

# ZORG VOOR WERK

Hoe kan de (eerstelijns)zorg bijdragen  
aan een gezonde beroepsbevolking

**TNO** innovation  
for life

Peter Buijs  
Paulien Bongers  
Denise van der Klauw  
Joost van Genabeek  
Dick van Putten  
Cees Wevers



# Zorg voor werk

Hoe kan de (eerstelijns)zorg bijdragen  
aan een gezonde beroepsbevolking?

## › COLOFON

### **TNO**

Polarisavenue 151  
2132 JJ Hoofddorp  
Postbus 718  
2130 AS Hoofddorp

T. 088 866 61 00  
info-arbeid@tno.nl

TNO.NL

© 2014 TNO

### **Auteurs**

Deel I: Bijdragen van Paulien Bongers, Denise van der Klauw,  
Joost van Genabeek, Dick van Putten, Peter Buijs en Cees Wevers  
Deel II: Peter Buijs

Uitgave naar aanleiding van het symposium 'Zorg voor werk':  
Hoe kan de (eerstelijns)zorg bijdragen aan een gezonde beroepsbevolking?  
Den Haag, 13-2-2014

Deze publicatie werd mede mogelijk gemaakt door ZonMw.

ISBN-nummer: 978-90-5986-441-2

**Drukwerk** De Swart, Den Haag

**Layout** Coek Design, Zaandam

# INHOUDSOPGAVE

<b>Ten geleide</b>	<b>7</b>
<b>Foreword from an international perspective</b>	<b>11</b>
<b>DEEL I - ZORG VOOR WERK</b>	<b>15</b>
<b>1 Inleiding</b>	<b>17</b>
<b>2 Nieuwe kijk op gezondheidszorg en werk</b>	<b>19</b>
2.1 Rollen voor de zorg	19
2.2 Bijdragen aan preventie en vermindering van gezondheidsrisico's en gezondheidsklachten door werk	20
2.3 Benutten van gezondheidskansen door werk: werken om gezond te blijven	24
2.4 Versterken van het functioneren in werk van mensen met gezondheidsklachten of chronische aandoeningen door integratie van eerstelijns én arbeidsgerelateerde zorg	28
2.5 De baten van de gezondheidszorg	32
2.6 Conclusie: kansen voor zorg voor arbeid	33
<b>3 Gezond participeren: de blik vooruit</b>	<b>35</b>
3.1 Regionale samenwerking: functioneren en participeren in werk als doel van de gezondheidszorg	35
3.2 Ondersteunen van eigen regie van patiënten	36
3.3 Aannames voor succesvolle oplossingsrichtingen	37
3.4 Oplossingsrichtingen van stakeholders	39
<b>Referenties</b>	<b>44</b>

<b>DEEL II - EEN WANDELING DOOR DE TIJD, OP ZOEK NAAR MAATSCHAPPELIJK DRAAGVLAK VOOR ARBEIDSGERELATEERDE ZORGVERNIEUWING</b>	<b>47</b>
<b>Samenvatting deel II</b>	<b>49</b>
<b>4 Een hardnekkige ‘blinde vlek’</b>	<b>51</b>
4.1 Participatie belemmerende aspecten in de reguliere gezondheidszorg	51
4.2 Weinig gevoel van beleidsmatige urgentie; prioriteit voor ‘arbo’ en sociale zekerheid	53
4.3 Sociale partners om advies gevraagd	54
4.4 Een tijdelijke opleving van urgentiegevoel bij de overheid	57
4.5 Verschuiving van aandacht naar Structuurwetten	59
4.6 Conclusie: veel vragen	62
4.7 Voedingsbodem voor een omslag	64
<b>5 Een kentering</b>	<b>67</b>
5.1 Arbeid integraal onderdeel Kernwaarden van de huisarts	67
5.2 Groeiende synergie tussen sociale partners en overheid	69
5.3 Terugkerend urgentiegevoel bij de overheid	71
5.4 Internationale relevantie: “Connecting Health and Labour”	75
5.5 Symposium “Zorg voor Werk”: een mijlpaal?	78
5.6 Een visie op de toekomst van de arbeid-gerelateerde zorg	80
<b>Referenties</b>	<b>84</b>
<b>Bijlage A</b>	<b>87</b>
<b>Bijlage B</b>	<b>90</b>
<b>Bijlage C</b>	<b>91</b>

› Hoe kan de (eerstelijns)zorg bijdragen aan een gezonde beroepsbevolking?

› ‘GEZONDHEID IS ESSENTIEEL VOOR  
EEN PRODUCTIEVE SAMENLEVING:  
WELZIJN EN WELVAART HANGEN  
NAUW SAMEN MET EEN GEZONDE  
(BEROEPS-)BEVOLKING.’

*Niek Snoeij, Themadirecteur Gezond Leven TNO*





# TEN GELEIDE

De relatie tussen arbeid en gezondheid is in de twintigste eeuw een maatschappelijk kernthema geworden. Dat heeft vooral vorm gekregen via de arbeidsgeneeskunde, of beter, de arbeidsgezondheidszorg. Het beroepsprofiel en het kennisfundament daarvan hebben inmiddels een erkende plek verworven in de wereld van zorg en wetenschap. Parallel hieraan kwam de verzekeringsgeneeskunde tot ontwikkeling, en ook deze discipline is zich voortgaand aan het professionaliseren. Daarmee zijn belangrijke stappen gezet in de manier waarop vanuit medisch oogpunt kan worden ingespeeld op vraagstukken van ziekte en gezondheid van werknemers.

Als bijwerking van deze sociaalgeneeskundige specialisatie verminderde echter de rol en ambitie van de curatieve zorg om zich te verdiepen in vraagstukken rond arbeid & gezondheid, ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Dat berustte deels op een gewenste herverkaveling van deskundigheden. Tot enkele decennia geleden werd van behandelend artsen vaak verwacht dat zij – zonder daarin geschoold te zijn - uitspraken deden over arbeidsgeschiktheid, inclusief de tijd die zieke werknemers nodig hadden voor hun herstel. Het was terecht dat deze verantwoordelijkheid werd overgedragen aan ter zake kundige bedrijfs- en verzekeringsartsen. Interdisciplinaire informatie-uitwisseling, en waar nodig overleg en doorverwijzing kwamen ervoor in de plaats.

Maar tegelijkertijd verdween daarmee een belangrijke prikkel voor de professionele en wetenschappelijke ontwikkeling van de curatieve sector op het gebied van arbeid en arbeidsgeschiktheid. Dat was jammer, want voor een effectieve, op preventie en functioneel herstel gerichte aanpak van de in de beroepsbevolking optredende gezondheidsproblemen zijn zowel 'awareness' als specifieke kennis nodig. Men denke bijvoorbeeld aan werk-gerelateerde etiologische factoren en symptomen; met de werksituatie rekening houdende behandelplannen en prognostiek; het niet alleen sturen op medische maar ook op functionele uitkomstmaten; en de mede op blijvende inzetbaarheid gerichte nazorg en begeleiding van werknemers met een chronische aandoening.

Wat betreft zowel de ontwikkeling van de arbeidsgezondheidszorg, de verzekeringsgeneeskunde en de curatieve sector, als de samenwerking tussen deze vakgebieden doen zich anno nu belangrijke uitdagingen en kansen voor. Binnen elke discipline is behoefte aan verdere versterking van de evidence-based benadering rond arbeid en gezondheid, en daarop geënt is een meer geïntegreerde, gezamenlijk gedragen arbocuratieve aanpak noodzakelijk.

De medische en sociaalgeneeskundige opleidingen, de beroepsorganisaties, en de onderzoeksinstituten spelen hierbij een belangrijke rol en zij hebben deze uitdaging de afgelopen jaren ook op verschillende manieren opgepakt. Dat geldt ook voor de patiëntenorganisaties, die niet alleen een essentiële gesprekspartner zijn voor professie en beleid maar ook een belangrijke rol vervullen in de bevordering van patiënt empowerment, zelfredzaamheid en adaptief vermogen.

Maar behalve om gezondheidskundige, medisch-inhoudelijke, en patiëntgebonden aspecten, gaat het ook om het aanpakken van niet goed sluitende zorgketens en betere logistieke afstemming. Daarmee kan voorkomen worden dat patiënten/werknemers tussen wal en schip terecht komen en onnodig (lang) uitvallen, tot schade van henzelf en de samenleving. Daarvoor zijn extra inspanningen vereist van zorginstellingen, verzekeraars, bedrijfsmanagers, de overheid, en de organisaties van werkgevers en werknemers. Dit wordt steeds breder ingezien, en er is op dit gebied ook steeds meer activiteit. En dat is de komende decennia hard nodig. Voor het individuele welzijn van patiënten/werknemers, maar ook voor het bevorderen van de arbeids- en maatschappelijke participatie in een samenleving waarin de duurzame inzet van ieders talenten meer dan welkom is. Volksgezondheid, (arbeids) participatie, houdbare zorg, sociale zekerheid, en economische ontwikkeling gaan hier hand in hand.

Het voorliggende boekje gaat nader in op de belangrijkste maatschappelijke en professionele ontwikkelingen op arbocuratief gebied, en brengt op unieke manier tal van gegevens en inzichten bijeen. Het beschrijft de lange, vaak weerbarstige voorgeschiedenis van dit dossier, maar laat ook zien dat er een positieve omslag in interesse is bij de belangrijkste stakeholders. Dat laatste wordt onderstreept door het symposium “Zorg voor werk” van 13 februari 2014, ter gelegenheid waarvan dit boekje is geschreven. Het reikt ook een agenda en programma aan voor een arbocuratieve verbetering en innovatie, en is daarmee aanbevolen literatuur voor allen die bij arbeid en zorg betrokken zijn.

Dit boekje besteedt in het bijzonder aandacht aan de vraag: hoe kan de (eerstelijns) gezondheidszorg bijdragen aan een gezonde beroepsbevolking? Dat de rol van de preventieve en curatieve zorg extra aandacht krijgt is in het voorgaande afdoende gemotiveerd. Het is tegelijkertijd logisch dat de eerstelijnszorg daarbij speciaal in beeld wordt gebracht. De eerste lijn is in de regel het eerste professionele loket waar gezondheidsklachten – ook arbeidsgerelateerde - worden gepresenteerd en diagnostisch worden ‘gelabeld’. Zij heeft zeker in Nederland een zeer hoge dekkingsgraad onder de doelgroep, kent een goede infrastructuur voor evidence-based richtlijnontwikkeling en speelt een centrale rol in verwijzing en multidisciplinaire begeleiding van patiënten/werkenden. Daarom is juist die eerstelijnszorg een goed aangrijpingspunt voor inhoudelijke en organisatorische verbetering van de zorg als geheel, ook met betrekking tot werkgerelateerde vraagstukken.

Dat het belang van meer menselijke en maatschappelijke investeringen op arbo-curatief gebied steeds meer wordt ingezien is mede te danken aan de niet aflatende inspanning van visionairen en pioniers. Als iemand daartoe behoort, is het wel de hoofdauteur van dit boek. Dr. Peter Buijs wees al vanaf begin jaren tachtig op het belang van aandacht van de curatieve zorg voor werk, en van een beter onderbouwde en geïntegreerde arbocuratieve samenwerking, en hij is dat tot op heden blijven doen. In woord en geschrift, in theorie en praktijk, in kennisontwikkeling en -toepassing, in lezingen en – vaak ook door hemzelf en zijn TNO-collega's geïnitieerde en georganiseerde – conferenties, als ambassadeur en waar nodig lobbyist, en in relevante nationale en internationale gremia. Hij combineerde daarbij steeds de agenderende, aanjagende, en de verbindende rol. Dit alles in combinatie met zijn deskundige en onpartijdige aanpak, heeft vele personen, organisaties, en beleidsmakers geïnspireerd en in beweging gebracht.

De inspanningen van Peter Buijs hebben er sterk toe bijgedragen dat het belang van meer evidence-based en beter georganiseerde arbocuratieve inspanningen thans niet alleen nationaal maar ook internationaal wordt ingezien. De door hem gesignaleerde thema's zijn inmiddels Europees en wereldwijd opgepakt, met steun van onder meer de wereldorganisaties van huisartsen (de WONCA) en bedrijfsartsen (de ICOH), en de WHO.

Zoals belangrijke thema's vaak pas goed op de agenda komen dankzij de inzet van pioniers met visie, is ook de consequente en consistente uitwerking ervan afhankelijk van personen en groepen die daarvoor bijzondere verantwoordelijkheid blijven nemen en daartoe de expertise bezitten. Het is daarom te hopen dat het werk van Peter Buijs en zijn TNO-collega's na zijn afscheid wordt voortgezet. De tekenen daarvoor lijken gunstig en worden onderstreept door dit lezenswaardige boekje. Ook van de ervaring, expertise en visie van Peter Buijs persoonlijk zal het arbocuratieve veld vast en zeker nog jaren gebruik kunnen maken.

Prof. dr. André Knottnerus  
*Hoogleraar huisartsgeneeskunde Universiteit Maastricht*  
Voorzitter WRR  
Oud-voorzitter Gezondheidsraad



# FOREWORD FROM AN INTERNATIONAL PERSPECTIVE

*By Professor Dame Carol Black, Expert Adviser on Health and Work to the Department of Health, England and of Public Health England. Former National director Work & Health, UK.*

Our countries, together with many others around the world, share a concern to remedy the human, social and economic costs and burdens of impaired health and well-being in relation to work and working life. We have three principal objectives: prevention of illness and promotion of health and well-being; early intervention for those who develop a health condition; and improvement in the health of those out of work – so that everyone with the potential to work has the support they need to do so. All are important in the face of economic stringency.

Our concepts of health now reach beyond the traditional boundaries set by the physical condition of individuals and their diseases, and extend to what we now call the social determinants of health, including factors that influence mental health. They place working age health and well-being firmly in the domain of public health. They change and enlarge the nature of occupational health.

By virtue of their roles and responsibilities the professionals within our healthcare systems – most often but not exclusively in primary care – are central to providing much of the health-related support people need to enter, stay in or return to work. Their advice and actions are often crucial in influencing individuals' beliefs about the ways to improve and safeguard their health, their ability to work, the role of work in securing health and wellbeing, and – no less important – their understanding of the threat of worklessness to long term well-being.

These responsibilities do not lie upon healthcare professionals alone. For success there must be a collaborative endeavour. As comparative studies in many countries have shown, the state of labour markets, national economies, the policies and mechanisms of welfare systems, and many other influences, can have profound consequences for workers' health and well-being.

Such a need was given particular emphasis in a UK Consensus Statement where healthcare professional bodies declared that they '*will work with government, other healthcare workers, the voluntary sector, employers and trade unions, to promote and develop ways of supporting individuals to achieve the socio-economic and health benefits of work*'.

It implies strengthened relationships with others who have parts in the networks that bring together central and local governments, health professionals, employers and employees in this shared enterprise of health and work. This sense of essential collaboration, dissolving deeply embedded organisational and cultural boundaries, is at the core of new local structures and relationships now being fashioned in the UK.

Holland has long experience and a notable record of research and innovation in this field. Both our countries were well represented at the first WHO Global Conference on Primary Care and Workers' Health (Connecting Health and Labour), co-organised by TNO and the Dutch Government in The Hague in 2011. Because of its success WHO is now exploring the potential of Primary Care - and the necessary conditions - to deliver basic forms of occupational health worldwide, exactly the policies advocated by Peter Buijs and others during the first WHO *Intercountry Consultation* about strategy on workforce health, in Santiago, Chile, in 2009.

This Conference with its booklet of the same title *Care for Work: How can PHC contribute to a healthy workforce?*, organised by TNO and the Dutch social partners, is a fitting occasion to bid farewell to Peter Buijs. It marks his many years of notable service and the fine national and international contribution he has made. I Join my Dutch colleagues in thanking him for all he has done and wishing him well.

› Hoe kan de (eerstelijns)zorg bijdragen aan een gezonde beroepsbevolking?





A composite image with a blue textured background. At the top, two construction workers in white shirts, blue jeans, and hard hats are working on a dark steel beam against a blue sky with clouds. One worker is leaning over, holding a tool. In the bottom right, a close-up of a stethoscope is visible. On the left, a translucent globe shows the continents in dark blue. The text 'DEEL I' is in large white letters, and 'Zorg voor Werk' is in smaller white letters below it.

# DEEL I

Zorg voor Werk

› ‘IN MIJN OGEN HEBBEN ZORGVERLENER, WERKGEVER EN WERKNEMER EEN GEDEELD BELANG, NAMELIJK GOED GECOÖRDINEERDE ZORGVERLENING GERICHT OP SNEL, BEVREDIGEND EN DUURZAAM HERSTEL VAN FUNCTIONEREN, ZEKER OOK IN HET WERK. WANNEER ZZP’ERS GEZONDHEIDSKLACHTEN KRIJGEN, IS HET DUIDELIJK DAT HUN WERKNEMERS- EN WERKGEVERSBELANG GELIJK IS: GOED GECOÖRDINEERDE ZORG DIE GEEN BELEMMERINGEN VOOR HERSTEL VAN FUNCTIONEREN OPWERPT (BIJVOORBEELD IN DE VORM VAN LANGE WACHTTIJDEN EN ONNODIG CONSERVATIEF BELEID) MAAR DEZE JUIST SNEL VERHELPT.’

*Paulien Bongers, Innovatiedirecteur Arbeid TNO*

# 1 INLEIDING

Dat de arbeidsmarkt snel verandert, is met de stijgende werkloosheid een eufemisme, maar daarom niet minder waar. De redenen zijn bekend: globalisering, technologische vernieuwingen en een veranderende samenstelling van de beroepsbevolking. De snel veranderende arbeidsmarkt vraagt veel flexibiliteit en aanpassingsvermogen van werkenden en niet-werkenden. Meer dan ooit is een gezonde, vitale en goed opgeleide beroepsbevolking van levensbelang, voor de werkenden zelf en voor Nederland. Een effectieve gezondheidszorg, die volop rekening houdt met het werk van mensen, is een essentiële pijler om de beroepsbevolking gezond en vitaal te houden en werkenden, ook met een beperking, naar vermogen te laten functioneren in hun werk.

In de gezondheidszorg zijn grote veranderingen te verwachten, zowel in medisch technologische als in organisatorische zin. In twee recente TNO-publicaties zijn deze veranderingen uitgebreid besproken<sup>1,2</sup>. Eén ervan – ‘Vitaal menselijk kapitaal, vernieuwing in de relatie arbeid en gezondheid’ – eindigt met een pleidooi voor een agenda voor werken aan gezondheid. Niet alleen wordt de vraag aangeroerd wat de bijdrage van bedrijven kan zijn aan een vitale, productieve beroepsbevolking, maar ook wat de gezondheidszorg daaraan kan bijdragen. In de voorliggende publicatie zijn de bijdragen van de gezondheidszorg gebundeld en verrijkt met goede praktijken en visies van sleutelfiguren. Hiermee wordt onderstreept dat een goede gezondheid weliswaar kosten met zich meebrengt voor de maatschappij maar zeker ook een positieve bijdrage levert aan economie en samenleving. Daarbij kijken we in het bijzonder naar de rol van zorgverleners in de eerstelijnszorg.

Dit boekje is uitgegeven naar aanleiding van het TNO symposium Zorg voor Werk op 13 februari 2014. Dit symposium is in samenwerking met de Stichting van de Arbeid georganiseerd onder de titel ‘Zorg voor werk: hoe kan de (eerstelijns-)zorg bijdragen aan een gezonde beroepsbevolking?’. In dit symposium kijken we naar het heden, het verleden en de toekomst; Een nieuwe kijk op gezondheidszorg en werk. In het eerste deel van deze publicatie beschrijven we, mede op basis van interviews met een groot aantal stakeholders, onze visie en geven we enkele voorbeelden van nieuwe experimenten. Echter, zonder de benodigde bagage is het lastig

om nieuwe succesvolle paden in te slaan. Daarom wordt in het tweede deel de rijke, maar ook hardnekkige geschiedenis van dit onderwerp beschreven. Dit deel is weergegeven als een wandeling met Peter Buijs door de tijd, op zoek naar maatschappelijk draagvlak voor arbeidsgerelateerde zorgvernieuwing. Peter, die zich in zijn loopbaan intensief met dit onderwerp heeft bezig gehouden, sluit deze loopbaan bij TNO af met dit symposium en deze publicatie.

# 2 NIEUWE KIJK OP GEZONDHEIDSZORG EN WERK

## 2.1 ROLLEN VOOR DE ZORG

Er zijn verschillende manieren waarop de gezondheidszorg, en dan met name de eerste lijn, kan bijdragen aan gezonde participatie en functioneren in het werk van patiënten. Het gaat dan om:

1. Bijdragen aan preventie en vermindering van gezondheidsrisico's en gezondheidsklachten door werk.
2. Benutten van de kansen op gezondheidsbevordering door werk:
  - Werk dat gezondheid bevordert.
  - Werk als een proeftuin voor het benutten van de capabilities<sup>a</sup> om regie te kunnen voeren over het eigen leven en daarmee ook over de eigen gezondheid en een (gezonde) leef- en werkstijl.
3. Versterken van het functioneren en participeren in werk van mensen met gezondheidsklachten of chronische ziekten door geïntegreerde zorg:
  - Afstemming van diagnose en zorgverlening én integratie van individuerichte zorg en interventies in de werkomgeving.
  - Afstemming van diagnose en zorgverlening én activering naar (betaald of onbetaald) werk van mensen met gezondheidsklachten.
  - Wegnemen van belemmeringen in de zorg voor snelle, duurzame en bevredigende werkhervatting.

In paragraaf 2.2, 2.3 en 2.4 worden de rollen verder uitgewerkt. In paragraaf 2.5 gaan we vervolgens in op de baten van de gezondheidszorg.

In onderstaande tabel staan voorbeelden samengevat die het voorgaande illustreren, zowel wat betreft beleid als concrete aanpakken.

