3	1.180.242	2.416	461	283	974	3.673
Psychische klachten/aandoeningen	2,4	187.741	1.153	682	398	938	2.489
Hart- en vaatziekten	2,7	208.128	723	49	132	620	1.475
Maag en darm stoornissen	3,6	278.158	710	1565	24	324	1.058
Levensbedreigende ziekten (bijv kanker, aids)	0,8	58.353	493	^b	119	289	901
Astma, bronchitis, emfyseem	5,2	400.636	525	1236	24	137	686
Migraine of ernstige hoofdpijn	5,5	427.209	658	1385	3	^b	661
Suikerziekte	2,1	161.820	398	120	12	150	560
Gehoorproblemen	2,2	171.148	161	^b	6	115	282
Ernstige huidziekten	0,8	57.989	32	^b	4	244	280
Epilepsie	0,3	25.606	65	^b	5	38	108
Problemen met zien	2,1	165.005	194	^b	^b	^b	^b
Overig	5,9	452.312	1.155	^b	227	5.502 ^d	6.884
Totaal kosten WAO					10.004		
Totaal	37,1	7.714.000	5.276	5498	11.238	9.332	25.842

Tabel is gesorteerd op Totaal 3

^a Kosten reflecteren zorgkosten berekend volgens System of Health Accounts in 2005 (geen extrapolatie naar 2008 toegepast)

^b Niet beschikbaar

^c Prevalentie afkomstig uit NEA 2008, het totaal is lager dan de som van de aandoeningen omdat werknemers meerdere aandoeningen kunnen hebben.

^d Inclusief migraine en ernstige hoofdpijn, exclusief zwangerschap en diagnose niet toegewezen

^e Per aandoening wordt het verzuim overschat; daar is in dit totaal voor gecorrigeerd

Totaal 3 = totale kosten verzuim (gecorrigeerd), uitval uit arbeid en gezondheidszorg.

Totaal 4 = totaal 3 + kosten sickness presenteeism

Kosten zullen stijgen

De verwachting is dat de vergrijzing een belangrijk effect zal hebben op een toename van gezondheidsproblemen. Chronische aandoeningen komen vaker voor bij werkenden vanaf 45 jaar en deze leeftijdscategorie zal relatief en absoluut sterk toenemen. De prevalentie van klachten van het bewegingsapparaat, suikerziekte en levensbedreigende ziekten is hoger bij werknemers van 55 jaar en ouder, terwijl de prevalentie van hart- en vaatziekten en gehoorproblemen al duidelijk hoger is bij werknemers vanaf 45 jaar. Ook zal het verzuim toenemen, omdat 55-plussers bij veel aandoeningen meer dagen verzuimen dan andere leeftijdsgroepen.

De kosten van arbeidsongeschiktheidsuitkeringen zullen waarschijnlijk afnemen. Dit omdat de WAO alleen nog uitstroom kent en de WIA naar verwachting niet zal stijgen naar het oude WAO niveau.

Zoals eerder geconcludeerd leiden klachten van het bewegingsapparaat, psychische klachten en hart- en vaatziekten tot de hoogste kosten van gezondheidszorg onder werknemers. Met name 45-plussers nemen het grootste deel van de zorgkosten op zich voor hart- en vaatziekten. In mindere mate geldt dit ook voor klachten aan het bewegingsapparaat. Ook bij ander aandoeningen zien we dat de kosten toenemen met

de leeftijd, zoals bij levensbedreigende ziekten, astma, bronchitis, emfyseem en suikerziekte. De kosten van zorg wegens psychische klachten kunnen juist voor een belangrijk deel worden toegeschreven aan personen van 25 tot 44 jaar.

Wanneer de werkzame beroepsbevolking veroudert zullen aandoeningen die nu al hoge kosten van de gezondheidszorg met zich meebrengen, zoals klachten van het bewegingsapparaat en hart- en vaatziekten, relatief gezien nog verder toenemen. Ook de andere genoemde ziekten zullen meer gaan kosten, omdat ook daar 45-plussers relatief een groter deel van de gezondheidszorgkosten voor hun rekening nemen.

Vermijdbare kosten non-participatie

Er is enig onderzoek gedaan naar vermijdbare kosten door inadequaat medisch handelen in de gezondheidszorg en vermijdbaar verzuim. Dit is echter lastig te vertalen naar de door ons gevolgde benadering van kosten van non-participatie van de beroepsbevolking. Uit onderzoek van TNO onder representatieve steekproeven van werknemers (n = resp. 2954 en 1828) en een kwalitatief onderzoek onder bedrijfsartsen en hun cliënten (81 casussen) zijn echter wel conclusies te trekken over mogelijke vermijdbaarheid van kosten. 21,5% van het verzuimpercentage kan worden gezien als vermijdbaar²⁷. Verbetermogelijkheden zijn ongeveer gelijk verdeeld over de (bedrijfs)gezondheidszorg, de werkgever (onvoldoende steun leidinggevende, werkdruk, onvoldoende aanpassingen) en de werknemer zelf (onvoldoende steun familie/vrienden, werk-privé onbalans). De belangrijkste verbetermogelijkheden in de (bedrijfs)gezondheidszorg bestaan uit sneller verwijzen, het verkorten van wachttijden, het verbeteren van samenwerking tussen zorgverleners en het voorkomen van verkeerde diagnoses/behandelingen.

Essentieel voor de analyse van systeemfalen is de bevinding uit dit onderzoek dat zorgverleners een duidelijke invloed hebben op verzuim. Wanneer werknemers niet hadden verzuimd en aangaven dat dit door contact met een zorgverlener was voorkómen kwam dit in 44% van de gevallen door de huisarts, in 12% door de fysiotherapeut en in 15% door een combinatie van die twee. Van de werknemers die wel verzuimden en een psycholoog hadden bezocht gaf 71% aan dat deze het verzuim had bekort. Bij de fysiotherapeut was dit 61%. De bedrijfsarts had het minst vaak een verkortend effect op het verzuim (25%).

Uit literatuur blijkt dat een deel van de kosten van de gezondheidszorg vermijdbaar is, met name op het vlak van fouten tijdens ziekenhuisopnames, wachtlijsten en onderbehandeling. In paragraaf 5.3 citeren we een beschouwing van Grol en Grimshaw (2003), die beargumenteren dat 20 tot 25% van de zorg overbodig of zelfs schadelijk is. Ongeveer 5% van de ziekenhuisopnames resulteert in onbedoelde schade en verlenging van de opnameduur van circa 10 dagen. Terugdringen van de wachttijden levert ook veel op zoals het ZonMw-programma 'Sneller Beter' heeft laten zien. Daartegenover staan weer kostenstijgingen in de zorg als we onderbehandeling tegengaan, zoals bij de evidence based behandelingen van depressie of lage rugklachten.

Omdat deze schattingen niet zijn toe te rekenen naar specifieke gebruikersgroepen en 'zorgpaden', is niet precies te becijferen hoe groot de reële besparingen zullen zijn bij een betere kwaliteit van de zorg.

2.4 Globale schets theoretische verkenning

Nu we in het voorgaande de definiëring van systeemfalen van verschillende kanten bekeken hebben, kunnen we de lijnen uitzetten voor de richting van de theoretische

²⁷ Kremer A.M., Steenbeek R. Avoidable sickness absence in a Dutch working population. J Occup Rehabil 2010, pp 81-89

verdieping. Dit doen we aan de hand van de in figuur 2.1 gehanteerde driedeling *institutes, actoren en producten*.

Institutionele veranderingen

Onze theoretische verkenning starten we op macro- en mesoniveau. We beginnen bij een beschrijving van het gezondheidszorgdomein en de dominante beleidstheorie die de afgelopen decennia heeft geleid tot de huidige institutionele vormgeving. Als uitgangspunt nemen we de analyses van Le Grand en Bartlett (1993), die ingaan op de institutionele veranderingen in de publieke sector, zoals de gezondheidszorg, met concurrentie en marktwerking als leidend principe: quasi-markt structuren²⁸. Kortweg verstaan zij onder quasi-markten: publieke of collectieve financieringwijzen in combinatie met marktprikkels om ervoor te zorgen dat de dienst wordt uitgevoerd op de meest efficiënte en responsieve manier. Deze analyses sluiten aan bij de dominante maatschappelijke trend van de afgelopen 25 jaar, die van liberalisering. Ook institutionele veranderingen worden met dit begrip gekenmerkt, zoals Streeck en Thelen (2005) bargumenteren²⁹. Diverse OECD-studies brengen het internationale perspectief aan, zodat we de situatie in Nederland tegen deze achtergrond kunnen begrijpen. De complexiteit van de institutionele omgeving biedt een goede verklaringsgrond voor het systeemfalen dat wij onderzoeken.

Actoren: professionals hun aansturing en motivatie

In een latere publicatie gaat Le Grand in op prikkels die een rol spelen in quasi-markten, prikkels voor de professional en voor de cliënt (Le Grand 2003)³⁰. Dit brengt ons op de rol van de professional bij de institutionele analyse van het systeemfalen. Hier maken wij gebruik van de analyses van onder meer Freidson (1994, 2001) en Waltzer (1983)³¹. Hoe kunnen we de kwaliteit van het werken van professionals beïnvloeden. Recentelijk zij hier ook enkel Nederlandse publicaties over verschenen³².

De actor waar het om draait: de cliënt en vraagsturing

Deze aandacht voor de motivatie van professionals leidt ons van het macro naar het microniveau en richt de focus onherroepelijk tot de andere essentiële speler: de cliënt/patiënt/werknemer. We noemen hier theorieën rond keuzegedrag en keuzedilemma's van gebruikers en theorieën rond empowerment en vraagsturing. Van de werknemer wordt regie en 'zelfsturing' verwacht. Van de zorgconsument wordt verwacht dat hij beredeneerde keuzes maakt en hierdoor de kwaliteit van de geleverde diensten in positieve zin beïnvloedt.

Product

Tenslotte komen we uit bij het product: de arbocuratieve dienstverlening zelf. Aan de hand van een literatuursearch kijken we naar de (pogingen tot) inhoudelijke vernieuwingen van de afgelopen jaren, de evidence based interventies en de belemmeringen voor bredere implementatie. Ook als de kwaliteit van de interventies of het product verbetert hangt de feitelijke impact af van bovengenoemde factoren.

²⁸ Le Grand, Julian and Bartlett, Will (eds.) 1993. Quasi-Markets and Social Policy. Houndmills: Macmillan press.

²⁹ Streeck, Wolfgang and Theelen, Kathleen (eds.) (2005). Beyond continuity. Institutional Change in Advanced Political Economies. Oxford University Press, Oxford.

³⁰ Le Grand (2003) Motivation, Agency, and Public Policy. Of Knights and Knaves, Pawns and Queens. Oxford University Press.

³¹ Freidson, Eliot (1994). Professionalism Reborn. Theory, Prophecy and Policy. Cambridge. Polity Press. Freidson, Eliot (2001). Professionalism, the Third Logic. Cambridge: Polity Press.

Waltzer, Michael (1983) Spheres of Justice. A Defense of Pluralism and Equality. Basic Books.

³² WRR (2005). Bewijzen van goede dienstverlening. Amsterdam: University Press. Brink, Gabriël van den, Jansen, Thijs, Pessers, Dorien (red.) (2005). Beroepszeer. Waarom Nederland niet goed werkt. Christen Democratische Verkenningen. Amsterdam: Uitgeverij Boom. Jansen, Thijs, Brink, Gabriël van den, Kole, Jos (red.) (2009). Beroepstrots. Een ongekende kracht. Amsterdam Uitgeverij Boom. Zie ook info@beroepseer.nl

Aanbevelingen voor de opzet van experimenten

Hoe interessant de theoretische verkenningen op zich ook kunnen zijn, de bedoeling is dat we er de lessen uit trekken voor de vraagstelling en vormgeving van theoriegestuurde experimenten, de opdracht in fase 2 van het SIG-onderzoeksprogramma. Dit wordt uitgewerkt in het concluderende hoofdstuk 8.

3 Quasi-markten en systeemfalen

3.1 Marktwerking in de gezondheidszorg

Historie

De stelselwijzigingen in de sociale zekerheid en gezondheidszorg kennen een lange geschiedenis. Wat betreft de gezondheidszorg kunnen we vanuit het perspectief van de huidige stelseldiscussies gerust teruggaan tot midden jaren zeventig van de vorige eeuw met de Structuurnota Gezondheidszorg (1974) van de toenmalige staatssecretaris J.P.M. Hendriks, waarin regionalisatie en het onderscheid eerste- en tweedelijnszorg uitgangspunten waren. Beheersbaarheid (van kosten) was toen ook al een van de achterliggende thema's³³. Jaren later (1987) was de volgende mijlpaal het rapport van de commissie-Dekker *Bereidheid tot Verandering*, met daarin de voorstellen voor een omvangrijke structuurverandering in de gezondheidszorg: herstructurering van de zorgverzekering via de invoering van een basisverzekering met een breed pakket voor de gehele bevolking en de introductie van een systeem van gereguleerde marktwerking. Pas weer 15 jaar later kregen vergelijkbare voorstellen kracht van wet met de Zorgverzekeringswet die staatssecretaris Hoogervorst door de Kamer wist te loodsen.

Implementatie Zorgverzekeringswet

Op 1 januari 2006 is de Zorgverzekeringswet (Zvw) in werking getreden als onderdeel van een brede hervorming van het zorgstelsel van een aanbodgestuurd gebudgetteerd stelsel naar een meer vraaggestuurd stelsel met bekostiging op basis van geleverde prestaties: een voor alle Nederlanders verplichte uniforme basiszorgverzekering, waarbij verzekeraars verplicht zijn iedereen die zich aanmeldt tegen dezelfde voorwaarden te accepteren. Er is dan ook een verplicht vereveningsfonds om de slechte risico's te delen. Daarnaast kan men zich aanvullend verzekeren, zodat verzekeraars hiermee onderling kunnen concurreren en differentiatie naar klantwensen kan optreden. Voor het basispakket kunnen verzekerden als zij dat willen eens per jaar naar een andere verzekeraar overstappen. Er zijn veel collectieve contracten met verzekeraars afgesloten, vooral door werkgevers voor hun werknemers – deelname niet verplicht – maar ook door andere collectiviteiten als patiëntengroepen. Hoewel de premies niet sterk verschillen is er prijsconcurrentie en concurrentie in het aanbod binnen het aanvullend pakket. Maar praktisch altijd neemt men het aanvullend pakket bij de verzekeraar van het basispakket, hoewel dit niet verplicht is.

Daarmee zijn er in de zorg drie geconditioneerde markten: a) een verzekeringmarkt, waarin verzekeraars dingen naar de gunst van de poliskoper/consument, b) een aanbiedermarkt, waarin zorgverleners/instellingen dingen naar de gunst van de zorggebruiker/consument en c) een zorginkoopmarkt waarin verzekeraars contracten afsluiten met zorgaanbieders met afspraken over kwaliteit, inhoud en prijs.

Nederland is internationaal in die zin uniek dat marktwerking, private verzekering en private en semiprivate uitvoering gecombineerd worden met verplichtende collectieve regelingen (acceptatieplicht, risicoverevening).

³³ Wat betreft de relatie curatieve gezondheidszorg en (inkomens)schadeverzekering kunnen we de discussies zelfs terugvolgen naar het eind van de negentiende eeuw. Zie van Genabeek en de Boer (2006) *Geschiedenis van de claimbeoordeling*

Om deze markten te laten werken heeft de overheid vele initiatieven en regelingen geïnitieerd, zoals de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), die toeziet op de marktwerking en de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), overheveling van onderdelen van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (bijvoorbeeld geestelijke gezondheidszorg) naar de Zvw en allerlei zaken die beogen de transparantie te bevorderen om vraagsturing door de burger/zorgconsument te ondersteunen (bijvoorbeeld www.kiesBeter.nl, www.regelhulp.nl en het structureel meten van consumentenervaringen). Het is de bedoeling dat geleidelijk een steeds groter deel van de zorgverlening onder de condities van marktwerking en vrije prijsvorming zal gebeuren.

Stand van zaken 2010

De implicaties van de stelselwijziging zijn complex, we zitten nog midden in de overgangssituatie. Dit geldt vooral voor de markt van de zorginkoop, omdat overgegaan wordt van budgetbekostiging naar prestatiebekostiging en het (financiële) voortbestaan van de zorginstellingen in het geding is. Over 2008 werd situatie wat betreft de inkoop nog als onvolkomen getypeerd³⁴. Als rekeneenheid van het zorgproduct speelt de Diagnose Behandeling Combinatie (DBC) een sleutelrol. In het onderstaande kader wordt hier dieper op ingegaan, niet in de laatste plaats vanwege de mogelijke rol bij de implementatie van innovaties.

De voortgang op de weg van marktwerking in de gezondheidszorg is onlangs door het Kabinet herbevestigd, zie de brief van 19 januari jl. van de minister van VWS aan de Tweede Kamer. De sense of urgency is echter aangescherpt in verband met de economische crisis, de verwachte stijging van de zorgbehoefte door onder meer de vergrijzing en de verwachte krapte op de arbeidsmarkt in de zorg.

De zorg zal efficiënter georganiseerd worden als de verzekeraars en zorgaanbieders daar zelf belang bij hebben volgens het Kabinet. De voorgenomen invoering van de prestatiebekostiging die dit moet bewerkstelligen zal in 2011 plaatsvinden. Er is een overgangsregiem voorzien en het ministerie van VWS en – op geleide van het ministerie – de NZa houden strakke regie. Onderscheiden worden:

- Het vrije segment, bekostigd op basis van declarabele zorgproducten (DBC's) met een prijs en volumen die vrij onderhandelbaar zijn tussen verzekeraars en zorgaanbieders, circa 50% van de zorg (in 2010 nog circa 30%).
- Het gereguleerde segment, zorg bekostigd via declarabele zorgprestaties met gemaximeerde integrale tarieven; het gaat om declarabele zorgprestaties die niet geschikt zijn voor vrije prijsvorming, zoals bijvoorbeeld bijzondere medische verrichtingen of dure geneesmiddelen.
- het vaste segment, productie-onafhankelijke gemaximeerde kosten, zoals bepaalde specialistische academische zorg en delen van de traumazorg.

De nadruk op kostenbeheersing komt tot uitdrukking in voorstellen voor wijziging van de Wmg om macrobudgettair te kunnen ingrijpen teneinde de uitgaven structureel binnen de vastgestelde kaders te houden. Daarnaast krijgt de zorgautoriteit de bevoegdheid grenzen en bandbreedtes vast te stellen voor het totaal aan inkomsten en kosten van de zorgaanbieder.

³⁴ Zie ook Bouman GA, Karssen, B, Wilkinson, EC. (2008) Zorginkoop heeft de toekomst, maar vraagt nog een flinke inzet van betrokken partijen. Achtergrondstudie uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg bij het advies Zorginkoop. Den Haag: RVZ.

Naast deze inzet op (gereguleerde!) marktwerking staat een hele lijst innovaties op de agenda van de minister die de kwaliteit moeten verhogen en tegelijkertijd de efficiëntie verbeteren (kosten verlagen):

- Patiëntveiligheid, tegengaan van onnodige verrichtingen en van risico's voor overbehandeling.
- Transparantie en vergelijkbaar maken van prestaties in de zorg.
- Introductie ketenzorg in de eerste lijn voor chronische aandoeningen.
- Andere honorering medisch specialisten en huisartsenzorg.
- Versnelde afbouw risicoverevening achteraf voor verzekeraars als prikkel voor efficiëntie.
- Verbetering inzichtelijkheid kostprijzen via verbetering DBC-structuur.

Voor ons onderwerp arbeid en gezondheidszorg is het relevant op te merken dat de nadruk ligt op preventie en de zorg voor mensen met chronische aandoeningen. Zoals in hoofdstuk 2 is aangegeven wordt juist in de leeftijdscategorie van 45 jaar en ouder een sterke stijging verwacht van mensen met chronische klachten. Behoud van de inzetbaarheid van deze mensen in het arbeidsproces is van groot maatschappelijk belang.

Historie van de DBC – in Angelsaksische landen: Diagnostic Related Group (DRG)

Volgens Rodrigues (1993) aangehaald door Schmid en Görtze (2009) beogen DRG's de ziekenhuisdiensten te beschrijven analoog aan commerciële producten ter onderbouwing van financiering, management, planning en verantwoording (case-mix based remuneration)³⁵. Aan de ontwikkeling van het concept van de DRG is goed te illustreren hoe de beleidsontwikkeling in Nederland mede is beïnvloed door ideeënontwikkeling in het buitenland, maar tevens dat landen toch sterk hechten aan landeigen differentiatie en aanpassingen (Schmid en Götze). Door de noodzaak van deze nationale aanpassingen kreeg volgens Schmid en Götze de firma 3M die sterk voor zijn commerciële systeem heeft gelobbyd in Duitsland en Zwitserland geen voet aan de grond vanwege de gevraagde licentiekosten voor elke aanpassing. De auteurs concluderen dat toen er eenmaal een globale politieke consensus aanwezig was over de noodzaak van kostenbeheersing en marktwerking, de implementatie van DRG's als een technische zaak is opgevat voor experts en managers. Er waren zeker grote belangen in het spel voor de stakeholders en voor de inhoud van de zorg, maar dit is nauwelijks in politiek debat geweest voor het grote publiek.

De eerste grootschalige implementatie gebeurde in 1983 in het US Medicare Programma onder meer naar aanleiding van onderzoek door Yale University eind jaren zestig (!) van de vorige eeuw. Ook hier zien we dus een lange incubatietijd van ideevorming. In Frankrijk en Canada werden er in de tachtiger jaren experimenten uitgevoerd en na 1990 volgden België, de UK, Ierland, Portugal, Australië Finland, Zweden en Duitsland. Japan, Oostenrijk en Nederland implementeren een complexer systeem waarin ook behandelprocedures en niet alleen diagnoses zijn opgenomen, waarin Nederland ook nog de extramurale zorg opneemt.

Na 1980 zijn tevens internationale organisaties als de WHO, de OECD en de Europese Commissie bij de ontwikkeling betrokken geraakt. De nadruk op kostenbeheersing die internationaal steeds een belangrijke rol heeft gespeeld, ongeacht de publieke of meer private inrichting van de stelsels, is volgens Schmid en Götze terug te voeren tot de oorsprong van de ontwikkeling in de VS.

³⁵ Schmid A, Götze. Cross-national policy learning in health system reform: the case of Diagnostic Related Groups. *International Social Security Review*, Vol 62, 4; 2009.

De Nederlandse DBC is de beschrijving van een zorgproduct/dienst door de arts getypeerd op basis van de zorgvraag van de patiënt. Alle activiteiten van de instelling en (para)medici die bij deze zorgvraag horen worden aan de DBC toegerekend. De invoering van DBC's vanaf 2005 betekende een enorme administratieve belasting van betrokkenen (in 2008 waren er 30.000 – elke specialist zijn eigen 'dingetje') en kende de nodige kinderziektes (onder meer te hoge vergoedingen voor sommige specialismen). In vervolgfases wordt het systeem verder ontwikkeld en tegelijkertijd vereenvoudigd en gestroomlijnd tot circa 3000 DBC's onder het motto 'DBC's op weg naar transparantie' (DOT in jargon). De nieuwe DBC is gekoppeld aan een ICD-10 diagnose én aan een voor de patiënt herkenbaar 'zorgproduct'. DBC's spelen een sleutelrol in de modernisering van logistiek en bedrijfsvoering in de ziekenhuizen/poliklinieken, in de onderhandelingen tussen verzekeraars en zorgaanbieders over prijs en kwaliteit, in de vereiste transparantie en vergelijkbaarheid van de dienstverlening en in de invoering van prestatiebekostiging.

Stichting DBC-Onderhoud is als organisatie opgericht door de veldpartijen en verantwoordelijk voor een goed werkende DBC-systematiek en ondersteunende IT en onderbouwende analyses. Ze is tevens verantwoordelijk voor het onderhoud van het aanvraagstelsel van innovatieve DBC's met een toetsende rol voor de Medisch Wetenschappelijke Adviesraad. De zorgaanbieder legt een innovatief product of concept voor aan DBC-Onderhoud. Deze wint extern advies in bijvoorbeeld aan de hand van een literatuurstudie of bij CVZ. Het oordeel over de DBC wordt voorgelegd aan de NZa die de definitieve beslissing neemt over het opnemen in de DBC-systematiek. CVZ beoordeelt/adviseert aansluitend of de nieuwe DBC deel uitmaakt van het verzekerde pakket. Tot op heden gaat het om enkele tientallen aanmeldingen voor innovatieve producten.

Tot zover zeer in het kort de praktijk tot op heden van de systeemwijzigingen in de gezondheidszorg richting marktwerking. Welke theoretische overwegingen aan dit beleid ten grondslag liggen is het onderwerp van de volgende paragraaf.

3.2 Kenmerken en criteria quasi-markten

Liberalisering

De zo juist behandelde complexe wordingsgeschiedenis van een van de pijlers van de verzorgingsstaat staat model voor de veranderingen die zich in alle Westerse verzorgingsstaten voordoen: een proces van liberalisering op individueel, maatschappelijk en economisch niveau. Gestegen welvaart en opleidingsniveau, toegenomen bestaanszekerheid, individualisering, behoefte aan keuzemogelijkheden, verbroekeling van sociale verbanden, deelname van vrouwen aan het arbeidsproces, opkomst informatie- en diensteneconomie, toenemend consumentisme stelden tegelijk de houdbaarheid en vormgeving van de sociale zekerheid ter discussie³⁶. Trommel en van der Veen (1999) merken op dat de sterke trends van individualisme en economische zelfstandigheid van het individu juist ten dele mogelijk zijn gemaakt door de arrangementen van de verzorgingsstaat. Zo is de paradox ontstaan dat de moderne anonieme en geprofessionaliseerde zorgbureaucratieën enerzijds een uiting zijn van nationale solidariteit en emancipatie mogelijk hebben gemaakt, maar anderzijds de bereidheid van burgers bedreigen om voor elkaar te zorgen en de neiging stimuleren tot calculerend egocentrisch gedrag³⁷. In alle westerse landen zijn daarom institutionele veranderingen in gang gezet die in dit liberaliseringproces zijn te passen.

³⁶ Zie onder meer: Wolfgang and Theelen, Kathleen (eds.) (2005). Beyond continuity. Institutional Change in Advanced Political Economies. Oxford University Press, Oxford. Wevers CWJ en Van Genabeek J (2005). Agenda voor de toekomst: Sociale zekerheid en arbeidsmarkt. Hoofddorp: TNO.

³⁷ Trommel, Willem, van der Veen, Romke (red.) 1999. De herverdeelde samenleving. Ontwikkeling en herziening van de Nederlandse verzorgingsstaat. Amsterdam: Univedrsity Press.

De overheid schept randvoorwaarden, laat de uitvoering van beleid aan maatschappelijke actoren, waarbij marktwerking en concurrentie/competitie garant (moeten) staan voor responsiviteit en kwaliteit van de dienstverlening aan de burger. Het idioom van de sociale rechten en plichten wordt verlaten om over te schakelen op economische calculatie: instrumenten van financiële prikkels zijn in deze beleidsfilosofie steeds centraler komen te staan³⁸.

Een fundamentele herbezinning lijkt voorlopig niet aan de orde, al heeft de economische crisis enige twijfel gezaaid over de waarde van marktwerking in de publieke sector.

Quasi-markten in ontwikkeling

De concurrentieverhoudingen die zo zijn ontstaan in het publieke domein noemen Le Grand en Bartlett quasi-markten³⁹. De quasi-markten onderscheiden zich in één of meer opzichten van conventionele markten:

- Non-profit organisaties (vaak in combinatie met profit organisaties) concurreren met elkaar om (semi)publieke opdrachten.
- De consumenten inkoopmacht is enerzijds gecentraliseerd in een grote (publieke) organisatie of geïndividualiseerd naar gebruikers in de vorm van vouchers of persoonsgebonden budgetten (niet in contanten).
- Consumenten worden in de markt gerepresenteerd door ‘agents’ en niet door zichzelf, bijvoorbeeld door verzekeraars.

Het gaat dus om sectoren waarover brede consensus bestaat dat zij tot het publieke domein behoren: gezondheidszorg, onderwijs, sociale zekerheid, maatschappelijke dienstverlening. Dat wil zeggen dat overheden en politiek systeemverantwoordelijkheid claimen, al varieert hun betrokkenheid bij de uitvoering.

Quasi-markten zijn in ontwikkeling; zij zijn een antwoord op falen van (onderdelen van) het oude systeem van voor de jaren negentig van de vorige eeuw, kortweg te karakteriseren als centralistisch bureaucratische en budgettaire aansturing van publieke voorzieningen. Hoe de ontwikkeling zich in de uitwerking doorzet zal verschillen naar sector en naar land. En dit proces is getuige de voorgaande beschrijving van de gezondheidszorg voorlopig ook niet ten einde. Het is zeker niet gewaagd om te veronderstellen dat juist in de overgangperiodes en – fasen allerlei onbedoelde en ongewenste effecten kunnen optreden. Deze komen dan uitgebreid in het nieuws, maar zeggen nog weinig over de voorziene eindsituatie. Al doende (in experimenten) leert men en Le Grand en Bartlett stellen evaluatiecriteria voor om te beoordelen in hoeverre quasi-markten succesvol zijn:

- Efficiency: tot uitdrukking komend in een goede prijs/kwaliteit verhouding.
- Responsiviteit: inspelen op behoeften vereisen flexibiliteit en sensitiviteit.
- Keuze in dienst én dienstverlener: als doel en als middel voor kwaliteitshandhaving
- Gelijk toegankelijk in relatie tot behoefte van gebruiker.

In ons onderzoek naar het systeemfalen van gezondheidszorg en arbeid lijken ons deze ‘overall’ criteria ook goed bruikbaar en hierin zijn ook moeiteloos de beleidsdoelen te herkennen van het ministerie van VWS. Wel zou er in navolging van Jeurissen bij efficiency ook nadrukkelijk naar de adaptieve efficiency gekeken moet worden (zie paragraaf 2.3).

³⁸ Zie noot 32.

³⁹ Le Grand, Julian and Bartlett, Will (eds.) 1993. *Quasi-Markets and Social Policy*. Houndmills: Macmillan Press.

Conditie en randvoorwaarden

Op basis van economische theorie en empirische bevindingen formuleren Le Grand en Bartlett condities en randvoorwaarden voor succes van quasi-markten, zonder meer toepasbaar op de gezondheidszorg en sociale zekerheid. In de tabel worden de condities kort opgesomd, in de navolgende bespreking geven wij enige complexiteiten weer die quasi-markten en in ons geval de gezondheidszorg (in relatie tot arbeid), kenmerken.

Wanneer structureel onvoldoende aan de condities wordt voldaan, kunnen we spreken van systeemfalen vanuit de optiek van quasi-markten: marktfalen.

Tabel 3.1: Conditie voor succes van quasi-markten (naar Le Grand & Bartlett 1993).

Marktstructuur	Er moet iets te kiezen zijn, er is competitie, er zijn voldoende dienstverleners én er zijn voldoende consumenten of kopers-/afnemers. Er moeten voldoende kansen zijn voor nieuwkomers en dienstverleners moeten failliet kunnen gaan als er onvoldoende vraag is naar hun diensten. Prijzen zullen interactie tussen vraag en aanbod moeten reflecteren.
Informatie	Informatie over kosten en kwaliteit van de diensten moet relatief makkelijk beschikbaar zijn om diensten te kunnen vergelijken en keuzes te kunnen maken. Kopers moeten kunnen nagaan of contracten worden nageleefd.
Transactiekosten en onzekerheid	Transactiekosten worden 'ex ante' gemaakt bij verkenning van de markt en het opstellen van overeenkomsten en 'ex post' bij het monitoren van de uitkomsten en bewaken van het contract. Hoge transactiekosten zijn een reden voor fusies en duurzame verbanden. Administratieve allocatie van kosten is dan goedkoper dan via de markt en reduceert onzekerheid.
Motivatie	Het marktmechanisme veronderstelt dat zowel aanbieders als kopers/afnemers tenminste ten dele gevoelig moeten zijn voor prijsprikkels en financiële overwegingen.
Afroming	In conventionele markten wordt de vraag wie een dienst afneemt in principe bepaald door het vermogen van de gebruiker ervoor te betalen, in quasi-markten meestal niet. De zorgbehoefte kan zo vervuld worden. Het risico bestaat echter dat aanbieders de moeilijkste en duurste cliënten proberen te weren.

Marktstructuur

De gezondheidszorg en andere genoemde domeinen worden gekenmerkt door juist steeds grotere organisaties, zie de discussies over fusies in het onderwijs en de zorgsector, hetgeen keuzemogelijkheden negatief kan beïnvloeden⁴⁰. In Nederland zijn door fusies nog maar enkele grote zorgverzekeraars over. Kennen grote aanbieders (een groot ziekenhuis), inkopers (grote verzekeraar of UWV) wel de behoefte van de klant (responsiviteit), hoe gebruiken ze hun inkoopmacht (wordt deze niet te groot?) en wordt er eenzijdig op prijs geconcentreerd, zoals in de re-integratiemarkt en de thuiszorg is gebeurd (race to the bottom)? Is er voldoende inzicht in het concurrentieproces? Grote monopolioïde aanbieders als een Arbeidsvoorziening kochten vroeger voor zichzelf arbeidskracht in.

⁴⁰ Over dit thema is ook de nodige parlementaire onrust, mede naar aanleiding van financiële problemen bij enkele grote zorgconglomeraten. In zijn advies 'Schaal en zorg' ziet de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg geen eenduidig verband tussen schaalgrootte en kwaliteit van de zorg, maar voorziet zij ingrijpende veranderingen in de organisatie van het aanbod die groot- en kleinschaligheid combineren. De toezichthouders hebben volgens de Raad vooralsnog voldoende mogelijkheden om in te grijpen bij ongewenste ontwikkelingen wat betreft kwaliteit en toegankelijkheid. Alleen wat de organisatie van de acute zorg betreft kan marktwerking geen soelaas bieden en is naar de mening van de Raad volledige overheidsregulering aangewezen. RVZ (2008). Schaal en zorg. Den Haag RVZ. Uit de VS komen meer alarmerende berichten over de gevolgen van monopolies in de zorgverzekeringsbranche: beperkte keus voor consumenten en prijs- en kwaliteitserosie in de zorginkoopmarkt. Zie Ghori and Chung (2008). Market Concentration in Health Care Insurance Industry Has Adverse Repercussions on Patient and Physicians. *Plastic and Reconstructive Surgery* (2008) volume 121,6 p 435-440.

Nu kopen ze diensten van competitieve aanbieders in met onvoorzienbare salarisontwikkelingen tot gevolg, zeker als schaarste van bepaalde beroepsgroepen een rol gaat spelen (zie bijvoorbeeld de beloning van arbeidsdeskundigen). Prijzen in quasi-markten reflecteren niet zomaar vraag en aanbod, maar zijn administratieve of onderhandelde prijzen in relatie tot (macro)budgetten, zoals de complexe prijsstelling in de gezondheidszorg laat zien (zie ook Maljers en Wansink⁴¹). De overheid bepaalt macrobudgetten en tarieven; de gebruiker betaalt zelden rechtstreeks voor de dienst. De winst-en-verlies rekening is vaak een minder hard ‘dwangbuis’ in de semipublieke instellingen dan in de conventionele markten. Ook kan de overheid ineens ingrijpen als de politieke druk te groot wordt, zie de ‘redding’ van de IJsselmeerziekenhuizen. Ook bijvoorbeeld bij de privatisering van de taxibranche heeft de overheid zich zwaar verkeken op de marktstructuur in de grote steden.

Een ongunstige en weinig doorzichtige marktstructuur is dus een belangrijke oorzaak voor systeemfalen. De marktstructuur in de gezondheidszorg is vanouds complex en is dit in de transitiefase niet minder. Zijn het in klassieke zin ongeoorloofde kartelafspraken om concurrentie uit te schakelen, wanneer ziekenhuizen en professionals afspraken maken over taakverdeling en doorverwijzingen en patiënten op die gronden weigeren? Zie de berichten begin 2010 over postcodebeleid van het academisch ziekenhuis in Maastricht en de ‘inval’ van de NMa bij ziekenhuizen in Amsterdam. Het publieke belang van deze afspraken voor kwaliteitsverbetering van de zorg is een essentieel element in de legitimering van deze afspraken. Kwaliteit- en efficiencyverbetering door specialisatie is beleidspeerpunt van het ministerie van VWS. Hier raken we ook de fundamentele vraag in quasi-markten waar de grenzen liggen van de toepassing van algemene marktprincipes in de publieke sector. NMa, NZa, het ministerie maar ook de politiek hebben er een hele kluit aan hier een weg in te vinden⁴².

Informatie over kwaliteit

In de ‘principal agent’ theorie is de informatie-asymmetrie het klassieke vraagstuk. De uitvoerder (agent) weet per definitie veel meer van de werkzaamheden dan de opdrachtgever (principal) en kan daardoor zijn prijzen opdrijven of sjoemelen met kwaliteit (‘moral hazard’, ‘adverse selection’). Voor de aanbieder/uitvoerder is het vooral belangrijk van te voren een goede inschatting van de kosten te kunnen maken. Komen er ineens meer ‘probleemgevallen’ dan verwacht, kom je niet uit met je contract. Voor de gebruiker en inkoper is informatie over kwaliteit van groot belang. De definitie van kwaliteit is in de publieke sector en gezondheidszorg echter niet eenduidig. Zo zijn kwaliteitsaspecten die de cliënt hogelijk waardeert vaak niet dezelfde als die van de professional. De behandeling die een patiënt wil hoeft vanuit professioneel oogpunt niet de beste te zijn. De (markt)positie van de cliënt/patiënt komt in het vervolg nog regelmatig terug, omdat aan hem/haar essentiële kwaliteitsturende taken worden toegewezen. Omdat bij privatisering van publieke taken het de overheid of een publiek orgaan is die aanbesteedt moet de overheid dus de kwaliteitscriteria kennen en sturen waarop wordt geconcentreerd. Deze kennis van kwaliteitscriteria is vaak onvoldoende, zodat er eenzijdig op prijs wordt geconcentreerd (zeker als er gelijktijdig bezuinigd moet worden) met de eerder genoemde race to the bottom en kwaliteitsverlies tot gevolg, zie de re-integratie en thuiszorg. Over de kwaliteit van de arbozorg na de privatisering zijn de meningen op zijn zachts verdeeld. In paragraaf 6.3 gaan we dieper in op kwaliteit en kwaliteitsturing.

⁴¹ Maljers, Jaap en Wansink, Willem, 2009. Alles is anders in de zorg. Over bizarre budgetten, perverse regels en prima donna’s. Amsterdam: Uitgeverij Bert Bakker.

⁴² Zie ook het recente SER-ontwerpadvies van de Ad hoc Commissie Marktwerking en Publieke Dienstverlening. Overheid én markt: het resultaat telt! Voorbereiding bepalend voor succes.. SER MPB/67, februari 2010.

Als om de risico's te dekken de contracten steeds gedetailleerder worden zoals in de Angelsaksische landen, stijgt de administratieve belasting en het administratieve wantrouwen exponentieel. In het complexe veld van gezondheidszorg en sociale zekerheid is dit een wezenlijk probleem, niet alleen in de uitvoering maar ook in het wetenschappelijk onderzoek om de ontwikkeling van quasi-markten te kunnen evalueren. Na 15 jaar quasi-marktwerking in re-integratie is de effectiviteit nog steeds een schemergebied⁴³.

Transactiekosten en onzekerheid

In de zorgsector zijn de transactiekosten hoog, evenals de behoefte aan onzekerheidsreductie. Ziekenhuizen vragen immers grote investeringen en keuzes die voor jaren vastliggen, de technologische ontwikkelingen gaan snel en de waarde van het vastgoed is groot. Polisadministratie, DBC-systematiek en facturering brengen enorme informatiestromen en controlemechanismen met zich mee. Zonder de ontwikkelingen in de informatietechnologie zouden het ondenkbare beleidsopties zijn. IT kan bijdragen aan reductie van de kosten, maar eerder is al aangegeven dat de implementatie ervan vaak moeizaam en ook kostbaar is. Zorgaanbieder en zorgvrager kunnen daarom overgaan tot langdurige afspraken om de risico's te delen.

Zeker in de transitiefase waarin de gezondheidszorg zich bevindt zijn strategische beslissingen moeilijk te overzien. Williamson (1975) introduceerde voor deze situatie het begrip 'bounded rationality': er zijn teveel variabelen om rekening mee te houden, zodat een rationele afweging op de verschillende beslissings- en beleidsniveaus eigenlijk niet mogelijk is. Deze bounded rationality speelt niet alleen bij bestuurders en beleidsmakers, maar ook bij de individuele zorgconsument (zie paragraaf 6.2). Dit terwijl de standaard economische theorie juist uitgaat van rationele afwegingen ten aanzien van nutsmaximalisatie. Ook hier kan de behoefte aan onzekerheidsreductie tot steeds gedetailleerdere contracten leiden en 'georganiseerd wantrouwen'. De marktstructuur die zo ontstaat kan juist concurrentie en de mogelijkheden voor nieuwkomers belemmeren. NMa en NZa houden hierop toezicht.

Hoogstwaarschijnlijk zullen nieuwkomers zich eerder een positie verwerven met nieuwe diensten dan met bestaande diensten die ook gevestigde partijen bieden, zo blijkt in de VS⁴⁴. Voorbeelden hiervan zien wij in Nederland in de arbocuratieve dienstverlening, zoals rug-adviescentra of het aanbod in zelfstandige behandelcentra (ZBC). Anderzijds blijkt uit dezelfde Amerikaanse studies dat aanbesteding ook remmend kan werken op innovatie, een ervaring die wij ook weer in de Nederlandse re-integratiemarkt zijn tegengekomen⁴⁵. Op de specifieke rol van werkgevers en werknemers in het arbocuratieve veld gaan wij in hoofdstuk 7 in.

Het onderzoek van Plexus dat in het kader van het onderzoeksprogramma Gezondheidszorg en Arbeid is uitgevoerd (Berg e.a. 2010) noemt ook dergelijke aspecten van marktfalen als verklaring voor het gebrek aan responsiviteit vanuit de curatieve zorg en verzekeraars. Zowel wat betreft reguliere als niet-reguliere aanbieders is de zorgmarkt ondoorzichtig, omdat relevante keuze-informatie ontbreekt. Noch de verzekeraar, noch de werkgever of werknemer kunnen daarom een verantwoorde keuze maken en de verzekeraar richt zich vooral op kosten en niet op kwaliteit. De auteurs verwachten verbetering van betere productdefinities en vernieuwing van de DBC's, waarin arbeid een plaats kan krijgen.

⁴³ Onder de eloquente kop: 'Wij tasten in het duister, Klink' beklagden onlangs een groep onderzoekers zich over het gebrek aan data om het succes van marktwerking in de zorg meetbaar te maken (NRC 4 juni '09). In een reactie herkennen Minister Klink en de Stichting Dutch Hospital Data zich niet in de kritiek (12 juni). Uit de stelling van het ministerie van VWS dat 'het hun niet uitmaakt hoeveel bedden er in een ziekenhuis staan' blijkt echter dat er verschillend gedacht wordt over de noodzakelijke informatie. Zie ook vergelijkbare discussies over het ontbreken van betrouwbare ziekteverzuimcijfers of duurzame re-integratie.

⁴⁴ Zie ook Carol Propper in Le Grand, Julian and Bartlett, Will (eds.) 1993. Quasi-Markets and Social Policy. Houndmills: Macmillan press

⁴⁵ Evaluatie UWV-aanbesteding in kader SUWI-evaluatie (nog nazoeken)

Initiatieven die dit ondersteunen zijn de website kiesbeter.nl en blikopwerk.nl om zorgvragers te helpen en het project Zichtbare Zorg van de Inspectie Gezondheidszorg (IGZ) dat het ontwerp van kwaliteit- en prestatie-indicatoren ondersteunt. Daarnaast maken grote bedrijven en verzekeraars prestatiegebonden afspraken met zorg aanbieders, al dan niet in het kader van collectieve contracten. Een interne helpdesk helpt dan de zorgvrager bij zijn/haar keuze.

Motivatie en financiële prikkels

Veel mensen die in de zorg werken zijn niet primair financieel, laat staan commercieel gedreven. Aan de andere kant hebben medici in het verleden steeds goed oog gehad voor hun inkomenspositie⁴⁶. Omdat ook de meeste gebruikers van zorg bij de beslissingen die er toe doen niet primair financiële overwegingen hebben (de verzekeraar betaalt), is de plaats die financiële prikkels innemen in de zorg nog open voor veel discussie. Ook komt het vaak voor dat anderen dan de cliënt zelf beslissen over de medische consumptie van de cliënt. Het is de vraag of zij de belangen van de cliënt altijd laten prevaleren boven hun eigen belang. Het is een centraal thema in ons onderzoek dat in de arbocuratieve zorg de belangen van de patiënt/werknemer voor duurzame arbeidsparticipatie juist onvoldoende in de curatieve zorg worden herkend. In de VS speelt veel sterker dan in Europa dat verzekeraars kunnen beslissen of de patiënt een bepaalde behandeling krijgt of niet. Mede gesteund door hun eerder genoemde monopoliepositie kunnen zij artsen dwingen af te wijken van erkende richtlijnen.

Afroming

In de re-integratie markt is afroming voor een deel een bewuste keuze, omdat werkgevers de meest geschikte kandidaat willen aannemen. Mensen met een grote afstand tot de arbeidsmarkt krijgen extra ondersteuning om hun kansen te verhogen, zodat deze re-integratie duurdere contracten vereist. Voor de re-integratiebedrijven zou het lucratief zijn de makkelijkste mensen binnen het contract het eerst te bemiddelen. Deze 'afroming' blijkt in Nederland geen groot probleem, omdat er veel variatie is in de contracten naar gelang de afstand tot de arbeidsmarkt. In de gezondheidszorgverzekeringen is afroming een bekend fenomeen (goedkope verzekeringen voor studenten bijvoorbeeld), maar door regelgeving van de overheid (een vereveningsfonds en acceptatieplicht) zijn in Nederland de consequenties beperkt. Deze consequenties zijn er bijvoorbeeld wel in de VS. Veranderen van werk betekent meestal veranderen van zorgverzekering en opnieuw aanmelden. Hierbij kan een verzekeraar weigeren of uitsluitingscondities of een premieverhoging hanteren, omdat bij de werknemer inmiddels sprake is van een chronische aandoening.

We kunnen concluderen dat het systeemfalen dat wij bestuderen te maken heeft met één of meer van genoemde condities voor het functioneren van quasi-markten. In het volgende hoofdstuk besteden we vervolgens speciaal aandacht aan het thema motivatie dat zojuist slechts kort is aangeduid en dan wel vanuit het perspectief van de professional.

⁴⁶ Dat medici goed oog hebben voor hun inkomen is een breed gedragen oordeel onder de bevolking, maar op individueel niveau wordt de mythe van de dokter die het belang van de patiënt voorop stelt graag in stand gehouden (zie Maljers en Wansink 2009). Beleidsmakers die met artsenorganisaties te maken hebben, zullen zich mogelijk herkennen in het citaat van Enoch Powell uit 1976: 'The unnerving discovery every Minister of Health makes at or near the onset of his term of office is that the only subject that he is ever destined to discuss with the medical profession is money'. (geciteerd in Le Grand 2003).

4 Positie en motivatie van professionals in quasi-markten

4.1 Altruïsme en belangen

In *Motivation, Agency and Public Policy* onderzoekt Le Grand in hoeverre het begrip paar altruïsme en (strikt) eigenbelang een rol speelt en welke rol ze zouden moeten spelen in sectoren van publiek belang zoals gezondheidszorg, onderwijs en maatschappelijke dienstverlening⁴⁷. In deze sectoren lijkt een zekere mate van altruïsme gewenst te zijn, dat wil zeggen dat de hulpverlener/professional zich inzet voor het belang en welzijn van de cliënt. Een cliënt die men tevens tegemoet treedt als handelend individu ('agency'). Aan de andere kant is eigen belang van de professional bij deze diensten nooit afwezig. Le Grand komt tot de conclusie dat incentives of mechanismen die beide concepten in dezelfde richting sturen (motivation én agency) het best zullen bijdragen aan een efficiënte en responsieve manier van dienstverlening. Dergelijke mechanismen, die dus op meso- en microniveau werken, zijn volgens Le Grant als het ware nog belangrijker dan algemene systeemkenmerken als marktwerking, publiek of privaatschap of (in)directe sturing door de overheid. Vandaar dat wij in onze zoektocht naar de achtergronden van 'systeemfalen arbeid en gezondheid' nu wat langer zullen stilstaan bij de rol van de professional en de professionele organisatie in het primaire proces van de hulpverlening. In het volgende hoofdstuk 6 richten wij ons specifiek op de prikkels voor professionals: onder welke condities zal hij/zij te motiveren zijn in te spelen op de behoeften van de arbeidswereld?

4.2 Wanneer is er een professie?

Professional in de spotlight

Een van de symptomen van de eerder genoemde maatschappelijke veranderingen van individualisering, consumentisme en welvaartstijging zijn de discussies over de rol en kwaliteit van professionals, meestal naar aanleiding van incidenten: medische missers, leerkrachten die niet kunnen rekenen en meer van dergelijke zaken die veel media-aandacht krijgen. De burger is steeds meer van deze 'hoeders van ons welzijn' gaan verwachten en dus ook van politiek en bestuur om in te grijpen bij incidenten. Laatstgenoemden zien echter ook de stijgende collectieve lasten die hiermee gemoeid zijn en de complexe beroepswereld van de professional. Het is de werkvloer waar de politiek per definitie ver vanaf staat. Hoe de kwaliteit te garanderen, hoe deze beroepsbeoefenaars aan te sturen? De professional of deze nu dokter of gezinsvoogd is, heeft immers een eigen handelingsruimte en verantwoordelijkheid, daar is hij/zij professional voor. Eén van de manieren om zicht te krijgen op die kwaliteit is het registreren van activiteiten en resultaten ('prestatie-indicatoren'). En vervolgens mengt dan de professional zich in het debat, argumenterend dat hij of zij te veel met administratieve rompslomp bezig is, aan het 'eigenlijke' werk niet toekomt en dat die cijfertjes onvoldoende zeggen over zijn/haar werk.

De rol van professionals in de samenleving is een van de klassieke thema's in de sociologie en de bestudering van instituties. In het verlengde van de media-aandacht rond schandalen en rond marktwerking in gezondheidszorg en sociale zekerheid staat het

⁴⁷ Le Grand (2003) *Motivation, Agency and Public Policy*. Hij gebruikt hier de Engelse metaforen: Knights and Knaves: ridders en boeven.

weer volop in de belangstelling⁴⁸. Het WRR-rapport ‘Bewijzen van goede dienstverlening’ (WRR 2005) en enkele latere Nederlandse publicaties getuigen hiervan⁴⁹.

Lange historie

Wat maakt een professie tot een professie? In de beeldvorming over professies wordt vanuit historisch oogpunt vaak teruggerepen op publiekrechtelijke beroeps- of bedrijfsorganisaties uit het verleden die vaak de vorm aannamen van ambachtsgilden of corporaties van beëdigde functionarissen⁵⁰. De geschiedenis van deze publiekrechtelijke beroeps- of bedrijfsorganisaties gaat in continentaal Europa terug tot de middeleeuwen, toen veel steden allerhande stadrechten verwierven (marktrecht, stapelrecht, tolrechten en muntrechten), waarmee zij de lokale en regionale economie konden beheersen. Om bepaalde cruciale activiteiten veilig te stellen verleenden zij privileges aan beoefenaars van bepaalde ambachten en beroepen. De verhouding tussen de stedelijke overheid en de geprivilegieerde groepen werd van meet af aan gekenmerkt door geven en nemen. Publiek-private samenwerking zouden wij tegenwoordig zeggen. Enerzijds gaf de stedelijke overheid erkenning in de vorm van rechten en gunsten, anderzijds legde zij allerlei verplichtingen en sancties op (bijdragen aan de stadverdediging, verplichte aankoop van obligaties, etc.). De beroepsgroepen op hun beurt gehoorzaamden aan de overheid die hen privileges had gegeven, maar zetten zich bij tijd en wijle ook tegen de overheid af als hun privileges in het geding waren.