---

a Capabilities is een oorspronkelijk door Amartya Sen en later door Martha Nussbaum en anderen uitgewerkt concept dat naar hun mening centraal zou moeten staan in economische welvaartstheorieën. Het bijzondere is dat het niet alleen verwijst naar de vaardigheden of inzet van individuen, maar ook naar de vrijheid en ont-plooiingskansen die de maatschappij biedt om die vaardigheden te kunnen toepassen. Zoals Sen kernachtig formuleert: zonder fiets kun je niet fietsen – al zou je wellicht wel kunnen fietsen.

**TABEL 2.1**

Overzicht van bijdragen van arbeidsorganisaties én de zorg aan gezonde participatie in werk op individueel-, organisatie- en institutioneel niveau (uit: Vitaal menselijk kapitaal: vernieuwing in de relatie arbeid en gezondheid, TNO 2013<sup>2</sup>).

	INDIVIDUEEL NIVEAU	ORGANISATIE- EN INSTITUTIONEEL NIVEAU
1) Hoe dragen arbeidsorganisaties bij aan een vitale productieve beroepsbevolking en daarmee aan duurzame preventie en zorg en beheerste kostenontwikkeling?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Versterken zelfreflectie op gezond gedrag in werksituatie en privé</li> <li>• Versterken zelfsturende competenties in werk</li> <li>• Veilig en gezond werken in relatie tot (nieuwe) arbeidsrisico's</li> <li>• Werk geeft zin, betekenis en structuur</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbeteren werkomstandigheden en duurzame productieve inzetbaarheid</li> <li>• Leerrijk en zinvol werk organiseren</li> <li>• Bewegen in school en werk</li> <li>• Regionale samenwerking bedrijven, en (publieke) partners gericht op kwalificaties en gezondheid</li> </ul>
2) Hoe kan gezondheidszorg bijdragen aan inzetbaarheid, productiviteit en innovatiekracht van medewerkers en (netwerken van) arbeidsorganisaties?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preventie en verminderen van gezondheidsschade door werk</li> <li>• Opnemen werk in diagnostiek en behandeling in de zorg</li> <li>• Snelle, duurzame en bevredigende werkhervatting</li> <li>• Implementeren nieuwe definitie van gezondheid gericht op participatie en functioneren als doel van zorg</li> <li>• Versterken capabilities en eigen regie in werk en zorg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geïntegreerde zorg waar arbeid-gerelateerde zorg onderdeel is van de keten in de eerstelijnszorg, waarbij ook geïntegreerde aanpakken worden aangeboden met zowel individu als werk gerelateerde interventies</li> <li>• (Regionaal) zorg en welzijn integreren om sociale problemen en zorg effectief en efficiënt aan te pakken</li> <li>• Benutten activering naar werk als medicijn</li> <li>• Werkgerelateerde collectieve contracten tussen bedrijven en verzekeraars gericht op preventie, inzetbaarheid en effectieve op participatie en functioneren gerichte zorg</li> </ul>

## 2.2 BIJDRAGEN AAN PREVENTIE EN VERMINDERING VAN GEZONDHEIDSRISICO'S EN GEZONDHEIDSKLACHTEN DOOR WERK

In de afgelopen eeuw – en vooral in de laatste decennia – zijn de gezondheids- en ongevalsrisico's op het werk weliswaar aanzienlijk afgenomen, maar zeker niet verdwenen. Bovendien zijn er serieuze tekenen van een kentering in deze afname. De Inspectie Sociale Zaken en Werkgelegenheid (voorheen Arbeidsinspectie) constateert namelijk een verminderde aandacht voor en kennis van arbeidsomstandigheden in het bedrijfsbeleid. En door de toenemende flexibilisering en uitstroom van de babyboomgeneratie lekt kennis en ervaring weg wat betreft veilig werken. Het verzuim is in verschillende sectoren ook weer aan het stijgen. De traditionele arbeidsgerelateerde ziektelast, bijvoorbeeld in de bouw of chemie, blijft aan-

dacht vragen en er zijn potentiële ‘nieuwe’ risico’s, zoals bij het werken met nanomaterialen.

Eind 2013 heeft Minister Asscher van Sociale Zaken en Werkgelegenheid de aanval ingezet tegen psychosociale arbeidsbelasting als de grootste arbeidsgerelateerde bedreiging voor gezondheid en welzijn. En inderdaad: veranderingen in het werk zorgen voor een toename van de psychosociale arbeidsbelasting. Baanonzekerheid neemt toe als gevolg van flexibilisering en van bedrijfsreorganisaties als permanent verschijnsel, nog los van de crisis. De dienstensector wordt geconfronteerd met mondige en veeleisende burgers en (bijgevolg) met meer agressie en geweld. Door informatisering, tijd- en plaats ongebonden werken en vervaging van de scheiding tussen werk en privé stijgen de cognitieve en emotionele taakeisen. Niet alle werknemers kunnen even goed omgaan met deze veranderingen, waardoor psychische gezondheidsklachten kunnen optreden. Al zijn er bij psychische klachten meestal verschillende oorzaken in het spel, het blijft verontrustend dat dergelijke klachten op dit moment de meest voorkomende reden is (38%) voor een lopende arbeidsongeschiktheidsuitkering. Bij uitkeringen voor gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid gaat het zelfs in 43% van de gevallen om psychische klachten<sup>3</sup>. Deze psychische klachten en stoornissen zijn een ernstige ondermijning van het arbeidsvermogen van de beroepsbevolking (vitaal menselijk kapitaal), niet alleen omdat ze vaak voorkomen, maar ook omdat deze klachten op relatief jonge leeftijd beginnen, een relatief hoge recidief kans hebben en bovendien vaak onvoldoende herkend en behandeld worden. Dit betekent dat hier goede kansen liggen voor de eerstelijnszorg om een bijdrage te leveren aan het verminderen van dit probleem.

Dit kan in de eerste plaats door het signaleren van de eventueel werkgerelateerde oorzaken van gezondheidsklachten en daar in het behandelplan rekening mee te houden (afstemming bedrijfsarts, werknemer). Daarbij is het nuttig om kennis te hebben van instrumenten en interventies die specifiek gericht zijn op werkgerelateerde gezondheidsklachten, zodat deze kennis meegenomen kan worden bij het bepalen van een behandelplan (in afstemming met de bedrijfsarts en werknemer).

› “WAT JE NOG ZIET IS DAT IN DE SPREEKKAMER BIJ DE HUISARTS WEL GESPROKEN WORDT OVER WERK, MAAR DAT DE HUISARTS DIT NIET OPSCHRIJFT, DE HUISARTS EXPLICITEERT WERK NIET. DAARDOOR KAN HIJ OF ZIJ HET BIJ EEN VOLGEND CONSULT MAKKELIJK WEER VERGETEN. VOOR DE PATIËNT IS DAT ERG; VAAK HEBBEN PATIËNTEN VEEL VRAGEN OP DIT GEBIED.”

*Wilna Wind, Algemeen directeur  
Patiëntenfederatie NPCF*

Veelal kan deze kennis ook worden gebruikt om patiënten te ondersteunen om zelf de oplossing voor de werk gerelateerde problemen dichterbij te brengen.

In onderstaand kader staat een voorbeeld van een instrument waarmee de werknemer zelf werkgerelateerde dreigende psychische overbelasting op het werk aan de orde kan stellen, zodat hij/zij samen met de leidinggevende naar oplossingen kan zoeken en op deze manier kan bijdragen aan het behandelplan dat met de zorgverlener is opgesteld. Een dergelijk instrument zou aangepast kunnen worden om werknemers te ondersteunen hun problemen op het werk aan te kaarten en om het behandelplan af te stemmen met de bedrijfsarts.

#### KADER 2.1 PREVENTIE LEIDRAAD

Alweer geruime tijd geleden is voor de Commissie 'Het Werkend Perspectief' de Preventie Leidraad ontwikkeld. Dit instrument ondersteunt leidinggevend en werknemers in organisaties om risico's op werkdruk en werkstress in hun organisatie te verminderen en daarmee uitval als gevolg hiervan te voorkomen. Het bestaat uit gesprekshandleiding voor leidinggevend en werkende om het probleem aan te kaarten en een stappenplan om met de resultaten uit de gesprekken aan de slag te gaan. Het instrument heeft twee uitgangspunten:

1. Werkdruk (en werkstress) ontstaat omdat een medewerker knelpunten ervaart en niet in staat is om deze op te lossen. In plaats van zich te richten op de knelpunten, richt dit instrument zich op de onmogelijkheid om een knelpunt op te lossen. Niet het 'wegnemen van het knelpunt' is het doel, maar het wegnemen van de 'onmogelijkheid om een knelpunt op te lossen'.
2. Het oplossen van knelpunten is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van medewerkers en hun leidinggevende. Medewerkers hebben vaak zelf goede ideeën over mogelijke verbeteringen in hun werkproces. Van deze ervaringskennis wordt in de Preventie Leidraad optimaal gebruik gemaakt. Onderzocht wordt wat een medewerker zelf kan doen om het knelpunt weg te nemen en hoe de organisatie daarbij kan helpen.

› “HET IS BELANGRIJK DAT JE ALS WERKNEMER GOED VOOR JEZELF OP KUNT KOMEN. HET GAAT OM HET EQUIPEREN VAN PATIËNTEN OM HET GESPREK MET HUN BAAS AAN TE GAAN.”

*Anneke Huson Deskundige patiënteperspectief, voorheen onder andere werkzaam bij Welder*



Digitale instrumenten die nu gebruikt worden in de bedrijfsgezondheidszorg zouden op advies van de huisarts beschikbaar kunnen zijn om patiënten te ondersteunen in hun bijdrage aan het oplossen van de werkgerelateerde problemen. Bij de behandeling van beginnende depressieve klachten die veelal eerst bij de eerstelijnszorg in beeld komen kan de werkcontext een rol spelen. Ook hiervoor zijn voorbeelden van geïntegreerde instrumenten die werkende patiënten kunnen ondersteunen om preventie ter hand te nemen (zie kader 2.2).

#### KADER 2.2 DEPRESSIE EN WERK

Depressies komen veel voor bij werknemers. Ze hebben een negatief effect op de kwaliteit van leven en ze leiden veelal tot ziekteverzuim en lagere productiviteit. Er is veel wetenschappelijk bewijs dat depressieve klachten succesvol behandeld kunnen worden met (begeleide) zelfhulptherapie. Op het moment is een dergelijke begeleide zelfhulptherapie in ontwikkeling, die aangepast is aan de werksituatie en om de therapie zo laagdrempelig mogelijk te maken, aangeboden wordt via internet. De kosteneffectiviteit van deze methode wordt momenteel onderzocht. De deelnemers zijn erg positief. De eerste resultaten laten zien dat hun depressieve klachten sterker afnemen dan de klachten van deelnemers uit de controlegroep. Ook scoren zij gunstiger als het gaat om emotionele uitputting, een indicator van het risico op stressklachten. Dit lijkt een effectieve manier om een grote groep mensen – preventief, voordat ze ernstige klachten ontwikkelen – een effectieve therapie aan te bieden. Omdat dit een laagdrempelig internetinstrument is waar preventie van beginnende depressieve klachten, inclusief werkgerelateerde aspecten is opgenomen, zou dat in de eerstelijnszorg kunnen worden ingezet als helder is dat werk een rol speelt.

Naast psychosociale arbeidsbelasting is zittend kantoorwerk (de nieuwe ‘silent killer’) een belangrijk risico voor de gezondheid. Een zittende beroep is een gezondheidsrisico op zich maar het overwegend zittend werken zorgt er mede voor dat ongeveer de helft van de Nederlandse beroepsbevolking te kampen heeft met overgewicht en te weinig lichaamsbeweging. Het optreden en verergeren van veel chronische aandoeningen hangt hiermee samen, zowel in de beroepsleeftijd als daarna.

Bij nieuwe en oude arbeidsrisico's ligt een taak voor de eerstelijnszorg, zowel voor preventie, het voorkomen van verergering van klachten, als bij een snelle werkherleving. Mensen melden zich met klachten immers eerder bij hun huisarts dan bij de bedrijfsarts. Zeker als ook niet-werkgebonden zaken een rol spelen. Het is dan van belang dat zorgverleners, met name huisartsen, (sluimerende) problemen op het werk voldoende op het netvlies hebben, zowel bij diagnostiek als bij de behandeling. Werknemers verwachten dat hun huisarts, net als hun bedrijfsarts, ook bijdraagt aan herstel én functioneren op het werk en aan terugkeer naar werk in geval van verzuim. Werknemers zien graag een prominente rol van de huisarts bij de

begeleiding tijdens het ziekteverzuim. Met name vanwege de vaak lang lopende vertrouwensrelatie die patiënten met hun huisarts hebben.

Dit pleit voor een gezamenlijke en gecoördineerde aanpak tussen de zorgverleners. In de onlangs vastgestelde kernwaarden van de huisarts wordt dit onderkend: 'De huisarts houdt rekening met de individuele kenmerken van de patiënt en diens context, zoals de leef- en werkomgeving'; en 'De huisarts heeft een signalerende taak ten aanzien van (dreigende) arbeidsgerelateerde gezondheidsproblemen en werkt zo nodig samen met de bedrijfsarts' (zie hier voor de beschrijving in deel 2). In vele recent ontwikkelde richtlijnen voor de eerstelijnszorg wordt echter niet of nauwelijks ingegaan op de werkcontext.

Van belang is uiteraard dat de geraadpleegde zorgverleners het accent niet alleen leggen op ziekte en zorg. De focus zal ook moeten liggen op het functioneren en participeren in werk. Zorgverleners moeten daarom over kennis en instrumenten beschikken om werkenden met chronische problemen te ondersteunen (of minimaal deze problematiek signaleren en afstemmen met zorgverleners in de arbeids- en bedrijfsgeneeskunde).

### 2.3 BENUTTEN VAN GEZONDHEIDSKANSEN DOOR WERK: WERKEN OM GEZOND TE BLIJVEN

Werk vormt niet alleen een gezondheidsrisico, maar is tegelijk een gezondheidskans. En daar staan zorgverleners in het algemeen minder bij stil. Werk, zowel betaald als onbetaald, beïnvloedt onder de juiste voorwaarden (maatwerk) de gezondheid en het welzijn positief. Werk is een bron van ontplooiing, positieve leerervaringen en vitaliteit: Werk als medicijn.

Bovendien biedt werk sociale contacten, structuur in het leven en het idee bij te dragen aan de samenleving. Dit blijkt uit onderzoek onder langdurig werklozen: hun ervaren gezondheid verbetert wanneer zij weer aan het werk zijn<sup>4</sup>. Als daarentegen werkloosheid voortduurt, blij-

“WERK ZOU EEN PLEK MOETEN KRIJGEN IN DE BEROEPSOPLEIDING EN DE PROTOCOLLEN VAN DE 1<sup>e</sup> EN 2<sup>e</sup> LIJN.”

*Mario van Mierlo,  
VNO-NCW*

“DE CURATIEVE SECTOR HEEFT WEL WAT ALGEMENE IDEEËN OVER WERK, MAAR ZIET NIET DAT HET WERK VAN DE ENE METSELAAR ECHT HEEL ANDERS IS DAN DAT VAN EEN ANDER.”

*Jurriaan Penders,  
Bedrijfsarts/Voorzitter NVAB*

“ALS SAMENLEVING HEBBEN WE TE LANG GEDACHT: ‘JE LEEFT NIET OM TE WERKEN’.”

*Ronald de Leij,  
directeur Dutch Employers  
Cooperation Programme*

ken gezondheid en welzijn vaak te verslechteren. Genoemde positieve aspecten van werk sluiten aan bij een nieuwe kijk op gezondheid: gezondheid is niet alleen een doel maar ook een middel voor maatschappelijke participatie (zie kader 2.3).

### KADER 2.3 EEN NIEUWE DEFINITIE VAN GEZONDHEID

*'A state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity'*. Deze WHO-definitie uit 1948 laat geen ruimte voor de veranderde morbiditeit (het vóórkomen van ziekten) en demografie van de samenleving. In 1948 ging het vooral om acute ziekten en arbeidsongevallen, terwijl de 21ste eeuw wereldwijd gekenmerkt wordt door vergrijzing en toename van chronische ziekten die vroeger dodelijk waren, maar nu leiden tot beperkingen of chronisch medicijngebruik. Ook de wereldwijde toename van leefstijlziekten in alle leeftijden speelt hier een rol en legt de nadruk op preventie. Volgens de WHO definitie uit 1948 zouden heden ten dage zeer veel mensen hun halve leven ongezond zijn en dat is onwerkbaar. De vraag wordt daarom steeds meer hoe mensen omgaan met chronische ziekten/beperkingen en ondanks kwalen toch een goed (en productief, zinvol) leven kunnen leiden. Het bevorderen van zelfredzaamheid en participatie spelen hierbij een belangrijke rol.

Huber et al. (2011)<sup>5</sup> stellen daarom een nieuwe meer dynamische definitie van gezondheid voor: het vermogen van mensen om zich aan te passen en zichzelf te redden (*'the ability to adapt and self-manage'*)<sup>a</sup> ondanks gezondheidsbeperkingen. De econoom Sen (1999)<sup>6</sup> en Nussbaum (2011)<sup>7</sup> hebben het over de 'capabilities', het vermogen om te participeren en de maatschappelijke context die dit mogelijk maakt.

Gezond werk en een gezonde leefstijl blijken krachtige 'medicijnen' te zijn voor zelfredzaamheid. Welvaartsziekten zijn voor een belangrijk gedeelte te voorkómen met gezond gedrag, zoals voldoende bewegen, 'verstandig' voedsel en niet roken of overmatig drinken. Individuen kunnen tot bepaalde hoogte kiezen tussen gezond en ongezond leven. Kiezen voor een gezond leven is niet eenvoudig omdat de werk-omgeving en de sterk vercommercialiseerde leefomgeving veel ongezonde prikkels bieden. Men spreekt in deze zin zelfs van een 'obesogene' samenleving. Daarmee verschuift de focus van het behandelen van de ziekteverschijnselen zelf naar het beïnvloeden van de condities waardoor mensen gezonder kunnen leven, wonen en werken. Deze condities zijn daarmee ook van belang voor het behoud van duurzame inzetbaarheid in werk.

a Een kanttekening die gemaakt kan worden is dat gezondheid sterk als een individueel asset gepresenteerd wordt, terwijl bekend is dat een sociaal netwerk een eerste vereiste is voor mensen, en zeker voor mensen met een beperking, om zelfstandig te kunnen functioneren

Kiezen voor een gezond leven vergt van ieder individu vaardigheden en mogelijkheden om weerstand te bieden aan ongezonde prikkels en bij te dragen aan een gezonde omgeving. Deze vaardigheden en mogelijkheden, gecombineerd met een context om deze toe te passen en te realiseren, worden aangeduid met de term ‘capabilities’. Veel competenties en de opgedane ervaringen in de werksituatie kunnen meer doelbewust op andere levensterreinen ingezet worden en omgekeerd. En dit geldt ook voor de capabilities voor gezond gedrag en gebruik van gezondheidszorg. Werk is een belangrijke leerschool voor het leven, waaraan we identiteit en zelfvertrouwen ontleen. Een zekere mate van zelfvertrouwen en zelfreflectie zijn belangrijke voorwaarden voor het nemen van eigen verantwoordelijkheid voor zowel loopbaan als gezondheid. Maar ook omgekeerd, werk dat helemaal niet bijdraagt aan het gebruik en benutten van vaardigheden als zelfreflectie en zelfregie kan het aanleren van een gezonde leefstijl danig in de weg zitten.

Ondanks de veranderende kijk op gezondheid in relatie tot participatie en functioneren, hebben innovaties in de zorg tot op heden weinig van doen met ‘werk’ in het algemeen en met het benutten van de boven beschreven capabilities in het bijzonder. Bovendien wordt weinig aandacht besteed aan zelfregie ten aanzien van werkomstandigheden en het feit dat de werkcontext iemand in staat moet stellen om te blijven participeren.

Koploperbedrijven daarentegen zien het belang van gezonde en vitale medewerkers en versterken hun gezondheidsbeleid, niet alleen met oog voor de gezondheidsrisico's, maar juist ook voor het bevorderen van gezond gedrag en de duurzame inzetbaarheid van medewerkers. Een goede illustratie hiervan is het Nationaal Inzetbaarheidsplan (zie kader 2.4).

“OORSPRONKELIJK WAREN ARTSEN BEZIG MET HET REDDEN VAN LEVENS. OP CRISISMOMENTEN IS NERGENS ANDERS AANDACHT VOOR DAN DE ZIEKTE. ARTSEN MOETEN ZICH NOG AANPASSEN NAAR EEN POPULATIE MET MEER CHRONISCHE AANDOENINGEN.”

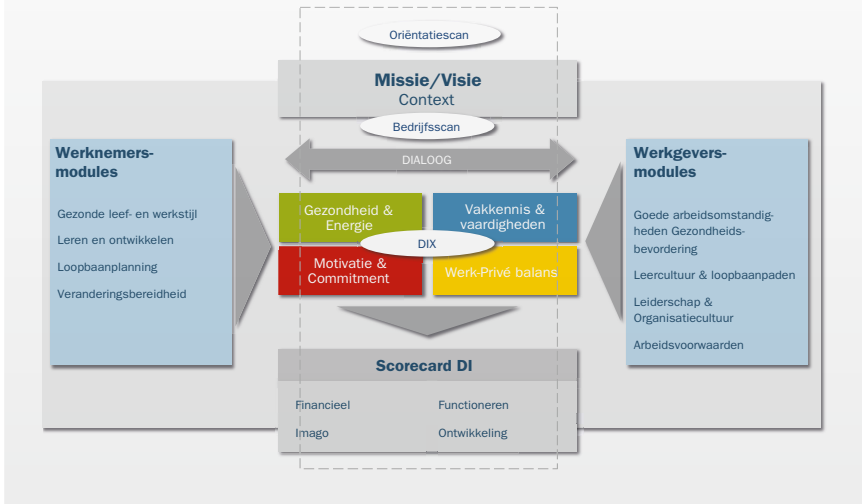
*Anneke Huson Deskundige patiënteperspectief, voorheen onder andere werkzaam bij Welder*

“WIJ ZIEN HET LIEFST EEN FOCUS OP GEZONDHEID EN DUURZAME INZETBAARHEID IN PLAATS VAN VERZUIM. DUS NIET DAT EEN WERKNEMER ZO SNEL MOGELIJK TERUGKEERT IN WERK, MAAR ZO GEZOND MOGELIJK.”