Met de afschaffing van de gilden in de achttiende en vroeg negentiende eeuw verloren deze ambachten en beroepsgroepen hun privileges en het recht om zich te organiseren. De meeste beroepsgroepen legden zich daar geruisloos bij neer. Maar enkele probeerden hun verloren positie te herwinnen door zich nadrukkelijk maatschappelijk te profileren. Met name vanuit de medische kringen werd gedurende de negentiende eeuw voortdurend aangedrongen op nieuwe wetgeving die de beoefening van het medische beroep moest veiligstellen. Er kwam een burgerlijke emancipatiebeweging van geneeskundigen op die zich organiseerde in plaatselijke en vervolgens ook nationale belangenorganisaties. Deze vaardigden regels uit over de beroepspraktijk, kregen vat op de medische opleidingen en zetten een infrastructuur op voor wetenschappelijk onderzoek (o.a. in de vorm van medische tijdschriften)⁵¹. In sommige landen waaronder Nederland richtten geneeskundigen bovendien eigen ziekenfondsen op om hun inkomsten veilig te stellen en bemoeiden zij zich gaandeweg steeds meer met maatschappelijke problemen die niet strikt medisch van aard waren. Geneeskundigen namen het initiatief om huizen, straten en buurten schoner te maken en de veiligheid van het werk in fabrieken en werkplaatsen te bevorderen⁵².

De burgerlijke emancipatiebeweging van medici bleek uitermate succesvol. Aan het einde van de negentiende eeuw had de medische beroepsgroep in continentaal Europa een grote mate van maatschappelijk autoriteit verworven. Geneeskundigen werden frequent betrokken bij maatregelen om te komen tot veilige arbeidsomstandigheden en speelden een cruciale rol bij de voorbereiding en uitvoering van arbeidswetgeving en sociale verzekeringswetten. ‘Medicalisering’ is zeker geen recent fenomeen en pas voor het eerst negatief bestempeld door Ivan Illich in 1975: maatschappelijke problemen worden tot medische problemen gemaakt⁵³.

⁴⁸ Freidson (1994 en 2001) geeft een historisch overzicht, waarbij hij er wel op wijst dat er in de ontwikkeling van deze professies en hun maatschappelijke rol grote verschillen bestaan tussen landen, en vooral tussen continentaal Europa en de Angelsaksische landen en tussen de professies onderling; bijgevolg zijn er dus ook verschillen in de sociologische theorievorming.

⁴⁹ Brink, Gabriël van den, Jansen, Thijs, Pessers, Dorien (red.) (2005). *Beroepszeer. Waarom Nederland niet goed werkt.* Christen Democratische Verkenningen. Amsterdam: Uitgeverij Boom. Jansen, Thijs, Brink, Gabriël van den, Kole, Jos (red) (2009). *Beroepstrots. Een ongekeerde kracht.* Amsterdam Uitgeverij Boom.

⁵⁰ Deze korte historische analyse baseren wij primair op ontwikkelingen in continentaal Europa, al komen veel elementen ook terug in de geschiedenis van Groot-Brittannië en in mindere mate die van de VS.

⁵¹ Voor Nederland: zie: Van Lieburg (1983); Houwaart (1991); Van der Velden (1993).

⁵² Zie bijvoorbeeld: Houwaart (1991).

⁵³ Ivan Illich (1975). *Het medisch bedrijf, een bedreiging voor de gezondheid?* Baarn: Het Wereldvenster. In

Om goed op deze nieuwe taken te kunnen inspelen ontstonden in de loop van de twintigste eeuw nieuwe medische disciplines als de sociale geneeskunde en de verzekeringsgeneeskunde. De laatste decennia lijkt de medische professie in een aantal landen waaronder Nederland aan maatschappelijke autoriteit te verliezen doordat de overheid de autonomie en handelingsruimte is gaan inperken, maar ook door de toenemende mondigheid van de burger⁵⁴. Tegelijkertijd wordt van de medische beroepsbeoefenaren steeds meer verwacht. Zij moeten over de grenzen van hun specialisme heen kijken, zoals in de volgende paragrafen aan de orde komt. En daarmee mogelijk weer de vooraanstaande rol gaan vervullen van hun laat negentiende-eeuwse voorlopers.

Institutionele legitimering: autoriteit

Maatschappelijke en politieke autoriteit van een groep beroepsbeoefenaren lijkt uit het voorgaande dan ook een cruciale voorwaarde te zijn voor de ontwikkeling van een professie. Uit historische analyses valt op te maken dat de bereidheid en motivatie van geneeskundigen om over de grenzen van hun specialisme heen te kijken, verband houdt met de mate waarin zij autoriteit hebben bij de bevolking, werkgevers en werknemers en de overheid. Een hoge mate van autoriteit vergroot de mogelijkheden om in te spelen op arbeidsgerelateerde factoren. Medici kunnen dan de doorslag geven bij tegengestelde maatschappelijke belangen, zoals die van werkgevers, werknemers en overheid. Bij een afnemende autoriteit is een defensieve standsreflex te verwachten, waarbij geneeskundigen zich veilig proberen terug te trekken in hun specialisme. Zowel de overheid als de medische professie zijn hierbij bepalende actoren. Het gaat steeds om beeldvorming, machtsposities en institutionele regels: wat verwacht de maatschappij c.q. de overheid van de medische professie, hoe wordt dit vastgelegd en hoe weet de medische beroepsgroep zich maatschappelijk te profileren? En minstens zo belangrijk hoe kijkt de medische professie tegen haar eigen rol aan?

In de afsluitende paragraaf van dit hoofdstuk gaan we onder meer aan de hand van Freidson nog in op de mogelijke rol en ethiek van de professional in de moderne kenniseconomie als onafhankelijke partij die maatschappelijk vertrouwen geniet te midden van consumentisme en efficiencydenken.

4.3 Wie zijn professionals?

Worden vanouds medici, notarissen en wetenschappers als professionele groep beschouwd, in de huidige discussies worden leerkrachten, politieagenten, verpleegkundigen in één adem genoemd. Freidson (2001) noemt een vijftal kenmerken die hoe sterker ze aanwezig zijn, een professie tot een professie maken. Het komt erop neer dat de beroepsgroep autonomie heeft om de beroepsinhoud en kwaliteitseisen, gebaseerd op een specifieke en zich ontwikkelende (wetenschappelijke) kennisbasis, te bepalen min of meer losstaand van de arbeidsorganisaties waarin ze werken. Men heeft bijvoorbeeld een eigen tuchtrecht, richtlijnen, protocollen, waarin procedures zijn vastgelegd hoe men in bepaalde situaties moet handelen. In een opleiding en kandidaatsfase van soms jaren wordt de toelating tot de beroepsgroep geregeld. De beroepsgroep heeft een eigen normenkader of ethiek, zie bijvoorbeeld de eed van Hippocrates. De samenleving en politiek erkennen deze afspraken rond de relatieve autonomie van de beroepsgroep (institutionalisering). Dit alles kan men contrasteren met de doorsnee werknemer in de klassieke arbeidsdeling: hij is meer een radertje in het groter geheel van de arbeidsorganisatie en werkt volgens voorschriften en orders die 'van boven komen'.

Nederland heeft Hans Achterhuis het thema verder uitgewerkt in: De markt van welzijn en geluk (1980). Baarn; Ambo. In het licht van ons onderwerp arbeid en gezondheidszorg is zijn vervolpublicatie 'Arbeid een eigenaardig medicijn' (1984) het noemen waard, omdat daarin voor het eerst arbeid als belasting én arbeid als levensvervulling wordt geanalyseerd, overigens in het licht van de toenmalige recessie.

⁵⁴ Zie onder andere: De Boer en Houwaart (2006).

Vanuit deze typering zijn artsen, notarissen, leerkrachten overduidelijk professies, maar heeft de huidige functie van politiemans hier nog het minste van weg.

Ten opzichte van de moderne kennisintensieve arbeidsorganisatie lijkt dit contrast overigens wat te vervagen. Van werknemers (ook uitvoerende ambtenaren) wordt eigen inbreng, leervermogen en flexibiliteit verwacht (de werknemer als ondernemer)⁵⁵. In het kader van onze studie in het domein arbeid en gezondheid preciseren wij de professional nog nader: ze zijn niet alleen werkzaam in de (semi)publieke sector, ze hebben tevens direct contact met cliënten en op basis van hun kennis en ervaring kunnen ze beter dan de cliënt zelf inschatten welke dienst de cliënt nodig heeft om in zijn/haar behoefte te voorzien⁵⁶. Deze in het algemeen hoogopgeleide functionarissen werken in het primaire en gezichtsbepalende proces van de professionele organisatie.

4.4 Autonomie en handelingsruimte

In de handelingsruimte van de professional in de publieke dienstverlening maakt Hupe (2009) een onderscheid tussen discretionaire ruimte/bevoegdheid en autonomie⁵⁷. Bij discretionaire bevoegdheid gaat het om de toegestane handelingsruimte tussen een regelsteller en regeltoepasser. Het verwijst naar regels uit één specifieke bron, waarmee ook een min of meer formele verantwoordingsrelatie bestaat. In een dergelijk kader spreken bijvoorbeeld verzekeringsarts en bedrijfsarts zich uit over de medische arbeids(on)geschiktheid van een werknemer en zij dienen dit op een specifieke wijze te verantwoorden. Autonomie is daarentegen een eigenschap van een actor en heeft niet zozeer betrekking op de toegestane maar op de *feitelijke* handelingsruimte die de professional zich toemeet. Het gaat dan bijvoorbeeld om het toepassen en dus afwegen van regels uit verschillende bronnen en om de verantwoording aan andere professionals of collega's. Ook persoonlijke kenmerken en opvattingen van de professional doen hier ter zake. Dit bepaalt bijvoorbeeld de specifieke uitkomst van een verzuimspreekuur, terwijl de discretionaire ruimte van het verzuimbeleid vast ligt. Het organiseren van terugkoppeling op het eigen werk en zoeken van verantwoording ten opzichte van collega's, andere professionals, instanties en regelgevers is een kenmerk waarin een professional zich van een niet-professional onderscheidt. Volgens Hupe is het een essentieel onderdeel voor de zingeving of 'zelfbinding' van de professional bij zijn/haar vak. Deze positieve werkbeleving en status verklaart ook waarom de 'nieuwe professionals' als verpleegkundige, agent en leraar zich graag als professional manifesteren in het publieke debat.

Andersom gaat naarmate de discretionaire ruimte wordt ingeperkt door aanscherping van regelgeving of door informatietechnologie, de glans van de professie er een beetje vanaf. We zien dit bij de oordeelsvorming bij arbeids(on)geschiktheid die de afgelopen twee decennia steeds verder is gestandaardiseerd. Deze tendens zouden we als deprofessionalisering kunnen betitelen, het wordt meer routinewerk. Ten gevolge van de behoefte van de overheid aan beheersbaarheid (in dit geval van de WAO/WIA-instroom) en dankzij toenemende mogelijkheden van automatisering en informatise-

⁵⁵ Deze veranderende arbeidsrelatie vindt onder meer haar onderbouwing in de zogeheten theorie van het Psychologisch Contract (Rousseau 1995) en de theorie van 'Prosociaal Organisationsgedrag' (Nauta 2007). Zie ook Gründemann, Goudswaard en Van Sloten, 2004.

⁵⁶ Deze precisering is ontleend aan Lackner et al. (2009). Ruimte voor professionals: economische perspectieven. In: Jansen, Thijs, Brink, Gabriël van den, Kole, Jos (red) (2009). Beroepstrots. Een ongekende kracht. Amsterdam Uitgeverij Boom.

⁵⁷ Hupe, Peter (2009). De autonomie van de vakman (m/v). Over regeldruk en handelingsruimte. In: Jansen, Thijs, Brink, Gabriël van den, Kole, Jos (red) (2009). Beroepstrots. Een ongekende kracht. Amsterdam Uitgeverij Boom.

ring worden analyse en beslissingen gestandaardiseerd. In dit geval is vooral het werk van de arbeidsdeskundige onderhevig geweest aan deprofessionalisering⁵⁸.

Bijvoorbeeld ook de beoordeling van belastingaangiften door de belastingdienst is voor de ‘gemiddelde’ gevallen sterk gestandaardiseerd geworden. Schaarste op de arbeidsmarkt van professionals kan dit proces versnellen, zie bijvoorbeeld het opknippen en downgraden van taken van de wijkverpleegkundigen en inschakelen van minder geschoolde ondersteuning. Door een defensieve opstelling kan de professional aan dit proces ook zelf bijdragen. Hij verschuilt zich achter regels en richtlijnen en kan hiermee onvoldoende professionaliteit en vakkennis maskeren. Zijn meerwaarde als duurbetaalde deskundige wordt dan voor het publiek onduidelijk.

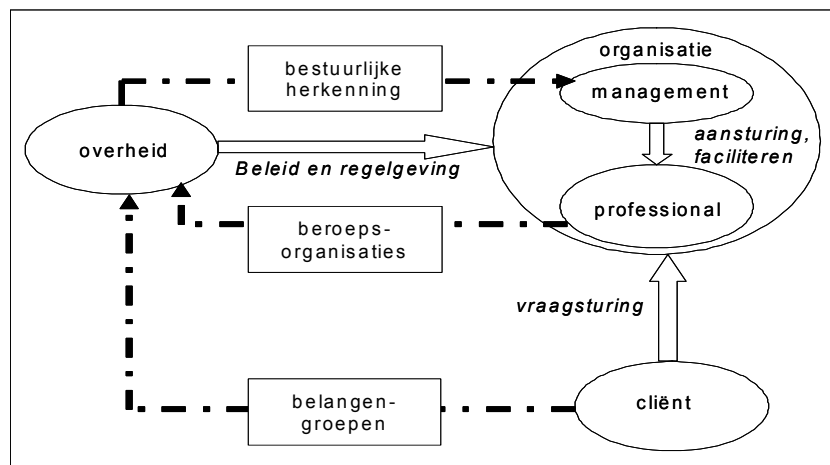
4.5 Autonomie en aansturing

Begrenzing autonomie

In de inleiding van dit hoofdstuk is al aangegeven dat de beroepsbeoefenaar hecht aan zijn autonomie, maar dat andere actoren en met name de overheid voldoende reden hebben voor gezonde achterdocht en kwaliteitscontrole eisen. De autonomie van de professional in het (semi)publieke domein wordt dus van drie kanten begrensd: de overheid die de kaders aangeeft, het management van de organisatie waarin de professional werkt die randvoorwaarden en sturing geeft en de cliënt die via vraagsturing zijn eisen stelt (zie figuur 4.1)

Niet alleen via vraagsturing beïnvloedt de cliënt de professional, maar ook indirect via de politiek (de stippellijnen in de figuur). De professional heeft deze beïnvloedingsmogelijkheid via de belangenorganisaties, de ‘institutionele omgeving’.

Figuur 4.1: Handlingsruimte van professionals (eigen bewerking van Lackner e.a.)⁵⁹



De overheid beïnvloedt via regelgeving weliswaar de organisaties, maar vindt zijn natuurlijke gesprekspartner vooral in het management. Zo krijgt het management in een organisatie van professionals een bijzondere taak: het werkt als buffer en vertaler tussen de (belevings)wereld van de professional en de wereld van beleid. De professional ervaart dit niet zelden als het ‘onder één hoedje spelen’ van management en overheid.

⁵⁸ De Boer WEL, Hazelzet AM, Gerven van JHAM (2002). Vademecum Beoordelingen Arbeidsmogelijkheden, op basis van een collectief arrangement. Hoofddorp:TNO. De Boer en Houwaart (2006) Geschiktheid gewogen. Claimbeoordeling en arbeidsongeschiktheid in Nederland 1901-2005. Hoofddorp: TNO Kwaliteit van Leven, 2006.

⁵⁹ Lackner et al. (2009). Ruimte voor professionals: economische perspectieven. In: Jansen, Thijs, Brink, Gabriël van den, Kole, Jos (red) (2009). Beroepstrots. Een ongekende kracht. Amsterdam Uitgeverij Boom

Verschillende waarden-oriëntatie van professional en management

De Bruijn (2005) heeft enkele belangrijke aspecten van deze verschillende en vaak botsende leefwerelden bondig samengevat⁶⁰. Van der Burg (2009) heeft iets dergelijks gedaan voor de opvattingen van de overheid⁶¹ (weergegeven in het grijze gedeelte van de tabel 4.1).

Duidelijk is dat overheid en management meer op één lijn zitten ten opzichte van de professional. De Bruijn spreekt dan ook van het politiek-managerial systeem versus het professionele systeem. Bij de doorvoering van de systeemwijzigingen in de gezondheidszorg is dit een belangrijke verklaring voor weerstanden bij professionals. In Nederland komt hier wat betreft de gezondheidszorg nog de bijzondere positie van verzekeraars als ‘third party’ bij. Deze partij wordt door de professie in het algemeen tot het politiek-managerial systeem gerekend en deelt dus in het bijbehorende wantrouwen.

Tabel 4.1: Verschillen opvattingen en waarden-oriëntatie tussen het politiek managerial systeem en het professionele systeem (naar de Bruijn 2005 en van der Burg 2009, grijze arcering)

Management/overheid	Professional	Mening professional
Lage tolerantie voor inhoudelijke complexiteit, focus op procedures, structuren	Hoge tolerantie voor inhoudelijke complexiteit	Management creëert bureaucratie
Lage tolerantie voor variëteit, accent op uniformiteit	Hoge tolerantie voor variëteit	Te veel one size fits all, geen aandacht voor verschillen
Lage tolerantie voor ambiguïteit, meervoudigheid Accent op kwantificeerbaarheid	Hoge tolerantie voor ambiguïteit en meervoudigheid, is kern van professioneel handelen	Accent op kwantificeerbaarheid leidt tot deprofessionalisering
Planmatige veranderingen	Emergente veranderingen	Belemmert professioneel ondernemerschap
Richt zich op minimumregels	Richt zich op aspiraties en waarden	Gebrek aan waardering
Geïnteresseerd in producten en niet in beroepspraktijk	Eigen beroepspraktijk in lokale situatie	Waardering voor specifieke omstandigheden veronachtzaamd
Wil kwantitatief evalueren	Wil kwalitatief evalueren	Cijfers geven eenzijdig beeld
Steunt op veralgemeniseerde kennis en theorieën	Lokale praktische kennis en eigen ervaring	Vooroordelen en versimpelde ideeën

De Bruijn baseert zich onder meer op het klassieke werk van Minzberg (1979) en van Lansbury (1978) en recenter een publicatie van Wanrooy (2003)⁶². Voor de organisatie van onze beoogde experimenten zijn hier meer praktische aanbevelingen uit te destilleren. In hoofdstuk 2 is op deze literatuurstroming ten aanzien van de innovatiebereidheid van zorgorganisaties ook al op gewezen.

Het perspectiefverschil tussen overheid en professionele wereld wat betreft de tolerantie voor complexiteit wordt volgens de Bruijn nog versterkt door het hoge *feel good* gehalte van politieke aansturing. Meer transparantie, meer kwaliteit, wie kan er in algemene zin tegen zijn, maar wanneer het op de werkvloer meer procedures en weer een nieuw plan betekent, is de perceptie dat het alleen maar meer bureaucratie creëert weer toegenomen. Bureaucratie ontstaat door goede bedoelingen, niet met opzet, aldus de Bruijn.

⁶⁰ De Bruijn Hans (2005). Maak spanningen management & professionals vruchtbaar. In: Beroepszeer. Waarom Nederland niet goed werkt. Red. G. Van den Brink, T. Janssen, D. Pessers. Boom: Amsterdam.

⁶¹ Van der Burg, Wibren (2009). De regulering van professionals: twee botsende perspectieven. In: De autonomie van de vakman (m/v). Over regeldruk en handelingsruimte. In: Jansen, Thijs, Brink, Gabriël van den, Kolen, Jos (red) (2009). Beroepstrots. Een ongekende kracht. Amsterdam Uitgeverij Boom

⁶² Minzberg, H. (1979) The structuring of organizations. Englewood Cliffs: Prentice Hall Inc. Lansbury, R D (1978). Professionals and Management: a Study of Behaviour in Organizations. Englewood Cliffs: Prentice Hall Inc. Wanrooy, M J (2003). Leidinggeven tussen professionals. Schiedam.

Ambigüiteit wringt met planmatige aansturing

Het omgaan met ambigüiteit en meervoudige keuzen is de kern en de trots van de professionele beroepsuitoefening. Het weerspiegelt de professionaliteit en autonomie. Regels uit verschillende bronnen moeten steeds opnieuw in het individuele geval worden afgewogen. Dit betekent dat overtreding van een enkele regel of het accepteren van een ongewenst bijeffect op de koop toe moeten worden genomen en dit moet ook aan de cliënt duidelijk worden gemaakt. Vertrouwen is hierbij cruciaal. Wanneer slechts op een enkel en ook nog eenduidig en kwantificeerbaar criterium wordt afgerekend, wordt het als een miskennis van de professe ervaren.

Van groot belang is ook dat vernieuwingen in het professionele handelen van ‘onderop’ in de dagelijkse praktijk tot stand komen, hetgeen ook de variëteit in de beroepsuitoefening verklaart. Vanuit het politiek managerial perspectief is er juist een sterke oriëntatie om planmatig te werken: veranderingen worden (van bovenaf) ontworpen en vervolgens geïmplementeerd. In het gunstige geval leidt dit tot een sterk kwaliteitsgerichte innovatieve professionele organisatie. In het ongunstige geval komen deze veranderingen niet overeen met de vernieuwingen op de werkvloer in reactie op ervaren knelpunten in de professionele taakuitoefening. Met alweer de paradoxale uitkomst dat professionals vernieuwingen juist zien als belemmering voor vernieuwing en hun ondernemerschap. Matthieu Weggeman is in Nederland de protagonist van de theorie en praktijk van het leiding geven aan professionele organisaties⁶³.

Ideële versus kwantificeerbare outputcriteria

Waar het bij commerciële dienstverleners veelal gaat om het creëren van toegevoegde waarde voor hun klanten, meestal meer omzet tegen minder kosten, gaat het bij professionele organisaties in de publieke dienstverlening meer om idealen, de ‘aspiratieve dimensie’: een goede gezondheidszorg, goed onderwijs zijn minder makkelijk meetbaar dan omzetsijging. Daarom is voor professionals zelf een belangrijk beoordelingscriterium in hoeverre ze erin slagen in hun werk die professionele idealen te verwezenlijken (van der Burg 2009). Te vaag en niet éénduidig genoeg voor een overheid op afstand. Deze hanteert daarom liever een gegeneraliseerd gemiddelde of zelfs een minimumnorm, die makkelijker te vertalen is naar verplichtende outputcriteria. In relatie hiermee heeft de overheid ook meer belangstelling voor de kant en klare productie dan voor de (complexe) weg waarlangs dat bereikt is, met het gedrag van de beroepsbeoefenaar. Nu kan de overheid (en het management) ook nauwelijks anders, omdat de meeste activiteiten van professionals zijn afgeschermd: enerzijds institutioneel, juridisch door regels van professionele autonomie en beroepsgeheim, anderzijds praktisch door de beslotenheid van de privésfeer of de spreekkamer (van der Burg 2009). Bovendien spelen persoonlijke leerervaringen en kwalitatieve afwegingen een essentiële rol. Dus eerder: ‘heb ik in dit geval al het mogelijke gedaan’, dan: ‘hoeveel patiënten hebben het afgelopen jaar doorligwonden gekregen’. Overheid en management staan alleen de laatstgenoemde outputcriteria ter beschikking. Het laatste voorbeeld laat echter ook zien dat – mits goed gekozen en in overleg met de professional – de beroepsgroep een dergelijk outputcriterium wel degelijk kan omarmen als een waardevolle bijdrage aan kwaliteitsborging.

Ritualisering en ‘loose coupling’

Het gevolg van deze paradoxale tendensen kan zijn dat sturing van professionals meer of minder ‘ritualiseert’. De politiek managerial wereld van beleidsnota’s, planning en control heeft nog maar losjes te maken met de dagelijkse praktijk, zoals de professional die gestalte geeft. De professional gaat zijn eigen gang en probeert zo weinig mo-

⁶³ Zie Weggeman M.(1992). Leidinggeven aan professionals. Deventere, Kluwer. Weggeman (2007). Leidinggeven aan professionals? Niet doen! Over kenniswerkers, vakmanschap en innovatie. Schiedam, Scriptum Management.

gelijk ‘last’ te hebben van die aansturing. Hij zoekt en vindt de legitimiteit van zijn handelen buiten de hiërarchie van de organisatie.

Verskillende beroepsgroepen hebben hier hun eigen strategie, bijvoorbeeld via beroepsverenigingen. Deze meervoudige gelaagdheid van een professionele organisatie is een wezenskenmerk van een dergelijke organisatie, al weet men er politiek-bestuurlijk niet zo goed raad mee. Deze meervoudigheid van leefwereld, verantwoordingsmechanismen en institutionele afspraken noemen Meyer en Rowan (1992) ‘decoupling’ of ‘loose coupling’⁶⁴. Het accepteren van deze ‘schijnwerelden’ is naar hun mening juist een *positieve* strategie om het onverenigbare te verenigen, conflicten te neutraliseren en een professionele organisatie stabiliteit te geven. Er zijn echter risico’s zoals de recente invoering van DBC’s in de eerste lijn en de geestelijke gezondheidszorg laten zien. Maakte het voorheen niet veel uit (ook niet in inkomen) of een gepland consult drie kwartier of een uur duurde, nu gaat de taximeter lopen en is er de neiging naar boven toe af te ronden. En dat terwijl de tijdsduur (hoewel eenduidig te meten) bitter weinig zegt over de kwaliteit van het gebodene.