*Renske Jurriëns, Beleidsadviseur FNV*

#### KADER 2.4 NATIONAAL INZETBAARHEIDSPLAN

Elk bedrijf is gebaat bij goed gekwalificeerde, gemotiveerde en gezonde medewerkers. Kortom, bij duurzaam inzetbare medewerkers. Dit realiseert het Nationaal Inzetbaarheidsplan samen met bedrijven. Het Nationaal Inzetbaarheidsplan is een initiatief van het Werkgeversforum, TNO en Werk van Nu. Het Nationaal Inzetbaarheidsplan biedt informatie en hulpmiddelen aan bedrijven of branches die aan de slag willen met Duurzame Inzetbaarheid. Het Nationaal Inzetbaarheidsplan faciliteert bedrijven en hun adviseurs met digitale producten en diensten. Centraal staan hierin een oriëntatiescan, een bedrijfsscan en de DIX: Duurzame inzetbaarheidsindex voor werknemers.



De vorderingen in gezondheidstechnologie zullen naar alle waarschijnlijkheid een grote invloed hebben op de vitaliteit van de (beroeps)bevolking. Steeds meer invaliderende ziekten zijn te behandelen die vroeger vaak ernstige beperkingen tot gevolg hadden en soms zelfs dodelijk waren. Veel (ex)patiënten die vroeger werden 'afgeschreven' kunnen tegenwoordig productief deelnemen aan het arbeidsproces. De inzetbaarheid van deze groep vereist vaak wel een gespecialiseerd arbeidsgezondheidskundig advies en aanpassingsvermogen van zowel de betreffende werknemer als van het bedrijf. Daarnaast verandert de zorg, door medische technologie en maatschappelijke ontwikkelingen. De huidige ontwikkelingen in ICT, internet en sociale media beïnvloeden de zorg diepgaand. Deze nieuwe mogelijkheden zouden volop kunnen worden benut om het behoud van werk voor mensen met chronische ziektes te ondersteunen en mogelijk te maken.

**“WIJ ZEGGEN ALTIJD ‘JE KRIJGT WAT, JE HOUDT WAT EN JE LEERT ER MEE LEVEN’. EIGENLIJK ZOU DAAR ‘JE LEERT ER MEE WERKEN’ AAN TOEGEVOEGD MOETEN WORDEN.”**

*Wilna Wind, Algemeen directeur  
Patiëntenfederatie NPCF*

## 2.4 VERSTERKEN VAN HET FUNCTIONEREN IN WERK VAN MENSEN MET GEZONDHEIDSKLACHTEN OF CHRONISCHE AANDOENINGEN DOOR INTEGRATIE VAN EERSTELIJS ÉN ARBEIDSGERELATEERDE ZORG

Wellicht de meest bepalende trend in de eerstelijnsgezondheidszorg de komende jaren is het bieden van geïntegreerde zorg op wijk- of buurniveau in de domeinen van zorg, GGZ, jeugdzorg, welzijn. Opvallend is dat arbeidsgerelateerde zorg niet een vanzelfsprekend onderdeel is van deze geïntegreerde zorg en dat huisartsen het werk van hun patiënten vaak nog niet betrekken bij diagnose en behandeling<sup>18</sup>. Deel II gaat hier uitgebreider op in.

De toekomstige eerstelijns zouden we ‘basiszorg’ kunnen noemen. De bestaande aanbodgerichte oriëntatie en scherpe echelonnering van preventieve zorg, eerstelijnszorg en de tweedelijnszorg passen minder goed bij de huidige zorgvragen, die steeds diverser en complexer worden. Bovendien reiken deze vragen verder dan zorg alleen en vereisen ze dat de zorgverlener de eigen inbreng van burger en patiënt centraal stelt. Integratie kan – en moet ook – bijdragen aan de kosteneffectiviteit en inhoudelijke verbetering van het zorgstelsel. De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) concludeert dat er behoefte ontstaat aan gerichte ondersteuning met een breder spectrum: behoud, bevordering en bescherming van gezondheid<sup>8</sup>. Een vergelijkbare verbreding van het spectrum komt naar voren in de recent ge(her)formuleerde NHG-Kernwaarden van de huisarts<sup>9</sup>. Hierin worden het plaatsen van een klacht in de context van de thuis-, familie- en werk-situatie, en het signaleren van (dreigende) arbeidsgerelateerde gezondheidsproblemen genoemd als expliciete aandachtsgebieden van de huisarts, evenals het in dat kader samenwerken met onder andere bedrijfsartsen.

“MENSEN MET DIABETES MOETEN HUN HELE LEEFSTIJL AANPASSEN: STOPPEN MET ROKEN, AFVALLEN. AANPASSINGEN IN WERK KUNNEN EEN ONDERDEEL ZIJN. HET GAAT OM EEN GEÏNTEGREERDE OPLOSSING.”

*Jacintha van Balen,  
Huisarts/Beleidsmedewerker  
NHG*

“DE BEHANDELING IS EFFECTIEVER EN HET HERSTEL DUURZAMER ALS DE ARTS ZIJN KENNIS OVER HET WERK- EN PRIVÉLEVEN VAN DE WERKNEMER BETER BENUT.”

*Renske Jurriens,  
Beleidsadviseur FNV*

Op dit moment is de uitwerking van geïntegreerde zorg *binnen* het zorgdomein vooral in de ketenzorg zichtbaar voor enkele chronische aandoeningen (diabetes, COPD, chronisch hartfalen en dementie), waarbij onder regie van de eerste lijn tweede lijnfuncties worden geïntegreerd in een bekostigingstitel ('keten-DBC'). Een belangrijk doel is het ondersteunen van substitutie van tweedelijnszorg door eerstelijnszorg. Ook hier is het opmerkelijk dat arbeid niet expliciet aan bod komt, terwijl juist bij werknemers met een chronische aandoening (behoud van) werk extra aandacht verdient, omdat de inzetbaarheid van hen vaak onder voorwaarden mogelijk is (zie kader 2.5). En patiënten met langer durend verzuim geven zelf aan graag hun huisarts daarbij te willen betrekken<sup>19</sup>.

#### KADER 2.5 WERKEN MET EEN CHRONISCHE ZIEKTE

Werken met een chronische ziekte, zoals diabetes of reuma, is niet gemakkelijk. TNO heeft hiervoor verschillende interventies ontwikkeld en toegepast in de eerstelijnsgezondheidszorg. Denk bijvoorbeeld aan een screeningsinstrument voor factoren in het werk die risico opleveren voor diabetespatiënten ('Diabetes en werk' gefinancierd door het Agis Innovatiefonds) of een interventieprogramma om functioneren van reumapatiënten op het werk te bevorderen en hiermee de arbeidsproductiviteit te verhogen ('Care for work' gefinancierd door Instituut Gak, in samenwerking met VUmc). Onderzoek van TNO en VUmc laat zien dat het toepassen van deze interventies niet vanzelf gaat: zorgverleners hebben achtergrondkennis nodig en een korte screening in het Huisartsen Informatie Systeem werkt beter dan een lange vragenlijst. Een korte training of nascholing voor zorgverleners kan helpen om meer te weten over bijvoorbeeld de relatie tussen diabetes, werk en behandelmogelijkheden. Verder kan gedacht worden aan het betrekken van andere professionals, zoals de klinisch arbeidsgeneeskundige of een ergotherapeut, zoals is onderzocht bij reumapatiënten.

Op basis van deze kennis werkt TNO in de regio Eindhoven aan het opzetten van een proeftuin, waarbij arbo- en curatieve zorg wordt geïntegreerd. Het doel van deze proeftuin is het verbeteren van de kwaliteit van eerstelijnszorg rondom psychische klachten en werk door het ontwikkelen en uittesten van een in de praktijk werkbare en succesvolle interventie op het terrein van psychische problematiek, in samenwerking met het NHG en de Praktijkondersteuning Zuidoost-Brabant (PoZoB).

Deze zorgvernieuwing gaat gepaard met een verandering van de personeelsamenstelling, taakverdeling en manier van organiseren. In de basiszorg neemt de praktijkondersteuning een steeds grotere rol en is de basis-GGZ als aparte functie toegevoegd. Daarnaast nemen huisartsgroepen steeds meer de plaats in van de solo-huisarts en worden gezondheidscentra multifunctioneler.

En dan is er nog een zorgdomein, dat al decennia lang gescheiden opereert van de eerstelijnszorg: de bedrijfsgezondheid- of arbozorg. Deze kende een bloeiperiode na WO-II, maar bereikte aanvankelijk slechts een derde van de beroepsbevolking. Onder invloed van Europese richtlijnen ontstond in de loop van de jaren '90 van de

vorige eeuw een dekkingsgraad van ongeveer 90% van de werknemers. De arbozorg bleef echter slecht toegankelijk voor werkenden die niet-in-loondienst waren.

Sinds de liberalisering van de arbowetgeving (2005) is de dekkingsgraad van de arbozorg onder de loonafhankelijke beroepsbevolking weer beneden de 80% gezakt en is de bedrijfsartsenzorg steeds meer in het gedrang gekomen en gefragmenteerd<sup>10</sup>. Bovendien blijkt dat de instroom van nieuwe bedrijfsartsen in de opleiding inmiddels is verminderd tot ca. 1/10e van wat nodig is voor vervanging van de uitstroom in de komende jaren. Werkgevers en werknemers maken zich grote zorgen over deze ontwikkeling. Naar aanleiding van diverse adviestrajecten in de SER hebben zij aangegeven de bedrijfsgeneeskundige zorg niet te willen en kunnen missen.

Alleen al om deze redenen dient nagedacht te worden over en geëxperimenteerd met andere organisatievormen van arbeidsgerelateerde zorg, en met name over een betere integratie in de eerstelijnszorg van aandacht en expertise met betrekking tot werk dan wel activering naar werk voor degenen die (tijdelijk) niet werken. In onderstaande kaders 2.6 en 2.7 worden twee experimenten met arbocuratieve zorg toegelicht.

“BEDRIJFSARTSEN ZIJN OP HEEL VEEL VERSCHILLENDE MANIEREN GEORGANISEERD. ZE ZIJN ZELFSTANDIG, WERKEN INTERN OF EXTERN VOOR BEDRIJVEN. DAARDOOR ZIJN ZE LASTIG BEREIKBAAR VOOR EEN HUISARTS.”

*Jurriaan Penders,  
Bedrijfsarts/Voorzitter NVAB*

“DE POH WORDT NU NIET GETRAIND OF OPGELEID IN ARBEIDSGERELATEERDE PROBLEMEN. MAAR DIT ZOU JUUST EEN GOEDE INGANG KUNNEN ZIJN. DE POH HEEFT MEER TIJD DAN DE HUISARTS EN KAN IN EEN STRUCTURELERE AANPAK MEER DOEN EN UITVRAGEN.”

*Jacintha van Balen, Huisarts/  
Beleidsmedewerker NHG*

“DE HUISARTS ZIET DE PATIËNT VAAK AL VOOR HIJ UITVALT. MAAR VEEL WERKNEMERS KUNNEN PAS NAAR DE BEDRIJFSARTS ALS ZE ECHT UITVALLEN.”

*Jacintha van Balen, Huisarts/  
Beleidsmedewerker NHG*



#### **KADER 2.6 PERSPECTIEF OP PARTICIPATIE:**

##### **ARBOCURATIEVE ZORG IN DE EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG**

TNO heeft in 2009-2011 het evaluatieonderzoek verzorgd van de Pilot “Perspectief op Participatie”. Het doel van de pilot was het opzetten en evalueren van een innovatieve interventie voor bijstandsccliënten binnen de eerstelijnsgezondheidszorg, gericht op “activering door middel van gezondheidzorg”. Een bedrijfsarts voerde binnen het eerstelijnsgezondheidscentrum gesprekken met bijstandsccliënten en stelde in overleg met de cliënt en de huisarts een leef actieplan op voor het verbeteren van functioneren en participeren. De doelgroep van de pilot werd gekenmerkt door een combinatie van een negatieve gezondheidsbeleving en sociale problematieken. Mensen worstelden met een mix van mentale en fysieke klachten en sociale problemen die zij niet goed overzagen, laat staan konden oplossen.

Het evaluatieonderzoek leverde een aantal positieve resultaten op. De interventie droeg significant bij aan een vergrote deelname aan het verenigingsleven, vermindering van alcoholgebruik en aan een sterke verbetering van de belastbaarheid. Door de interventie daalden de uitgaven aan medicijnen, maar stegen de uitgaven van huisartszorg.

Perspectief op Participatie was een gemeenschappelijk initiatief van Agis / Achmea, DWI Amsterdam, De Stichting Gezondheidscentra Amsterdam Zuid-Oost (GAZO), TNO en Welder. De interventie vond plaats bij de gezondheidscentra van GAZO in Amsterdam Zuid-Oost.

#### **KADER 2.7 EEN VOORBEELD VAN GEÏNTEGREERDE ZORG:**

##### **HET BRUG-PROJECT (ORATIE HAN ANEMA)**

Bijna 50% van de beroepsbevolking heeft jaarlijks rugklachten. Voor deze chronische patiënten is een nieuwe geïntegreerde zorg gericht op de patiënt en de werkomgeving. Deze behandeling wordt uitgevoerd door een multidisciplinair behandelteam met een medisch specialist, bedrijfsarts, fysiotherapeut en ergotherapeut. De bedrijfsarts coördineert de hele behandeling en zorgt dat het team op één lijn zit. En de bedrijfsarts legt het contact tussen het team en de werkgever om draagvlak te creëren voor deze aanpak. De fysiotherapeut behandelt de patiënt volgens een speciaal fysiotherapeutisch oefenprogramma. Hierin wordt de patiënt in stappen geleerd om, ondanks de pijn en zonder angst, weer normaal te functioneren op het werk. De ergotherapeut gaat volgens de participatieve methode op de werkplek samen met de patiënt en diens leidinggevende knelpunten opsporen en oplossingen bedenken. Belangrijk is dat ze het samen eens worden over de oplossingen, bijv. werkaanpassingen. Voortdurend vindt er afstemming plaats in het team onder leiding van de bedrijfsarts. Deze behandeling is zeer effectief gebleken bij patiënten die gemiddeld al bijna een half jaar arbeidsongeschikt waren, bijvoorbeeld na een hernia-operatie. Eén jaar na start van het programma waren patiënten gemiddeld vier maanden eerder volledig en duurzaam aan het werk. Zij functioneerden thuis beter dan de groep die het programma niet had gevolgd. Hoewel de behandeling geen effect had op de pijn, waren de patiënten zeer tevreden. Het gaat hierover geïntegreerde zorg, waarbij individu-gerichte zorg gecombineerd wordt met interventies in de werkomgeving van de patiënt en de arbeidsgerelateerde zorg onderdeel is van de gehele zorgketen als brug tussen de reguliere zorg en participatie en functioneren in het werk.

## 2.5 DE BATEN VAN DE GEZONDHEIDSZORG

Gezondheid draagt niet alleen in belangrijke mate bij aan het welzijn en welbevinden van de burgers, maar heeft ook in economische zin hoge opbrengsten. Zoals eerder aangegeven: gezondheid en vitaliteit zijn essentieel voor arbeidsparticipatie en productiviteit. Dit geldt eens te meer als de effecten van de vergrijzing op de arbeidsmarkt voelbaar worden. Welke baten (opbrengsten) kunnen en mogen we toerekenen aan de zorg? Het antwoord op die vraag plaatst de discussie over hoeveel we aan gezondheid en zorg willen en kunnen besteden in een ander licht. Investeren in gezondheid heeft een aantal verschillende typen baten<sup>11</sup>. Gezondheidsbaten voor het individu kunnen we onderscheiden in een toename in de levensverwachting (kwantiteit), een betere kwaliteit van leven en een betere inzetbaarheid van mensen. Bij dat laatste gaat het om gezondheid als middel om een inkomen te kunnen verwerven of maatschappelijk actief te zijn. Ook draagt een gezonde bevolking bij aan goed burgerschap, onder meer in de vorm van vrijwilligerswerk en het verlenen van mantelzorg. Naast individuele zijn er externe baten die ontstaan doordat de gezondheid van een individu ook ten goede komt aan anderen: gezondheid is een belangrijke voorwaarde voor een hoge arbeidsproductiviteit van de bevolking en maatschappelijke participatie.

In een reeks recente onderzoeken is aangetoond, dat door arbeidsgerelateerde zorg te integreren met de reguliere zorg en zowel individu-gerichte als werkgerichte interventies in de behandeling te combineren, grote besparingen bereikt kunnen worden, vaak een veelvoud van het geïnvesteerde bedrag. In het eerder aangehaalde BRUG project met betrekking tot bewegingsapparaatklachten bleek iedere geïnvesteerde euro in geïntegreerde zorg 26 euro op te leveren, vooral aan bespaarde verzuimen en arbeidsongeschiktheidskosten<sup>12</sup>. De netto baten voor de maatschappij zijn bijna 7000 euro per werknemer. Bij extrapoleren naar heel Nederland, zou dit een ruw geschatte besparing van ca. een half miljard euro per jaar betekenen. Helaas zijn zorgverzekeraars vaak niet bereid dergelijke geïntegreerde zorg te vergoeden. Door de gescheiden financiering van de sociale zekerheid en de curatieve zorg is geïntegreerde zorg slechts een kostenpost voor de zorgverzekeraar. De baten in de vorm van vermindering van verzuim en arbeidsongeschiktheidskosten zijn immers voor de werkgevers, respectievelijk de maatschappij. Dit betekent dat er geen economische prikkels zijn voor zorgverzekeraars om

› “WERK BETEKENT MEEDOEN, MEETELLEN, GEEFT MOGELIJKHEDEN EN ENERGIE. DAAROM IS WERKEN, SOCIAAL PARTICIPEREN, EEN ONDERDEEL VAN DE BEHANDELING EN NOODZAKELIJK VOOR HERSTEL.”

*Jan Jochijms & Titus Skrabanja,  
resp. directeur & arts  
Ciran Revalidatie*

deze zorg te vergoeden. Om deze reden is het dus belangrijk in de financiering de scheiding tussen curatie en participatie te doorbreken.

In 2010 maakten Steenbeek e.a. een voorzichtige schatting van de totale kosten van non-participatie. Deze bleken circa 26 miljard euro per jaar te bedragen, allereerst veroorzaakt door de gezondheidszorg, gevolgd door presenteïsme (aanwezig zijn op het werk maar door verminderde gezondheid minder presteren), verzuim en uitval uit het arbeidsproces (alleen WIA)<sup>13</sup>. Aandoeningen van het bewegingsapparaat, psychische klachten en hart- en vaatziekten bleken het 'duurst'. Efficiencyverbetering kan dan ook aanzienlijke besparingen opleveren, bij verzuim – waarvan 21,5% vermijdbaar is – bijvoorbeeld ruim 1 miljard per jaar. Terwijl het voorkómen van 20% onnodige en onjuiste zorg 2 miljard per jaar kan opleveren. Verder onderzoek en experimenten moeten uitwijzen waar specifiek welke besparingen te behalen zijn. In 2013 kwam Panteia in opdracht van SZW tot soortgelijke besparingen, terwijl Ab Klink tot nog veel hogere bedragen kwam in studies over bijvoorbeeld therapietrouw (2012) en diabetes<sup>14,15</sup>. Hierover zijn overigens tegenstrijdige onderzoeksresultaten gemeld. Zo constateerde Faber (2005)<sup>16</sup> dat arbo-curatief overleg bij bewegingsapparaatsklachten niet leidde tot verzuimbekorting, eerder het tegendeel. En uit een TNO-studie (2011)<sup>17</sup> bleek, dat patiënten significant tevredener waren, als huisartsen het werk wèl ter sprake brachten, maar dat het verzuim dan meestal langer duurde. Meer rekening houden in de reguliere zorg met 'werk' kan dus financieel profijtelijk zijn, maar is dat niet altijd!

## 2.6 CONCLUSIE: KANSEN VOOR ZORG VOOR ARBEID

De beschreven dynamiek in de maatschappelijke ontwikkelingen en zorgvernieuwingen gericht op 'geïntegreerde zorg' vereist een betere integratie in de eerstelijnszorg van aandacht en expertise met betrekking tot werk. De vermijdbare maatschappelijke schade van een suboptimale uitvoering van arbeidsgerichte zorg loopt in de miljarden, zoals hierboven beschreven. Volgens ons is dat risico onnodig. Vernieuwingen van geïntegreerde zorg en introductie van nieuwe technologische mogelijkheden voor gegevensuitwisseling en persoonlijke ondersteuning bieden ook nieuwe kansen voor effectieve arbeidsgerelateerde zorg.

Gelukkig blijkt uit tal van recente ontwikkelingen, die zijn beschreven in de voorbeelden in in deel II, dat de tijd rijp is voor betrokken partijen – werkgevers, werknemers, gezondheidszorg, en overheid, gesteund door degelijk onderzoek – om tot daadwerkelijke verbetering te komen.

› ‘VOOR EEN EFFECTIEF PREVENTIEBELEID VAN BEDRIJVEN GERICHT OP DUURZAME INZETBAARHEID WORDT HET CONTRACT OVER VOORKOMEN VAN WERK GERELATEERDE KLACHTEN OF VERZUIM, MET BIJVOORBEELD EEN ARBODIENST OF INKOMENSVERZEKERAAR, AFGESTEMD OP HET CONTRACT MET DE ZORGVERZEKERAAR OVER DE TE VERLENEN ZORG.’

*Paulien Bongers, Innovatiedirecteur Arbeid TNO*

# 3 GEZOND PARTICIPEREN: DE BLIK VOORUIT

## 3.1 REGIONALE SAMENWERKING: FUNCTIONEREN EN PARTICIPEREN IN WERK ALS DOEL VAN DE GEZONDHEIDSZORG

Anno 2014 lijken werkgevers, werknemers, zorgverleners en de overheid zich te realiseren dat met name de eerstelijnsgezondheidszorg een essentiële rol heeft te vervullen in het bevorderen van het functioneren van mensen en daarmee het participeren in de verschillende domeinen van de sociale omgeving: gezin, buurt, school en werk. Het verrichten van betaald werk is behalve voor het individu zelf, ook voor de maatschappij een zeer belangrijke vorm van participatie, het houdt de betaalbaarheid van sociale voorzieningen in stand.

De overgang van zorgtaken naar de gemeente, geeft meer mogelijkheden om verbanden te leggen tussen de verschillende domeinen waarbinnen mensen functioneren. Zo weten we dat meervoudige gezondheidsklachten vaak gepaard gaan met gezinsproblemen, voortijdig schoolverlaten, problemen met het werk en schulden.

De regionale clustering van een aantal taken van de gemeenten maakt het extra aantrekkelijk om de eerstelijnszorg, de gemeentelijke sociale dienstverlening en de arbeidsgerelateerde zorg lokaal te verbinden. Hierdoor ontstaan nieuwe kansen voor een efficiënte focus op (arbeids)participatie. Dit kan nog verder versterkt worden door samenwerking met de lokale bedrijven die zich actief inzetten voor duurzame inzetbaarheid van hun werknemers.

› “RUST ROEST. DOOR MENSEN TE VERTELLEN DAT ZE VOORAL THUIS MOETEN BLIJVEN, ONTNEEM JE HEN HUN SOCIALE CONTEXT EN REFERENTIEKADER. DAT IS JUIST ZIEKMAKEND EN ZAL LEIDEN TOT EEN VERDERE AFNAME VAN FUNCTIONEREN.”

*Jan Jochijms & Titus Skrabanja,  
resp. directeur & arts  
Ciran Revalidatie*

### 3.2 ONDERSTEUNEN VAN EIGEN REGIE VAN PATIËNTEN

De (eerstelijns)gezondheidszorg staat voor de uitdaging om mensen optimaal te ondersteunen in hun functioneren en participeren, hen te helpen beter om te gaan met hun gezondheid en bij het naar vermogen functioneren en participeren in de verschillende sociale domeinen. Daarbij hoort ook dat de sociale omgeving (aangepaste) mogelijkheden biedt om de 'vermogens' van mensen optimaal te benutten.

Het is van belang dat de gezondheidszorg meer op de persoon wordt afgestemd (maatwerk) met oog voor de context waarin deze werkt en leeft en de belangrijke regierol voor hem- of haarzelf. Een voorbeeld van een experiment met dergelijke zorg is hieronder beschreven. (zie kader 3.1)

#### KADER 3.1 INTEGRALE DIENSTVERLENING VOOR 'CARE, CURE & COMMUNITY'

Beter Samen in Noord is een proeftuin in Amsterdam Noord voor het uitproberen van integrale dienstverlening vanuit de sectoren 'cure, care en community'. Het doel is verbetering van de gezondheid, de kwaliteit van leven en de maatschappelijke participatie – indien mogelijk naar werk – van bewoners met meervoudige of complexe gezondheidsklachten. Initiatiefnemers zijn een alliantie van aanbieders van welzijn en zorg in Amsterdam Noord ('Krijtmolenalliantie'), stadsdeel Amsterdam-Noord, TNO en Achmea. TNO en Achmea investeren in de proeftuin in het kader van de nationale innovatieagenda en de topsector Life Sciences & Health.

Veranderingen worden op verschillende niveaus, gelijktijdig in gang gezet:

- *De cliënt:* stimuleren van de eigen regie en 'zelfredzaamheid' met als doel verbetering van de gezondheid, kwaliteit van leven en maatschappelijke participatie.
- *De professional:* leren uitvoeren van een uniforme dienstverlening voor integrale beoordeling, toeleiding, zorgcoördinatie en monitoring (1 cliënt, 1 aanpak, 1 regie).
- *De organisatie:* realiseren van geïntegreerde welzijns- en zorgarrangementen, stroomlijning van het aanbod ('keteninnovatie'), substitutie van specialistische zorg door 1e-lijszorg en een efficiënte inzet van professionele medewerkers, in relatie met informele zorg en vrijwillige ondersteuning.
- *Zorg- en welzijnsinfrastructuur:* ontwikkelen van gebiedsgerichte en populatie gestuurde dienstverlening, een vereenvoudigd en transparant bekostigings- en verdienmodel, administratieve lastenverlichting en het vergroten van inzicht in de maatschappelijke kosten en baten van de nieuwe werkwijze.

De proeftuin kent drie fasen. In fase 1 (2013) is de integrale dienstverlening ingeregeld in twee pilotwijken. Tegelijkertijd zijn in fase 1 de lange termijn voordelen ingeschat en er is een eerste begin gemaakt met het ontwerp van het bekostigingsmodel. In fase 2 (2014) wordt de integrale dienstverlening uitgerold over heel Amsterdam Noord. TNO onderzoekt de effectiviteit van de integrale dienstverlening en brengt de kosten en baten ervan in kaart. Tevens wordt een onderhandelingsproces met financiers gestart om zicht te krijgen op reguliere financiering.

In de derde fase (2015) wordt de regionale zorg- en welzijnsinfrastructuur op de nieuwe wijze van werken aangepast en in bestuurlijke en bekostigingsafspraken vastgelegd. De opbrengsten van de proeftuin worden dan 'verzilverd'.

Deze proeftuin is een voorbeeld waarin de zorgverleners en andere dienstverleners samenwerken in diagnose en behandeling gericht op efficiënte en effectieve zorgverlening met participatie en functioneren als doel. Voor werkenden is er aandacht voor participatie en functioneren in werk en voor degenen die (tijdelijk) niet werken richt de samenwerking zich op activering naar werk.

Functioneren en participeren in werk wordt inmiddels onderkend als een zeer relevante context voor veel patiënten. Maar ondanks een reeks van eerste hoopgevende initiatieven, zoals we in het voorgaande hebben geïllustreerd, heeft de gezondheidszorg nog een hele weg te gaan om deze uitdaging te verwezenlijken.

### 3.3 AANNAMES VOOR SUCCESVOLLE OPLOSSINGSRICHTINGEN

Het slimmer en meer geïntegreerd organiseren van de dienstverlening en ondersteuning, waarbij werk de aandacht krijgt die het verdient, leidt tot betere uitkomsten van zorg, dat wil zeggen tot een beter ervaren gezondheid en kwaliteit tegen lagere (maatschappelijke) kosten.

Meer op maat gesneden zorg is erop gericht mensen beter in staat te stellen om zich vanuit hun eigen verantwoordelijkheid en inzet gezonder te gedragen. Dit zal het vermogen van mensen om te participeren, zeker in werk, vergroten.

› “IN DE TOEKOMST WORDT DE WERKNEMER MEDE-VERANTWOORDELIJK OM AAN TE GEVEN DAT GEZONDHEIDSKLACHTEN MOGELIJK TOT UITVAL GAAN LEIDEN.”

*Jurriaan Penders,  
Bedrijfsarts/Voorzitter NVAB*

“GEZOND ZIJN IS VEEL MEER DAN NIET ZIEK ZIJN. EEN GEZOND MENS HEEFT ENERGIE, VINDT WAT HIJ DOET ZINVOEL EN IS IN STAAT OM BIJ TEGENSLAG TOCH EVENWICHT TE BEWAREN. DAT IS DE KUNST VAN GEZOND ZIJN”

*Jan Jochijms & Titus Skrabanja,  
respectievelijk directeur & arts Ciran Revalidatie*

Om verbetering te realiseren is samenwerking nodig tussen de meest betrokken partijen in een regio: zorg, welzijn, gemeente en bedrijfsleven. Deze samenwerking moet ondersteund worden door vernieuwende business modellen en verdienmodellen: ‘cost and gain sharing’ modellen om voor de verschillende partners investeringen en opbrengsten in beeld te brengen.

Het slim toepassen van technologie, en in het bijzonder ICT, maakt het mogelijk om zorgverleners en burgers optimaal te ondersteunen en de zorg te verbinden met sociale innovaties, onder meer om duurzame inzetbaarheid in werk te ondersteunen.

De werkgevers, werknemers en overheid staan inmiddels open voor structurele oplossingen (zie hoofdstuk 5). Bovendien bieden de huidige veranderingen van de eerstelijnsgezondheidszorg goede mogelijkheden om de bovengenoemde uitdagingen met succes op te pakken.

De eerstelijnsgezondheidszorg ontwikkelt zich in de komende jaren naar een innovatieve basiszorg die burgers ondersteunt in het nemen van verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid. Technologische innovaties maken het in de nabije toekomst steeds beter mogelijk om rekening te houden met persoonskenmerken (sensoren, genetische profielen, biomarkers), het gezinsleven, de sociale omgeving en het werk.

De uitdaging is de basiszorg zo te organiseren dat op lokaal en regionaal niveau samenwerking tot stand komt met de tweedelijnszorg, de GGZ, en zorgverleners uit andere domeinen.

De ingrijpende zorgvernieuwing die wij voorstaan kan alleen tot stand komen als zorgverleners, bedrijven, zorgverzekeraars, patiëntenorganisaties en overheden samen willen werken aan het gemeenschappelijk belang van integrale zorg.

Het samen ontwikkelen van nieuwe aanpakken is de basisvoorwaarde en dat betekent over eigen grenzen en belangen heen willen en kunnen stappen. De nadruk in de komende jaren ligt niet op het institutionele perspectief, maar op een ‘ontwikkelperspectief’: het uitproberen van verschillende vormen van integrale zorg en

“ALS COLLECTIEVE POLISHOUDER, BIJVOORBEELD EEN BEDRIJF, HEB JE MACHT RICHTING ZORGVERZEKERAARS. ALS WERKGEVER ZOU JE DE POLIS DAAR ONDER MOETEN BRENGEN WAAR JE HET MEESTE VOORDEEL BEHAALT DOOR BETERE ZORG.”

*Ab Klink, Lid Raad van Bestuur  
Coöperatie VGZ UA*

“WERKGEVERS EN WERKNEMERS DENKEN AL VEEL NA OVER DUURZAME INZETBAARHEID EN RE-INTEGRATIE, MAAR MAKEN TE WEINIG GEBRUIK VAN PATIËNTERVARINGEN.”

*Wilna Wind, Algemeen directeur  
Patiëntenfederatie NPCF*



dienstverlening. We kunnen daarbij leren van pioniers en van internationale voorbeelden. Door goede samenwerking met opleidingen, beroepsverenigingen en patiëntenverenigingen kunnen de geleerde lessen worden verankerd in opleidingen, en (regionaal en landelijk) beleid.

De Engelse National Health Service heeft deze ‘kenniscirculatie’ vormgegeven in een model van innoveren en ‘gedeeld leren’. De kern zit in het verspreiden van kennis over en ervaringen met innovatieve oplossingen van pioniers. Partijen op regionaal en landelijk niveau ondersteunen deze pioniers bij het ontwikkelen van vernieuwende ideeën. Zorgverleners, verzekeraars, bedrijfsleven, overheid, beroepsverenigingen en kennisinstellingen investeren in de experimenten van deze pioniers.

Proeftuinen lenen zich hier goed voor. In een proeftuin ontwikkelen partners samen innovaties op lokaal of regionaal niveau. Het gebruik van de innovaties wordt onderzocht en gemonitord om de toegevoegde waarde en juiste toepassing te bepalen. De ‘volgers’ kunnen aan de slag met de opgedane kennis en ervaring. Zij voegen nieuwe kennis toe door het toepassen van de ideeën van de pioniers in hun eigen situatie.

### 3.4 OPLOSSINGSRICHTINGEN VAN STAKEHOLDERS

Uit de interviews die we ter voorbereiding van dit boekje en het symposium Zorg voor Werk hebben gehouden met de verschillende belanghebbenden zijn veel onderwerpen naar voren gekomen die aandacht vereisen bij het beantwoorden van de vraag wat de (eerstelijns-)zorg kan bijdragen aan een gezonde beroepsbevolking. Hieronder worden deze, voor stakeholders belangrijke oplossingsrichtingen weergegeven naar onderwerp.

› “OM TE KOMEN TOT VERBETERING IS HET ZINVOL OM UIT TE GAAN VAN EEN WISSELWERKING TUSSEN ENDERZIJDS ERVARINGEN OP DOEN MET ZORG-VERBETERING (EN DAAR-MEE MINDER ZORG-CONSUMPTIE) BINNEN DE COLLECTIVITEIT EN ANDERZIJDS DE VEREDLING VAN DIE ERVARINGEN IN ZORGINKOOPBELEID EN RICHTLIJNEN.”

*Ab Klink, Lid Raad van Bestuur  
Coöperatie VGZ UA*

### *Werk als onderdeel van geïntegreerde eerstelijnszorg*

Oplossingsrichtingen om te komen tot een geïntegreerde eerstelijnszorg betekenen per definitie ook meer aandacht voor werk:

- Vragen ‘Wat is uw beroep? Doet u vrijwilligerswerk?’ zouden niet onbetamelijk moeten zijn. Niet bij degene aan wie die gesteld wordt en niet bij degene die hem stelt. Het is een relevante vraag voor de diagnose en het behandelplan. (zie ook kader 5.1 op pagina 54)
- Niet alleen voor huisartsen maar ook voor fysiotherapeuten, psychologen en andere behandelaars is het belangrijk dat zij vragen naar het werk van een patiënt en dit relateren aan klachten (oorzakelijk dan wel conditioneel).
- De rol van opleiders in de eerste lijn is het belangrijkste als eerste stap. Behandelaars moeten worden bijgeschoold en opleidingen worden aangepast. Daar begint het mee.
- Wat zou helpen is dat werk meer opgenomen wordt in richtlijnen. Daar valt nog veel te winnen. Als een dokter onvoldoende aandacht besteedt aan werk, wordt het voor de patiënt lastig om te blijven werken of weer terug te keren naar het arbeidsproces.
- Om te komen tot verbetering moeten we uitgaan van een wisselwerking tussen enerzijds ervaringen op doen in de praktijk en in sectoren vanuit de collectiviteit en aan de andere kant deze ervaring veredelen in richtlijnen.

### *Herstel van functioneren als doel van zorg*

Een belangrijk uitgangspunt voor geïntegreerde eerstelijnszorg is, dat gezondheid niet alleen een doel is, maar ook een middel om zo goed mogelijk te functioneren en participeren in de verschillende maatschappelijke domeinen, waaronder betaalde of onbetaalde arbeid. Dit geldt vooral voor het toenemend aantal mensen met één of meer chronische aandoeningen. Daarbij komt ook de vraag aan de orde hoe mensen daar zelf mee omgaan.

Het gaat dan bijvoorbeeld om de volgende uitgangspunten:

- De reguliere zorg werkt nog nauwelijks met doelen, helemaal niet met doelen die gericht zijn op herstel van functioneren. Zorg zou niet alleen rondom een klacht moeten worden ingezet, maar vooral om de belemmeringen om te functioneren op te heffen.
- Klachten kun je vaak niet helemaal wegnemen, daarom is werken aan herstel van het functioneren belangrijk. Het gaat om sociale participatie: deelnemen aan de maatschappij en weten dat je onderdeel bent van de mensen om je heen.
- Door inzichten en vaardigheden aan te reiken zie je dat aan het eind van het traject klachten ook verbeteren.
- Ik zie dat werk en gezondheid sterk met elkaar verbonden zijn. Als je kijkt vanuit patiënten, heb je automatisch die holistische blik. Je kijkt naar wat de belangrijkste aandachtsgebieden in iemands leven zijn.
- Het hele verhaal van de participatiesamenleving wordt getoond vanuit kostenbesparing, niet vanuit het perspectief van ‘meedoen’. Dus wat we als

samenleving kunnen doen, is zeggen dat het beter is dat je iets blijft doen zolang je dat kan. Zo gaat het niet om langer moeten werken maar langer mee mogen en kunnen doen.

### *Bijdragen van werkgever en werknemers aan de gewenste verandering*

Werkgevers en werknemers zijn belangrijke partijen als het gaat om het realiseren van geïntegreerde eerstelijnszorg. Werkgevers hebben een eerste verantwoordelijkheid voor het realiseren van goede arbeidsomstandigheden en dus ook voor de preventie van arbeidsgerelateerde gezondheidsklachten. Bovendien spelen zij een centrale rol als de werknemer onverhoopt is uitgevallen uit het werk.

Belangrijke punten in dit verband zijn:

- Er gebeurt al veel bij bedrijven en bedrijfstakken om zaken rond ziekte en verzuimbegeleiding te organiseren. Alles wat je extra doet, moet complementair zijn.
- Als collectieve polishouder kan een bedrijf macht uitoefenen richting verzekeraars. Nu zijn collectiviteitskortingen vaak kwantitatief, gericht op de prijs voor de klant. Beter zou het zijn als deze kortingen kwalitatief gericht zijn op betere zorg, gericht op preventie en snel en duurzaam herstel van functioneren. Er zijn voorbeelden van bedrijven die hiermee eerste ervaringen opdoen.
- Het verdient aanbeveling goed naar dit soort initiatieven te kijken en met stakeholders verder na te denken over de eisen die werkgever en werknemers zouden kunnen stellen in hun collectiviteiten gericht op zorgverlening die aandacht heeft voor preventie en functioneren en participeren in werk bevordert.
- Werknemersvertegenwoordigers kunnen via de CAO afdwingen dat bedrijven/ werkgevers met zorgverzekeraars afspraken maken over gericht inkopen van zorg die bijdraagt aan preventie en duurzaam, snel en bevredigend herstel van inzetbaarheid en functioneren.
- Het gaat uiteindelijk tussen de werkgever en werknemer. Het is belangrijk dat je als werknemer goed voor jezelf op kunt komen. Als huisarts of bedrijfsarts kun je hierbij hulp(middelen) aanreiken. Of patiëntenorganisaties kunnen dit doen.
- Werknemers én werkgevers hebben beiden veel belang bij een eenduidig en goed afgestemd behandelplan.
- Het zou in de kosten voor de werknemer met klachten niet uit moeten maken waar de behandeling of interventie plaats vindt, in een zorgcontext of in een werkgerelateerde context.
- Werkgevers en werknemers denken al veel na over duurzame inzetbaarheid en re-integratie, maar maken te weinig gebruik van patiëntervaringen. In plaats dat werkgevers en werknemers samen zoeken naar oplossingen op deze onderwerpen, zou je eigenlijk een tripartite overleg willen van werkgevers, werknemers en patiëntenverenigingen. Zeker voor kleine werkgevers is dit belangrijk: zij hebben te weinig ervaring met ziekte.
- Ervaringsdeskundigen kunnen met hun kennis de werkgever en werknemer helpen. Dat kan heel simpel zijn, denk bijvoorbeeld aan tips hoe je je werkplek kan aanpassen. Patiënten kunnen hier praktische tips over geven.

- Het is belangrijk dat er richtlijnen zijn om aan te geven wat goede arbeidsgerelateerde zorg is. Dat betekent ook samenwerken in projecten met andere beroepsgroepen. In minimumcontracten met de werkgever kunnen sommige bedrijfsartsen nu geen goede kwaliteit leveren. Als werkgevers dus willen inzetten op snel en duurzaam herstel van functioneren moeten zij wel contracten afsluiten waarbinnen de noodzakelijke arbeidsgerelateerde zorg en interventies geleverd kunnen.

#### *Huisarts en bedrijfsarts: vernieuwing in de relatie en ieders rol*

Het is duidelijk dat verbetering in de vertrouwensrelatie tussen de huisarts en de bedrijfsarts zal bijdragen aan een goede preventie en geïntegreerde zorg gericht op functioneren en participeren (in werk). Dat zal moeten beginnen met een goede onderlinge communicatie. En vervolgens moeten uitgroeien, op basis van de dagelijkse praktijk, tot meer begrip voor en kennis van elkaars competenties en uitgangspunten resp. een gezamenlijk beleid wat betreft de (arbeidsgerelateerde) klachten van de patiënt/werknemer.

Om dit in de praktijk te realiseren zal een oplossing moeten worden gevonden voor soms zeer praktische knelpunten:

- Vaker met elkaar spreken, en elkaar gemakkelijk (telefonisch) kunnen bereiken.
- Hoe preventief handelen inhoud en vorm geven (verwijzen bij klachten voordat er uitval is opgetreden, aanpak van de werksituatie via de contacten met werkgever).
- Communicatie met en instemming van de patiënt/werknemer.
- Wat kan ieders rol zijn in de begeleiding/behandeling van de meest voorkomende arbeidsgerelateerde klachten?
- Delegatie naar praktijkondersteuners, inclusief eventuele rol richting werkgever van de patiënt.
- Financiering van opleiding en extra activiteiten in de eerste lijn. (shared decision making)
- Onafhankelijke positie van de bedrijfsarts wat betreft de financiering (eventueel toegespitst op patiënt/werknemer gebonden activiteiten).
- Een goede en hechte relatie met de praktijk in de bedrijven is voor de bedrijfsarts van belang omdat veranderingen in het werk ten behoeve van werknemer/patiënt daar moeten plaats vinden. Dat moet bij een meer onafhankelijke positie voor de bedrijfsarts wel gewaarborgd blijven. Onderhouden van relaties met werkgevers, eventueel regionaal gebonden.

#### *Verzekeraars*

Ook hier is nog een wereld te winnen. Zorgverzekeraars spelen als 'regelaars' van de (verzekerde) zorg een belangrijke rol. Zij staan ook open voor het doorvoeren van vernieuwingen, bijvoorbeeld de regierol van de eerstelijnszorg voor de ketenzorg voor patiënten met chronische aandoeningen. Belangrijk daarbij is dat er gestuurd

wordt op indicatoren van kwalitatief goede zorg, waarvan arbeid dan een integraal onderdeel moet zijn.