4.6 Autonomie en onderpresteren

Is autonomie kenmerkend voor de professionele beroepsuitoefening, we moeten de schaduwzijden niet over het hoofd zien. Autonomie kan gebruikt worden als legitimatie en toedekking van onderpresteren (de Bruijn 2005). Vanuit deze zelfde houding zijn professionals bovendien niet geneigd zich met de praktijk van hun collega’s te bemoeien, ook al heeft men de indruk dat er in die praktijk dingen mis zijn. Kortom ook geslotenheid en laksheid om elkaar aan te spreken op resultaten kunnen een professionele organisatie kenmerken. Zo komt met zekere regelmaat in het nieuws dat disfunctionerende artsen te lang hun gang kunnen gaan. Vernieuwingen krijgen geen kans en (jonge) ambitieuze collega’s zoeken hun heil elders. De organisatie staat stil en cliënten zijn de dupe. Maar ook als professionals goed werk afleveren zijn ze nogal geneigd zich vooral met hun eigen specialisatie bezig te houden. Zonder externe prikkels neigt men tot een zekere mate van beroepsblindheid en kokervisie. De specialistische geneeskunde is hier een goed voorbeeld van; de ontwikkelingen binnen je vakgebied gaan immers al zo snel. Ook hier is sprake van onderpresteren, omdat de cliënt er schade van ondervindt. De noodzaak tot samenwerking overstijgt de grenzen van de traditionele beroepen, omdat de samenleving en de dienstverlening steeds complexer zijn geworden. Als een chirurg beoordeelt dat een patiënt voldoende genezen is om uit het ziekenhuis ontslagen te worden, kan hij/zij dat niet zomaar beslissen zonder dat er eerst een hele trits ander zaken rond de thuiszorg geregeld is: ‘ketenzorg’.

Een ander aspect van een eenzijdige focus op het eigen vakgebied is dat men de communicatie en verbinding met de ‘buitenwereld’ veronachtzaamt. Op termijn ondermijnt dit de legitimiteit van een beroepsgroep. Immers in de moderne samenleving zijn communicatie en beeldvorming steeds belangrijker geworden en een professe kan het zich niet veroorloven dit te negeren⁶⁵.

Van onderpresteren door een te eenzijdige focus is ook sprake wanneer de professional onvoldoende oog heeft voor de kosteneffectiviteit van zijn handelen. Dit hangt eveneens samen met de toegenomen complexiteit en massaliteit van de publieke dienstverlening. Als men bijvoorbeeld weet dat veel voorgeschreven medicijnen uiteindelijk door het toilet gespoeld worden, zal dit het individuele voorschrijfgedrag moeten beïnvloeden. Ook bij de afweging van dure behandelingen speelt dit een rol.

⁶⁴ Meyer, John W and Scott, W Richard (1992). *Organizational Environments. Ritual and Rationality*. Updated Edition. Newbury Park Ca: Sage Publications, Inc.

⁶⁵ Zie ook Meyer en Scott (1992)

4.7 **Moderne autonomie**

De inbreng en afweging van andere waarden dan die rechtstreeks met de eigen vakinhoud te maken hebben of alleen met de individuele patiënt, stellen hoge eisen aan de moderne professional, aan zijn handelingsruimte en wijze van verantwoorden. Hij/zij moet als het ware vaker *tradeoffs* maken tussen bijvoorbeeld kwaliteit en kosteneffectiviteit, tussen kwaliteit en samenwerking of tussen het individuele en collectieve belang (de Bruijn 2005). En hij/zij moet vanuit zijn professionaliteit soms ook druk kunnen weerstaan, politiek maatschappelijke druk of druk van de cliënt. Deze moderne invulling van professionele autonomie kan een beroepsgroep zelf bewerkstelligen, maar de benodigde prikkel kan ook van het management komen. Management kan hier een aanjagende functie hebben. Positief geformuleerd kan het management van een professionele organisatie de individuele beroepsbeoefenaar ook ondersteunen bij het praktiseren van deze moderne autonomie van trade offs. Het management is dan niet zozeer een buffer voor de organisatie naar de complexe buitenwereld, maar een ondersteuner. Het management moet dan wel gedegen kennis hebben van en feeling houden met de professionele wereld.

Van der Burg (2009) kenschetst in dit verband echter de paradox van de ‘managerialisering’ van de professies. Aanvankelijk helpt de tussenliggende bestuurslaag de professionele praktijk om om te gaan met de complexe buitenwereld en vooral met de regeldruk en plannenmakerij van de overheid. Maar allengs zodra er een sterke bestuurslaag bestaat, neemt deze steeds meer het perspectief en vocabulair van de overheid over. En voor de professie zijn de managers nu deel van het probleem in plaats van de oplossing geworden. De paradox wordt versterkt doordat met name de managers geconfronteerd worden met de noodzaak de organisatie financieel gezond te houden en daarmee beperkingen op te leggen aan de beroepsbeoefenaren; de stelselwijzigingen richting marktwerking versterkt dit nog. Bovendien ontwikkelen managers hun eigen perspectief: ze zijn zelf professional geworden met hun eigen waardenoriëntatie en opleidingen (MBA). Dit kan botsen met de klassieke waardenoriëntatie van de professional zoals die in het voorgaande geschetst is⁶⁶.

Freidson (2001) promoot in zijn *Professionalism the Third Logic* ‘professionalisme’ als een derde en complementair institutioneel of ideologisch kader voor de postindustriële kenniseconomie naast de twee nu dominante kaders van enerzijds ‘marktwerking/competitie’ (vraagsturing door consument) en anderzijds die van efficiency/management. Hij noemt deze drie kaders die volgens hem meer met elkaar in evenwicht moeten worden gebracht: professionalism, consumerism, managerialism. Professionalisme zou dan staan voor erkenning van het afwegen van belangen, autonomie en kennisopbouw daarbij, noodzaak van vertrouwensposities en het borgen van publieke belangen.

Een sterke paradox is tenslotte dat aan de (modern) autonome professional een sleutel-functie wordt toegedicht in de welvaartstaat. Elke politicus heeft zich wel eens met compassie uitgelaten over de dokter, agent, leerkracht, ambulancebroeder, verpleegkundige etc. die het maar moeten opknappen. En er is zeer veel geld mee gemoeid. Met het gevolg dat politiek en overheid zich eerder meer dan minder met deze professionals zullen bezighouden, alle deregulering ten spijt.

⁶⁶ Zie bijvoorbeeld de kritiek van grand old man Henry Mintzberg op de moderne MBA-opleidingen die met hun standaard recepten niet aansluiten bij de gelaagdheid van de moderne professionele organisatie. Mintzberg, H (2004). *Managers not MBAs: A Hard Look at the Soft Practice of Managing*. Zie ook de eerder genoemde publicatie van Mathieu Weggeman: *Leidinggeven aan professionals? Niet doen!*

5 Prikkels voor professionals

5.1 Financiële prikkels

Het hanteren van de juiste prikkels voor professionals is een van de kernvraagstukken voor het tegengaan van systeemfalen. Ogenscheinlijk slechts een operationeel vraagstuk, gaat het in essentie om de (gewenste) normen en waarden van de beroepsuitoefening en de institutionele kaders ervan.

Bedoelde en onbedoelde effecten

In het voorgaande zijn prikkels die te maken hebben met beslissingsbevoegdheid, controle en verantwoording van verschillende kanten belicht. Aan financiële prikkels hebben we nog weinig aandacht besteed. In het vanouds hybride Nederlandse gezondheidszorgstelsel is er altijd een mix geweest van vaste en prestatiebeloning, waarbij abonnementstarieven en vaste dienstverbanden de ene optie vertegenwoordigen en verrichtingentarieven en talrijke overwerkmogelijkheden de andere optie in de financiële prikkelstructuur. In het algemeen blijkt een verrichtingenhonorering samen te gaan met een grotere output en dus hogere zorgkosten. Een grotere output is echter niet zonder meer gelijk aan een hogere kwaliteit of betere outcome. Niet voor niets is de minister van VWS uiterst behoedzaam bij de prestatiebekostiging van medische specialisten en staan transparantie en vergelijkbaarheid van prestaties hoog op zijn agenda.

In het kader van de introductie van quasi-markten is de rol van financiële prikkels weer sterk in discussie. Immers beloningssystemen zijn ook een krachtig selectie-instrument voor nieuwe medewerkers. Zo is in commerciële bedrijven gebleken dat de productiviteitswinst van prestatieprikkels voor de helft is toe te schrijven aan nieuw en productiever personeel, voor wie deze beloningsstructuur blijkbaar aantrekkelijk is (Burgess en Ratto 2003). Onderzoek heeft gewezen op mogelijke negatieve en ongewenste effecten van prestatiebeloning in bedrijven, waaronder ook een rem op innovatie (goede ideeën hou je voor jezelf). En zo komen we weer bij de waarden-oriëntatie van professie: wat voor soort professionals willen we, welke beloningsstructuur past erbij?

Financiële prikkels worden vaak als extrinsieke motivatie gezien en de zorg om kwaliteit als intrinsieke motivatie, welke laatste bij de professional dominant zou zijn en dus voor hem de ‘goede prikkel’. Dit is een simplificatie. Zoals in het voorgaande duidelijk is geworden hoeft intrinsieke motivatie niet samen te vallen met het algemene of cliëntenbelang. Een professional die te veel met zijn eigen kwaliteit en vakgebied bezig is, is weliswaar intrinsiek gemotiveerd, maar de prikkel werkt niet in de maatschappelijk bedoelde richting. Andersom kan bijvoorbeeld een financiële prikkel om de openingstijden van de operatiekamer te verruimen maatschappelijk juist zeer gewenst zijn.

Sensitivity to motivational complexity

De in paragraaf 5.1 genoemde publicatie van Le Grand (2003) gaat uitgebreid in op deze problematiek. Sowieso bepleit hij dat voor een krachtige professionele organisatie beide polen (al is het niet in extremis) van professionaliteit aanwezig moeten zijn: de organisatie moet aantrekkelijk zijn voor zowel de primair altruïstisch ideëel gedreven professional als de primair op efficiency en welbegrepen eigenbelang gerichte beroepsbeoefenaar. De prikkelstructuur moet op beide gericht zijn en dus ook polarisatie ertussen tegengaan. Goodin (1996) noemt dit ‘sensitivity to motivational complexity’⁶⁷.

⁶⁷ Goodin RE ed. (1996). The Theory of Institutional design.

In ons literatuuronderzoek zijn wij overigens (vooralsnog) nauwelijks systematisch onderzoek op het spoor gekomen van de werking van prikkels op de werkvloer in de zorg. Voor zover er aan financiële prikkels aandacht besteed wordt is dit vooral in het kader van de beïnvloeding van zorgconsumptie (polisvoorwaarden, eigen risico's en dergelijke) en marktwerking op macroniveau.

Een studie uit de VS constateert duidelijke verschillen in attitude tussen dokters naar gelang het model waarin ze werken. In 'open systemen' zoals betaling per verrichting waren de artsen meer gericht op het onderhouden van een duurzame relatie met de patiënt, dan in de 'gesloten systemen', waarin de patiëntentoeeloop toch al geregeld was (bijvoorbeeld honorering per ingeschreven patiënt via een abonnement). Eerstelijnszorg bleek wezenlijk beïnvloed te worden door financiële en niet-financiële prikkels. Werd bijvoorbeeld in een 'gesloten systeem' de honorering weer afhankelijk gesteld van gemeten klanttevredenheid, dan waren de scores ook voor de meeste andere indicatoren significant hoger. Wat niet-financiële prikkels betreft was intensieve nadruk op richtlijnen gekoppeld aan een positieve score⁶⁸. In paragraaf 6.3 gaan we verder in op het gebruik van richtlijnen en kwaliteit.

5.2 Ideële en altruïstische motieven

Beloning versus erkenning

Denken vanuit het belang van de cliënt, dus een zekere mate van altruïsme, is ontegenzeggelijk belangrijk voor de professional die 'met mensen werkt'. Le Grand refereert aan voor ons interessant onderzoek van Frey (2000) met betrekking tot vrijwilligerswerk, werk dat per definitie een sterke altruïstische component heeft. Wanneer bij vrijwilligerswerk een bescheiden *onkostenvergoeding* wordt gegeven, trekt dit vrijwilligers aan (in economentermen 'crowding in'). Het wordt als erkenning voor hun inspanningen gezien, maar ook als erkenning van hun altruïsme, hun 'goede werken'. Wanneer het bedrag verhoogd wordt en het als beloning wordt ervaren, schrikt het juist vrijwilligers af (voor dat bedrag doe ik het niet), het miskent de altruïstische motivatie ('crowding out'). Pas wanneer er marktconform beloond wordt, trekt het aanbod weer bij, maar de maatschappelijke kosten zijn dan vanzelfsprekend aanzienlijk hoger. Door activering van op eigenbelang gerichte motieven worden de pro-sociale motieven (altruïstische motieven) 'uitgedreven'. Enigszins verontrustend is de constatering dat dit effect de neiging heeft aangrenzende domeinen te besmetten. Dus als de overheid vandaag vrijwilligerswerk verkeerd financieel gaat belonen, is het zeker niet uitgesloten dat morgen de mensen zich afvragen waarom mantelzorg eigenlijk niet financieel beloond zou moeten worden (Tiemeijer 2009)⁶⁹.

Voor de professionele beroepsuitoefening zou dit betekenen dat er voor bepaalde activiteiten juist niet marktconform financieel beloond zou moeten worden. Dit zouden dan vooral activiteiten zijn die meerwaarde geven aan de beroepspraktijk, zoals vernieuwingen en experimenten. En de beloningen zouden ook in deze ideële sfeer gevonden moeten worden. Nu zien we juist vaak dat vernieuwingen geremd worden omdat tussen de partijen eerst over de bekostiging onderhandeld moet worden.

⁶⁸ Gelb Safran D et al (2000). Organizational and Financial Characteristics of Health Plans. Are They Related to Primary Care Performance? Arch Intern Med. 2000; vol 160; 69-76. Overigens wijzen de auteurs wel op enige beperkingen van het onderzoek. Zo bestond de patiëntenpopulatie van de onderzochte modellen uit hoger opgeleide voornamelijk blanke personen, betrof het één staat (Massachusetts) en konden er nog geen normatieve conclusies getrokken worden van acceptabele en niet acceptabele zorg, omdat benchmarks nog ontbreken.

⁶⁹ Tiemeijer W. Slotbeschouwing in: Tiemeijer WL, Thomas CA en Prast HM (red). De Menselijke beslisser. Over de psychologie van keuzegedrag. WRR Amsterdam University Press, Amsterdam 2009.

Kwaliteit en innovatie belonen

Dit sluit aan bij de paradigmawisseling die de WRR heeft bepleit om de professionele wereld juist te prikkelen richting vernieuwing (WRR 2005). De Raad wil de positie en mogelijkheden van professionals en hun organisatie versterken door het belonen van vernieuwingen en kwaliteitsverbeteringen die zij weten door te voeren en door deze tot voorbeeld te stellen. Uitblijven van kwaliteitsverbeteringen zou daarentegen moeten leiden tot harde correctie. Het betekent een radicale keuze voor bewezen vernieuwing en het versterken/stimuleren van leerprocessen, ook over organisatiegrenzen heen.

Het lijkt een interessante onderzoeksvraag in welke organisaties in het huidige complexe veld van gezondheidszorg, sociale zekerheid en (arbo)zorg dergelijke prikkels voldoende consistent aanwezig zijn. Eerder is al aangegeven onder de benaming 'loose coupling' dat er in de professionele beroepsuitoefening per definitie tegenstrijdige prikkels een rol spelen. Bij de institutionele vormgeving zou het helpen hier meer oog voor te hebben ('adaptive efficiency' paragraaf 2.3).

5.3 Kwaliteitsprikkel in de arbocuratieve zorg

Meer richtlijnen

Aan het slot van dit hoofdstuk willen wij nog specifieke aandacht schenken aan kwaliteitsprikkel in de arbocuratieve zorg. In hoofdstuk 7 gaan we nog verder op arbocuratieve aspecten in. Een van de vraagstukken in het onderzoeksprogram Gezondheidszorg en Arbeid is immers waarom de aansturing, de regie van de zorg door werkgevers/werknemers om meer oog voor arbeid te hebben zo moeizaam tot stand komt. Welke kwaliteitsprikkel zijn er dan hiervoor bij de professional? Wij richten ons eerst op een belangrijke niet-materiële/financiële prikkel voor de professional: richtlijnen voor het handelen opgesteld door de beroepsgroep. Er wordt immers een beroep gedaan op de intrinsieke motivatie van de professional: vakwerk leveren.

Tot begin jaren 2000 was er in de richtlijnen voor medisch specialisten nauwelijks tot geen aandacht voor het aspect werk. In de afgelopen 5 jaar is daar wel enige verandering in gekomen. Zo werd in 2004 door de NVAB de Blauwdruk 'Arbeid in Richtlijnen' ontwikkeld met daarin een beschrijving van op welke wijze aandacht voor arbeid een vaste plaats kan krijgen in de ketenzorg-richtlijnen die worden ontwikkeld onder regie van het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg, CBO. (NVAB, 2004). Het onderwerp arbeid kreeg aandacht in de Richtlijn Ketenzorg COPD (CBO, 2005)⁷⁰, de multidisciplinaire richtlijnen Depressie (2005) en het carpale-tunnelsyndroom (2005). Met het rapport 'Beoordelen, behandelen, begeleiden; medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid' (2005) heeft de Gezondheidsraad het belang van deze blauwdruk onderstreept⁷¹. NVVG en NVAB hebben vervolgens de Blauwdruk 'Arbeid in Richtlijnen' verder ontwikkeld door naast arbeid ook functioneren als aspect op te nemen in de blauwdruk 'Arbeid en functioneren in richtlijnen' (2008). Ook is in 2008 de Blauwdruk Kanker en Werk, verschenen (NVAB, 2009). Met deze Blauwdruk streeft de NVAB ernaar het aspect werk(hervatting) systematisch in multidisciplinaire richtlijnen over kanker aandacht te geven.

De curatieve gezondheidszorg – in mindere mate de GGZ – heeft veel ervaring met het ontwikkelen van richtlijnen voor behandeling en medicatie. Sinds enkele jaren besteedt de NHG-standaard aandacht aan de factor arbeid bij vernieuwing van richtlijnen.

⁷⁰ Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg. Richtlijn Ketenzorg COPD. Utrecht: Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO, 2005.

⁷¹ Naast de richtlijnen onder auspiciën van de Gezondheidsraad zie ook nieuw ontwikkelde NHG-richtlijnen, NVAB-richtlijnen en medisch specialistische richtlijnen. Evt hier noemen.

Navolging richtlijnen dubieus

Over de vraag of dergelijke richtlijnen ook nagevolgd worden is de beschikbare literatuur echter niet al te positief. In een recente RCT-studie onderzochten Rebergen e.a. (2009)⁷² de effectiviteit van de NVAB-richtlijn bij psychische klachten. De navolging ('adherence') bleek matig en ook de effectiviteit in de zin van verkorting van de verzuimduur bleek tegen te vallen. Ook een Noorse studie in 2002 onder huisartsen vond tegenvallende opvolging van richtlijnen bij de behandeling van keelpijn en urineweg-infecties. Men zocht de oorzaak in onvoldoende tijd, ondersteuning en onderlinge communicatie⁷³. Op basis van onderzoek in de UK naar het gebruik van een depressie protocol in de eerste lijn verzuchtten Hawley et al (2005) dat moeilijk valt in te zien hoe protocollen enig nut kunnen hebben als in het 'echte leven' niet-gebruik eerder regel dan uitzondering is⁷⁴. Positiever zijn de resultaten wat betreft voorschrijfgedrag van geneesmiddelen. Bij de twintig meest voorkomende aandoeningen waarbij huisartsen een geneesmiddel voorschrijven, kiezen huisartsen gemiddeld in tweederde van de gevallen een middel volgens de richtlijn⁷⁵.

In een beschouwend artikel analyseren Grol en Grimshaw (2003) deze moeizame introductie en implementatie van richtlijnen – zelfs als deze duidelijk evidence based zijn. Op basis van studies in de VS en Nederland trekken zij de conclusie dat 30 tot 40% van de patiënten niet de zorg krijgen volgens de actuele medische inzichten en dat 20 tot 25% van de zorg overbodig is of zelfs schadelijk⁷⁶. Onder de veelzeggende titel 'Als er een schaap over de dam is, volgen er weinig' concluderen Schuring en Van Harten (2004) dat een stagnerende diffusie van innovaties eerder regel is dan uitzondering, daarmee de klassieke theorie van Rogers van de 'adopter-categorieën' voor het domein van de gezondheidszorg in twijfel trekkend⁷⁷. Volgens de auteurs betreft de kennislacune de adaptatie naar de individuele situatie. In feite is dit weer het centrale vraagstuk in ons onderzoek waarom innovaties zo traag ingang vinden. Grol en Grimshaw geven bevorderende en belemmerende factoren aan die bij implementatie van richtlijnen een rol spelen. Deze zijn verwerkt in de bevindingen van het RVZ-advies dat in paragraaf 2.3 besproken is. Op de oplossing om de dokters dan maar te monitoren met 'performance assessment' als prikkel voor kwaliteit gaat een artikel in van Parkerton et al. (2003). Op basis van analyses van administratieve data waarschuwen de auteurs voor te nauwe indicatoren. Te veel eerste lijnsartsen die op de ene indicator hoog scoorden, scoorden laag op een andere, hetgeen tot inconsistente bevindingen leidde⁷⁸. Green-McKenzie et al (2004) suggereren dat de bestaande data en benchmarks onvoldoende geschikt zijn om kwaliteit inzichtelijk te maken. Patiënttevredenheid is een surrogaat bij gebrek aan beter. Dit lijkt zonder meer toepasbaar op de arbo- en bedrijfsgezondheidszorg die naast de individuele behandeling/begeleiding ook collectieve en preventieve maatregelen uitvoert, zodat het voor dit brede pakket niet gemakkelijk is kwaliteitsindicatoren samen te stellen⁷⁹.

⁷² Rebergen DS, Bruinvels DJ, Bezemer PD, van der Beek AJ, van Mechelen W. Guideline-based Care of Common Mental Disorders by Occupational Physicians (CO-OP study): A Randomized Controlled Trial. *J Occup Environ Med*. 2009;51(3):305-12.

⁷³ Flottorp S et al. (2002). Process evaluation of a cluster randomized trial of tailored interventions to implement guidelines in primary care – why is it so hard to change practice? *Family practice* vol. 20 no. 3; 333-339.

⁷⁴ Hawley CJ et al (2005). The effectiveness and utility of a simple protocol for the management of depression in primary care. *Primary Care and Community Psychiatry* 2005; vol 10; 1, 27-32.

⁷⁵ Zorgbalans 2008 De prestaties van de nederlandse Gezondheidszorg Bilthoven: RIVM.

⁷⁶ Grol R, Grimshaw J. (2003). From best evidence to best practice; effective implementation of change in patients' care. *Research into practice* 1. *The Lancet*, vol 362, oct 11 2003.

⁷⁷ Schuring PW, Harten van WH (2004). Als er één schaap over de dam is volgen er weinig. *Medisch Contact* 59 (22), 27 mei 2004.

⁷⁸ Parkerton PH et al (2003). Physician Performance Assessment. Nonequivalence of Primary Care Measures. *Medical Care*. Vol 41, no 9; 1034-1047.

⁷⁹ Green-McKenzie J et al (2004). Managing workers Compensation costs: success of initiatives to change outcomes. *Clin Occup Environ Med* 2004; 4; 295-308.

Zorginkoop

Als het met richtlijnen moeizaam gaat, lukt het dan organisaties die zorg inkopen om kwaliteitseisen te stellen? In Nederland is hier met de invoering van de Zvw pas grootschalig sprake van.. In de VS is hier al zeer veel ervaring mee. Hier zijn het vooral werkgevers en verzekeringsmaatschappijen die de zorg inkopen. Fraser en McNamara (2000) geven een overzicht van literatuur tot dan. Zij geven aan dat kwaliteitsindicatoren die werkgevers geneigd zijn te gebruiken niet overeenkomen met die van de professional. Werkgevers krijgen wel steeds meer informatie over kwaliteit maar blijken er niet op te sturen ('quality takers en geen 'quality makers'). De auteurs durven dan ook geen uitspraak te doen over de toekomst van kwaliteitsturing⁸⁰. Eind jaren negentig van de vorige eeuw gingen nogal wat grote werkgevers in de VS ertoe over om behandelingen voor psychische gezondheidsproblemen en verslaving uit hun basispakket te halen en apart in te kopen bij gespecialiseerde (grote) aanbieders. In een economische studie probeerden Hodgkin et al (2000) de redenen te achterhalen. Kosten- en kwaliteitsoverwegingen speelden een wisselende rol maar sprongen er niet duidelijk uit. De grootste bedrijven waren eerder geneigd apart in te kopen, evenals bedrijven die minder nadruk legden op zorgafstemming. Ook hier durven de auteurs zich niet aan voorspellingen te wagen over toekomstige ontwikkelingen⁸¹. In 2007 constateren Rosenthal et al. echter dat vele grote werkgevers hun inkoopmacht niet gebruiken voor kwaliteitsverbetering van de zorg. Hoewel administratieve kwaliteitsdata en benchmark data inderdaad steeds beter beschikbaar zijn, hechten de werkgevers er weinig waarde aan⁸². Opmerkelijk is ook dat werkgevers die in preventieve voorzieningen willen investeren met productiviteitsverbetering en kostenvermindering als argument, juist niet de voorzieningen aanbieden met bewezen rendement in dit opzicht, zoals verslavingszorg en leefstijlinterventies. Qua effectiviteit onbewezen voorzieningen als screeningen blijken veel populairder⁸³.

Fendrick en Chernew (2006) wijzen op het risico van de toenemende en substantiële eigen-risico clausules in zorgverzekeringen voor de kwaliteit van de zorg. Zij bepleiten experimenten met polissen die voor aantoonbaar effectieve behandelingen relatief lagere eigen-risico bedragen hanteren om zo niet alleen op kostenbeheersing maar ook op kwaliteit te kunnen sturen⁸⁴.