- De zorgverzekeraar zegt nu vaak dat arbeid niet onder de Zorgverzekeringswet valt. Maar daar zijn ze wel op aan te spreken, want als patiënten sneller terug keren in het werk, voorkomt dat ook dat ze lang in het medisch circuit blijven dwalen. Dat moet zorgverzekeraars wel aanspreken.
- Verzekeraars zouden een samenhangend pakket voor een bedrijf of sector kunnen contracteren met als doel van de zorgverlening snel, bevredigend en duurzaam herstel van functioneren mede in werk. De bedrijfsarts zou meerwaarde kunnen bieden daarin. De vraag wie de bedrijfsarts dan betaald, is daaraan ondergeschikt.

Deze oplossingsrichtingen zouden in experimenten en proeftuinen verder verkend kunnen worden. Daarvoor is het noodzakelijk, zoals aangegeven in paragraaf 3.3, dat zorgverleners, bedrijven, zorgverzekeraars, patiëntenorganisaties en overheden samen willen werken aan het gemeenschappelijk belang van integrale zorg, inclusief het rekening houden met de factor 'arbeid'. Het samen ontwikkelen van nieuwe aanpakken is een basisvoorwaarde en dat betekent over eigen grenzen en belangen heen willen en kunnen stappen. Zo'n 'ontwikkelperspectief' – het uitproberen van verschillende vormen van integrale zorg en dienstverlening in regionaal verband – kan een welkome en op korte termijn toepasbare aanvulling zijn op het ontwikkelen van een institutioneel perspectief. Vanzelfsprekend is TNO gaarne bereid daaraan een bijdrage te (blijven) leveren.

Zoals eerder gezegd is het daarbij belangrijk kennis te hebben van eerdere pogingen om tot verbetering te komen, en van het noodzakelijk draagvlak onder de stakeholders om tot daadwerkelijke verbetering te komen. Daarover gaat het volgende Deel II van deze publicatie.

## REFERENTIES

1. Wevers, C.W.J. en G. Gijsbers, red. (2013). *Innoveren voor gezondheid. Technologische en sociale vernieuwing in preventie en zorg*. Hoofddorp, TNO
2. Wevers, C en Bongers, P (2013). *Vitaal menselijk kapitaal: Vernieuwing in de relatie arbeid en gezondheid*. Hoofddorp, TNO
3. Arbobalans (2012). *Kwaliteit van de Arbeid, effecten en maatregelen in Nederland*. Hoofddorp, TNO
4. Schuring M (2011) *The role of health and health promotion in labour participation*. Thesis Erasmus MC, University Medical Centre Rotterdam. ISBN 978-90-8559-094-1
5. Huber M, Knottnerus JA, Green L, et al. (2011) How should we define health? *BMJ* 343:d4163 doi: 10.1136/bmj.d4163
6. Sen, A. (1999) *Development as freedom*, Knopf New York
7. Nussbaum, M. (2011) *Creating Capabilities: The Human Development Approach*. Harvard University Press, Cambridge, MA
8. RVZ (2010): *Van eerste lijn naar primaire gezondheidszorg*
9. NHG, kernwaarden: *NHG-Standpunt Kernwaarden huisartsgeneeskunde: generalistisch, persoonsgericht en continu*. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 2011.
10. Zwart, B.C.H. de, R. Prins, J.W.J. van der Gulden. (2011) *Onderzoek naar de positie van de bedrijfsartsen, eindrapport*. Leiden: Bureau Astri
11. Horst A. van der, F. van Erp. J. de Jong (2011) *Omgevingsscenario's voor gezondheid e zorg*. Den Haag: CPB
12. Lambeek - van der Es L (2010) "Return to work management for chronic low back pain" Thesis Vrije Universiteit Amsterdam
13. Steenbeek R., W. Hooftman, G. Geuskens, C.W.J. Wevers (2010). *Objectiveren van gezondheidsgerelateerde non-participatie en de vermijdbare bijdrage van de gezondheidszorg hieraan*. Hoofddorp, TNO
14. Klink, A. (2012) *Toerusting in de arena van de gezondheidszorg, Waarom kostenbesparende innovaties de zorg vaak duurder maken*. Oratie Vrije Universiteit, Amsterdam, 25 oktober 2012
15. Witkamp A., M. van Oploo, L. de Ruig (2013) *Aandacht voor arbeid in de zorg. Effectieve interventies met het oog op werkhervatting voor zieke werknemers en arbeidsongeschikten*; Eindrapport. Zoetermeer, Panteia
16. Faber E., S.M. Bierma-Zeinstra, A. Burdorf, A.P. Nauta, C.T.J. Hulshof, P.M. Overzier, H.S. Miedema & B.W. Koes (2005). *In a controlled trial training general practitioners and occupational physicians to collaborate did not influence sickleave of patients with low back pain*. *J. Clin. Epidemiol* 58(1): 75-82
17. Bakhuis Roozeboom, M. M. C., Ybema, J. F., & Buijs, P. C. (2011). *Aandacht van huisarts en bedrijfsarts voor arbeid. effecten op de tevredenheid van werknemers met de geboden zorg en op ziekteverzuim*. *Tijdschrift Sociale Geneeskunde*, 89(1), 27-34

18. Buijs PC Huisarts en arbeid: een blinde vlek? Het belang van aandacht in de eerste lijn voor 'werk', en van afstemming met bedrijfsartsen. TBV. 2013; 21(6): 256-61
19. Buijs PC, Heuvel F van de, Steenbeek R. Patiënten verwachten bij ziekteverzuim een prominente rol van de huisarts. H&W 2009; 52(3): 147-151





The image is a vertical composition with a blue, textured background. At the top, a construction worker in a white shirt, blue pants, and a yellow hard hat is working on a dark steel beam. Another worker is partially visible to the right. In the lower-left quadrant, a semi-transparent globe shows the continents. In the lower-right quadrant, a stethoscope is visible, with its chest piece and tubing. The overall theme suggests a connection between global issues, healthcare, and industry.

# DEEL II

Een wandeling door  
de tijd, op zoek naar  
maatschappelijk  
draagvlak voor  
arbeidsgerelateerde  
zorgvernieuwing

## TOELICHTING

Dit deel is een poging om vanaf de jaren 50 een beknopte geschiedenis te beschrijven van de bepaald niet gladjes verlopen relatie tussen de reguliere gezondheidszorg en de factor “arbeid”, en het langdurig zoeken naar voldoende draagvlak bij de stakeholders voor daadwerkelijke verbetering. Een geschiedenis, die alleen al met het oog op de leesbaarheid niet volledig kan zijn, en ook niet strikt objectief, omdat de auteur deze geschiedenis vanaf 1980 volop heeft meegemaakt, en ook mee-gemaakt heeft. Wellicht dat later historici zich nog eens over dit boeiende dossier zullen buigen.

De tekst is gebaseerd op een door hem op verzoek van ZonMw in 2011 geschreven zogenaamde ‘Houtskoolschets’. Die was en is bedoeld om nut en noodzaak aan te geven van een onderzoeks- en implementatieprogramma “Gezondheidszorg&Arbeid”, te financieren door de Ministeries van VWS en SZW, ten einde op dit terrein stappen voorwaarts te kunnen maken. Gezien de in dit deel eveneens beschreven hoopvolle recente ontwikkelingen lijkt de behoefte aan zo’n programma alleen maar urgenter te zijn geworden.

*Peter Buijs, 3-2-2014*

# SAMENVATTING

## DEEL II

Het dossier ‘Gezondheidszorg & arbeid’ kent een lange, complexe historie vanaf de jaren 50, waaraan niet zomaar voorbij gegaan kan worden, al was het maar vanwege de talrijke eerdere pogingen om tot verbetering te komen. Daarom gaan we in hoofdstuk 4 nader in op deze voorgeschiedenis, de hardnekkigheid van de problematiek en het lang ontbreken van een gevoel van beleidsurgentie, om af te sluiten met vragen aan de diverse stakeholders/actoren, maar ook met het signaleren van een voedingsbodem, waarop uiteindelijk het besef kon groeien bij genoemde partijen, dat er toch iets moest gebeuren.

In hoofdstuk 5 wordt beschreven, dat er vanaf ca. 2010 bij de belangrijkste stakeholders een kentering te signaleren valt, zodat de tijd eindelijk rijp genoeg lijkt om werkelijk structureel vooruitgang te boeken. Tekenen van die omslag worden nader uitgewerkt, en wel bij de huisartsen, sociale partners en overheid, aan de hand van resp. de NHG Kernwaarden (2011), het adviestraject bij de SER (2009 – 2014) en het Nationaal Preventie Programma (2013). Vervolgens worden ook enkele recente internationale ontwikkelingen geschetst, die een zelfde richting op wijzen, met als hoogtepunt de WHO Global Conference Connecting Health and Labour (2011).

Als ‘omslagpunt-bij-voorbaat’ wordt ten slotte het symposium Zorg voor Werk van 13-2-2014 beschreven, waar voor het eerst alle nationale stakeholders op één podium bijeen zijn om bevestigd te worden over hoe zij de problematiek zo snel mogelijk zouden oplossen.

Dit hoofdstuk wordt afgesloten met een visie op een op afzienbare termijn realiseerbare ideale situatie: een reguliere gezondheidszorg, die arbeidsparticipatie-belemmerende aspecten zo veel mogelijk tegengaat, en zo optimaal mogelijk rekening houdt met het werk van patiënten, en zo bijdraagt aan arbeidsparticipatie en aan een gezonde beroepsbevolking.

› “DE RAAD WIJST EROP DAT DE ZORG VOOR (ZIEKE) WERKNEMERS VOOR EEN BELANGRIJK DEEL PLAATSVINDT VIA DE REGULIERE ZORG.”

*SER-advies 20-12-12, p. 23*



# 4 EEN HARDNEKKIGE ‘BLINDE VLEK’

## 4.1 PARTICIPATIE-BELEMNERENDE ASPECTEN IN DE REGULIERE GEZONDHEIDSZORG

In ons land bestaat brede consensus over de noodzaak om – vanwege vergrijzing en ontgroening - arbeidsparticipatie zoveel mogelijk te bevorderen. Het hebben van werk vergroot de zelfredzaamheid en de ontplooiingskansen van individuele personen en draagt bij aan versterking van de sociale cohesie binnen een steeds diverser wordende maatschappij. Arbeidsparticipatie heeft ook een bredere maatschappelijke betekenis doordat het de concurrentiekracht versterkt en daarmee het welvaartspeil bevordert. Als meer mensen voor meer uren participeren in arbeid wordt het gemakkelijker om cruciale voorzieningen in stand te houden, zoals de sociale zekerheid, het onderwijs en zeker ook de gezondheidszorg. Maar in het kader van dit boekje is wellicht het belangrijkste punt, dat er de afgelopen jaren steeds meer uit onderzoek gebleken is, dat (het hebben/behouden van) werk één van de belangrijkste randvoorwaarden is voor gezondheid en welzijn<sup>2</sup> – een argument, dat zeker medische professionals moet aanspreken.

Het is dan ook zaak waar mogelijk participatie-bevorderende factoren te stimuleren en belemmerende factoren tegen te gaan. Op veel beleidsterreinen is dat de laatste jaren ook gebeurd, zoals dat van de WAO, Ziektewet, Bijstand, en Wajong.

Opmerkelijk genoeg geldt dat tot nu toe echter amper voor de curatieve gezondheidszorg, terwijl daar uit onderzoek al decennia lang participatie-belemmerende factoren bekend zijn, zoals onvoldoende kennis van en aandacht voor de relatie ‘gezondheid - werk’<sup>3</sup>, gebrekkige afstemming met de arbozorg/bedrijfsartsen en verzekeringsartsen, lange wachtlijsten, wacht- en doorlooptijden, alleen ‘open tijdens kantooruren’ en weinig oog voor *patient empowerment en selfmanagement*. Deze factoren – tezamen ook wel aangeduid als ‘Blinde Vlek in de zorg voor werk’ – spelen nog steeds en kunnen leiden tot *presenteïsme* (wel op het werk maar minder

› “REALISEERT DE BEHANDELEND ARTS ZICH VOLDOENDE DAT BIJ EEN VERDERE VERWIJZING BINNEN HET MEDISCH KANAAL DE MAATSCHAPPELIJKE CONSEQUENTIE ‘EINDE ARBEIDSLEVEN’ STEEDS DREIGENDER WORDT?”

*Grond en De Pater, 1980<sup>1</sup>*

productief) of *absenteïsme*: onnodig (lang) verzuim en langdurige of zelfs blijvende arbeidsongeschiktheid<sup>4</sup>. Bijzonder is hier de *iatrogene* aard, ofwel het veroorzaakt zijn door het ‘doen of juist nalaten’ van de zorg(professional)<sup>5</sup> – al klinkt dat paradoxaal voor een sector, waar de inzet juist in principe erop gericht is de gezondheid zodanig te verbeteren, dat dagelijkse bezigheden weer hervat kunnen worden.

Participatie-belemmerende factoren in de reguliere zorg werden al in de vakliteratuur uit de jaren 50 en 60 van de vorige eeuw gesignaleerd, veelal in relatie tot ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Al in 1958 introduceerde De Groot in dit verband het begrip *iatrogeen* verzuim. In de jaren 60 volgden onderzoeken van onder andere Querido (1963) en het GAK (1966), met name over wachttijden en gebrek aan afstemming tussen de diverse (medische) betrokkenen. Mede op basis daarvan noemde De Groot in 1967 de curatieve gezondheidszorg zelfs de hoofdverantwoordelijke voor het stijgend ziekteverzuim<sup>6</sup>.

### *Reactie artsenorganisaties*

De artsenorganisaties reageerden vrij snel en adequaat – althans op papier: eind jaren ‘60 formuleerde de overkoepelende Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst (KNMG) al de maatschappelijke verantwoordelijkheid van behandelend artsen op onderhavig terrein<sup>7</sup>. Deze blijken na meer dan 40 jaar later nog verrassend actueel:

- het betrekken van de factor arbeid bij de behandeling;
- het bespreken van arbeidsverzuim door ziekte, en herstel daarvan met de patiënt;
- coördinatie met de verzekeringsgeneeskundige<sup>a</sup>;
- activeren van de persoonlijke verantwoordelijkheid van de patiënt.

In de jaren 70 nam de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) deze punten al op in de voorlopers van het Basis Takenpakket – in 1983 officieel vastgesteld – en werkte deze later uit in diverse vervolgdOCUMENTEN. Maar in de praktijk werd hier vooralsnog weinig naar gehandeld. Vanaf de jaren 70 wordt de gezondheidszorg dan ook standaard genoemd als één van de vijf belangrijke determinanten van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid – en daarmee ook van arbeidsparticipatie – naast arbeidsomstandigheden, sociale zekerheid, persoonsgebonden en sociaal-cultureel-economische factoren<sup>8</sup>.

In de jaren 70 en 80 vond veel onderzoek plaats, waardoor de rol van de gezondheidszorg als determinant verder kon worden onderbouwd en gespecificeerd, vooral met betrekking tot de slechte afstemming van behandelend artsen met bedrijfsartsen en verzekeringsgeneeskundigen<sup>9</sup>.

---

a Tot 1994 (TZ/Arbo) hadden de meeste verzuimende werknemers van doen met een VG: anno nu zou daar bedrijfsarts staan

#### 4.2 WEINIG GEVOEL VAN BELEIDSMATIGE URGENTIE; PRIORITEIT VOOR 'ARBO' EN SOCIALE ZEKERHEID

Genoemde knelpunten bleven echter bestaan, en daardoor bleef de gezondheidszorg voor werkenden gebrekkig en verbrokken<sup>10</sup>. Dit is illustratief voor het kennelijk jarenlang ontbreken van een beleidsmatig urgentiegevoel rond dit dossier, met name bij de overheid. Dit is opvallend, omdat andere hardnekkige problemen als ziekteverzuim en de WAO-instroom wel succesvol zijn aangepakt. Zo presenteerde Staatssecretaris De Graaff medio 1985 de Stelselherziening Sociale Zekerheid, de eerste ingrijpende poging de WAO-instroom te stuiten. Toen dat onvoldoende lukte – premier Lubbers (1990): 'Nederland is ziek!' – volgde een lange reeks nieuwe wet- en regelgeving, die de Nederlandse taal verrijkte met afkortingen als TZ/Arbo, Wulbz, TBA, Pemba, WIA en de Wet Poortwachter. En hoewel de ene maatregel de vorige soms al inhaalde nog vóór die goed en wel was 'ingedaald' op de werkvloer, daalden het ziekteverzuim en later de WAO-instroom aanzienlijk, zodat ons land z'n twijfelachtige internationale reputatie als Sick man of Europe langzaam kwijt raakte.

##### *Weinig beleidsinitiatieven richting gezondheidszorg*

Ten aanzien van de gezondheidszorg bleven zo'n beleidsmatig urgentiegevoel en bijbehorende daden echter ontbreken. Het stroperige adviestraject 'Sociaal-medische begeleiding' (SMB) van 1983 t/m 1992 is een goed voorbeeld. De ministeries van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur en van Sociale Zaken en Werkgelegenheid vroegen aan de Nationale Raad voor de Volksgezondheid advies over betere afstemming tussen de artsen die bij ziekteverzuim en de WAO betrokken zijn (1983). Dat advies kwam pas in 1987, en het duurde vervolgens tot 1992 eer er een Kabinetsstandpunt kwam<sup>11</sup>.

› "WAAROM KENT HET  
THEMA 'ARBEID EN  
GEZONDHEIDSZORG',  
DAT IN 'MIJN' TIJD  
(20 JAAR TERUG) AL  
ZOVEEL WIN-WIN-KANSEN  
BOOD, NOG STEEDS  
ZO WEINIG BELEIDS-  
URGENTIE?"

*Hans Simons, oud-  
staatssecretaris Volksgezondheid,  
Welzijn & Sport, 2010<sup>b</sup>*

Dat standpunt bevatte overigens wèl fundamentele beleidskeuzes, die later ook terug te vinden zijn in de conclusies van de Commissie Buurmeijer (1994). Naast het verplichten van werkgevers tot aansluiting bij een zg. Deskundige Dienst (later Arbodienst genoemd) betrof die keuze vooral het verleggen van de eerste verantwoordelijkheid voor ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid van collectief naar pri-

b In zijn inleiding als dagvoorzitter bij de Invitational Conference van het SIG-project "Arbeid&Gezondheidszorg", Plexus, Breukelen, 13-4-2010

vaat, van bedrijfsvereniging naar bedrijf, om daar de relatie met arbobeleid te kunnen leggen. Dat werd verder uitgewerkt in het wetskoppel TZ<sup>a</sup>/Arbo in 1994, waarbij het ziekteverzuimbeleid opgenomen werd in art. 4a van de Arbowet. Tevens werd geregeld dat kleine werkgevers twee weken loon moesten gaan doorbetalen, de grotere zes weken<sup>12</sup>. Nog geen twee jaar later werd dit verlengd tot 52 weken voor alle werkgevers (Wulbz, 1996) en in 2004 nog eens tot 104 weken. Beoogd werd dat werkgevers daardoor meer zouden gaan letten op preventie, goede arbeidsomstandigheden, sociaal-medische begeleiding en re-integratie, al vreesden velen ook als keerzijde het weren van werknemers met een (vermoed) gezondheidsrisico. Effectvol bleek TZ/Arbo wel te zijn: het ziekteverzuim daalde drie maal sneller dan verwacht, aldus één van de CTSV-rapporten uit 1995, waar ten tijde van de parlementaire behandeling van de Wulbz zoveel over te doen was<sup>13</sup>.

Maar opnieuw bleek hier dat het Kabinetsstandpunt Sociaal Medische Begeleiding wél leidde tot een voortvarende overheidsaanpak op het gebied van arbeidsomstandigheden en vooral sociale zekerheid, maar niet op dat van de gezondheidszorg, terwijl ook daar adviezen over waren uitgebracht, bijvoorbeeld over zogenaamde Open Communicatie tussen de bij SMB betrokken artsen.

#### *Reacties artsenorganisaties*

Inmiddels kwam er vanuit de gezondheidszorg zelf wél aandacht voor arbeidsgerelateerde aspecten. Nadat de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfs-geneeskunde (NVAB) en Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (NVVG) in 1991 vanuit sociaal-geneeskundig perspectief het concept 'Eén arts voor Arbeid & Gezondheid' hadden ontwikkeld<sup>14</sup> – als uitgestoken hand naar de curatieve sector – organiseerde de KNMG namens alle betrokken artsenorganisaties een reeks *Invitational Conferences* (1991, 1993, 1995) onder de titel 'Arts & Arbeidsongeschiktheid'. In een constructieve dialoog met andere betrokken partijen (overheid, sociale partners, verzekeraars, patiëntenorganisaties, arbodiensten, uitvoeringsorganen, wetenschap, opleidingen) concludeerden de artsenorganisaties, dat er binnen de curatieve zorg vooral meer aandacht voor arbeid moest komen – ook in de medische opleidingen – naast betere afstemming met de bedrijfsgezondheidszorg, mits die uitgebreid zou worden tot alle werknemers<sup>15</sup>.

---

a Terugdringing Ziekteverzuim



### 4.3 SOCIALE PARTNERS OM ADVIES GEVRAAGD

In de loop van de jaren 90 werd via de TZ/Arbowetgeving voorzien in verplichte uitbreiding van bedrijfsgezondheidszorg, om te voldoen aan de Europese Kaderrichtlijn uit 1989. Daardoor kon elke werknemer bij gezondheidsproblemen in principe naar twee artsen: de huisarts en de bedrijfsarts. Dat maakte het probleem van de gebrekkige afstemming tussen beide disciplines nijpender, hetgeen leidde tot meer beleidsmatige interesse van de departementen, waaronder de domeinen 'arbeid en gezondheidszorg' vallen: SZW en VWS, en wel bij monde van staatssecretaris De Grave (SZW) en vooral van minister Borst (VWS). In het verlengde daarvan opereerden de werkgevers en werknemers, samenwerkend in de Stichting van de Arbeid en in de Sociaal Economische Raad (SER).

Op verzoek van minister Borst bracht de SER in 1998 haar eerste advies uit op niet strikt sociaaleconomisch terrein, getiteld: Sociale Zekerheid en Gezondheidszorg. Daarin wordt met enige verbazing geconstateerd, dat een dissertatie uit 1984<sup>16</sup> al '... een nog steeds handzame en actuele rubricering (bevatte) van de knelpunten in de relatie van de gezondheidszorg met ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid, tevens een samenvattend overzicht van de meest relevante onderzoeksbevindingen.' (zie kader 4.1)

---

#### KADER 4.1 KNELPUNTEN IN DE RELATIE GEZONDHEIDSZORG – ARBEID(SONGESCHIKTHEID OP VIJF TERREINEN:

1. Organisatie van de zorg (o.a. wachttijden, (te) groot accent op 2e lijn, geen tussenvoorzieningen tussen 1e en 2e lijn)
2. Beoefening van de geneeskunde (o.a. medicalisering, te weinig aandacht voor preventie, revalidatie, integrale benadering)
3. Samenwerking tussen betrokken actoren (o.a. met bedrijfs- en verzekeringsartsen)
4. Gevolgen scheiding behandeling-controle (o.a. te weinig kennis van en interesse voor de relatie arbeid-gezondheid, en sociale zekerheidswetten; statusverschillen)
5. Algemene knelpunten (o.a. te weinig theoretische kennis en aandacht in de opleiding)

Dissertatie PC Buijs (1984), aangehaald in SER-advies Sociale Zekerheid en Gezondheidszorg, 1998, p 39-41

Mede op basis van die dissertatie formuleerde de SER als centrale probleemstelling: Hoe vallen de knelpunten in de bijdrage van de zorg aan preventie van ziekteverzuim en aan re-integratie van zieke en (deels) arbeidsongeschikte werknemers op te lossen zonder daarbij de primaire doelstellingen en basiswaarden van de gezondheidszorg zelf in het geding te brengen? De SER stelde voor dat te doen door terugdringen van wachttijden, betere behandeling van arbeidsrelevante aandoeningen en doelmatiger zorg.

*SER wil meer synergie en doet concrete, nog steeds actuele suggesties.*

Wijzend op de groeiende onderlinge verwevenheid tussen de ‘... thans grotendeels gescheiden stelsels van sociale zekerheid en gezondheidszorg’ bepleitte de SER meer synergie, met als wederzijds voordeel: terugdringing van het ziekteverzuim en de arbeidsongeschiktheid, én minder beroep op de zorg. Omdat de samenwerking tussen huis- en bedrijfsartsen nog steeds gebrekkig werd genoemd – onder andere vanwege de perceptie van de bedrijfsartsenpositie – bepleitte de SER implementatie, monitoring en evaluatie van afspraken tussen beide artsen, zoals het bij arbeidsverzuim ‘standaard’ meenemen in (telefonische) patiëntencontacten van het aspect arbeid (de vraag of betrokkene verzuimt en of er relaties zijn tussen de gezondheidsklachten en het werk) en het bij de medicatie rekening houden met effecten op het eventueel te hervatten werk, omdat onnodig lang verzuim immers de arbeidsmarktpositie van de werknemer kan bedreigen (cursivering PB). Tegelijkertijd waarschuwt de SER voor risicoselectie op gezondheid, voorrangsbehandeling voor werknemers, sneller hervatten van het werk dan raadzaam is voor de gezondheid of voor mogelijke aandrang tot ongewenste therapieën in plaats van het afwachten van het natuurlijk ziektebeloop.

Deze behartigenswaardige elementen uit 1998 zijn nog steeds actueel, en komen terug in het SER-advies “Een kwestie van gezond verstand” (2009). Daarin wordt op sommige punten wel enige, vaak incidentele vooruitgang gemeld, maar geen structurele oplossing, ook niet met betrekking tot het in de zorg te weinig rekening houden met het werk van patiënten – een thema waar de SER ongevraagd een hoofdstuk aan wijdt. Wel zal het vervolg op dat advies uiteindelijk leiden tot een fundamenteelere bezinning, en hopelijk tot een betere aanpak van de zorg voor gezondheid van de werkenden in ons land (zie 5.3).

”DE GEZONDHEIDSZORG HOUDT GEEN REKENING MET ‘ARBEID’ EN VERZUIM. VOOR ADEQUATE ZORG VOOR HUN WERKNEMERS MOETEN WERKGEVERS VAAK UITWIJKEN NAAR BUITEN-REGULIERE VOORZIENINGEN, EN DAARVOOR BETALEN, TERWIJL ZE OOK AL DE HELFT VAN DE REGULIERE ZORG BETALEN.”

VNO-voorzitter Schraven,  
22-9-04<sup>a</sup>

a Nationale Dag van de Zorgverzekeraars, A'dam, 22-9-2004

#### 4.4 EEN TIJDELIJKE OPLEVING VAN URGENTIEGEVOEL BIJ DE OVERHEID

Zoals al opgemerkt dwong de uitbreiding van bedrijfsgezondheidszorg tot meer beleidsmatige interesse van de overheid voor het dossier 'Gezondheidszorg & Arbeid'. Dit leidde in de tweede helft van de jaren 90 tot intensievere contacten tussen VWS en SZW, tot tal van gezamenlijke beleidsnotities aan de Tweede Kamer en met name ook tot onderzoek naar arbocuratieve samenwerkingsproblemen. Deze onderzoeken werden vooral door Minister Borst gestimuleerd, met medewerking van veldpartijen - gevolgd door een (financieel) stimuleringsprogramma om in de praktijk verbeteringsprojecten uit te proberen, zij het op zeer beperkte schaal en van zeer beperkte duur. Daarmee ontstond voor het eerst enig urgentiegevoel en een vruchtbare wisselwerking tussen overheid en het veld.

TNO onderzocht met medewerking van de beroepsverenigingen van huis- en bedrijfsartsen, LHV en NVAB, en van vier specialistische Wetenschappelijke Verenigingen<sup>c</sup> de stand van zaken van de samenwerking bedrijfsarts en behandelend arts<sup>17</sup>. Daaruit bleek dat hier inderdaad nog veel te verbeteren viel. Het onderzoek liet zien waar volgens de betrokken artsen de knelpunten zaten en vooral wat er nodig was voor verbetering. Een heldere, onafhankelijke positie van de bedrijfsarts als medisch specialist inzake Arbeid & Gezondheid scoorde daarbij hoog. Meer dan 80% van de huis- en bedrijfsartsen was voor een betere onderlinge samenwerking, om medisch-inhoudelijke redenen.

Bij de aanbieding van het onderzoek aan minister Borst en staatssecretaris De Grave (1997) ondertekenden alle partijen een intentieverklaring om verder te werken aan betere samenwerking. Diezelfde avond vergaderden de besturen van LHV en NVAB voor het eerst. Zich baserend op de onderzoeksresultaten, sloten LHV en NVAB twee maanden later een Convenant voor gezamenlijke experimenten, richtlijnontwikkeling en nascholing. Ter onderbouwing daarvan verscheen in 1998 een gezamenlijke visie

› “ZIEKTEVERZUIMREDUCTIE IS OOK MOGELIJK DOOR BETERE ARBOCURATIEVE SAMENWERKING. IK WIL DIT GRAAG STIMULEREN. DIT BELEIDSDOSSIER HEEFT EEN PROMINENTE PLAATS OP DE AGENDA VAN KABINET, PARLEMENT EN MAATSCHAPPELIJKE PARTNERS. WILLEN WE SUCCESSEN BOEKEN, DAN IS SAMENWERKING TUSSEN DEZE PARTIJEN CRUCIAAL.”

*VWS-minister Borst, 17-11-96<sup>b</sup>*

b T.g.v. het KNMG-Congres, 17-11-1996

c De Wetenschappelijke Verenigingen van Orthopeden, Psychiaters, Revalidatieartsen en neurologen

op samenwerking, met onder andere als verbeterpunt dat huisartsen meer aandacht dienden te besteden aan het werk van hun patiënten<sup>18</sup>.

De onderzoeksresultaten bij de medisch specialisten werden eveneens aangeboden aan de bewindslieden van VWS en SZW, met ook hier het ondertekenen van een Intentieverklaring. Dat leidde tot een werkgroep van de Landelijke Specialisten Vereniging (LSV) en de Nederlandse vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) (2001). Hun rapport leverde eveneens tal van gezamenlijke uitgangspunten en projectvoorstellen op.

Sociale partners reageerden hier positief op en adviseerden de overheid voort te bouwen op deze artseninitiatieven<sup>a</sup>. Enkele plannen konden vervolgens (deels) gerealiseerd worden in het kader van het door VWS gefinancierde ZON-programma Samenwerking bij Sociaal-medische begeleiding-I (SMB-I, 1996), vooral gericht op de opleiding van huis- en bedrijfsartsen<sup>19</sup> en op evaluatie van praktijkexperimenten<sup>20</sup>.

Inmiddels groeide er eind jaren 90 een andere reden voor een urgentiegevoel, namelijk de felle kamerdebatten over wachttijden in de zorg, en vooral over een omstreden variant van 'rekening houden met werk door de reguliere zorg': voorrangsbehandeling voor werknemers. Dit werd onder andere sterk bepleit door werkgevers, maar even sterk bestreden van medische zijde. In een artikel in Medisch Contact *Meer aandacht voor werk: Een antwoord op de dreigende tweedeling in de zorg*<sup>21</sup> werd een verbreding bepleit van die discussie: niet louter over wachttijden en -lijsten, maar juist ook over hoe de gezondheidszorg meer oog kan krijgen voor de factor 'arbeid' en hoe arbocuratieve samenwerking kan worden bevorderd.

Deze benadering vond weerklank bij VWS<sup>b</sup>, maar ook bij organisaties van artsen, patiënten, ziekenhuizen, alsook bij Zorgverzekeraars Nederland, de koepel van arbodiensten BOA en sociale partners. Op een bijeenkomst van de Vaste Kamer Commissie voor Volksgezondheid meldden LHV en NVAB de positieve ontwikkelingen in hun onderlinge samenwerking, waarop het VNO verklaarde de 'voorrangsbehandeling-optie' graag in te willen ruilen voor betere arbocuratieve samenwerking. Deze opening leidde tot een gezamenlijk Plan van Aanpak Wachttijden<sup>22</sup> met 12 actiepunten, onder andere ook over:

- Meer kennis en aandacht in de curatieve sector met betrekking tot patiënt & arbeid;
- Betere arbocuratieve samenwerking;
- Betere arbo-infrastructuur;
- Gespecialiseerde aandoeningsgerichte zorg.

---

a Minister Borst aan de KNMG, 7-12-1996; Stichting van de Arbeid, 1997; "Sociale Zekerheid en Gezondheidszorg", SER, 1998

b zie bv de brief hierover van minister Borst aan de Tweede Kamer dd 7-2-1998

Het tweede Paarse kabinet honoreerde dit plan<sup>c</sup>. De wachttijden werden inderdaad sterk teruggedrongen, en er kwamen vier kenniscentra voor Arbeid en gezondheid<sup>d</sup>, regionale arbocuratieve netwerken (MedWerk) en een evaluatie van arbocuratieve samenwerkingsexperimenten. Dit alles onder regie van de regelmatig bijeenkomende veldpartijen onder leiding van oud-VWS bewindsman Dick Dees, en vormde een goede illustratie van het motto aan het begin van deze paragraaf.

Aanvullend stelden VWS en SZW rond de millenniumwisseling geld beschikbaar voor het enkele arbocuratieve instrumenten, zoals de Leidraad Afstemming huisarts – bedrijfsarts (2001) en een Arbeidsanamnese voor medisch specialisten (2003) – beide ontwikkeld door TNO in nauwe samenwerking met de betrokken beroepsverenigingen<sup>23</sup>. De arbeidsanamnese – een generiek ‘halffabricaat’, per specialisme verder af te maken – is echter door de LSV (later Orde van Medisch Specialisten) nooit verspreid. Dat gebeurde wél met de Leidraad: alle huis- en bedrijfsartsen kregen deze toegestuurd<sup>24</sup>, maar zónder implementatie- en evaluatietraject, waardoor zicht op de praktische toepassing en effecten ervan ontbreekt.

Niettemin betekende deze periode een opleving van overheidsaandacht, in vruchtbaar samenspel met het veld voor met name het verbeteren van arbocuratieve samenwerking en afstemming. Veel minder aandacht was er voor de ‘blinde vlek voor arbeid’ terwijl die er wel eens (mede) oorzaak van kon zijn, dat deze samenwerkingsprojecten vooralsnog weinig (blijvend) succes hadden.

#### 4.5 VERSCHUIVING VAN AANDACHT NAAR STRUCTUURWETTEN

In 2002 werd Paars-II opgevolgd door het eerste van de vier kabinetten Balkenende (2002-2010). Aanvankelijk leek de lijn van Paars te worden voortgezet: concrete projecten met (deels) overheidsfinanciering. Minister Bomhoff (VWS) begon energiek met een directe verwijfsfunctie voor bedrijfsartsen, onder protest van de huisartsen, die hun poortwachtersfunctie bedreigd zagen. Uit een evaluatie bleek het overigens in de praktijk weinig van verwijzen te komen<sup>25</sup>.

Ook werd een ZonMw-programma geëntameerd om multidisciplinaire richtlijnen te ontwikkelen met ‘verplichte’ aandacht voor arbeid. En Peter van Lieshout, als Directeur Generaal VWS door minister Bomhoff aan de kant gezet, werd vanuit SZW aangesteld als ‘project-DG’ om de werelden van VWS en SZW op het terrein van arbeid en gezondheid(szorg) te ‘ontschotten’, onder andere door het organiseren

c Het ZonMw-programma Sociaal-medische Begeleiding-II (1998), gefinancierd door de ministeries van VWS en SZW à 15 miljoen gulden

d Voor de relatie van arbeid met psychische, bewegingsapparaat, huid- en longaandoeningen

van de zogeheten Groene Kan conferenties. Bewindspersonen maakten daar afspraken met alle betrokken partijen, bijvoorbeeld om te komen tot meer synergie tussen zorg- en inkomensverzekeraars. Enkele jaren later bleek daar echter weinig van terecht te zijn gekomen: grote bedrijven deden zaken met zorgverzekeraars, het MKB met inkomensverzekeraars<sup>26</sup>.

Onder de toenemende druk van bezuinigingen en mede omdat direct effect van de vaak kortlopende arbocuratieve praktijkexperimenten uit de jaren 90 vooralsnog onvoldoende kon worden aangetoond, droogden veel subsidiestromen op. Daardoor moesten verworvenheden uit het recente verleden, zoals de kenniscentra en Medwerk worden afgebouwd, verdween 'arbeid' van de VWS-beleidsagenda en verschoot de focus van de overheid naar ingrijpende stelselwijzigingen als de WIA (2005), liberalisering Arboret (2005), de nieuwe Zorgverzekeringswet (2006) en Wet op de Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) (2006).

Met deze 'Structuurwetten' plaatste de overheid zich veel verder van de dagelijkse praktijk, en verschoot zij de verantwoordelijkheid op de betreffende terreinen grotendeels naar 'partijen' in het veld, met name de sociale partners, en ten aanzien van de NZW naar de zorgverzekeraars – met aansturingmogelijkheden voor sociale partners.

Zo verdween in de eerste helft van de jaren nul het prille urgentiegevoel bij de overheid rond 'Gezondheidszorg & Arbeid', en daarmee ook de constructieve, productieve samenwerking tussen overheid en het veld, zonder dat in de praktijk van de zorg van alledag aantoonbare, substantiële resultaten konden worden aangetoond. Zo bleek uit een evaluatie: 'De KNMG en vertegenwoordigers van verzekeraars en werkgevers constateren, dat reguliere zorgaanbieders (...) weinig rekening houden met de factor arbeid (...) Het bieden van adequate arbeid-gerelateerde zorg vergt een cultuuromslag die nog wel de nodige tijd zal vergen'. De Gezondheidsraad (2005<sup>27</sup>, in het kader van de zogenaamde 3B-richtlijnen<sup>a</sup>) en ATOS (2008)<sup>28</sup> bevestigden dit beeld, terwijl de Raad voor Gezondheidsonderzoek RGO in 2008 constateerde, dat ook de Universitaire Medische Centra, anders dan bij vrijwel alle relevante maatschappelijke thema's, niet-responsief zijn bij het thema 'Gezondheid & Arbeid'. Ook ontbrak het daar aan verbinding met de belangrijkste *stakeholders*: de sociale partners. Als oorzaak werd genoemd, dat patiëntenstromen zich aan het zicht van de universitaire centra onttrekken<sup>29</sup>. Dit lijkt illustratief voor genoemde 'Blinde vlek': ook onder ziekenhuispatiënten bevinden zich vele werkenden, maar zij worden vaak niet als zodanig herkend, bevraagd en behandeld, wat nu juist het probleem is.

a 3B: beoordelen, behandelen, begeleiden: richtlijnen voor alle artsen, betrokken bij uitval uit arbeid wegens gezondheidsproblemen

### *Toch blijft onderzoek doorgaan*

Dat er in de 2e helft jaren nul geen stilstand optrad met betrekking tot het dossier Gezondheidszorg & Arbeid kwam vooral door enkele onafhankelijke financiers. Zo subsidieerde de Stichting Instituut GAK (SIG) een programma ‘Sterk naar Werk’ - *empowerment* van werkenden met (dreigende) gezondheidsproblemen. Dit resulteerde onder andere in een reisgids voor deze doelgroep – met eenvoudige checklijstjes voor als werkenden zich met gezondheidsproblemen tot diverse artsen moesten wenden - alsook in een onderzoek naar hoe zij de rol van de huisarts zien: werkenden vinden dat hij/zij meer bij hun verzuim betrokken dient te worden, en beoordelen de huisarts positiever dan de bedrijfsarts<sup>30</sup>.

Ook financierde SIG het onderzoeksprogramma ‘Arbeid en gezondheidszorg’ (2008-2014). Daarin wordt de in deze publicatie beschreven stagnatie geduid als ‘systeemfalen’: het onvermogen van overheid, verzekeraars, sociale partners en professionals om gezamenlijk via de zorg de beoogde gezonde en productieve arbeidsdeelname van werkenden te bevorderen. Het programma resulteerde onder andere in een studie van best practises, een internationale verkenning, een theoretische studie – met name over het belang van het centraal stellen en empoweren van professionals -, een eerste kwantificering van de besparingspotentie op dit dossier: minstens twee miljard euro/ jaar (zie ook 2.5) en in promotiestudies om meer aandacht voor werk te bevorderen bij huisartsen, specialisten en sociale partners, inclusief kosten-batenanalyses<sup>b</sup>.

Voorts financierde het Verbond voor Verzekeraars eveneens een studie naar best practises – die waren er wel, maar niet structureel geborgd (ATOS, 2006)<sup>31</sup>. Het Revalidatiefonds liet onderzoek doen naar aandacht in de revalidatiesector voor ‘arbeid’ – daar viel nog veel te verbeteren<sup>32</sup> -, en zorgverzekeraar AGIS financierde pilots in A’dam, onder andere met een parttime-bedrijfsarts bij een gezondheidscentrum voor consultatie en verwijzing en naar de ‘blinde vlek voor werk’ bij de Praktijkondersteuners Huisartsen (POH)-Diabetes<sup>c</sup>.

Voorts subsidieerde UWV onderzoek naar de gerenommeerde NHG-richtlijnen: de meeste bleken amper aandacht te besteden aan ‘arbeid’. Ze zijn immers gebaseerd op degelijk wetenschappelijk (klinisch) onderzoek, en daarin wordt arbeid (nog steeds) zelden mee genomen als uitkomstmaat (opnieuw de ‘blinde vlek’)<sup>33</sup>. Ten slotte financierden het Diabetes Fonds, de Hart- en de Nierstichting een door LHV, NHG en NVAB ontwikkeld Preventieconsult, in 2011 gevolgd door een Praktijkwijzer Preventieconsult Cardio-metabool Risico.

---

b Zie: [www.instituutgak.nl](http://www.instituutgak.nl)

c Zie Deel I, Kader 2.5

Dit siert natuurlijk genoemde financiers, maar het geeft meteen aan wat voor versnipperd en ad-hoc onderzoekbeeld er ontstaat als er geen helder plan/programma aan ten grondslag ligt, zoals bijvoorbeeld wèl het geval was bij onderzoeksprogramma's op aanpalende terreinen als Psychische vermoeidheid in de arbeid (NWO) of Participatie & Gezondheid (ZonMw)<sup>a</sup>.

#### 4.6 CONCLUSIE: VEEL VRAGEN

Het voorgaande overzicht van 30 jaar beleid op landelijk niveau en op het niveau van de professionals en hun organisaties roept vele vragen op: Hoe kan deze “blinde vlek in de reguliere zorg voor werk” al zolang bekend zijn, zonder dat dat tot een gecoördineerde aanpak heeft geleid? Is het eigenlijk geen probleem, of is het juist te complex, met te veel (tegenstrijdige) deelbelangen? Worden de gevolgen niet voldoende ‘aan den lijve’ ondervonden? Wordt de medische wereld door andere stakeholders te zeer beschouwd als een onveranderbare ivoren toren? Zijn er te weinig (financiële) prikkels, of zijn die verkeerd gericht? (zie kader 4.2) Waarom bekijken of verspreiden *best practises* zich zo weinig? En waarom hadden eerdere pogingen tot verbetering kennelijk zo weinig succes? Waren ze te beperkt, te kortdurend, te vrijblijvend of te versnipperd? Of is hier inderdaad sprake van ‘systeemfalen’, dan wel van een ‘verweesde’ problematiek, zonder duidelijke probleemhouder?

Specifiek voor de *medische wereld* rijst de vraag, of het belang van (behoud van) werk als cruciale randvoorwaarde voor gezondheid en welzijn wel voldoende bekend is. Is de relatie gezondheid - werk geen prioriteit onder medici, ook niet in de opleidingen? In hoeverre speelt het meer dan 100 jaar oude KNMG-leerstuk ‘Scheiding behandeling - controle’ een rol, of de ambigue positie van de bedrijfsarts? Of zijn er vooral praktische belemmeringen als tijdgebrek of het moeilijk te pakken krijgen van de bedrijfsarts ?