Kortom ook ten aanzien van kwaliteitsprikkelers voor professionals die van de zorginkoop kunnen uitgaan, is de literatuur, althans in de VS, nog weinig positief. Deze relatieve onverschilligheid is opmerkelijk, omdat steeds meer effectiviteitsstudies van curatieve behandelingen gedaan worden met arbeidsdeelname als een van de effectparameters. Bij veel behandelingen – ook op het terrein van de psychosociale interventies – blijkt er dan sprake van een positieve kostenbatenbalans.

5.4 Professionals als oorzaak systeemfalen

In hoofdstuk 4 en 5 hebben we de positie van de professional in de moderne samenleving en in professionele organisaties in de publieke dienstverlening nader verkend. In hoeverre geven deze theoretische beschouwingen argumenten om oorzaken van systeemfalen bij de professional te zoeken?

⁸⁰ Fraser I et al (2000). Employers: Quality Takers or Quality Makers? Medical Care Research and Review. Vol 57 Supplement 2; 33-52.

⁸¹ Hodgkin D et al (2000). Why Carve Out? Determinants of Behavioral Health Contracting Choice among Large US Employers. The Journal of Behavioral Health Services & Research 27:2 May 2000.

⁸² Rosenthal MB et al (2007). Employers' Use of Value-Based Purchasing Strategies. JAMA vol 298 no 19; 2281-2288.

⁸³ Bondi MA et al (2006). Employer Coverage of Clinical Preventive Services in de US. American Journal of Health Promotion, 20, 3; 214-222.

⁸⁴ Fendrick AM, Chernew ME (2006). Value-based Insurance Design: Aligning Incentives to Bridge the Divide Between Quality Improvement and Cost Containment. The American Journal of Managed Care vol 12; 5-10.

We kunnen constateren dat er hoge eisen gesteld worden aan de moderne professional, aan het benutten van zijn handelingsruimte en wijze van verantwoorden. Hij/zij moet ingewikkelde afwegingen ('trade offs') maken, niet alleen vanuit het oogpunt van het belang van de individuele cliënt, maar ook andere belangen erbij betrekken (maatschappelijke kosten, efficiency van de organisatie, samenwerking met andere organisaties etc.). En hij/zij moet vanuit zijn professionaliteit ook druk kunnen weerstaan, maatschappelijke druk, druk van de verzekeraar, druk van de cliënt zelf en van de werkgever als het arbocuratieve zorg betreft. Er komen steeds meer evidence based aanpakken beschikbaar, maar dergelijke aangereikte hulpmiddelen als protocollen en richtlijnen worden onvoldoende gebruikt. In sommige gevallen kunnen deze paradoxaal ook leiden tot 'deprofessionalisering' en het zich verschuilen achter regels. Te sterke gerichtheid op het eigen vakgebied leidt tot een bepaalde mate van kokervisie die de cliënt schade berokkent.

Hoewel sinds het werk van Minzberg veel onderzoek gedaan is naar het functioneren van professionele organisaties, is er over prikkels voor professionals om 'het goede te doen', nog weinig bekend. In het kielzog van stelselveranderingen in de publieke sector is er veel aandacht voor financiële prikkels. De prikkelstructuur zou echter meer evenwichtig moeten zijn en ook aandacht geven aan ideële motieven en het belonen van innovaties: 'sensitivity to motivational complexity'.

Dit alles kan er toe leiden dat (ongeacht de publiek-private inrichting van de gezondheidszorgstelsels) de kwaliteit van de zorg suboptimaal is, zoals ook het ministerie van VWS aangeeft (zie hoofdstuk 2). Sommigen schatten zelfs dat circa 20% van de zorg overbodig of zelfs schadelijk is. Dat ook de kwaliteit van de arbocuratieve zorg te wensen overlaat, behandelt hoofdstuk 7.

6 Vraagsturing en systeemfalen

Nu zijn we aangeland op de echte werkvloer: wat gebeurt er in de beslotenheid van de spreekkamer. Hoe responsief zijn professionals en hun organisaties richting de hulpvrager? In dit hoofdstuk behandelen we eerst het concept van vraagsturing in relatie tot het handelen van de professional. Vervolgens geven we de grenzen aan van vraagsturing en hoe keuzedilemma's bijdragen aan het systeemfalen.

6.1 Responsiviteit door vraagsturing

Eigen verantwoordelijkheid en beslissingsmogelijkheden

Het begrippenpaar dat Le Grand (2003) aan de kant van de cliënt onderzoekt is passief en actief: zijn er mechanismen in de hulpverlening die de cliënt tot een passieve consument maken of juist uitgaan van eigen verantwoordelijkheid en daadkracht van de cliënt ('agency'). Een eigen verantwoordelijkheid, terwijl per definitie de professional 'meer weet' dan de cliënt (zie ook de paragraaf 4.3).

Waarom heeft een professional meestal een grotere stem in beslissingen in het publieke domein dan de betrokken cliënt? Men zou kunnen zeggen dat er bij deze transactie naast 'market failure' ook iets als 'individual failure' bestaat (New 1999). Een economische term die wat vreemd aandoet, omdat er niets 'fouts' is aan het feit dat je als patiënt niet alle ins en outs van je ziekte/behandeling weet. New onderscheidt 4 soorten 'falen':

1. Technische onmogelijkheid van de cliënt in relatie tot bevattingsvermogen en gebrek aan informatie ten opzichte van specialistisch kennisgebied.
2. Korte termijn verleiding verhindert rationele beslissing voor de langere termijn.
3. Emotionele belemmeringen en stress.
4. Voorbijgeleerde ervaringen om de beslissing op te stoelen zijn er niet.

Ook wanneer nabije anderen (zoals ouders voor het kind) moeten besluiten is een dergelijke 'falen' in het spel.

Daarnaast zijn er argumenten ten aanzien van het collectief. De beslissingen hebben 'externe effecten' die het individu niet kan/wil overzien. Al dan niet vaccineren, kiezen voor behandeling in het buitenland e.d. Maar belangrijker (omdat meestal de kosten voor de cliënt niet in verhouding staan tot de werkelijke kosten van de dienst) is dat er geen prikkels zijn om onnodig gebruik tegen te gaan en geen prikkels om de beste aanbieder te zoeken⁸⁵.

Ondanks dit 'falen' is vraagsturing al lange tijd een begrip in de zorg en meer recent bij re-integratie. Dit past bij de lange termijn trend van de mondige burger, maar hangt ook samen met het feit dat vooral bij langdurige zorg van mensen met een chronische aandoening de persoon zelf ervaringsdeskundige wordt en de gevestigde zorgverleners onvoldoende responsief op zijn/haar noden (kunnen) reageren⁸⁶.

Vormen van vraagsturing

In de klassieke vorm van vraagsturing door de cliënt (die in de langdurige zorg tot ontwikkeling is gekomen) is dit opgelost door de cliënt een eigen budget te geven dat hij/zij naar eigen goeddunken kan besteden, zodat hij/zij werkelijk de inhoud van de dienstverlening naar eigen preferentie kan inrichten (persoonsgebonden budget of vou-

⁸⁵ In dit verband kan het beste ook de vijand van het goede zijn. Goed kan goed genoeg zijn in de zorg en het beste is niet altijd nodig. De beste arts/instelling zou het aanbod niet eens aankunnen.

⁸⁶ Bosselaar H (2005). De vraag als antwoord. Vraagsturing en sociaal beleid; voorwaarden en risico's. Proefschrift Reed Business Information; Den Haag.

cher). Naast vraagsturing wordt onderscheid gemaakt in sturing *op* de vraag en sturing *van* de vraag. Bij sturing *op* de vraag gaat het om de inkoop van diensten door allerlei bemiddelaars en ziektekostenverzekeraars. Bij inkoop wordt er in het algemeen rekening gehouden met preferenties van cliëntengroepen, maar de cliënt zit niet aan het stuur. Dit geldt ook voor sturing van de vraag oftewel vraaggericht werken. Hierbij worden organisaties en professionals uitgedaagd de dienstverlening klantvriendelijker te maken en de noden en wensen van klanten zichtbaar te maken. De meest simpele variant die veel organisaties ook uitvoeren om dit te borgen, is het meten/monitoren van klanttevredenheid met de ervaren dienstverlening. Klompé en Van der Krogt (2005) gebruiken het trias 'klantvriendelijk, klantgericht en klantgestuurd', waarbij de klant in deze volgorde meer verantwoordelijk wordt voor de inhoud van de dienstverlening. Klantvriendelijke organisaties richten zich vooral op het hoe (proceskenmerken als wachttijden, bejegening), klantgerichtheid gaat uit van wat de klant nodig heeft en hoe je daarop kunt inspelen (het 'wat') en bij een klantgestuurde dienstverlening heeft de klant ook zelf regie en keuzemogelijkheden, hetgeen dus inzicht en zelfredzaamheid vereist⁸⁷.

De WRR geeft aan dat posities van cliënten in de maatschappelijke dienstverlening sterk verschillen en dus ook de toepasbaarheid van de verschillende vormen van vraagsturing⁸⁸. Zo hebben hangjongeren die problemen in een buurt veroorzaken, meestal geen vraag naar welzijnsdiensten en wordt in de gezondheidszorg bij spoedeisende hulp de vraag niet anders gearticuleerd dan als 'snel', waarbij de invulling geheel aan de professionals wordt overgelaten.

Vraagsturing en systeemfalen

De grenzen aan vraagsturing door de cliënt en de benarde positie van de professional die hieruit voortvloeit, zien we in de mondige burger die zorg en ondersteuning eist, maar verantwoordelijkheden ontloopt. Op hoge toon worden leerkrachten ter verantwoording geroepen, ook in die situaties waar het pedagogisch onvermogen van de betreffende ouders aan de orde is. Op het arbocuratieve terrein is dit een van de hoofdthema's bij de claimbeoordeling die de loondoorbetaling bij ziekteverzuim legitimeert, bij de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling en bij de publieke re-integratieondersteuning: vanuit het collectieve belang worden beslissingen over individuen genomen, die het individu niet op prijs kan stellen: de trade-off afweging van de moderne professional (par. 4.7).

Er zijn dus risico's voor 'verkeerde' beslissingen, zowel voor het individu als voor de gemeenschap als geheel. Het 'individueel falen' leidt tot systeemfalen. In het onderzoek van de Universiteit van Maastricht (Hoefsmit en Nijhuis 2010) dat in het kader van het programma Gezondheidszorg en Arbeid is uitgevoerd, is deze oorzaak van systeemfalen het kernthema (zie ook hierna paragraaf 6.1). De individuele actoren werknemer, werkgever en professionals kunnen elk voor zich hun rollen en verantwoordelijkheid onvoldoende invullen om waar mogelijk langdurig verzuim te voorkomen. Zij kunnen de vraagsturing onvoldoende gestalte geven. Dit versterkt het gebrek aan responsiviteit van de (arbo)zorg waardoor risico's op langdurige gezondheidsbeperkingen en langdurig verzuim toenemen. Op de vermijdbare kosten die dit met zich meebrengt is in hoofdstuk 2.4 al ingegaan.

Kan de professional ten principale tot betere beslissingen komen dan de cliënt? Le Grand beargumenteert dat dit ten aanzien van de bovengenoemde punten maar gradu-eel kan zijn. Ze kunnen het wel beter doen, maar zullen ze het ook doen?

⁸⁷ Klompé M, Van der Krogt M (2005). Klantvriendelijk, klantgericht of klantgestuurd. Sociaal Bestek 6, 2005.

⁸⁸ Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR). Bewijzen van goede dienstverlening. Amsterdam University Press Amsterdam 2005.

Dat hangt ervan af of de professionals echt voldoende terzake kundig zijn en ‘altruïstisch’ (dat wil zeggen de belangen van de cliënt voorop stellen én goed kunnen beoordelen) dan wel hun eigen belangen niet conflicteren met die van de cliënt. Het antwoord ligt volgens Le Grand in de context waarin ze opereren. Het vormgeven van deze context, zowel op macroniveau wat regelingen en instituties betreft als de organisatorische context op meso-niveau, is dus cruciaal voor de effectiviteit van het systeem. Een essentiële vraag is dus hoe in quasi-markten de professional moet worden ‘ingekaderd’.

Context voor vraagsturing: ‘exit’ en ‘voice’

Ondanks internet, ontwikkeling van patiëntenorganisaties, beschikbaar komen van prestatie-informatie, die de informatie-achterstand van de cliënt vermindert, blijft het voor de hand liggen dat het primaat van medische beslissingen bij de medische professional ligt. De beslissingsmacht van de gebruiker ligt dus eerder in de keuze voor een specifieke professional dan in inhoudelijke beslissingen wat betreft de behandeling. Onbeperkte keuze voor een dienstverlener/aanbieder betekent echter een risico voor segregatie langs de lijnen van inkomen en eigen groep.

Als de context dus zo belangrijk is – en het voorgaande hoofdstuk over prikkels gaat hier ook over – moet een systeem worden vormgegeven waarbij er een ‘balance of power’ ontstaat tussen aanbieders/professionals en gebruikers van publieke diensten. Hoe kunnen we de gebruiker een stem geven, die structureel tot kwaliteitsborging leidt?

In 1970 introduceerde Hirschman het inmiddels bekende begrippenpaar ‘voice’ en ‘exit’ om de mogelijke invloed van gebruikers op de kwaliteit van geleverde diensten te typeren (Hirschman 1970). Bij voice richten de gebruikers zich met hun op- of aanmerkingen rechtstreeks tot de dienstverlener of zijn/haar organisatie. Dit natuurlijk in de verwachting dat dit zin heeft en hij/zij hier een volgende keer van kan profiteren. Dit veronderstelt dat gebruiker en dienstverlener uitgaan van een duurzame relatie, zoals bijvoorbeeld in het onderwijs of de thuis- en gezondheidszorg. De gebruiker kan zijn mening collectief kenbaar maken (bijvoorbeeld via verkiezingen of anonieme klanttevredenheidsonderzoeken) of individueel via klachtenprocedures en schadeclaims. Exit-mechanismen zijn er daarentegen op gestoeld dat de klant ‘met zijn voeten kan stemmen’ en zich tot een andere dienstverlener kan wenden. Vrije artskeuze (of schoolkeuze) is dan ook een belangrijk thema, al zijn er andere argumenten die deze keuze beperkt maken (efficiency, specialisatie of segregatie in scholen).

Deze andere dienstverlener moet er dan wel zijn en ook andere belemmeringen (via contracten of overdracht van informatie) moeten in dat geval minimaal zijn.

Beide typen mechanismen hebben zo hun voor- en nadelen en kunnen ook in combinatie gebruikt worden (Zie Le Grand 2003 p82), die in de volgende tabel 6.1 zijn samengevat.

Tabel 6.1: De voor- en nadelen van de exit en voice strategie bij kwaliteitsturing door de klant

	Voordelen	Nadelen
Voice: collectief	<ul style="list-style-type: none"> - Wegen belangen collectief mee 	<ul style="list-style-type: none"> - Te grof voor het microniveau waar de kwaliteit gevoeld wordt - Te indirect via politieke besluitvorming op termijn - Medestanders moeten probleem zien én de oplossing delen - Overconsumptie en segregatie nog steeds mogelijk (anderen betalen)
Voice: individueel	<ul style="list-style-type: none"> - Grijpen rechtstreeks op het kwaliteitsprobleem in - Sterke prikkel voor individuele professional 	<ul style="list-style-type: none"> - Vereisen energie en uitzoekwerk - Veroorzaken ergernis bij professional waar je afhankelijk van bent - Moeilijk voor laagopgeleiden - Klagers zijn niet noodzakelijkerwijs degenen die ook veel te klagen hebben - Dure rechtszaken
Exit: collectief	<ul style="list-style-type: none"> - Helder: goede aanbieders worden beloond, slechte bestraft, als tenminste het geld daadwerkelijk de klant volgt - 	<ul style="list-style-type: none"> - Er moeten ook alternatieve aanbieders zijn - Polarisatie: goede worden beter, slechte nog slechter - Risico op afroming - Overconsumptie en segregatie nog steeds mogelijk (nu door inkoopmacht)
Exit: individueel	<ul style="list-style-type: none"> - Gebruiker wordt actor - Sterke prikkel voor individuele professional 	<ul style="list-style-type: none"> - Alternatieven moeten ook bekend zijn én toegankelijk - Moeilijk voor sommige categorieën gebruikers

Als positief voorbeeld van het gelijk opwerken van beide soorten prikkels voor de professional en ‘empowerment’ van patiënten geeft Le Grand het experiment in de UK van eerstelijnscentra die tweede lijnsbudgetten beheren, voornamelijk een revolutionair voorstel in de Nederlandse verhoudingen (Zie ook Maljers en Wansink 2009). Het eerstelijnscentrum is goed op de hoogte van de dagelijkse kwaliteit van de voorzieningen (beter dan een centrale instantie op afstand en beter dan de patiënt) en van de specifieke omstandigheden/behoefte van de patiënt en zal dus een goede afweging kunnen maken. En als efficiencywinst in de eigen praktijk gestoken kan worden schiet het centrum er ook mee op: beroepstrots kan zo zichtbaar gemaakt worden.

Le Grands centrale stelling is dat motivatie van professionals en de handelingsbekwaamheid van de gebruikers van de diensten geen vaste parameters zijn maar daadwerkelijk beïnvloed worden door systeemkenmerken en de inrichting van de uitvoeringsorganisaties. Deze ‘maakbaarheid’ is zowel hoopvol voor beleidsmakers en politici als confronterend, want het doet er werkelijk toe wat zij institutioneel vormgeven.

6.2 Vraagsturing en keuzedilemma's

Het bijzondere van de (markt)ontwikkelingen in de zorgsector en zorgverzekering is dat het niet alleen gaat om de toenemende keuzemogelijkheden, maar ook om de omstandigheid dat deze keuzes gepaard gaan met risico-afwegingen in de al dan niet verre toekomst. Burgers en bedrijven hebben de mogelijkheid om af te wegen of zij (een gedeelte van) de risico's zelf dragen dan wel verzekeren bij een (private) verzekeraar. De veronderstelling van deze gecombineerde risico-overdracht en marktwerking is dat burgers en bedrijven in staat zijn om bewust te kunnen kiezen ten aanzien van het zelf dragen of het verzekeren van risico's.

Een groeiend aantal studies toont echter aan dat er grenzen zijn aan het vermogen van mensen om weloverwogen met risico's om te gaan.

Mensen laten zich opvallend vaak leiden door emotionele motieven, vooral als het complexere keuzes op de lange termijn betreft.⁸⁹ Als de grens wordt bereikt van de opnamecapaciteit voor informatie en de gevolgen van keuzes niet meer worden overzien, kiezen individuen voor een standaardkeuze ('default strategie')⁹⁰. En met de toename van keuzemogelijkheden neemt ook het risico toe om een verkeerde keuze te maken. Mensen kiezen er dan voor om niet te kiezen. Eerder is al de term 'bounded rationality' gebruikt: keuzes kunnen niet rationeel zijn, omdat deze het bevattingsvermogen van het individu te boven gaan.

Framing en prospect

Veel onderzoek en literatuur over oordeelsvorming en keuzeprocessen van individuen is geïnspireerd op het werk van de psycholoog Kahneman, die hiervoor in 2002 de Nobelprijs voor economie kreeg.⁹¹ Kahneman schenkt onder meer aandacht aan spontane en beredeneerde oordeelsvorming en voorkeuren. Hij gaat er vanuit dat de eerste indruk van mensen gebaseerd is op intuïtie en de tweede indruk op redeneringen en afwegingen. Het meeste gedrag is spontaan en onproblematisch. Slechts in een fractie van de situaties treedt een correctie op. De eerste indruk blijft een ankerpunt voor het uiteindelijke oordeel. Kahneman heeft deze observatie onder andere verder uitgewerkt in de framing-theorie en de prospect-theorie.

De framing-theorie houdt in dat de manier waarop de verschillende keuzes beschreven worden de beslissing in vergaande mate beïnvloedt. Als mensen bijvoorbeeld de keuze krijgen voorgelegd tussen een voorziening met een wenselijk gevolg en een voorziening die mogelijk een beter maar mogelijk ook een slechter gevolg heeft, dan kiezen zij meestal voor de eerste meest zekere voorziening (risicomijdend gedrag). Als ze echter moeten kiezen tussen een voorziening met een zeker onwenselijk gevolg en een voorziening met mogelijk een beter maar mogelijk ook slechter gevolg, dan kiezen ze juist vaak voor de onzekere winst (risicozoekend gedrag). Dit betekent dat de *formulering* van een keuze door een aanbieder van bijvoorbeeld een polis of behandeling doorslaggevend is als het voor het individu moeilijk is de winst en het verlies van eenzelfde optie te doorgronden.

De prospect-theorie houdt in dat individuen veranderingen eenvoudiger beoordelen dan absolute waarden. Deze constatering heeft Kahneman gebracht op een drietal veronderstellingen. De eerste is die van het referentiepunt. Een individu beoordeelt de uitkomst van een verandering niet absoluut, maar als een positieve dan wel negatieve afwijking van een bepaald referentiepunt. De mate waarin een individu bijvoorbeeld een uitkering beschouwt als riant of armetierig, hangt af van het welstandsniveau waaraan hij gewend is. De tweede veronderstelling is die van de afnemende gevoeligheid. De beleving van een verandering wordt kleiner naarmate de omvang van het referentiepunt groter wordt. Zo beleven mensen een verhoging van het maandinkomen van 800 naar 900 euro als groter dan een verhoging van 2000 naar 2100 euro. De bekendste veronderstelling tot slot is die van de verliesaversie. Het psychologische effect van verlies zou twee keer zo sterk zijn als het psychologische effect van winst. De ver-

⁸⁹ Prast H (2005). 'Emotie-economie: de mythe van de persoonlijke financiële planning', Tijdschrift voor Politieke Economie 27(2005), nr. 2, 4-25. Rooij, M.C.J. van, Kool, C.J.M., & Prast, H.M. (2007). Risk-return preferences in the pension domain: Are people able to choose? *Journal of Public Economics*, 91, 702-722

⁹⁰ S.S. Iyengar, M.R. Lepper, 'When choice is demotivating: can one desire too much of a good thing?'. In: *Journal of Personality and Social Psychology*, 779 (2000), 995-1106.

⁹¹ Kahnemann, D (2002). 'Maps of bounded rationality: a perspective on intuitive judgment and choice. Nobel Price Lecture December 8, 2002', Stockholm, 2002.

liesaversie verklaart waarom mensen geobsedeerd zijn door de nadelen van een keuze, terwijl zij de voordelen onderwaarden.

Deze theoretische inzichten van Kahneman zijn in verschillende disciplines en met name in de gedrags- of emotie-economie in experimenten getoetst. Zo is de framing-theorie op grote schaal gebruikt om gedragingen met gezondheidsrisico's te onderzoeken.⁹² De prospect-theorie heeft ruime toepassing gevonden in empirisch onderzoek naar de keuze voor financiële producten.⁹³ Prast en Potters (2009) wijzen op de gebrekkige wilskracht die mensen parten speelt om gezond gedrag vol te houden. Gelijk Odysseus die zich aan de mast liet binden willen ze hulp en psychologische hulpmiddelen aangereikt krijgen om hun goede voornemens vol te houden 'zelfbinding'⁹⁴. Ook hier heeft vraagsturing een soort dubbele bodem: de cliënt is niet autonoom aan het stuur.

Te veel keus

Voor ons thema relevant is evenzeer de stelling van de psycholoog Schwartz dat niet alleen de complexiteit maar ook het teveel aan keuzemogelijkheden het keuzeproses van de consument verlamt⁹⁵. Hij baseert zich naast Kahneman op ander psychologisch onderzoek naar geluksbeleving, wanneer hij aangeeft dat een overvloed aan keuzes leidt tot gevoelens van depressie en eenzaamheid (die vervolgens weer kunnen leiden tot verder 'blind' consumptiegedrag). Een oplossing is het leven in te richten volgens vaste regels om zo de vele keuzes te vermijden (de bovengenoemde 'default option'). Voor sociale relaties en cont(r)acten komt Schwartz weer terug op de eerder genoemde voice en exit opties van Hirschman. Voor dergelijke relaties – en een arbeidscontract, een zorgverzekeringpolis of een duurzame arts-patiënt relatie zijn daar in principe voorbeelden van – geeft de klant in eerste instantie de voorkeur aan voice om zijn ongenoegen en verbeter suggesties kenbaar te maken. Voor het domein van arbeid en gezondheidszorg betekent dit waarschijnlijk dat klanten het op prijs zullen stellen wanneer vertrouwenwekkende personen en/of instanties bij deze keuzes assisteren.

6.3 Vraagsturing als prikkel voor professionals

In Nederland is al langer ervaring met vraagsturing. Logischerwijs zouden we in het kader van ons onderzoek nog literatuur moeten bespreken *hoe* vraagsturing het handelen van de professional beïnvloedt. We hebben hierover (nog) niet veel kunnen vinden. In het kader van richtlijnontwikkeling, ketenzorg en kwaliteitsturing zien we wel een toenemende rol voor patiënten en patiëntenorganisaties⁹⁶. Het ministerie van VWS ondersteunt tal van projecten die ten doel hebben de positie van de patiënt te versterken, zoals in het programma 'Zekere zorg' van de Stichting Fonds Patiënten-, Gehandicapten en Ouderenorganisaties (PGO) en de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF). Veel van deze projecten zijn gericht op richtlijnontwikkeling vanuit patiëntenperspectief en bijvoorbeeld de Reumapatiëntenbond wil het patiëntenperspec-

⁹² Zie bijvoorbeeld: Bernstein P (1996). *Against the gods – the remarkable story of risk*. New York: John Wiley and Sons, 1996.

⁹³ Voor een overzicht, zie: Prast, HM. 'Emotie-economie: de mythe van de persoonlijke financiële planning', *Tijdschrift voor Politieke Economie* 27(2005), nr. 2, 4-25

⁹⁴ Potters J, Prast HM. *Gedragseconomie in de praktijk*. In: Tiemeijer WL, Thomas CA en Prast HM (red). *De Menselijke beslisser. Over de psychologie van keuzegedrag*. WRR Amsterdam University Press, Amsterdam 2009.