› “VROEG UW BEHANDELEND ARTS OF UW VERZUIM MISSCHIEF TE MAKEN HAD MET UW WERK?”  
JA: 35,9%; NEE: 64,1%  
(N=19.335 WERKNEMERS)

*Nea, 2011 wordt Nederlandse Enquête Arbeidsomstandigheden, TNO/CBS, 2011*

a Kwam voort uit het ‘SmartMix’-programma *Gezonde en fitte werknemers* à 35 miljoen Euro (financiering: FEZ-gelden (aardgasbaten)), met als onderdeel ‘Gezondheid&Arbeid’. Het werd ontwikkeld door VuMC, TNO en 10 van de grootste bedrijven in ons land, die ook mee wilden werken aan het uitproberen van relevante projecten. Ondanks steun van VNO-NCW en FNV werd het voorstel niet gehonoreerd.



#### KADER 4.2 NIET-PRODUCTIEVE FINANCIËLE PRIKKELS

De huidige financieringssysteematiek nodigt zorgverzekeraars en zorgaanbieders allerminst uit tot initiatieven om in de reguliere zorg meer rekening te houden met werk, inhoudelijk en logistiek. De kosten zijn vooralsnog voor hun rekening, terwijl de baten in de regel toevloeien naar de werkgevers, die minder (lang) loon hoeven door te betalen. En al hoeft het geen *rocket science* te zijn om dit probleem op te lossen<sup>b</sup>, tot nu toe lijkt dat nog niet gelukt. Ook pogingen om tot meer synergie te komen tussen zorg- en inkomens-verzekeraars zijn tot nu toe niet succesvol gebleken, terwijl ook binnen hetzelfde concern synergie niet aan de orde bleek<sup>c</sup>. En kennelijk is ook een (mogelijke) afname van medische consumptie vooralsnog geen afdoende prikkel voor structurele attentie en initiatieven.

Wat betreft de *sociale partners* rijst de vraag waarom zij – gezien de forse financiële bijdragen die zij aan de gezondheidszorg besteden – van de medische wereld en de zorgverzekeraars niet veel duidelijker ‘waar voor hun geld’ eisen wat betreft arbeid-gerelateerde zorg. Ook veel patiëntenorganisaties letten bij hun zorgen om de kwaliteit van de zorg nauwelijks op de arbeidsgelateerde zorg. Speelt dit dan ook geen rol bij hun leden?

Waarom hebben *zorgverzekeraars* – weliswaar een relatief nieuwe speler - hier geen nadrukkelijker rol gespeeld sinds de Nieuwe Zorgverzekeringwet hen in 2005 nadrukkelijk de rol van ‘zorgregisseur’ gaf? Zij sluiten immers de contracten met zowel werkgevers/sociale partners als met de aanbieders in de curatieve zorg, dus kunnen zij ook duidelijke eisen stellen wat betreft ‘meer aandacht voor werk’. Is er onvoldoende ‘welbegrepen financieel eigenbelang’ of vindt men het thema te ingewikkeld, omdat er tussen zorg- en inkomstenverzekeringen tegenstrijdige belangen zijn? Waarom niet één en ander ‘uitgeprobeerd’ in proeftuinen? Of is men nog te druk met de gevolgen van fusies of met de verovering van (elkaars) marktaandeel?

De *onderzoekswereld* was de eerste, die de hier beschreven problemen signaleerde, al vanaf de jaren 60. Heeft zij wel voldoende geprobeerd de hier boven genoemde partijen zodanig met de zorgelijke resultaten van hun onderzoek te confronteren, dat zij er moeilijk aan voorbij konden gaan?

Tenslotte: waarom heeft de *overheid* al die tijd geen structurele aanpak ontplooid, zoals bij de Ziektewet en de WAO? Waarom heeft ze, gezien de vele deelbelangen, niet als ‘hoedster van het algemeen belang’ alle partijen regelmatig aan tafel geno-

b Prof dr A. Knottnerus, toen voorzitter Gezondheidsraad, tijdens een SER-expertmeeting ‘Inbedding van de factor arbeid in de gezondheidszorg’, 30-6-2009

c Invitational Verbond van Verzekeraars, Den Haag, 1-4-2008.

digd om gezamenlijk een strategie uit te stippelen, en hen daarbij te wijzen op – en te houden aan – ieders eigen verantwoordelijkheid? En waarom investeert ze niet meer in kennisverwerving over dit complexe vraagstuk, om te komen tot *evidence based policy*?

#### 4.7 VOEDINGSBODEM VOOR EEN OMSLAG

Bovenstaande vragen maken het lastig om wat het beleid betreft simpelweg over te gaan tot de orde van de dag. We moeten deze dan ook in het achterhoofd houden als in het volgende hoofdstuk wordt beschreven, dat er na deze lange ‘incubatietijd’ toch van een omslag sprake lijkt bij de belangrijkste actoren, waardoor de kans aanzienlijk reëler wordt om daadwerkelijk vooruitgang te boeken op het dossier ‘Gezondheidszorg en arbeid’. Want al liet dit hoofdstuk dan amper structurele verbetering in de alledaagse praktijk zien, toch lijkt er wel degelijk een voedingsbodem te ontstaan voor stappen voorwaarts.

**Werkgevers** hebben sinds de privatisering van de Ziektewet (1994) een loondoorbetalingsplicht bij ziekte van inmiddels twee jaar. Dus hebben zij alle (financiële) belang bij zorg, die rekening houdt met het werk en zorgt voor snelle, adequate terugkeer daarnaar van de betrokken patiënten.

Voor **werknemers** geldt, dat uit het arbeidsproces geraken om gezondheidsredenen sociaal, financieel en persoonlijk al allerminst een aantrekkelijk perspectief was door de vele WAO-kortingen. Maar met de komst van de WIA is een langdurige arbeidsongeschiktheidsuitkering maar voor weinigen weggelegd, en wacht veel vaker de bijstand. Dus ook werknemers hebben baat bij een gezondheidszorg, die maximaal inzet op behoud van werk.

**Samen betalen ‘werk’gevers en ‘werk’nemers** een aanzienlijk deel van de reguliere zorg, die juist onvoldoende rekening houdt met dat aspect ‘werk’. Dat wringt. Maar voor beide geldt ook, dat de structuurwetten (Zorgverzekeringswet, liberalisering Arboret, WIA) hen meer mogelijkheden tot sturing bieden, met name om te komen tot ‘ketenzorg van preventie via begeleiding tot en met re-integratie’, zoals de Stichting van de Arbeid al in 2004 bepleitte.

”DE REGULIERE ZORG MOET OOG HEBBEN VOOR DE BETEKENIS VAN DE GEZONDHEID VOOR HET WERK DAT PATIËNTEN DOEN OF – OMGEKEERD – MET DE BETEKENIS VAN HUN WERK (IN POSITIEVE EN NEGATIEVE ZIN) VOOR DE GEZONDHEID DIE ZIJ ERVAREN.”

(SER-advies, 2009).

De **artsenorganisaties** ontwikkelden al vanaf begin jaren 90 een verhoogde interesse in de factor 'arbeid', die in 2011 z'n vertaling zou vinden in de nieuwe NHG-Kernwaarden, met een volwaardige plaats voor 'werk'.

Deze drie partijen, die minimaal nodig zijn voor een oplossing, kwamen 18-11-2005 voor het eerst serieus met elkaar in gesprek op de *Invitational Conference* 'Gezondheidszorg en arbeid', bij monde van de voorzitters van FNV en VNO-NCW, en van de relevante artsorganisaties, ondersteund door de wetenschap<sup>a</sup>. Daar bleek aanzienlijke consensus over de belangrijkste arbeidsparticipatie-belemmerende knelpunten in de curatieve zorg<sup>34</sup>:

1. Zorginhoudelijk: te weinig aandacht voor en kennis van de relatie gezondheid-arbeid; medicalisering van niet-medische problematiek (bv. arbeidsconflicten);
2. Gebrek aan afstemming met de arbozorg/bedrijfsgezondheidszorg en – veel later in het traject – de verzekeringsgeneeskunde/UWV;
3. Organisatorische/logistieke problemen: wacht- en doorlooptijden, wachtlijsten, geen spreekuur buiten kantoor tijden of alle vervolgonderzoeken handig op één dag(deel); onnodige verwijzingen in het medische circuit;
4. Te weinig benutten van de inbreng van patiënten/werknemers (*patient empowerment*).

Het zou overigens nog ruim acht jaar duren, eer TNO en de Stichting van de Arbeid deze draad weer zouden oppakken, en wel met het symposium *Zorg voor Werk* van 13-2-2014, dat de aanleiding vormde voor dit boekje.

De **overheid** tenslotte had weliswaar met genoemde structuurwetten het beleid gedelegeerd naar het 'veld', maar bleef latent interesse houden in potentiële besparingsmogelijkheden, mede omdat andere, aanpalende beleidsterreinen al behoorlijk 'afgegraasd' waren, zoals de sociale zekerheid en arbeidsomstandigheden.

Op deze voedingsbodem kon uiteindelijk het besef groeien bij genoemde partijen, dat er toch iets moest gebeuren. In het volgende hoofdstuk zal dan ook beschreven worden, dat er vanaf ca. 2010 bij de belangrijkste stakeholders een omslag plaats vond, zodat de tijd eindelijk rijp genoeg lijkt om werkelijk structureel vooruitgang te boeken.

---

a georganiseerd door TNO en de StvdA, 18-11-05, SER, t.g.v. 25-jarig dienstverband van PC Buijs, met als sprekers o.a. Wientjes, Jongerius, Heerts, Knottnerus, vMechelen, De Leij en de voorzitters van KNMG, Orde, LHV, NHG, NVAB en NVVG.



# 5 EEN KENTERING

Al is het niet precies ‘met een schaarstje te knippen’, toch lijkt er vanaf pakweg 2010 bij de belangrijkste stakeholders een kentering gaande, waardoor de zojuist beschreven voedingsbodem kon uitgroeien tot een draagvlak voor een daadwerkelijke aanpak van de problematiek. We willen hier de tekenen van die omslag nader beschrijven, en wel bij de huisartsen, de sociale partners en de overheid, aan de hand van respectievelijk de NHG Kernwaarden (2011), het adviestraject bij de SER (2009-2014) en het Nationaal Preventie Programma (2013). Besloten wordt met enkele recente internationale ontwikkelingen, die deze omslag (kunnen) versterken.

## 5.1 ARBEID INTEGRAAL ONDERDEEL KERNWAARDEN VAN DE HUISARTS

Nadat het NHG, hèt inhoudelijk baken voor de huisarts, haar Richtlijnen op ‘arbeid’ had laten doorlichten – conclusie: een ‘blinde vlek’ – liet de herziening van één van haar belangrijkste, de richtlijn Depressie, zien dat het ook anders kan: ‘werk i.p.v. anti-depressiva’ zou de kortste samenvatting kunnen zijn van die revisie (2011).

Nog belangrijker was, dat in hetzelfde jaar (2011) het NHG haar Kernwaarden (her)formuleerde<sup>35</sup>, waarbij ‘arbeid’ een duidelijke plaats kreeg, Bij de Kernwaarde ‘persoonsgericht’ staat als nummer 1: ‘De huisarts houdt rekening met de individuele kenmerken van de patiënt en diens context, zoals de leef- en werkomgeving’; en bij nummer 6. ‘De huisarts heeft een signalerende taak ten aanzien van (dreigende) arbeid-gerelateerde gezondheidsproble-

› “WE KUNNEN DE SOCIALE ZEKERHEID ALLEEN OVEREIND HOUDEN ALS DE CURATIEVE ZORG VEEL MEER REKENING HOUDT MET ‘ARBEID!’”

*Aart Jan de Geus,  
oud-minister van SZW en VWS,  
oud- plaatsvervangend DG OECD,  
2012<sup>a</sup>*

“DE HUISARTS HEEFT EEN SIGNALERENDE TAAK TEN AANZIEN VAN (DREIGENDE) ARBEID-GERELATEERDE GEZONDHEIDS-PROBLEMEN EN WERKT ZO NODIG SAMEN MET DE BEDRIJFSARTS.”

*Kernwaarde NHG 2011*

a Inleiding over 10 jaar Sociale Zekerheid & Gezondheidszorg, Invitational Verbond v Verzekeraars, Den Haag, 7-6-2012

men en werkt zo nodig samen met de bedrijfsarts.’ In de onderbouwing worden vervolgens vele lessen uit de afgelopen decennia getrokken. Vanwege de belangrijke voorbeeldfunctie volgt hier een deel van die toelichting: ‘Het werk of het ontbreken daarvan, kan leiden tot fysieke en/of psychische klachten of aandoeningen en vormt een belangrijk deel van de context van de patiënt. Het is dan ook van belang dat de huisarts weet wat voor soort werk de patiënt doet en alert is op een mogelijke wisselwerking tussen werk en gezondheid. Verzuimende werknemers zien graag een prominenter rol van de huisarts bij begeleiding tijdens ziekteverzuim<sup>36</sup>. Werknemers verwachten dat hun huisarts, net als hun bedrijfsarts, bijdraagt aan hun herstel en terugkeer naar werk. Bij verzuim hechten patiënten in hun relatie met de huisarts vooral aan vertrouwen, onafhankelijkheid en communicatie. Van oudsher is de huisarts de medische vertrouwenspersoon bij uitstek, die handelt zonder belang van derden, zoals van werkgever of verzekeraar. Werknemers kloppen vaker en eerder bij hun huisarts aan voor werk-gerelateerde gezondheidsproblemen dan bij de bedrijfsarts<sup>37</sup>. De huisarts heeft dan ook een signalerende taak ten aanzien van (dreigende) arbeidsgerelateerde gezondheidsproblemen en werkt waar nodig samen met de bedrijfsarts *In de praktijk blijken huisartsen deze taak nog onvoldoende te vervullen.*’ (cursivering PB)

De laatste zin is – raar genoeg – hoopgevend: eindelijk wordt dit punt openlijk erkend, en dan nog wel bij een Kernwaarde. Dit noopt de huisartsenwereld in het algemeen, en het NHG en de Landelijke Huisartsen Vereniging LHV in het bijzonder, om hier een structurele oplossing voor te vinden. Maar de andere stakeholders hebben er alle belang bij om dat volop te ondersteunen en te helpen faciliteren, zodat binnen afzienbare tijd de net genoemde cursieve zin kan worden geschrapt. Dat kan dan weer als voorbeeld dienen voor andere behandelaars, zoals de medisch specialisten.

De Toelichting op de herformulering van de Kernwaarden besluit met aan te geven hoe huisartsen dienen te handelen als zij arbeidsgerelateerde gezondheidsproblemen signaleren (zie kader Wat moet de huisarts doen?) – overigens grotendeels ontleend aan de LHV-NHG-NVAB Leidraad afstemming huisarts – bedrijfsarts uit 2001<sup>38</sup>.

#### KADER 5.1 WAT MOET DE HUISARTS DOEN?

“In het belang van de zorg voor de patiënt is het zaak dat de huisarts zich structureel afvraagt of de patiënt een probleem heeft op het gebied van arbeid en gezondheid, of er na probleemverheldering/-beoordeling nog informatie ontbreekt en of er afstemming van zijn inzicht en/of afstemming van zijn advies nodig is met de bedrijfsarts. Indien de huisarts sterke aanwijzingen heeft dat er bij een werkgever sprake is van structurele ziekmakende omstandigheden, neemt hij hierover contact op met de verantwoordelijke bedrijfsarts.” (Toelichting NHG Kernwaarde “Persoonsgericht”)

## 5.2 GROEIENDE SYNERGIE TUSSEN SOCIALE PARTNERS EN OVERHEID

Bij het aantreden van het kabinet Balkenende-IV (2008) vroeg minister van VWS, Ab Klink, advies over preventie aan de SER<sup>a</sup>. Dat advies, “Een kwestie van gezond verstand” (2009) gaf weer, wat sociale partners (kunnen) doen om de beroepsbevolking gezond te houden, maar stelde dat duurzame inzetbaarheid van werknemers ook vraagt om kennis van en aandacht van de reguliere zorg voor de factor arbeid. “De reguliere zorg moet oog hebben voor de betekenis van de gezondheid voor het werk dat patiënten doen of – omgekeerd – met de betekenis van hun werk (in positieve en negatieve zin) voor de gezondheid die zij ervaren”. Voorts acht de SER een betere, structurele samenwerking tussen bedrijfsartsen en de reguliere zorg van belang voor behandeling, herstel en werkhervatting.

Daarover<sup>b</sup> en over de niet-optimale positie van de bedrijfsarts – althans in de ogen van de vakbeweging – belegde de SER vervolgens twee expertmeetings. Daar werden zoveel problemen gesignaleerd<sup>39</sup>, dat dat op instigatie van werknemers en werkgevers leidde tot nader onderzoek van AStri (2011). Dat bracht allerlei ook voor ‘ons dossier’ relevante knelpunten aan het licht, zoals rond de toegankelijkheid en vooral de vertrouwenspositie van de bedrijfsarts, bijvoorbeeld door

› “VNO-NCW EN MKB-NEDERLAND WILLEN MET VWS EN SZW OVERLEGGEN OVER DE WIJZE WAAROP EEN STRUCTURELE VERGROTING VAN DE AANDACHT IN DE GEZONDHEIDSZORG VOOR ARBEID KAN WORDEN BEREIKT.”

*Brief aan VWS en SZW,  
27-6-2011*

a “Parallele belangen”, gericht aan de SER, de Onderwijsraad en de Raad voor het Openbaar Bestuur,

b “Inbedding van de factor arbeid in de gezondheidszorg, 30-6-2009, SER.

het schenden van het medisch beroepsgeheim onder druk van werkgevers<sup>40</sup>. Dat zal behandelend artsen niet enthousiast maken voor samenwerking of verwijzing, en dus ook niet om 'werk' aan te roeren, als zij vervolgens niet kunnen verwijzen naar een 'betrouwbare collega'! De enquête van AStri onder werknemers bevestigde ook eerder onderzoek, dat zij de huisarts (verre) prefereren boven de bedrijfsarts, ook als het gaat om (gezondheids)klachten, waarvan zij sterk vermoedden, dat die door het werk veroorzaakt zijn – bij uitstek iets voor de bedrijfsarts! (zie kader 5.2)

#### KADER 5.2 NAAR DE BEDRIJFSARTS OF NAAR DE HUISARTS?

"Als ik (gezondheids)klachten zou hebben, waarvan ik sterk het vermoeden heb, dat ze door het werk komen, dan zou ik

- a). eerder kiezen om naar de bedrijfsarts te gaan dan naar de huisarts" en
- b). meer belang hechten aan het advies van de bedrijfsarts dan van de huisarts."

Met deze stelling bleek maar 25%, resp. 16% van de bevroegde werknemers het (zeer) eens, en in beide gevallen 50% het (zeer) mee oneens. ( AStri-rapport, 2011, pag. 26)

Dit AStri-onderzoek, overigens gefinancierd door de overheid, komt de eer toe mede de stoot te hebben gegeven tot een meer fundamentele doordenking door de overheid en sociale partners van de (arbo-)zorg voor werkenden, die in SER-verband bij het uitbrengen van dit boekje nog volop gaande is<sup>a</sup>, inclusief de rol van de reguliere zorg, al ging het AStri-rapport daar zelf amper op in. Te hopen valt wèl, dat daarbij de andere stakeholders voldoende betrokken worden, zeker vanuit de reguliere (eerstelijns)zorg<sup>b</sup>.

VNO-NCW en MKB-Nederland gingen expliciet wèl in op de relatie gezondheidszorg - arbeid, en wel in een dringend schrijven dd 27-6-11 aan de Directeuren-Generaal van de ministeries van VWS en SZW (zie bijlage 1) over een "... hardnekkige problematiek (...): een tekort aan aandacht in de reguliere gezondheidszorg voor 'werk', waardoor mensen onnodig (lang) buiten het arbeidsproces raken', ten nadelen van henzelf, de bedrijven en onze concurrentiepositie". Bepleit wordt "... een grondige analyse van de problematiek en haar hardnekkigheid", het in kaart brengen van oorzaken, achtergronden en oplossingsrichtingen (...) en vooral ook gecoördineerd handelen van alle betrokkenen: VWS, SZW, sociale partners, zorgverzekeraars, medische wereld etcetera en zelfs 'het agenderen van een nationale 'marsroute'! Geconcludeerd wordt: "VNO-NCW en MKB-Nederland willen met VWS en SZW overleggen over de wijze waarop een structurele vergroting van de aandacht in de gezondheidszorg voor arbeid kan worden bereikt."

a SER: Middellange termijnadvies over de arbeidsgerelateerde zorg.; wordt verwacht in april 2014

b Op zo'n wenselijke dialoog is in ieder geval het symposium Zorg voor Werk van 13-2-14 gericht



Dat overleg kwam er, en leidde tot extra onderzoek (Nivel, 2012)<sup>41</sup>, een eerste *stakeholders-overleg* op uitnodiging van beide DG's (3-7-2012) en zelfs tot een door VNO-NCW en beide ministeries gesteund tekstvoorstel voor het regeerakkoord van Rutte-II (zie Kader 5.3). Ook bevorderde het toenemende synergie tussen sociale partners, SZW en VWS met betrekking tot het SER-adviestraject, zoals hierna beschreven.