⁹⁵ Schwartz B (2004) *The paradox of choice. Why more is less*. Ecco Harper Collins New York. Het probleem van een teveel aan keuzes in de moderne samenleving werd voor het eerst benoemd door Alvin Toffler ('over-choice') in zijn bekende boek *Future Shock* (1970) New York; Random House.

⁹⁶ Zie bijvoorbeeld: Avoort CJ van der (2007). *Toolbox Patiëntenparticipatie in ketenzorg*. CBO. Patiëntenparticipatie binnen richtlijnontwikkeling www.CBO.nl. Veer AJE de, Smit CM, Francke AL.(2007) *Verbreiding en vernieuwing van richtlijnen*. NIVEL. www.nivel.nl

tief integreren in de visitatieprocedures van reumatologen. In het project Zorginkoop, waarin de verzekeraars Menzis en Agis samen met enkele zorginstellingen meedoen, wordt geprobeerd patiënteninvloed bij de zorginkoop een rol te laten spelen⁹⁷.

Agis en Nivel hebben gezamenlijk de CQ-index ontwikkeld om klantervaringen in de zorg weer te geven. Zorgverzekeraars kunnen de uitkomsten gebruiken bij de inkoop, consumenten bij het kiezen van een zorgaanbieder. In paragraaf 6.1 is dit sturing van de vraag ofwel vraaggericht werken genoemd. Dit alles vormt echter hoogstens een indirecte prikkel voor het werk van een professional. Een meer directe prikkel biedt de methode van de ‘spiegelbijeenkomst’ ontwikkeld door het AMC Universiteit van Amsterdam. Circa tien (ex)patiënten die een bepaald behandeltraject hebben meegemaakt reflecteren op deze behandeling in aanwezigheid van 15 tot 50 (para)medici/verzorgers die aan deze groep patiënten zorg hebben verleend. Het aanhoren van de ervaringen van patiënten in hun eigen woorden en het zwijgend toehoren blijkt een krachtige prikkel te zijn⁹⁸.

Profiling

Een manier voor de professional of de professionele organisaties om orde te scheppen en hun aanbod af te stemmen op moeizaam gearticuleerde klantwensen is hun klanten in betekenisvolle subgroepen in te delen en hen elk op een toegesneden manier te benaderen: profiling. Dit is een techniek die marktonderzoekbureaus al jaren toepassen. In de publicatie ‘Wat werkt bij wie’ is getracht een doelgroepbenadering te ontwerpen voor innovaties in zorg en preventie op basis van het mentality-model van bureau Motivaction⁹⁹. Zij onderscheiden acht typen zorgcliënten die zij terugbrengen tot drie hoofdcategorieën: minder zelfredzame zorgcliënten (circa 50%), pragmatische zorgcliënten (circa 20%) en maatschappijkritische zorgcliënten (circa 30%). Zij geven voorbeelden hoe het aanbod van zorgvernieuwing daarop kan worden afgestemd.

Faddegon (2009) bespreekt vier persoonlijkheidskenmerken die hij bij uitstek relevant acht voor keuzegedrag¹⁰⁰:

- Need for cognition, de mate waarin men graag nadenkt over complexe zaken.
- Need for closure, de mate waarin men omgaat met onzekerheid en ambiguïteit.
- Regulation focus, de mate waarin men streeft naar groei en vooruitgang dan wel naar veiligheid en preventie.
- Self control, de mate waarin men beschikt over zelfdiscipline.

De professional, verzekeraar of de overheid kan in zijn dienstverlening met deze psychologische concepten tot een relevante klantprofilering komen en het handelen of de interventie hierop aanpassen. Over dergelijke toepassingen in de praktijk van de hulpverlening is echter nog zeer weinig onderzoek gedaan.

Samengevat kunnen we concluderen dat vraagsturing in de (arbo)curatieve zorg een complex thema is dat nog onvoldoende in zijn verschillende consequenties is uitgewerkt, zowel op beleidsniveau als op de werkvloer van de professional-cliënt relatie. Deze complexiteit is een factor van betekenis in het systeemfalen in het domein gezondheidszorg en arbeid.

⁹⁷ Zie bijvoorbeeld de special van Medisch Contact ‘Patiënt denkt mee’. 62 (14) 6 april 2007.

⁹⁸ De Wit F, Mul M, Bol R. (2008). Leren van patiënten. Spiegelbijeenkomsten leveren zorgverleners nuttige feedback. Medisch Contact 63 (23) 6 juni 2008.

⁹⁹ Zie www.zorginnovatie.nl en De zorgklant van morgen; wensen en behoeften in een veranderende samenleving. Ministerie van VWS, Den Haag 2005.

¹⁰⁰ Faddegon K. Psychologische verschillen in keuzegedrag. In: Tiemeijer WL, Thomas CA en Prast HM (red). De Menselijke beslisser. Over de psychologie van keuzegedrag. WRR Amsterdam University Press, Amsterdam 2009.

7 Systeemfalen en vernieuwing in de arbocuratieve sector

In dit hoofdstuk kijken we aan de hand van een literatuursearch naar achtergronden van systeemfalen en pogingen tot vernieuwingen die de afgelopen jaren in de arbocuratieve zorg hebben plaatsgehad. In hoeverre vinden deze vernieuwingen hun weg in de algemene praktijk? Tevens verwijzen wij naar de parallelstudie in het kader van het onderzoek Arbeid en Gezondheidszorg van Hoefsmit en Nijhuis.

7.1 Actoren en institutionele belangen

Belangentegenstellingen

Op het terrein van gezondheidszorg en arbeid is internationaal de nodige literatuur gepubliceerd wat betreft optimalisering van de arbeidsdeelname bij gezondheidsproblemen en de rol van de verschillende partijen daarbij onder wie zorgverleners uit de curatieve zorg. In deze paragraaf worden er de nodige voorbeelden van gegeven. Het aantal onderzoeken is echter – zeker als het gaat om empirisch onderzoek en evidence based interventies – relatief niet groot en bovendien zijn de bevindingen niet consistent. Verwonderlijk is dit niet als we beseffen hoeveel partijen betrokken zijn bij gezondheidszorg en arbeid en hoezeer de betreffende wet- en regelgeving in de verschillende landen verschilt. Zo analyseerden Franche et al. (2005) de belangen van de diverse stakeholders. Zij constateerden dat onderlinge paradigma- en belangenverschillen en fricties onvermijdelijk zijn, terwijl een gezamenlijke probleemoplossing juist noodzakelijk is. Specifieke interventies zijn op het overbruggen van deze verschillen gericht, maar zijn ook tijdscontingent: ‘the right time and the right place’. Dit maatwerk in beeld brengen stelt tevens hoge eisen aan onderzoeksdesigns¹⁰¹. Ook het onderzoek van Hoefsmit en Nijhuis dat in het kader van onderhavig SIG-programma plaats vindt (zie ook de volgende paragrafen), wijst op de verschillende stakeholders en belangen die in het spel zijn met ieder hun eigen interpretatie van de verzuimsituatie. Zij constateren in het arbocuratieve domein onvoldoende kennis bij en handelingsruimte voor de (para)medische beroepsbeoefenaar en een te monodisciplinair medische aanpak. Van de kant van de werkgever/werknemer gaat het om onvoldoende (benutting van) mogelijkheden voor aanpassing van werkzaamheden, fragmentarische kennis (vooral in het MKB) en attitude ten aanzien van werk en verzuim. Bij langer durend verzuim vindt de patiënt/werknemer zich onvoldoende vertegenwoordigd, hetgeen negatieve gevoelens en vervreemding richting de werksituatie met zich meebrengt. Hij/zij heeft behoefte aan een casemanager met echt verstand van zaken die zowel in de werksituatie als de zorg het nodige in beweging kan brengen¹⁰². In een onderzoek naar gevallen waar het is misgegaan en schadeclaims voor beroepsziekten zijn ingediend, bleek er vrijwel altijd sprake van een lange voorgeschiedenis met interventiemomenten die niet benut zijn. De sociaal-medische begeleiding van de bedrijfsarts schoot te kort en ook curatieve behandelaars waren niet alert¹⁰³.

Deze bevindingen sluiten aan bij ons onderzoek naar de mogelijke schade van het arbocuratieve systeemfalen, waaraan wij in hoofdstuk 2 gerefereerd hebben.

¹⁰¹ Franche RL et al (2005). Workplace-based return-to-work interventions: Optimizing the role of stakeholders in implementation and Research. *Journal of Occupational Rehabilitation* 15 (4) 525-542

¹⁰² Hoefsmit N, Nijhuis F.

¹⁰³ Eshuis WA et al (2009). Leerzame schadeclaims. Leren van ‘worst case scenaros’ als opstap naar effectieve interventie en preventie rond beroepsziekten. Amsterdam, Hugo Sinzheimer Instituut.

De OECD wijst in zijn landenstudies met name op de gebrekkige samenwerking en verkokering tussen sectoren als maatschappelijke dienstverlening, arbeidsbemiddeling en gezondheidszorg (OECD 2008).

In de eerste 2 jaar ziekte is de situatie in Nederland en Denemarken dan nog relatief gunstig. In Nederland door de Wet Verbetering Poortwachter in combinatie met de 2 jaar durende ontslagbescherming, in Denemarken juist door de arbeidsmobiliteit in combinatie met inkomensbescherming. De OECD bepleit verdere intensivering van case-management en maatwerk, alsmede samenhangende financiële prikkels voor de verantwoordelijke instanties¹⁰⁴. Voor alle onderzochte elf landen geldt dat mensen met chronische gezondheidsbeperkingen te veel en structureel buiten het arbeidsproces belanden.

Rolambiguïteit en onzekerheid ondanks bewezen effectiviteit

Vroege en werkgerichte interventies zijn effectiever voor herstel en de curatieve zorgverlener kan hierin een prominente rol spelen. Daarover zijn de bevindingen min of meer eensluidend (Kosny et al 2006)¹⁰⁵. Vroeg ingezet casemanagement is effectief (de Jong en van de Pol 2006, Hogelund en Holm 2006)¹⁰⁶. In gerandomiseerd onderzoek van Rost et al (2004) en van Schoenbaum et al (2002) levert een geïntensiverde gevalsbehandeling in de eerste lijn van depressieve patiënten meer welbevinden, minder verzuim en minder productiviteitsverlies op¹⁰⁷.

Onvoldoende aandacht voor werk heeft negatieve gevolgen. Van Weel et al. (2006) geven aan dat bijvoorbeeld bij COPD-patiënten de behandelend arts te weinig oog heeft voor werkgerelateerde klachten, terwijl het aan het werk blijven van deze patiënten juist zo belangrijk blijkt voor hun ervaren gezondheid¹⁰⁸. Onderzoek van Benavides et al (2005) in de USA laat zien dat eerstelijnsartsen veel arbeidsgerelateerde aandoeningen missen¹⁰⁹. Patiënten verwachten van hun huisarts wel gedegen informatie over (bij)werkingen van geneesmiddelen op hun werksituatie (Haslam 2005)¹¹⁰. Onderzoek in resp. Canada, de VS en Zweden. concludeert dat meer aandacht en deskundigheid voor werkomstandigheden aan de behandelend arts hoge eisen stelt; hij/zij ontbeert hiervoor de tijd en training en ervaart een ongemakkelijke rolambiguïteit (Schweigert et al 2004, Pransky et al 2002, Edlund & Dahlgren 2002)¹¹¹. Vanuit privacy-overwegingen ten aanzien van de patiënt vindt de behandelend arts het moeilijk positie te kiezen richting werkgever en verzekeraar (Russell et al 2005)¹¹².

¹⁰⁴ OECD (2006-8). *Sickness, disability and Work: Breaking the barriers*. Vol.1, 2, 3.

¹⁰⁵ Kosny A et al (2006). Early Healthcare Provider Communication with Patients and their Workplace Following a Lost-time Claim for an Occupational Musculoskeletal Injury. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 2006, 16 (1) 27-39.

¹⁰⁶ Hogelund, J., Holm, A. (2006), Case Management Interviews and the Return to Work of Disabled Employees. *Journal of Health Economics*, vol. 25, no. 3, pp. 500-519.

¹⁰⁷ Rost K et al (2004). The Effect of Improving Primary Care Depression Management on Employee, absenteeism and productivity. A Randomized Trial. *Med Care* 2004 42(12)1202-10.

Schoenbaum et al (2002). The Effects of Primary Care Depression Treatment on Patients' Clinical Status and employment. *Health Services Research* 2202; 37;5 1145-58.

¹⁰⁸ Van Weel (2006).

¹⁰⁹ Benavides FG et al (2005). Certification of Occupational Diseases as Common Diseases in a Primary Health Care Setting. *Am L Ind Med*. 2005, 47 (2) 176-80.

¹¹⁰ Haslam C et al (2005). Perceptions of the Impact of Depression and Anxiety and the medication for these Conditions on Safety in the Workplace. *Occup Environ Med* 2005; 62, 538-45.

¹¹¹ Schweigert MK et al (2004). Treating Physicians' Perceptions of Barriers to Return to Work of their Patients in Southern Ontario. *Occupational Medicine* 2004, 54 (6) 425-429.

Pransky G et al (2002). Improving the physicians role in evaluating workability and managing disability: a survey of primary care practitioners. *Disability and Rehabilitation* 2002, 24 (16) 867-74.

Edlund C, Dahlgren L (2002). The physician's role in the vocational rehabilitation process. *Disability and Rehabilitation* 2002, 24 (14) 727-33.

¹¹² Russel G et al (2005). Managing Injured Workers: Family Physicians' Experiences. *Canadian Family Physician* 2005, 51, 78-79.

Regie en verantwoordelijkheid werkgever en werknemer

Het eerder geciteerde onderzoek van Hoefsmit en Nijhuis heeft zich geconcentreerd op de rol van werkgever en werknemer bij functioneel herstel en werkhervatting van verzuimende werknemers. In hoeverre kunnen en willen zij de regie nemen en de dienstverleners in het arbocuratieve veld aansturen? Kortom hoe geven zij vorm aan de vraagsturing van (arbo)curatieve zorg?

Vanuit deze vraag is een systematische literatuurreview uitgevoerd die 178 empirische publicaties heeft opgeleverd en zijn interviews gehouden met werknemers, werkgevers en professionals. Bevindingen wat betreft de kwaliteit van de zorg komen in de volgende paragraaf aan bod, maar een belangrijk vertrekpunt voor het falen van het arbocuratieve systeem ligt in de onderlinge interactie tussen werkgever en werknemer. De problemen in deze interactie spelen vooral op, wanneer het verzuim frequenter of meer langdurig wordt. Werkgever en werknemer hebben verschillende primaire doelen. De werknemer streeft primair naar herstel van klachten (en wordt daarin door de curatieve hulpverlener en familie ondersteunt), terwijl de werkgever primair gericht is op werkhervatting (evenals bedrijfsarts en UWV). Dit veroorzaakt fricties en onderstreept de verschillende rolverwachtingen. Bovendien mist de werknemer vaak hulpbronnen ('resources'), als kennis/inzicht, en copingstijl, de werkgever bronnen als mogelijkheden voor werkaanpassing, sociale vaardigheden, creativiteit. Daarbij komt dat de werkgever in de werksituatie meer autoriteit en sociale macht heeft dan de werknemer. Al met al resulteert dit in tegenstrijdige opvattingen over hoe het herstel- en re-integratieproces zou moeten verlopen, verschil van mening over de activiteiten van actoren, beslissingsbevoegdheden en besluitvormingsprocedures. De werknemer vreemdt hierdoor verder van de werkomgeving. Uiteindelijk betekent dit dat werkgever en werknemer onvoldoende invulling geven aan hun eigen beslissingsruimte en autonomie en beslissingsruimte overdragen aan de arbocuratieve en curatieve zorg. De vraagsturing komt zo neer op overdracht van autonomie, hetgeen het gebrek aan responsiviteit van de (arbo)curatieve weer versterkt.

7.2 Kwaliteit van producten en dienstverlening

Informatie-uitwisseling niet voldoende

Hoe de betrokkenheid van de behandelende sector moet verbeteren is minder duidelijk. Zo wordt door verschillende auteurs een betere communicatie tussen de behandelend arts en bedrijfsarts aanbevolen, in het algemeen en voor sommige onderzochte diagnosecategorieën in het bijzonder: Mortelmans et al (2003), Verbeek et al (2003), Buijs et al (2007), Van Weel et al (2006)¹¹³. Uit gecontroleerde studies blijkt echter niet dat een betere communicatie leidt tot snellere werkhervatting. Faber et al (2005) vonden geen effect van training in het samenwerken tussen huisartsen en bedrijfsartsen bij patiënten met lage rugklachten (het leidde wel tot meer tevreden patiënten richting bedrijfsarts)¹¹⁴. Ook Hultberg et al (2006) vonden geen effectievere werkhervatting bij klachten van het bewegingsapparaat door (co-gefinancierd) interdisciplinair teamwork¹¹⁵.

¹¹³ Mortelmans AK et al (2003). Collaboration between doctors on return to work. Tijdschrift voor Geneeskunde 2003;59;5, 305-14.

Verbeek JH et al (2003). Return to work of cancer survivors; a prospective cohort study into the quality of rehabilitation by occupational physicians. Occupational and Environmental Medicine 2003; 60(5) 352-7. Zie ook themanummer TBV Werkhervatting na kanker. 16 (7) September 2008.

Buijs PC et al (2007). Managing work related psychological complaints by general practitioners in coordination with occupational physicians, a pilot study. Ind Health 2007 45(1) 37-43.

Van Weel C. et al (2006). Occupational health and general practice; from opportunities lost to opportunities capitalised? Med Lav 2006; 97 (2) 288-94.

¹¹⁴ Faber E et al (2005). In a controlled trial training general practitioners and occupational physicians to collaborate did not influence sickleave of patients with low back pain. Journal of clinical epidemiology 2005; 58(1) 75-82

¹¹⁵ Hultberg et al (2006). Effects of co-financed interdisciplinary teamwork on sick leave for people with muscu-

Mortelmans et al (2006) concluderen in een vervolg op hun eerdere publicaties, dat informatie-uitwisseling tussen dokters geen duidelijk effect heeft. De complexiteit van de informatie-asymmetrie tussen actoren is volgens de auteurs een niet te onderschatten probleem¹¹⁶.

Hultberg et al (2006) geven als verklaring dat het overleg de bestaande werkwijzen en procedures niet heeft veranderd. Het gaat dus om de inhoud van de interventies, het maatwerk en niet om de afstemming tussen artsen op zich.

Het reeds geciteerde onderzoek van Van Weel et al (2006) wijst op de ‘empowerment’ van de patiënt zelf als het gaat om de inhoud van een interventie. Zo bleek een programma voor ‘self-management’ bij astma in vergelijking met standaard door de huisarts gesuperviseerde behandeling een duidelijke en langdurige klachtenvermindering op te leveren met minder verzuim. De auteurs pleiten voor intensieve richtlijnontwikkeling en toepassing ervan met expliciet aandacht voor self-management en werk.

Voor een aantal diagnosegroepen zijn er inmiddels geprotocolleerde evidence based effectieve interventies beschreven (BS Health Consultancy 2008)¹¹⁷. Maar aan de ander kant blijkt uit literatuur dat professionals niet gemakkelijk geneigd zijn ook volgens deze richtlijnen te werken: ‘guideline adherence’ is teleurstellend (zie ook paragraaf 6.3).

Onvoldoende (zicht op) kwaliteit

Uit de in de vorige paragraaf genoemde literatuurreview van Hoefsmit en Nijhuis trekken de auteurs de conclusie dat er weliswaar wetenschappelijk bewijs is voor werkzame interventies, maar dat voor veel arbeidsrelevante aandoeningen er gebrek of tegenstrijdig bewijs is ten aanzien van de optimale interventie gerelateerd aan de specifieke situaties van cliënten/werknemers. Het curatieve zorgaanbod is groot en divers en aan de rol en verantwoordelijkheid van werkgever en werknemer wordt daarbij nauwelijks aandacht besteed. Er is eenzijdige aandacht voor de klachten en niet voor functioneel herstel, er is geen aandacht/expertise voor arbeidsrelevante aspecten. De curatieve sector werkt vertraging in de hand en werkt niet tijdcontingent. Dit bestendigt bestaande klachten en bevordert het ontstaan van nieuwe klachten. Psychosociale belemmeringen, afname van zelfvertrouwen en passiviteit bij de patiënt/werknemer zijn het gevolg. Vraagsturing door de werknemer wordt daardoor nog moeilijker. Deze problematiek speelt het meest hevig bij psychische aandoeningen. Bedrijfsartsen werken onvoldoende volgens wetenschappelijke richtlijnen en de informatie uitwisseling tussen de diverse actoren is onvoldoende, zoals ook al eerder aan de orde gekomen is. Werknemer en werkgever zijn teleurgesteld over de ervaren ondersteuning. Op de achtergrond spelen volgens de auteurs dan nog de institutionele belemmeringen van overheidsregelgeving en van uitvoeringsorganen als UWV: tegenstrijdige financiële prikkels, gebrekkige communicatie en ondersteuning en administratieve vertragingen.

Bovengenoemde knelpunten aan de aanbodzijde van de arbocuratieve zorgmarkt worden nogmaals bevestigd in het onderzoek van Plexus dat in het kader van het onderzoeksprogramma Gezondheidszorg en Arbeid is uitgevoerd (Berg e.a. 2010). De auteurs voegen nog toe dat de ‘best practices’ die inmiddels ontwikkeld zijn om genoemde knelpunten op te lossen nog onvoldoende structureel zijn overgenomen in de reguliere zorg. Zorgvragers (met name werkgevers) gaan op zoek naar niet-reguliere aanbieders. Hun aanbod is echter weinig transparant en hun toegevoegde waarde niet altijd duidelijk. Zoals in hoofdstuk 3 uitgebreid aan de orde gekomen is spelen hier instituti-

loskeletal disorders. *Work* 2006; 26(4) 369-77.

¹¹⁶ Mortelmans AK et al (2006). Does enhanced information exchange between social insurance physicians and occupational physicians improve patient work resumption? A controlled intervention study. *Occupational and Environmental Medicine* 2006; 63 (7), 495-502.

¹¹⁷ BS Health Consultancy (2008). Effectiviteit van arbocuratieve zorg tegen het licht. Onderzoek naar de invloed en werkwijze van arbocuratieve zorg in opdracht van het ministerie van SZW.

onele belemmeringen, waarbij met name marktstructuur, transparantie en informatie-asymmetrie een rol spelen.

Dit alles leidt volgens de auteurs dan weer tot een afwachtende houding bij alle betrokkenen op het grensvlak van arbeid en zorg.

Claimbeoordeling in eerste lijn

In de internationale literatuur met name uit Zweden, UK, Noorwegen wordt wat betreft de rol van de behandelende sector ten opzichte van werk relatief veel aandacht besteed aan (verbetering van) de legitimering van de ziekmelding bij verzuim ‘sick-listing’, een rol die er in Nederland formeel niet is. Voor zover in Nederland aandacht wordt besteed aan claimbeoordeling is dit vanuit de verzekeringsgeneeskunde en de WGA/WIA beoordeling na langdurig verzuim. De laatste jaren is er in de UK veel beleidsmatige aandacht voor het terugdringen van verzuim: van ‘sick note’ naar ‘fit note’¹¹⁸. Dit maakt interessante discussies los onder eerste-lijnsartsen wat betreft hun taakopvatting rond sick listing. Naast degenen die twifelen aan hun competenties op dit terrein, zijn sommige artsen ook sterke pleitbezorgers: het is juist hun taak vanuit hun kennis van de patiënt het collectieve belang in het oog te houden van de arbeidsorganisatie. Bij uitstek het terrein van de onafhankelijke professional: het afwegen van informatie en belangen in verschillende domeinen (zie paragraaf 5.7).

In dit kader van belang zijn bevindingen dat deze claimbeoordeling en de er mee samenhangende re-integratie aanpak sterk verschillen tussen artsen naar gelang hun persoonskenmerken als ervaring, specialisme en opvattingen/normen en naar gelang structuurkenmerken van hun organisatie/regiokantoor (Normén et al 2006, 2008, Arrelöv et al 2005, 2007, Löfgren et al, 2007)¹¹⁹. Dit blijkt ook op te gaan voor verzekeringsartsen in Zweden (Ahlgren et al 2008)¹²⁰. Een overzichtstudie van Engelse en Scandinavische literatuur uit 2004 constateerde een grote kennislacune wat betreft de manier van oordeelsvorming van de verzekeringsartsen, mede in relatie tot de polisvoorwaarden (Söderberg et al 2005)¹²¹. Verzekeringsartsen in Zwitserland en Zweden bepleiten daarnaast dat er veel meer – ook persoonlijke – communicatie nodig is tussen hen en de curatieve sector¹²², een pleidooi dat ook in Nederland van UWV-artsen te horen is. Zweedse gynaecologen bleken zich ongemakkelijk te voelen bij de ziekmelding van hun zwangere patiënten. Zij volgen vaak de mening van de vrouw zonder echter een medische noodzaak voor het verzuim aan te kunnen geven (Larsson et al 2006)¹²³. Ook Englund en Svärsudd (2000) wijzen op de grote invloed van de patiënt zelf in het al

¹¹⁸ Zie onder meer: Dame Carol Black’s review of the health of Britain’s working age population. ‘Working for a healthier tomorrow’. www.workingforhealth.gov.uk

¹¹⁹ Normén G et al (2006). Impact of physicians-related factors on sickness certification in primary health care. *Scand J Prim Health Care* 2006; 24(2) 104-9. Normén G et al (2008). How primary care physicians make sick listing decisions; the impact of medical factors and functioning. *BMC Fam Pract* 2008; 21 (9) 3-4.

Arrelöv BE et al (2005). Influence of local structural factors on physicians sick-listing practice; a population-based study. *European Journal of Public Health* 2005; 15(5) 470-4. Arrelöv et al (2007). Dealing with sickness certification. A survey of problems and strategies among general practitioners and orthopaedic surgeons. *BMC Public Health* 2007; 7 273-

Löfgren A et al (2007). Frequency and nature of problems associated with sickness certification tasks; a cross sectional questionnaire study of 5455 physicians. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2007; 25(3) 178-185.

¹²⁰ Ahlgren A et al (2008). Selection of clients for vocational rehabilitation at six local insurance offices: A combined register and questionnaire study on rehabilitation measures and attitudes among social insurance officers. *Journal of Rehabilitation Medicine* 2008; 40(3); 178-84.

¹²¹ Soderberg E & Alexanderson K (2005). Gatekeepers in sickness insurance; a systematic review of the literature on practices of social insurance officers. *Health and Social Care in the Community* 2005; 13(3), 211-223

¹²² Bollag U et al (2007). Sickness certification in primary care; the physician’s role. *Swiss Med wjly* 2007; 137; 341-46.

Thorstensson CA et al (2008). Cooperation between gatekeepers in sickness insurance; the perspective of social insurance officers. A qualitative study. *BMC Health Services Research* 2008; 8; 231.

¹²³ Larsson C et al (2006). Obstetricians’ attitudes and opinions on sickness absence and benefits during pregnancy. *Acta Obstetrica et Gynaecologica Scandinavica* 2006; 85(2), 165-170.

dan niet hervatten van arbeid¹²⁴. Met name bij psychosociale problemen, al dan niet gedeeltelijk werk gerelateerd, is de ziekmelding de ‘easy way out’ voor de patiënt en de dokter (Reiso et al 2004)¹²⁵. O’Brien et al (2008) benadrukken echter dat de patiënt hiermee toch niet krijgt wat hij zoekt, omdat hij/zij vooral deskundig en serieus advies wil.

Maar hiervoor moet nog veel veranderen, zowel wat betreft spreekuurtijd en spreekuurvaardigheden (‘shared decision making’) als kennis van arbeid¹²⁶.

Re-integratiebevorderende factoren

In een literatuurreview van de Koning et al (2008) komen de volgende factoren naar voren die de kwaliteit van de re-integratie van langdurig zieken bevorderen¹²⁷:

- Scholing, vocational rehabilitation, al kan deze werkhervatting soms ook vertragen in verband met de duur van de scholingsperiode (‘lock in’ effect).
- Persoonlijke begeleiding.
- Vroegtijdige inzet.
- Bemiddeling, detachering, specifieke vormen van begeleid of beschut werken.
- Aanpassingen in arbeidsomstandigheden en –inhoud, bij voorkeur participatief.
- Werkgever netwerk.
- Collectieve afspraken, branchecontracten, arboconvenanten.
- Goede communicatie met alle betrokkenen.
- Managen van verwachtingen van arbeidsgehandicapte.
- Self management, activerende aanpak.

Voor relevantie in de praktijk zullen deze factoren zich moeten vertalen naar concrete interventies. Zoals eerder opgemerkt zijn nog maar weinig interventies geprotocolleerd en bewezen effectief bevonden.

7.3 Conclusie: informatie-asymmetrie, beperkte handelingsruimte

Uit dit beknopte literatuuroverzicht blijkt dat er weliswaar evidence based interventies zijn op het gebied van arbeid en zorg, maar ook dat er veel barrières zijn voor grootschalige toepassing. De curatief werkzame artsen weten zich met name door rol- en onduidelijkheid en kennis- en tijdgebrek niet goed raad met advisering richting arbeid, al zien zij in principe het belang er wel van in. Rol- onduidelijkheid en belangentegenstellingen bij werkgever en werknemer versterkt dit proces. Duidelijk is ook dat de complexiteit van de informatie-asymmetrie tussen de verschillende actoren een hardnekkig probleem is. Een constatering voor Nederland is de onvoldoende kennis en handelingsruimte voor de (para)medische beroepsbeoefenaar in het arbocuratieve domein en de monodisciplinaire medische aanpak. Van de kant van de werkgever/werknemer gaat het om onvoldoende (benutting van) mogelijkheden voor aanpassing van werkzaamheden, fragmentarische kennis (vooral in het MKB) en attitude ten aanzien van werk en verzuim. De onvoldoende doeltreffendheid van de reguliere zorg en de ondoorzichtigheid van de zorgmarkt leiden zo tot een afwachtende en weinig doelgerichte houding van alle betrokkenen op het grensvlak van arbeid en zorg.

¹²⁴ Englund L & Svärdsudd K (2000). Sick-listing habits among general practitioners in a Swedish county. *Scand J PrimHealth Care* 2000; 18(2) 81-6.

¹²⁵ Reiso H et al (2004). Doctors’ prediction of certified sickness absence. *Family Practice* 2004; 21; 192-198.

¹²⁶ O’Brien et al (2008). Sickness certification in the general practice consultation: the patients’ perspective, a qualitative studie. *Family Practice* 2008; 25, 20-26.

¹²⁷ De Koning J et al (2008). Participatie en Gezondheid; Thema 1: de invloed van arbeidsparticipatie en terugkeer naar werk.. Onderzoek in opdracht van het ministerie van SZW, directie arbeidsomstandigheden. Rotterdam: SEOR.

Samengevat kan de arbo- en gezondheidszorg op verschillende wijze vermijdbaar bijdragen aan onvolwaardige deelname aan het arbeidsproces:

- Suboptimale organisatie en coördinatie van zorg.
- Te lange wacht- en doorlooptijden in het zorgproces, binnen en tussen zorgaanbieders.
- Onnodig of verkeerd doorverwijzen.
- Slechte afstemming tussen zorgaanbieders (inclusief afstemming met bedrijfs- en verzekeringsartsen).
- Blinde vlek voor herstel van functioneren (in arbeid) als richtsnoer voor curatief handelen in plaats van het volledig herstel van klachten.
- Onvoldoende focus op de zelfregie van patiënt/cliënt/werknemer.
- Vermijdbare iatrogene schade door inadequaat (para)medisch handelen.

8 Van diagnose systeemfalen naar experimenten

8.1 Analyse systeemfalen

In hoeverre is er sprake van systeemfalen?

Een goede gezondheid en vitaliteit van de beroepsbevolking zijn basisvoorwaarden voor behoud van onze welvaart en ontwikkeling van onze kenniseconomie en niet in de laatste plaats van prettig en stimulerend werk. De gezondheidszorg kan hierin een grote rol spelen. Niettemin kunnen wij constateren dat de belangstelling in de gezondheidszorg voor de factor arbeid zich maar langzaam ontwikkelt. Er zou sprake zijn van een hardnekkig gebrek aan responsiviteit vanuit de curatieve gezondheidszorg en verzekeraars en van een onvermogen van werkgevers en werknemers om de beoogde regevoering bij verzuim op zich te nemen. We hebben het *systeemfalen* genoemd omdat het *collectief* van betrokken partijen (curatieve zorgaanbieders, werkgevers, verzekeraars, werknemers) er niet in slaagt de problematiek structureel aan te pakken. Uit onze theoretische verkenning in hoofdstuk 2 blijkt dat we terecht van een systeem en van systeemfalen kunnen spreken op het terrein van gezondheidszorg en arbeid.

De oorzaken van het systeemfalen en de hardnekkigheid ervan hebben we in deze studie geanalyseerd aan de hand van de in figuur 2.1 gehanteerde driedeling *instituties, actoren en producten*.

Institutionele vormgeving

In hoofdstuk 3 is uitgewerkt dat de institutionele vormgeving van het systeem te begrijpen is in termen van de quasi-markt beleidstheorie (Le Grand en Bartlett, 1993). Wij hebben geconstateerd dat de complexiteit van de marktstructuur, van de informatie over kwaliteit, van transactiekosten en de onzekerheid bij de actoren oorzaken zijn van het systeemfalen in het domein arbeid en zorg. De kosten en baten van investeringen en activiteiten op het gebied van gezondheidszorg en arbeid zitten op verschillende niveaus en bij verschillende actoren zodat heldere afwegingen niet gemaakt kunnen worden. In de gezondheidszorg in het algemeen en de arbocuratieve zorg in het bijzonder is de kwaliteit van de producten en de informatie daarover niet transparant, zodat werkgever en werknemer niet goed weten waar ze aan toe zijn. De complexiteit van het systeem zorgt voor een ‘bounded rationality’ bij alle actoren. De institutionele en organisatorische omgeving waarin de professionele dienstverlening plaatsvindt, geeft eveneens aanleiding tot systeemfalen. Zoals Jeurissen (2005) het noemt: het adaptieve aspect van efficiency (dynamiek, innovatie) komt er bekaaid af. Organisaties opereren in een complex institutioneel krachtenveld, waarin beroepsverenigingen en andere actoren, zoals patiëntenverenigingen en verzekeraars een grote rol spelen.

Wat betekenen deze constatering voor de vormgeving van experimenten? Welke kennisvragen willen we met het experimentele onderzoek aan de orde stellen?

Als centrale kennisvraag is te formuleren: *Hoe kunnen de institutionele condities in de praktijk zodanig aangepast worden dat de quasi-markt van arbeidsgerelateerde zorg succesvol opereert en welke zijn de condities voor succesvol opereren?*

Actoren: professionals, hun aansturing en motivatie

In onze verkenningen zijn wij uitgebreid ingegaan op de rol van de professional binnen het systeem (zie hoofdstuk 4 en 5). Uit analyses van onder andere Freidson (1994, 2001) en Le Grand (2001) komt naar voren dat onvoldoende ‘sensitivity to motivational complexity’ in de sturing van professionals eveneens een goede verklaring biedt voor het systeemfalen. Uit ons literatuuronderzoek blijkt dat er opvallend weinig on-

derzoeksmatige aandacht is voor een optimalisering van faciliteiten en prikkels voor de professional om ‘het goede’ te doen.

Zo is een volgende centrale kennisvraag voor de experimenten te formuleren: *Hoe kunnen professionals gefaciliteerd en geprikkeld worden, opdat zij hun responsieve rol op het terrein van gezondheidszorg en arbeid beter waar kunnen maken?*

De actor waar het om draait: de cliënt/werknemer

De complexiteit van het systeem heeft ook grote gevolgen voor de werkgever en werknemer. Van beide actoren wordt regie en ‘zelfsturing’ verwacht. De veronderstelling hierbij is dat werkgevers en werknemers beredeneerde keuzes kunnen maken, zodat zij de kwaliteit van de geleverde diensten in positieve zin kunnen beïnvloeden. De verwachtingen ten aanzien van de werkgevers en werknemers blijken te hoog gespannen, hetgeen als een belangrijke oorzaak van systeemfalen kan worden gezien. Dit komt in hoofdstuk 6 aan de orde. We refereren hier onder meer aan de psycho-economische inzichten van Kahnemann en Tversky (1979, 1981, 2002). Ook ten aanzien van prikkels voor de werknemer moet meer rekening worden gehouden met ‘bounded rationality’ en met ‘motivational complexity’ bij het bevorderen van zijn/haar ‘agency’ (zelf-effectiviteit). Deze constatering leidt tot de kennisvraag voor de experimenten: *Hoe kunnen werkgevers en werknemers de regie en vraagsturing van arbeidsgerelateerde zorg vorm geven en hoe kunnen zij daarbij effectief ondersteund worden?*

Product

Tenslotte komen we uit bij het product: de arbocuratieve dienstverlening zelf. Onze literatuurresearch en die van de Universiteit van Maastricht en het onderzoek van Plexus geeft een overzicht van (pogingen tot) inhoudelijke vernieuwingen van de afgelopen jaren, de evidence based interventies en de belemmeringen voor hun bredere implementatie (zie hoofdstuk 7). Het curatieve zorgaanbod is groot en divers en aan de rol en verantwoordelijkheid van werkgever en werknemer wordt daarbij nauwelijks aandacht besteed. Er is eenzijdige aandacht voor de klachten en niet voor functioneel herstel, er is geen aandacht/expertise voor arbeidsrelevante aspecten. De curatieve sector werkt vertraging in de hand en werkt niet tijdcontingent. Dit bestendigt bestaande klachten en bevordert het ontstaan van nieuwe klachten.

De centrale kennisvraag in experimenten is hier: *hoe is een goed herkenbaar en aantrekkelijk product te definiëren in de arbeidsgerelateerde zorg voor specifieke diagnosegroepen, welke kwaliteitseisen en kosten-effectiviteitscriteria zijn hiervoor te formuleren?*

Externe omgeving: hoge maakbaarheidsverwachtingen

Zoals figuur 2.1 laat zien kan de externe omgeving eveneens van invloed zijn op het systeemfalen. Trends als de vergrijzing en ontgroening hebben grote invloed op het systeem arbeid en zorg. De maatschappij verwacht van het systeem dat het een substantiële bijdrage levert aan het op peil houden van de inzetbaarheid van een ouder wordende beroepsbevolking. Als het systeem deze verwachtingen onvoldoende kan waarmaken, dan wordt dit in de maatschappij al snel uitgelegd als falen. Anderzijds hebben de externe omstandigheden ook grote invloed op de ‘resources’ van het systeem. Systeemfalen kan evenzeer toegeschreven worden aan de steeds hogere eisen die externe partijen (overheid, politiek en publiek) aan het systeem stellen en de middelen die beschikbaar zijn.

8.2 Oplossingsrichtingen in experimenten

In de volgende paragrafen inventariseren we aan de hand van de drie oplossingsrichtingen aandachtspunten voor experimenteel onderzoek. Bij de uitwerking in een concreet experiment zullen idealiter alle drie richtingen aan bod komen, al kan de organisatie en financiering van het experiment vereisen dat één aspect vooral de nadruk krijgt. Als leidraad nemen we de succesfactoren voor vernieuwing die in paragraaf 3.3 genoemd zijn en vullen deze aan met elementen die in de theoretische verkenning aan de orde gekomen zijn.

Bovendien verdient het aanbeveling wat betreft gezondheidszorg en arbeid aansluiting te vinden bij lopende innovatieprogramma's: ZonMw-programma's (met name Participatie en Gezondheid) en innovatie/implementatieprogramma's als Sneller Beter (ziekenhuizen), De Nieuwe Praktijk (huisartsen), Zorg voor Beter (AWBZ-instellingen), Beter Voorkomen (preventie), het landelijk dementie programma en het landelijk actieplan kwaliteit geestelijke gezondheidszorg. Daarnaast wordt vernieuwing gefaciliteerd via de NZa beleidsregel 'Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgproducten' en via de herziening van DBC's en via de activiteiten van het Zorg Innovatie Platform (bijvoorbeeld ZorgInnovatieWijzer).

8.3 Institutionele aspecten in experimenten

Voorbeelden van *systeemkenmerken* die het experiment ondersteunen zijn:

- Inpasbaar in bestaande (financiële) regelingen (DBC-structuur, A- en B-segment, verrichtingenregistratie).
- Mogelijkheden bieden voor competitie tussen aanbieders, meer specifiek: kansen voor nieuwkomers met innovaties.
- Inpassing in governance structuren (innovatie is toetsingscriterium van bestuur);
- voortbouwend en aansluitend bij bestaande (technische) infrastructuur.
- Specifieke verspreidingsstructuren benutten zoals academische ziekenhuizen, beroepsverenigingen of verzekeraars.

Naast deze algemene systeemkenmerken zijn er ook kenmerken die betrekking hebben op *cultuur, instituties, normen*:

- Status van groepen benutten die een vernieuwing of richtlijn uitdragen.
- Beïnvloeden gedragsnormen voor actoren, beroepscode, afbakening van beroepsdomeinen tegengaan.
- Normering in wetgeving (gericht op innovatie).

Op het mesoniveau van de professionele organisatie betekent dit dat management en professionals een organisatiecultuur creëren van een lerende organisatie:

- Rol management en organisatieprocessen: open, innovatief, participatief, etc. Zie onder meer de publicaties van het Zorg Innovatie Platform.

Specifiek voor arbeid en gezondheidszorg

- *Probeer samen met verzekeraar en zorgaanbieder een (keten)DBC te ontwikkelen voor arbeidsgerelateerde aandoeningen*
- *Stimuleer regionale bestuurlijke samenwerking bijvoorbeeld in het kader van maatschappelijk verantwoord ondernemen of gezondheidsmanagement*
- *Onderzoek mogelijkheden branche specifieke polisafspraken (in kader CAO's)*
- *Betrek patiëntenorganisaties bij samenwerkingsafspraken*
- *Zoek meerdere financiers en een hoofdsponsor*
- *Ontwerp goede evaluatie waarin kosten/baten naar verschillende actoren wordt uitgewerkt (maatschappelijke kosten/baten)*

- *Verscherp wettelijke normeringen, bijvoorbeeld ten aanzien van de terugkijk-functie/toetsingsfunctie UWV*
- *Ontwikkel arbocuratief consortium voor evidence based onderzoek*
- *Organiseer academische werkplaats en onderzoek door AIO's*

8.4 Actoren in experimenten

We belichten hier vooral de rol van actoren in de dienstverlening die in experimenten wordt vormgegeven. Voor het welslagen van experimenten is de *betrokkenheid van de professional* als drijvende kracht essentieel:

- Zoek professionals als inspirerende kartrekker, boegbeeld en bruggenbouwer naar financiers, verzekeraars, beleidsmakers extern.
- Als inspirator van collega's intern.
- Als samenwerkingspartner van managers binnen de organisatie.

Voor de bredere inbedding gaat het ook om een ruimere kring van actoren *in de omgeving van het experiment*:

- Communicatie tussen bedenkers, relatienetwerken en beslissers, benutting media;
- Inschakeling van opinieleiders, belangenorganisaties, politiek.

Denk na over een meervoudige prikkelstructuur (niet alleen financieel) om de gewenste interventies te bevorderen ('motivational complexity'). Een directe terugkoppeling van resultaten in kwantificeerbare outputcriteria is motiverend. Zie ook de 'lerende organisatie' genoemd in de voorgaande paragraaf.

Wat betreft de cliënt als actor gaat het om het vormgeven van vraagsturing, het ondersteunen van keuzeprocessen en zelf-effectiviteit.

Naast de cliënt en de professional/zorgaanbieder is de verzekeraar de derde hoofdrolspeler in de gezondheidszorg. Voor de verzekeraar zijn leidende motieven om schadelastbeperking enerzijds en toegevoegde waarde voor consumenten zichtbaar maken. Zij kunnen hun aanbod transparanter maken door *profiling* van hun klantgroepen en assistentie bij keuzeprocessen.

In het systeem gezondheidszorg en arbeid is er een vierde hoofdrolspeler: de werkgever. In het licht van de vergrijzende beroepsbevolking is voor de werkgever essentieel indicaties te hebben voor de kosteneffectiviteit van investeringen in arbeidsgerelateerde gezondheidszorg.

Specifiek voor arbeid en gezondheidszorg

- Geef arbocuratieve experimenten een duidelijk gezicht met een ambassadeur-professional voor de experimenten
- Organiseer persoonlijke benadering in experimenten, motiveer om mee te doen, appeal aan tenaamelijkheid en professionaliteit
- Maatwerk in prikkels voor professionals: 'participatieve beloningstructuur': sensitivity to motivational complexity
- Benut paramedici als (verzuim)coaches en eerste-lijns psychologen
- Experimenteer met bedrijfsarts als eerstelijns medewerker
- Los competentiegeschillen op: door samenwerking en uitruil, detachering wordt werk boeiender
- Gezamenlijke opleidingsmodules huisarts, bedrijfsarts, verzekeringsarts
- Goede desktop ICT ondersteuning in experimenten: digitaal dossier gezondheidszorg

- en arbeid
- Oplossingen zoeken voor informatie-asymmetrie en rol-ambigüiteit bij professionals
- Disease management programs hebben een positieve ROI, juist door hun externe effecten op werk; dit zichtbaar maken voor werkgevers en verzekeraars
- Vertrouwen in verzekeraars nodig om managed care oplossingen af te dwingen (beperkt vrije artskeuze)
- Vernieuwing in collectieve polissen: specifiek arbeidsrisico gelieerd aanbod, al dan niet in CAO-afspraken
- Naast 'exit' ook 'voice' experimenten: duurzame afspraken tussen dienstverleners en gebruikers om kwaliteit werkende weg te verbeteren

8.5 Producten en diensten in experimenten

Logischerwijs is de *aard van de innovatie* zelf cruciaal:

- Meerwaarde en relatieve voordelen voor patiënt en professional moeten helder en meetbaar zijn.
- zichtbaar positieve invloed op kwaliteit en exploitatieresultaat van de organisatie- (onderdelen).
- Handelingen inpasbaar in bestaande routines, organisaties: niet te veel kan overhoop gehaald worden.
- Eenvoudig, herkenbaar, zichtbaar, inspirerend.
- Mogelijkheid tot uitproberen: 'heruitvinden' voor de eigen situatie door collega professionals.

- Specifiek voor arbeid en gezondheidszorg
- Definieer dienstverlening in (keten) DBC
 - In verschillende NHG leidraden zijn werkelementen opgenomen: hoe kunnen we huisartsen helpen hier invulling aan te geven
 - Breng het aspect van claimbeoordeling en belangenafweging terug in de praktijk in een onafhankelijke positie
 - Benut expertise van de revalidatiesector
 - Uitbreiding LESA: Landelijke eerstelijns samenwerkingsafspraken
 - Incorporeer self management programma's in samenwerkingsafspraken
 - Kies een doelgroep met impact, bijvoorbeeld vangnetpopulatie
 - Kies een diagnose met kosten/baten impact bijvoorbeeld psychische aandoeningen, hart- en vaataandoeningen
 - Combineer eerstelijnszorg en maatschappelijke activering (de-conditioning syndrome)
 - Diagnosegebonden multidisciplinaire interventies voor huisarts, bedrijfsarts en eerstelijnspsycholoog: cognitieve therapie, motivatie-interventie, 'work hardening', 'graded activity' in werk en thuissituatie
 - Meerwaarde vooral duidelijk maken in korte doorlooptijden, regie, communicatie en duidelijkheid naar patiënt/werknemer
 - Reële verwachtingen; managen van verwachtingen: duidelijkheid over hetgeen verschillende partijen kunnen bijdragen
 - ..

Deze conclusies zijn een eerste aanzet. In discussie met potentiële samenwerkingspartners en actoren die in experimenten geïnteresseerd zijn en via expertmeetings zullen wij de bevindingen vertalen naar condities en vraagstellingen voor concrete experimenten.

8.6 Keuze- of toetsingskader experimenten

Het voorgaande kunnen we samenvatten in keuzecriteria voor de experimenten. Welke elementen dienen in elk geval in de experimenten aan bod te komen uit het oogpunt van maatschappelijke relevantie?

6. Keuze voor doelgroep, werknemer/patiëntencategorie

De toekomstige arbeidsmarkt in aanmerking nemend en de ouder wordende werkende beroepsbevolking en daarnaast de noodzaak van activering van langdurig werklozen, gaat het om een keus uit de volgende doelgroepen:

- Chronisch zieken, hierbij denken we aan hartfalen, COPD, langdurige psychische klachten (eventueel niet aangeboren hersenletsel apart), beperkingen bewegingsapparaat (veelal vanuit specialistische zorg, revalidatie).
- Acute aandoeningen: psychische burn-out klachten, klachten aan het bewegingsapparaat (vanuit arbozorg of specialistische zorg).
- ZZP'ers, mantelzorgers, niet-werkenden, bijstandsklanten met gezondheidsbeperkingen, vangnetters/herhaal werklozen (veelal vanuit de eerstelijnsgezondheidszorg).

7. Keuze voor werkgevercategorie/branches

- Interventie bereikbaar voor MKB.
- Branches met specifieke beroepsgebonden risico's (politie, zorgsector).

8. Keuze voor aanpak vanuit een specifieke actor

Hierbij kunnen we:

- Primair vanuit de gezondheidszorg denken en aandacht voor functioneel herstel uitbreiden met herstel arbeidsvermogen; dit in DBC en richtlijnen opnemen; focus op arbeidsfunctie in revalidatie, in eerste lijn, bij specialismen.
- Primair vanuit verzuimbegeleiding en werkgever/werknemer verantwoordelijkheid denken; de regie van de werkgever en werknemer versterken, onder andere in relatie tot de curatieve- en arbocuratieve zorg.
- Combinatie: model vroeginterventie bij dreigende chroniciteit van bewegingsapparaatklachten en van psychische klachten.
- Primair vanuit individuele verzekeraar denken: met welke product vernieuwing wil hij zich onderscheiden (als eigen activiteit of in DBC).

9. Keuze voor specifieke inhoudelijke aspecten

Hierbij te denken aan:

- Empowerment en vergroten zelfregie, 'participatieve werkplek aanpassing', toevoeging participatiedeskundige / onafhankelijk adviseur in de eerste lijn gericht op vergroting van empowerment richting werk.
- Loopbaanadvisering arbeidskundige advisering als in te schakelen deskundigheid vanuit de zorg, zoals ook al in de tweede lijn in sommige ziekenhuizen plaatsheeft.
- Combinatie preventie en (vroeg)interventie als onderdeel van Integraal GezondheidsManagement in bedrijven (model Corus).
- Assessmentmodellen om niet alleen de klachten en/of risico op chroniciteit/langdurig verzuim beter in beeld te brengen maar ook de kosten te alloceren bij ziektekostenverzekeraars, en werkgever: transparantie in model kostenverdeling.

10. *Keuze voor tijdcontingentie*

De nadruk ligt op het oplijnen van werkprocessen, samenwerking en doorverwijzingen, zodat er geen wachttijden zijn, synergie benut wordt en financiering transparant is. Dit kan bij verschillende groepen:

- Vroegtijdig: preventie van chroniciteit en raakvlakken met ‘gezond ondernemen’ en ‘happy worker’ (vitaliteit/workability), vaak is er sprake van een assessment van de mogelijkheden en beperkingen van de persoon en een assessment van de belasting in de werksituatie. Dit kan een uitgangspunt zijn voor loopbaancoaching.
- Laat: er is sprake van langdurige klachten/ langdurig verzuim, vaak ontstaat er een verschil in perspectief tussen werkgever (werkhervatting) en werknemer (herstel).

7. *Keuze voor integrale aanpak*

Tot slot is het belangrijk dat experimenten zich onderscheiden door de verbindende en integrerende aspecten te benadrukken, qua doel, inhoud en proces van de interventie:

- Interventies zijn erop gericht divergerende belangen van actoren om te buigen naar convergerende belangen; wanneer dit lukt bij de regie van werknemer en werkgever ontstaat er eveneens een gezamenlijk belang met en betrokkenheid van de gezondheidszorg: functioneel herstel richting werkhervatting,
- Integrale benadering van het creëren van de condities waaronder dit moet gebeuren: systeem- en procesverbeteringen (zoals transparante communicatie, duidelijkheid over verantwoordelijkheden en een onafhankelijke arbocuratieve zorg, tijdscontingent handelen, te gebruiken tools etc.)

Tot slot rest ons nog ten aanzien van de inrichting van de experimenten een belangrijke methodologische opmerking te maken: bij alle experimenten zal het de kunst zijn een goede controlegroep samen te stellen ten behoeve van de effectiviteitanalyses. Immers de experimentgroep kent een welbewuste selectie.

Literatuur

Aarts WA, Entzinger HB, Muffels R (red.). *Verzorgingsstaat vaar wel*. Van Gorcum, Assen, 2004.

Achterhuis H. *De markt van welzijn en geluk*. Baarn, Ambo 1980.

Achterhuis H. *Arbeid een eigenaardig medicijn*. Baarn, Ambo 1984.

Ahlgren A, et al. Selection of clients for vocational rehabilitation at six local insurance offices: A combined register and questionnaire study on rehabilitation measures and attitudes among social insurance officers. *Journal of Rehabilitation Medicine* 2008;40(3):178-84.

Arrelov BE, et al. Influence of local structural factors on physicians sick-listing practice; a population-based study. *European Journal of Public Health* 2005; 15(5) 470-4.

Arrelov BE, et al. Dealing with sickness certification. A survey of problems and strategies among general practitioners and orthopaedic surgeons. *BMC Public Health* 2007;7 273.

Atos Consulting (2008). *Synergie in de keten van zorg en sociale zekerheid: utopie of realiteit?*

Avoort CJ van der. *Toolbox Patiëntenparticipatie in ketenzorg*. Utrecht: Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO, 2007.

Balaz EA, Boren SA. Managing clinical knowledge for health care improvement. *Yearbook of medical informatics* 2000. National library of medicine, Bethesda, md p 65-70.

Barr N. *The Welfare State as Piggy Bank. Information, Risk, Uncertainty, and the Role of the State*. Oxford University Press, Oxford 2001.

Benavides FG, et al. Certification of Occupational Diseases as Common Diseases in a Primary Health Care Setting. *Am L Ind Med*. 2005;47 (2):176-80

Bernstein P. *Against the gods – the remarkable story of risk*. New York: John Wiley and Sons, 1996.

Boer WEL de, Hazelzet AM, van Gerven JHAM. *Vademecum Beoordelingen Arbeidsmogelijkheden, op basis van een collectief arrangement*. Hoofddorp, TNO 2002.

Boer WEL de, Houwaarts ES. (ed.). *Geschiktheid gewogen. Claimbeoordeling en arbeidsongeschiktheid in Nederland 1901-2005*. Hoofddorp, TNO Kwaliteit van Leven 2006.

Bollag U, et al. Sickness certification in primary care; the physician's role. *Swiss Med wkly* 2007;137:341-46.

Bondi MA, et al. Employer Coverage of Clinical Preventive Services in de US. *American Journal of Health Promotion* 2006;20(3)214-222.

Bosselaar H. *De vraag als antwoord. Vraagsturing en sociaal beleid; voorwaarden en risico's*. Proefschrift. Reed Business Information, Den Haag 2005.

Bouman GA, Karssen B, Wilkinson EC. Zorginkoop heeft de toekomst, maar vraagt nog een flinke inzet van betrokken partijen. Achtergrondstudie uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg bij het advies Zorginkoop. Den Haag: RVZ 2008.

Brink G van den, Jansen T, Pessers, D (red.). Beroepszeer. Waarom Nederland niet goed werkt. Christen Democratische Verkenningen. Amsterdam, Uitgeverij Boom, 2005.

BS Health Consultancy. Effectiviteit van arbocuratieve zorg tegen het licht. Onderzoek naar de invloed en werkwijze van arbocuratieve zorg in opdracht van het ministerie van SZW, 2008.

Buijs PC, et al. Managing work related psychological complaints by general practitioners in coordination with occupational physicians, a pilot study. *Ind Health* 2007; 5(1) 37-43.

Centraal Planbureau. Naar een toekomstbestendig stelsel voor arbeidsmarkt en sociale zekerheid. CPB notitie 28 februari 2005 (2005/7), Den Haag.

Clarke J, Newman NJ. *The Remaking of Social Welfare. The managerial State. Power, Politics and Ideology I.* London 1997.

Yvonne G Doyle, McNeilly RHM. The diffusion of new medical technologies in the private sector of the UK health care system. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 1999:619-628.

Dworkin R. *Sovereign virtue. The Theory and Practice of Equality.* Harvard University Press. Cambridge Mass, London 2000.

Edlund C, Dahlgren L. The physician's role in the vocational rehabilitation process. *Disability and Rehabilitation* 2002;24(14):727-33.

Englund L, Svärdsudd K. Sick-listing habits among general practitioners in a Swedish county. *Scand J PrimHealth Care* 2000;18(2):81-6.

Eshuis WA, et al. Leerzame schadeclaims. Leren van 'worst case scenarios' als opstap naar effectieve interventie en preventie rond beroepsziekten. Amsterdam, Hugo Sinzheimer Instituut, 2009.

Esping, Andersen G. *Social Foundations of Postindustrial Economics.* Oxford, Oxford University Press, 1999.

Eurostat. Hampered in daily activities because of chronic conditions 15 years and over (1997-2001).

Faber E, et al. In a controlled trial training general practitioners and occupational physicians to collaborate did not influence sickleave of patients with low back pain. *Journal of clinical epidemiology* 2005; 58(1):75-82.

Faddegon K. Psychologische verschillen in keuzegedrag. In: Tiemeijer WL, Thomas CA en Prast HM (red). De Menselijke beslisser. Over de psychologie van keuzegedrag. WRR Amsterdam, University Press, 2009.

Flottorp S, et al. Process evaluation of a cluster randomized trial of tailored interventional to implement guidelines in primary care – why is it so hard to change practice? *Family practice* 2002; 20(3): 333-339.

Franche RL, et al. Workplace-based return-to-work interventions: Optimizing the role of stakeholders in implementation and Research. *Journal of Occupational Rehabilitation* 2005;15(4):525-542.

Fraser I, et al. Employers: Quality Takers or Quality Makers? *Medical Care Research and Review* 2000; 57(2):33-52.

Freidson E. Professionalism Reborn. Theory, Prophecy and Policy. Cambridge., Polity Press, 1994.

Freidson E. Professionalism, the Third Logic. Cambridge, Polity Press, 2001.

Genabeek J van. ‘Voortgang en verandering: de periode 1920-1966’, in: W.E.L. de Boer, E.S. Houwaart (red.), *Geschiedenis van de arbeidsomstandigheden in Nederland 1901-2005*. Hoofddorp, TNO Kwaliteit van Leven, 2006.

Gelb Safran D, et al. Organizational and Financial Characteristics of Health Plans. Are They Related to Primary Care Performance? *Arch Intern Med*. 2000; vol 160: 69-76.

Ghori AK, Chung KC. Market Concentration in the Health Care Insurance Industry Has Adverse Repercussions on Patients and Physicians. *Plastic and Reconstructive Surgery* 2008 volume 121(6)435-440.

Goodin RE ed. *The Theory of Institutional design* 1996.

Grammos S. *Illness, Disability and Social Inclusion*. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Dublin, 2003.

Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice; effective implementation of change in patients’ care. *Research into practice* 1. *The Lancet*, vol 362, oct 11 2003.

Gründemann R, Goudswaard A, van Sloten G. *Goed werkgeverschap*. Hoofddorp, 2005.

Ham C, Kipping R, McLeod H. Redesigning Work Processes in Health Care: Lessons from the National Health Services. *The Milbank Quarterly* 2003;81: 415-439.

Hartley D (2007). Reconstituting the public service ethos: services for consumers or for citizens? In: Herrmann, Peter and Herrenbrueck, Sabine, (eds.) *Changing administration, changing society: challenges for current social policy*. Nova Science, New York, USA 2007, pp. 47-63. ISBN 9781600214066.

Haslam C, et al. Perceptions of the Impact of Depression and Anxiety and the medication for these Conditions on Safety in the Workplace. *Occup Environ Med* 2005;62:538-45.

Hirschman A. Exit, Voice and Loyalty: Responses to decline in Firms, Organizations and States. Cambridge, MA: Cambridge University Press, 1970.

Hodgkin D, et al. Why Carve Out? Determinants of Behavioral Health Contracting Choice among Large US Employers. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*: 27:2 May 2000.

Hoff SJM, Vrooman JC. Zelfbepaalde zekerheden. Individuele keuzevrijheid in de sociale verzekeringen: draagvlak, benutting en determinanten. SCP, Den Haag 2002.

Høgelund, J., Holm, A. (2006), Case Management Interviews and the Return to Work of Disabled Employees. *Journal of Health Economics*, vol. 25, no. 3, pp. 500-519.

Hoorn JW, Lettink J, Tuijl H van, Vissers J, Vries de G. Structurering en beheersing van zorgprocessen, bedrijfskundig instrumentarium voor de ziekenhuis manager. Lochem, Uitgeverij de Tijdstroom, 1991.

Horst H van der. Het beste land van de wereld. Waar komen onze normen en waarden vandaan? Amsterdam, Uitgeverij Bert Bakker, 2005.

Houwaart ES. De hygiënisten. Artsen, staat & volksgezondheid in Nederland 1840-1890. Maastricht, 1991.

Hultberg, et al. Effects of co-financed interdisciplinary teamwork on sick leave for people with musculoskeletal disorders. *Work* 2006; 26(4) 369-77

HUPE P (2009). De autonomie van de vakman (m/v). Over regeldruk en handelingsruimte. In: Jansen, Thijs, Brink, Gabriël van den, Kole, Jos (red) (2009). *Beroepstrots. Een ongekende kracht*. Amsterdam, Uitgeverij Boom.

Illich I. Het medisch bedrijf, een bedreiging voor de gezondheid. Baarn, Het Wereldvenster, 1975.

Probleemanalyse innovatie in de zorg. Interdepartementale programmadirectie KenI en het Innovatieplatform, juni 2008.

Iyengar SS, Lepper, MR (2000) 'When choice is demotivating: can one desire too much of a good thing?'. In: *Journal of Personality and Social Psychology*, 779 (2000), 995-1106.

Lecture December 8, 2002', Stockholm, 2002

Jansen T, van den Brink G, Kole J (red). *Beroepstrots. Een ongekende kracht*. Amsterdam, Uitgeverij Boom, 2009.

Jeurissen PPT. Zorgsystemen en inpasbaarheid van doelmatige innovaties. In: *Weten wat we doen; verspreiding van innovaties in de zorg*. Zoetermeer, RVZ, 2005.

Jong P de, Thio V. 'Donner versus Veldkamp'. APE report Den Haag, 2002.

Kalff D. Onafhankelijkheid voor Europa. Het einde van het Amerikaanse ondernemingsmodel. Business Contact Amsterdam/Antwerpen 2004.

Klompé M, van der Krogt M. Klantvriendelijk, klantgericht of klantgestuurd. Sociaal Bestek 6, 2005.

Koning J de, et al. Effectiviteit van re-integratie, literatuuronderzoek. SEOR Rotterdam 2005 en 2008.

Koning J de, et al. Participatie en Gezondheid; Thema 1: de invloed van arbeidsparticipatie en terugkeer naar werk.. Onderzoek in opdracht van het ministerie van SZW, directie arbeidsomstandigheden. Rotterdam, SEOR, 2008.

Kosny A, et al. Early Healthcare Provider Communication with Patients and their Workplace Following a Lost-time Claim for an Occupational Musculoskeletal Injury. Journal of Occupational Rehabilitation 2006:16 (1):27-39

Larsson C, et al. Obstetricians' attitudes and opinions on sickness absence and benefits during pregnancy. Acta Obstetrica et Gynaecologica Scandinavica 2006:85(2):165-170.

Le Grand. Motivation, Agency, and Public Policy. Of Knights and Knaves, Pawns and Queens. Oxford University Press, 2003.

Le Grand, Julian and Bartlett, Will (eds.). Quasi-Markets and Social Policy. Houndmills: MacMillan, 1993.

Leenders P, Kuipers I. Het Baliemanifest sociale zekerheid. De Balie Amsterdam 2004. Reacties onder meer van Michiel van Hasselt. www.basisinkomen.nl. 2005.

Lieburg MJ van. 'De tweede geneeskundige stand (1818-1865). Een bijdrage tot de geschiedenis van het medische beroep in Nederland', Tijdschrift voor Geschiedenis 96(1983)3, 433-454.

Lofgren A, et al. Frequency and nature of problems associated with sickness certification tasks; a cross sectional questionnaire study of 5455 physicians. Scandinavian Journal of Primary Health Care 2007:25(3)178-185.

Luhmann N. Over risico, gevaar en vertrouwen, 1988.

Maljers J, Wansink W. Alles is anders in de zorg. Over bizarre budgetten, perverse regels en prima donna's. Amsterdam, Uitgeverij Bert Bakker, 2009.

Medisch Contact Special 'Patiënt denkt mee'. 62 (14) 6 april 2007.

Meijers H (2002) "Vernieuwend systeemdenken in organisaties". In: Verdieping van chaosdenken. Frans van Eijnatten ea. (red). Van Gorcum, ISBN 9023238605 78-93.

Meyers JW and Scott WR. Organizational Environments. Ritual and Rationality. Updated Edition. Newbury Park Ca: Sage Publications, Inc. 1992.

Ministerie van Economische Zaken (2005). Actieprogramma Maatschappelijke Sectoren en ICT. In samenwerking met de ministeries van Binnenlandse Zaken, Justitie, Onderwijs, Verkeer en Waterstaat en Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Den Haag.

Ministerie van SZW (2001) Werk maken van arbeidsgeschiktheid. Advies van de adviescommissie arbeidsgeschiktheid (commissie Donner). Mei 2001. Den Haag.

Minzberg H (1979). The structuring of organizations. Englewood Cliffs: Prentice Hall Inc. Lansbury, R D (1978). Professionals and Management; a Study of Behaviour in Organizations. Englewood Cliffs: Prentice Hall Inc. Wanrooy, M J (2003). Leidinggeven tussen professionals. Schiedam.

Minzberg, H. Managers not MBAs: A Hard Look at the Soft Practice of Managing, 2004.

Mortelmans AK, et al. Collaboration between doctors on return to work. Tijdschrift voor Geneeskunde 2003;59(5):305-14.

Mortelmans AK, et al. Does enhanced information exchange between social insurance physicians and occupational physicians improve patient work resumption? A controlled intervention study. Occupational and Environmental Medicine 2006;63(7):495-502.

Nauta A. Voorbij het 'boiling frog' -syndroom. Amsterdam: Amsterdam University Press, 2007.

NEW B. Paternalism and Public Policy. Economics and Philosophy 1999;15: 63-83.

Normén G, et al. Impact of physicians-related factors on sickness certification in primary health care. Scand J Prim Health Care 2006;24(2):104-9.

Normén G, et al. How primary care physicians make sick listing decisions; the impact of medical factors and functioning. BMC Fam Pract 2008; 21(9):3.

NVAB Richtlijn 'Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers bij psychische klachten'. Utrecht; NVAB 2000.

O'Brien, et al. Sickness certification in the general practice consultation: the patients' perspective, a qualitative studie. Family Practice 2008; 25:20-26.

OECD. How active social policy can benefit us all. Paris 2005.

OECD. The active Social Policy Agenda, Paris 2005.

OECD 2006-2008 vol 1, 2, 3. Sickness, Disability and Work; Breaking the Barriers. In: Norway, Poland, Switzerland, Australia, Luxemburg, Spain, the United Kingdom, Denmark, Finland, Ireland and the Netherlands.

Parsons T. The Social System. Routledge & Kegan Paul Ltd, London, 1951.

Parkerton PH, et al. Physician Performance Assessment. Nonequivalence of Primary Care Measures. Medical Care 2003;.41(9):1034-1047.

POLLITT C. Managerialism and the Public Services. Oxford 1993.

Potters J, Parst H. Gedragseconomie in de praktijk. In: Tiemeijer WL, Thomas CA en Prast HM (red). De Menselijke beslisser. Over de psychologie van keuzegedrag. WRR Amsterdam University Press, Amsterdam 2009.

Pransky G, et al. Improving the physicians role in evaluating workability and managing disability: a survey of primary care practitioners. *Disability and Rehabilitation* 2002; 24(16):867-74.

Prast H. 'Emotie-economie: de mythe van de persoonlijke financiële planning', *Tijdschrift voor Politieke Economie* 27 (2005), nr. 2, 4-25.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Weten wat we doen; verspreiding van innovaties in de zorg. Zoetermeer, RVZ, 2005.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Schaal en zorg. Den Haag, RVZ, 2008.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Buiten de gebaande paden; advies over intersectoraal gezondheidsbeleid, uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, de Onderwijsraad en de Raad voor het openbaar bestuur. Zoetermeer, 2009.

Rebergen DS, Bruinvels DJ, Bezemer PD, van der Beek AJ, van Mechelen W. Guideline-based Care of Common Mental Disorders by Occupational Physicians (CO-OP study): A randomized Controlled Trial. *J Occup Environ Med.* 2009;51(3):305-12.

Reiso H, et al. Doctors'prediction of certified sickness absence. *Family Practice* 2004;21:192-198.

Roebroek JM, Hertogh M. De beschavende invloed des tijds. Twee eeuwen sociale politiek, verzorgingsstaat en sociale zekerheid in Nederland. Onderzoek in opdracht van de Commissie Onderzoek Sociale Zekerheid (COSZ) verricht door de Katholieke Universiteit Brabant te Tilburg. VUGA Uitgeverij Den Haag, 1998.

Rooij MCJ van, Kool CJM, & Prast HM. Risk-return preferences in the pension domain: Are people able to choose? *Journal of Public Economics* 2007;91:702-722.

Rost K, et al. The Effect of Improving Primary Care Depression Management on Employee, absenteeism and productivity. A Randomized Trial. *Med Care* 2004;42(12):1202-10.

Russel G, et al. Managing Injured Workers: Family Physicians'Experiences. *Canadien Family Physician* 2005;51:78-79.

Rousseau DM. Psychological contracts in organizations: Understanding written and unwritten agreements. Newbury Park, CA: Sage, 1995.

Schmid A, Götze R. Cross-national policy learning in health system reform: the case of Diagnostic Related Groups. *International Social Security Review* 2009;62:4.

Schrijvers G. Moderne patiëntenzorg in Nederland; van kennis naar actie. Maarssen, Elsevier, 2002.

Schrijvers G. Tien theorieën om de snelheid van de verspreiding van zorginnovaties te verklaren. In: Weten wat we doen; verspreiding van innovaties in de zorg. Zoetermeer, RVZ, 2005.

Schwartz B. The Paradox of choice. Why more is less. New York Ecco/HarperCollins 2004.

Schoenbaum, et al. The Effects of Primary Care Depression Treatment on Patients' Clinical Status and employment. Health Services Research 2002:37(5)1145-58.

Schwartz B. The paradox of choice. Why more is less. Ecco Harper Collins New York, 2004.

Schweigert MK, et al. Treating Physicians' Perceptions of Barriers to Return to Work of their Patients in Southern Ontario. Occupational Medicine 2004:54(6)425-429.

Schuring PW, van Harten WH. Als er één schaap over de dam is volgen er weinig. Medisch Contact 2004:59 (22)27.

Scott WR. Organizations. Rational and open systems. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1987).

SER-advies (1998). Sociale zekerheid en Gezondheidszorg. 98/13, Den Haag.

SER-advies (2002). Sociaal-economisch beleid 2002-2006 (deel C: adviesaanvragen over hogere productiviteitsgroei). 02/08, Den Haag.

SER-advies (2009). Een kwestie van gezond verstand. 09/02, Den Haag.

SER ontwerpadvies (2010). Overheid en markt. Het resultaat telt! Voorbereiding bepalend voor succes. Ad hoc Commissie Marktwerking en Publieke Dienstverlening, februari 2010.

Soede AJ, Vrooman JC, Ferraresi PM, Segre G. Unequal Welfare States. Distributive consequences of population ageing in six European countries, Den Haag, SCP, 2004.

Soderberg E, Alexanderson K. Gatekeepers in sickness insurance; a systematic review of the literature on practices of social insurance officers. Health and Social Care in the Community 2005:13(3)211-223.

Streeck W, Theelen K (eds.). Beyond continuity. Institutional Change in Advanced Political Economies. Oxford, Oxford University Press, 2005.

Swaan A de. 'Het medisch regiem (III): uitbreiding en begrenzing van het medisch toezicht'. In: De mens is de mens een zorg. Amsterdam: Meulenhoff, 1982, 203-219.

Thorstensson CA et al. Cooperation between gatekeepers in sickness insurance; the perspective of social insurance officers. A qualitative study. BMC Health Services Research 2008:8:231.

Tiemeijer WJ, Thomas CA, Prast HM (red). De menselijke beslisser. Over de psychologie van keuze en menselijk gedrag. WRR, Amsterdam University Press Amsterdam 2009.

Toffler A (1970). *Future Shock* (1970) New York;Random House.

Trommel W, van der Veen R (red.). *De herverdeelde samenleving. Ontwikkeling en herziening van de Nederlandse verzorgingstaat*. Amsterdam, Amsterdam University Press, 1999.

Veen RJ van der. *Een geregelde toekomst. Over veranderingen in de inrichting van het publieke domein*. Oratie. Universiteit van Twente. 27 november 1997.

Veer AJE de, Smit CM, Francke AL *Verbreiding en vernieuwing van richtlijnen*. NIVEL.2007. www.nivel.nl

Velden H van der. *Financiële toegankelijkheid tot gezondheidszorg in Nederland, 1850-1941*. Amsterdam, Stichting Beheer IISG, 1993.

Verdoorn JA. *Het gezondheidswezen te Amsterdam in de 19e eeuw*. Nijmegen, SUN, 1981.

Verbeek JH, et al. *Return to work of cancer survivors; a prospective cohort study into the quality of rehabilitation by occupational physicians*. *Occupational and Environmental Medicine* 2003; 60(5)352-7.

Waltzer M. *Spheres of Justice. A Defense of Pluralism and Equality*. Basic Books, 1983.

Weel C van, et al. *Occupational health and general practice; from opportunities lost to opportunities capitalised?* *Med Lav* 2006;97(2)288-94.

Wetenschappelijk Instituut voor het CDA. *Investeren in de samenleving. Een verkenning van de missie en positie van de maatschappelijke onderneming*. Wetenschappelijk Instituut voor het CDA. Den Haag 2005.

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR). *Bewijzen van goede dienstverlening*. Amsterdam University Press Amsterdam 2005.

Wevers CWJ, van Genabeek J. *Agenda voor de toekomst: Sociale Zekerheid en arbeidsmarkt*. Hoofddorp, TNO Kwaliteit van Leven, 2005.

Wit F de, Mul M, Bol R. *Leren van patiënten. Spiegelbijeenkomsten leveren zorgverleners nuttige feedback*. *Medisch Contact* 2008;63(23)6 juni.

Zorginnovatieplatform. *En Zorg voor mensen, mensen voor de zorg. Advies van het Innovatieplatform*. ZIP 2009.

Zuurbier J, van Gerven E (2005). *DBC's als middel om de diffusie van verbeterde werkwijzen in de zorg te versnellen*. In: *Weten wat we doen; verspreiding van innovaties in de zorg*. Zoetermeer: RVZ. Voor de behandeling van DBC's en andere wijzigingen in het gezondheidszorgsysteem, zie hoofdstuk 4.

Zwinkels WS, van Genabeek J, Groot I. *Buitenlandse ervaringen met de aanbesteding van re-integratiediensten*. Den Haag, RWI, 2004.

Lijst van gebruikte afkortingen

Aanpassen	
ABP	Algemeen Burgerlijk Pensioenfonds
ABW	Algemene Bijstandswet
AKO	Algemeen Ketenoverleg
Amber	Wet Afschaffing Malus en Bevordering Re-integratie
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BBP	Bruto binnenlands product
BNP	Bruto nationaal product
CBBS	Centraal Beoordelings- en Borgings Systeem
CBO	Centraal BegeleidingsOrgaan
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
COPD	Chronische bronchitis en longemfyseem
CPB	Centraal Planbureau
CVZ	College voor zorgverzekeringen
CWI	Centrum voor Werk en Inkomen
DBC	Diagnose Behandeling Combinatie
DRG	Diagnostic Related Group
EU	Europese Unie
FML	Functionele mogelijkheden lijst
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
IGZ	Inspectie Gezondheidszorg
IMF	Internationaal Monetair Fonds
IVA	Inkomensvoorziening Volledig Arbeidsongeschikten
IWI	Inspectie Werk en Inkomen
LCR	Landelijke Cliëntenraad
MKB	Midden- en kleinbedrijf
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NMa	Nederlandse Mededingingsautoriteit
NPCF	Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
NVAB	Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde
NVVG	Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
OECD (OESO)	Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling
PGO	Patiënten,-Gehandicapten en Ouderenorganisaties
REKO	Regionaal ketenoverleg
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
SCP	Sociaal-Cultureel Planbureau
SER	Sociaal-Economische Raad
SUWI	Structuur Uitvoering Werk en Inkomen
SVB	Sociale Verzekeringsbank
SZW	Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid
TAV	Wet Terugdringing ArbeidsongeschiktheidsVolume
UWV	Uitvoeringsorganisatie Werknemers Verzekeringen
VNG	Vereniging Nederlandse Gemeenten
WAO	Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering
WGA	Wet Werkhervatting Gedeeltelijk Arbeidsgeschikten
WHO	World Health Organization -
WIA	Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen
Wmg	Wet marktordening gezondheidszorg
WMO	Wet Maatschappelijke Ondersteuning

WRR	Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid
WW	Werkloosheidswet
WWB	Wet Werk en Bijstand
ZBC	Zelfstandige behandelcentra
ZIP	ZorgInnovatiePlatform
Zvw	Zorgverzekeringswet