---

**KADER 5.3 EEN GEZONDE BEROEPSBEVOLKING, KURK VAN ONZE WELVAART**  
(zie ook Bijlage 2)

**ELEMENTEN VOOR EEN REGEERAKKOORDTEKST 2012 MET BETREKKING TOT RAAKVLAK GEZONDHEIDSZORG- ARBEIDSMARKT-SOCIALE ZEKERHEID, MET BESPARINGSPOTENTIE VAN 2 MILJARD EURO/JAAR<sup>b</sup>:**

'Om ons welvaartpeil te behouden – inclusief voorzieningen als gezondheidszorg en sociale zekerheid – is de gezondheid van de beroepsbevolking van groot belang. Die komt toenemend onder druk door vergrijzing/ontgroening, langer doorwerken en de verwachte sterke groei van chronische en *life style* aandoeningen. Om daaraan het hoofd te bieden is naast versterkte inspanning van de overheid, sociale partners, arbozorg en de werkenden zelf, nadrukkelijk ook de aandacht en inzet nodig van de reguliere gezondheidszorg t.a.v. 'arbeid', en vooral voor behoud of verwerven van werk. De voornemens van de huisartsen in dezen verdienen alle steun.'

### 5.3 TERUGKEREND URGENTIEGEVOEL BIJ DE OVERHEID

Zo bleek toch ook bij de **overheid** vanaf 2010 een groeiende interesse voor Gezondheidszorg & arbeid te constateren<sup>42</sup>. Die kan niet losgezien worden van de eerder beschreven besparingspotentie van zo'n twee miljard euro per jaar (zie Deel I), maar ook niet van de persoonlijke, afgestemde inzet van twee Directeuren-Generaal en bij voor dit dossier cruciale departementen: VWS, waar Leon van Halder, toen DG Curatieve Zorg, dit thema de 'Hoofdprijs' noemde, en SZW, waar Maarten Camps, toen DG Werk het verkrijgen van meer aandacht in de curatieve zorg voor arbeid een beleidsspeerpunt noemde voor zijn departement<sup>c</sup>. Beide onderstreepten eensgezind het belang van meer aandacht in de (eerstelijns) gezondheidszorg voor werk tijdens de WHO Global Conference *Connecting Health and Labour* in Den Haag, eind 2011.<sup>d</sup>

Tekenend voor de groeiende overheidsinteresse was ook dat staatssecretaris De Krom (SZW), mede namens VWS aan de Tweede Kamer schreef: "In de aanbevelingen bij dit (AStri-)onderzoek is de zorgsector niet genoemd. Naar onze mening is het

---

<sup>c</sup> Inleiding 'Gezondheidszorg&Sociale Zekerheid' tijdens themadiner, Grote Industriële club, A'dam, 16-2-2010

<sup>d</sup> Zie verder 5.5

van belang om de relatie met de sector wel te bezien. (...omdat) is gebleken dat zorgaanbieders (bijvoorbeeld huisartsen) niet altijd even alert zijn op de invloed en impact van het werk op de cliënt." "Daarnaast willen we (...) de samenwerking tussen de zorg en arbeid verder stimuleren."<sup>a</sup>

Dit leidde o.a. tot de opdracht van VWS en SZW aan het CBO voor een module 'Arbeid in Zorgstandaarden'<sup>b</sup> en aan TNO voor een *Quick Scan* van structurele samenwerkingsrelaties tussen bedrijfsartsen en eerstelijns-professionals, met als uitkomst: met fysiotherapeuten en eerstelijns-psychologen hadden bedrijfsartsen al heel wat structurele samenwerking, met huisartsen veel minder<sup>43</sup>.

Maar vooral zag het kabinet Rutte-I in de geconstateerde problemen voldoende aanleiding de SER nogmaals om advies te vragen, nu ook over de samenhang met de reguliere zorg. Eind 2012 kwam de SER met een korte termijnadvies<sup>c</sup>, met passages als: "In de reguliere gezondheidszorg dient meer aandacht te komen voor de factor arbeid; onder andere de huisarts zou deze factor meer 'op het netvlies' moeten krijgen (...). De raad bepleit in de opleiding van alle artsen en van andere zorgverleners, zoals fysiotherapeuten en psychologen, meer aandacht te besteden aan de rol van werk in de gezondheid van werkenden. Deze rol kan zowel positief als negatief zijn: werk kan leiden tot gezondheidsklachten, maar kan ook herstel bevorderen." (zie kader 5.4).

---

#### KADER 5.4 KNELPUNTEN IN RELATIE ARBOZORG – REGULIERE ZORG

'Ook zijn er diverse knelpunten in de relatie met de zorg. Het kan voor bedrijfsartsen lastig zijn te verwijzen naar het volgens hen optimale zorgaanbod vanwege de financiële consequenties voor de zorgverzekeraar. Zorgaanbieders (bijvoorbeeld huisartsen) blijken niet altijd even alert te zijn op de invloed en impact van het werk op de cliënt. De samenwerking tussen bedrijfsartsen en de zorg is over het algemeen onvoldoende. "Het mag niet zo zijn dat bedrijfsartsen zich bij de uitoefening van hun taken onder druk gezet voelen door hun opdrachtgever. De privacy van de cliënt moet worden gewaarborgd." (SER, 20-12-12, p 32)

De SER formuleert vervolgens uitgangspunten voor het beleid op langere termijn, zoals. bedrijfsgezondheidszorg voor alle werkenden (ook niet-werknemers), betere samenwerking tussen bedrijfsarts en reguliere zorg en het belang van een goede vertrouwenspositie voor de bedrijfsarts. Vanwege de complexe materie vroeg de raad de overheid om een studie van enkele passende scenario's, en gaf aan daarover graag een vervoladvies te willen uitbrengen.

---

a brief aan de Tweede Kamer d.d. 28-9-2011

b CBO, Rapportage verwacht begin 2014)

c Visie op het stelsel voor gezond en veilig werken. SZW, 30 maart 2012

Dat er inderdaad van een (teruggekeerd) urgentiegevoel bij de overheid sprake was bleek uit de snelheid, waarmee de SER op haar wenken werd bediend. Op 10-7-2013 kwam er een nieuwe adviesaanvraag, inderdaad voor de middellange termijn, mét een korte weergave van vijf scenario's, die KPMG/Plexus opstelde in opdracht van SZW, met opvallend veel aandacht voor de reguliere zorg, met name de eerste Lijn/huisarts (zie kader 5.5). Mede namens collega Schippers (VWS) stelt minister Asscher (SZW), dat voor een goede zorg voor de gezondheid van de beroepsbevolking verbetering nodig is op *drie onderling samenhangende terreinen*:

1. Een betere BGZ/Arbozorg;
2. Een reguliere zorg, die rekening houdt met 'werk';
3. Een betere afstemming/ samenwerking tussen beide vormen van zorg.

Hij acht daarom de termen BGZ of Arbozorg niet meer adequaat, en kiest voor *arbeidsgerelateerde* zorg. En om het belang van punt 2 te onderstrepen raadt hij aan de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RvZ) bij de advisering te betrekken vanwege haar kennis van de reguliere zorg – hetgeen is gebeurd.

Omdat de SER zelf om deze Adviesaanvraag verzocht had, mag geconcludeerd worden dat zowel overheid als sociale partners er nu van overtuigd zijn, dat de curatieve zorg een onmisbaar element is als het gaat om de gezondheid van werkenden, mits het 'arbeid' integreert in haar (be)handelen. Dat mag als een belangrijke stap voorwaarts beschouwd worden.

Ten tijde van het uitkomen van dit boekje buigt de SER zich over dit Middellange termijn advies, en heeft net gemeld daarvoor meer tijd nodig te hebben dan verwacht.<sup>d</sup>

---

d Oplevering Advies begin april in plaats van begin maart.

#### KADER 5.5 VIJF MOGELIJKE TOEKOMSTSCENARIO'S VOOR BETERE ARBEIDGERELATEERDE ZORG

1. Kleine aanpassingen binnen het huidige zorgsysteem (onder meer herintroductie van het arbospreekuur).
2. Het huisarts-specialist model met meer kennis over de factor arbeid in de reguliere zorg en met een klinisch arbeidsgeneeskundige. Dit model is gericht op tijdige signalering van (ernstige) arbeidsrelevante gezondheidsproblemen, en adequate behandeling in of verwijzing naar de curatieve zorg.
3. Extra inspanningen door sectorale/regionale organisaties wat betreft bedrijfsgezondheidszorg, inclusief preventief beleid.
4. Een model zonder bedrijfsarts. In dit scenario verschuiven alle op de individuele werknemer gerichte taken die nu door de bedrijfsarts worden uitgevoerd, naar de reguliere zorg.
5. Specialisering binnen de eerste lijn. De kern van dit scenario is de vorming van gespecialiseerde eerstelijns (huisartsen) of anderhalve lijns praktijken die zich toeleggen op behandeling van werkgerelateerde klachten in combinatie met de reguliere zorg.

De studie wijst uit dat scenario's twee en drie het grootste effect sorteren en op draagvlak kunnen rekenen

*KPMG Plexus, 2012 (Bron: Adviesaanvraag aan de SER, 10-7-2013)*

Ten slotte blijkt een teruggekeerd gevoel van urgentie bij de overheid ten aanzien van het thema 'Gezondheidszorg & Arbeid' ook uit het Nationaal Preventie Programma NPP (VWS, 2013), waar van 2014 tot en met 2016 zes ministeries, gemeenten, bedrijven en een groot aantal maatschappelijke organisaties samen integraal mee aan de slag gaan, op drie terreinen: onderwijs, wonen en werken. Dat laatste betreft een doorwerking van het eerder vermelde tekstvoorstel voor het regeerakkoord van Rutte II (Bijlage 2), dat weliswaar niet in dat akkoord belandde, maar via de Tweede Kamer wel in dat NPP, inclusief het aspect werk – gezondheid(zorg)<sup>a</sup>.

Het hoofdstuk 8.3 uit het NPP, "Werken is gezond, en gezond werken kan nog beter" bestaat uit vele pagina's. Daarbij wordt ingezet op vier hoofdlijnen, met als hoofdlijn 3: Het efficiënt functioneren van de arbeidsgelateerde zorg. Ook de ontwikkeling van de module 'arbeid' in zorgstandaarden wordt genoemd, evenals het voorkómen van uitval uit werk van chronisch zieken.

Kortom, vanaf 2010 lijken er inderdaad dermate positieve ontwikkelingen te constateren bij overheid, sociale partners en de huisartsenwereld, dat de kansen op daadwerkelijke veranderingen in de praktijk van de (eerstelijns)gezondheidszorg ten aan zien van de factor 'arbeid' groter ingeschat kunnen worden dan ooit. Dat kan

a Tijdens de begrotingsbehandeling van VWS in december 2012 verwoord door Lea Bouwmeester (PvdA)

nog versterkt worden door internationale ontwikkelingen, die deels ook vanuit ons land zijn beïnvloed.

#### 5.4 INTERNATIONALE RELEVANTIE: “CONNECTING HEALTH AND LABOUR”

Ook internationaal krijgt ‘*Healthcare & Work*’ steeds meer aandacht, als probleem, maar ook als aanzet tot een oplossing. Uit een eerste inventariserende studie (2005)<sup>44</sup> bleek dat de ‘Blind Spot’ geenszins typisch Hollands was – wat wel verondersteld werd vanwege onze unieke ‘scheiding van behandeling en controle’. Later in 2005 bleek dat ook op een EU-expert meeting over *Unemployment and Ill Health*<sup>c</sup> waar vooral de *Primary Care* gezien werd als belemmering voor arbeidsparticipatie, zeker in de UK. Sindsdien zijn daar tal van initiatieven genomen, vooral gericht op huisartsend. Dat deze materie in zekere zin ‘boven de partijen staat’ bleek toen dit project, gestart onder Labour, vrijwel geheel werd overgenomen door de Tories, toen zij in 2010 het roer overnamen.

Voorts kregen ook de internationale organisaties van arbo-professionals en van huisartsen, ICOH en Wonca<sup>e</sup> – interesse in dit probleem. Zo sprak tijdens de ICOH-Centennial (Milaan, 2006) voor het eerst een Wonca-president, die daar ook voor het eerst de ICOH-voorzitter ontmoette<sup>f</sup>. Hun conclusie: er valt veel te winnen voor de *health of the global workforce* bij toenadering tussen beide werelden. Besloten werd dan ook tot samenwerking, te beginnen met een gezamenlijke werkgroep (Dubrovnik, 2007). Die organiseerde tijdens het volgende ICOH wereldcongres (Cape Town, 2009) een Special Session *Bridging General and Occupational Health Care: coping with the Blind Spot*. Wonca-president Svab bevestigde daar dat huisartsen meer aandacht aan werk zouden moeten besteden.<sup>g</sup> Tijdens Wonca Basel (2009) vonden de eerste besprekingen plaats van Wonca en ICOH met de WHO over eventuele gezamenlijke activitei-

› “A LACK OF ATTENTION IN GENERAL HEALTH CARE FOR WORK IS ONE OF THE MOST UNDER-ESTIMATED ISSUES IN THE DEVELOPED COUNTRIES.”

OECD vice-president Leterme

b Uitspraak tijdens oprichtingscongres van het Talma Instituut “Work, care and welfare”(VU), Amsterdam, 1-7-13

c Under the EU Presidency of the UK (Cardiff, 2005)

d Met als drijvende krachten vooral Bill Gunneyon, Chief Medical Advisor van de Minister van DPW, en Dame Carol Black, toen director Work and Health

e ICOH: International Commission on Occupational Health, onder de UN; Wonca: wereldorganisatie van huisartsen

f Chris van Weel, resp. Jorma Rantanen

g Conform het Wonca Profile van de Europese huisarts- Geldt wellicht minder in O-Europa, waar in de socialis-tische tijd aandacht voor werk hoog in het vaandel stond

ten. Dat leidde o.a. tot een Round Table over *General Practitioner and Work* tijdens het Wonca World Congres (2010) en vooral tot medewerking aan de eerste Global Conference over Primary Health Care and Work (zie onder).

De WHO had al in 2005 interesse getoond in de 'Blind Spot'<sup>a</sup>. De WHO- en ILO-*strategy on workers' health* was jarenlang gericht op uitrol van arbodiensten, maar bereikte daarmee nooit meer dan zo'n 10 a 15% van de *global workforce*. Daarom nodigde de WHO tien internationale experts uit voor een eerste *intercountry consultation* (Santiago de Chili, 2009). Daar bepleitten de vertegenwoordigers uit de UK en Nederland, Prof. Dame Carol Black (National Director Work and Health) en Peter Buijs (TNO) het potentieel van de Primary Health Care te onderzoeken om meer aandacht te besteden aan werk, vooral vanwege de veel grotere dekking: zo'n 80% van de wereldbevolking<sup>b</sup>.

De WHO heeft vervolgens met TNO, VWS en SZW hierover de eerste Global Conference belegd, *Connecting Health and Labour: What role for occupational health in Primary Health Care?* (Den Haag, 2011)<sup>45</sup>. Drie dagen lang discussieerden daar voor het eerst vertegenwoordigers uit zo'n 40 landen, afkomstig uit twee ook internationaal gescheiden werelden: de Primary en de Occupational Health Care. Er bleek veel overeenstemming, vastgelegd in The Hague Statement<sup>c</sup> (zie ook kader 5.6). Die vormde de basis voor een forse strategiewijziging van de WHO richting Primary Health Care<sup>d</sup>, te beginnen met het onderzoeken van de potentie van de 1e lijn wereldwijd om basale aandacht te besteden aan arbeid. Dat werd onderdeel van het nieuwe WHO-vijfjarenplan (2012-2017), en leidde o.a. tot een *field survey naar good practises*<sup>46</sup>, een follow up van de Hague Conference (Genève, 2012) en tot drie projecten<sup>e</sup> ter onderbouwing van de nieuwe strategie:

- een *systematic literature review* naar primaire, secundaire en tertiaire preventievormen van arbeidsgerelateerde gezondheidsproblemen, geschikt voor de 1e lijn;
- een overzicht van geschikt *education & training material* voor 1elijnswerkers;
- een website voor Primary Health Care & Work.

a Ivan Ivanov, in Genève geïnterviewd in het kader van een 1e internationale indicatieve studie "Blind Spot, only a Dutch problem (TNO, 2005)

b Zie ook Foreword from an international perspective (pag.10)

c [http://www.who.int/occupational\\_health/publications/hague\\_executive\\_summary/en/index.html](http://www.who.int/occupational_health/publications/hague_executive_summary/en/index.html)

d Maria Neira, WHO-Director Public Health, in Cancun en Genève (maart resp. november 2012)

e gecoördineerd uit te voeren door het Coronel instituut AMC en TNO, op te leveren in 2014.

#### KADER 5.6 THE HAGUE STATEMENT

Strategy to reach more workers by integrating basic occupational health care into primary health care (PHC):

1. Training PHC professionals to recognise early work-related ill-health, to advise about improving working conditions&health-at-work, to support return-to-work, and preserve/restore working capacity;
2. Linking PHC centres and occupational healthcare services under local PHC networks: providing joint training, referral systems and occupational information to foster collaboration and continuity of care;
3. Financial arrangements for human and technological capacity, including development of work-related guidelines;
4. Setting of a research agenda and promotion of good practices;
5. Developing national plans for workers' health, involving PHC&OHC professionals and key stakeholders. Governments should guarantee access to care, allowing a full, productive working life.

Ten slotte is ook de Europese Commissie geïnteresseerd geraakt. Op haar deels ministeriële Convention “Investing in a social Europe!” is er expliciet aandacht aan dit thema besteed<sup>47</sup>, ook in de rapportage op de slotdag aan de ministers van Sociale Zaken, in de vorm van enkele bullet points, waaronder: “Health Care professionals need to be trained about social determinants of health (especially work factors) in order to help better people with (chronic) health problems to keep their job – the best way to prevent poverty!”<sup>f</sup>

Kortom: wat in Nederland eindelijk van de grond lijkt te komen – meer aandacht in met name de eerstelijnszorg voor arbeid – past uitstekend in een internationale strategie on workers' health. Sterker nog: er wordt elders met enige afgunst gekeken naar ons land vanwege het feit, dat belangrijke stakeholders deze problematiek geagendeerd hebben. Daarom wilde de WHO haar eerste *Global Conference* hierover in Den Haag houden. Dat is eervol, maar betekent ook: “Noblesse oblige!”

Uit dit Deel II mag dan duidelijk geworden zijn, dat in ons land de praktijk behoorlijk achterloopt op geuite goede voornemens, wat betreft het agenderen verdient Nederland inderdaad enige credits. Zo roept de The WHO Hague Statement op “ ... to involve stakeholders such as employers, trade unions, governments, health care professionals, civil society and private sector in the debates about health care reforms and to develop national health strategies and plans”.

<sup>f</sup> Convention “Investing in a social Europe!”, Brussel, 5-7 December 2012, m.m.v. Mr Barroso, President of the EUr Cie, Mr van Rompuy, President of the European Counsel, and the European Commissioners for Social Affairs & Employment, Lazlo Andor, and for Health, Tonio Borg.

Welnu, dat is precies de bedoeling van het Symposium Zorg voor Werk, dat de aanleiding is voor het schrijven van dit boekje. Daaraan is dan ook de één-na-laatste paragraaf van dit 'Omslag-hoofdstuk' gewijd.

## 5.5 SYMPOSIUM "ZORG VOOR WERK": EEN MIJLPAAL?

Alle in dit Deel II beschreven lijnen – inclusief die van de zorgverzekeraars – komen ten slotte op 13-2-14 bij elkaar op het door TNO in samenwerking met de Stichting van de Arbeid georganiseerde symposium "Zorg voor werk: Hoe kan de (eerstelijns) zorg bijdragen aan een gezonde beroepsbevolking?", met als centrale vraag: Hoe bereiken we dat de reguliere zorg zo goed mogelijk inspeelt op gezonde deelname van patiënten aan en functioneren in het werk? Een actuele vraag, omdat zoals we zagen de SER zich daar tezelfdertijd op verzoek van de ministers Asscher en Schippers over beraadt in het kader van haar middellange termijn advies over hoe de zorg voor de gezondheid van onze beroepsbevolking het beste georganiseerd kan worden.

Op dit symposium zijn voor het eerst alle stakeholders, die nodig zijn voor een antwoord op deze vraag, op één podium vertegenwoordigd – en dan nog wel op het hoogste niveau: de voorzitters van VNO-NCW, FNV, KNMG, LHV, NHG<sup>a</sup> en NVAB, de directeur van het NPCF, leden Raad van Bestuur van Menzis en VGZ, en ten slotte de Secretaris-Generaal van VWS, die Minister Schippers vervangt, en mede spreekt namens SZW. Daarnaast zijn er internationale sprekers, van Wonca (past president Richard Roberts), de Europese Commissie (Lieve Fransen, Director Social Policy and Europe 2020, DG Employment, Social Protection & Inclusion), de Directeur DECP (Ronald de Leij) en voormalig minister van SZW en VWS, oud-plaatsvervangend SG OECD Aart Jan de Geus.

Wat dit Symposium echter vooral bijzonder maakt, is dat de nationale sprekers niet komen voor een 'mooi verhaal', maar om – na het afgeven van een duidelijk statement in deze kwestie – kritisch te worden bevraagd door Paulien Bongers (TNO) en André Knottnerus (voorzitter WRR) over oplossingsrichtingen, en wat welke stakeholder daaraan kan bijdragen, inclusief de eigen organisatie.

Bernard Wientjes, Ton Heerts en Wilna Wind geven als eersten kort aan wat respectievelijk het werkgevers-, werknemers- en patiënten-belang is bij adequate (huis) artsen-aandacht voor (behoud van) werk, welke belemmeringen en knelpunten zij daarbij ervaren, en wie wat moet doen ter verbetering. Daarna worden hun punten

---

a De vice voorzitter



zo nodig nog aangescherpt door genoemd duo, om hun 'vraag' daarna goed voor te kunnen leggen aan de 'aanbod- en regelzijde'.

De voorzitters van genoemde artsenorganisaties – Rutger Jan v.d. Gaag, Steven van Eijck, Jako Burgers en Jurriaan Penders – geven vanuit hun perspectief kort het belang aan, dat medici adequate aandacht besteden aan het (behoud van) werk van hun patiënten, en hoe dat te realiseren is. Vervolgens gaan zij in op de door de 'vraagzijde' opgeworpen punten, daarop nader bevraagd door beide moderatoren - inclusief een check of de 'vraagzijde' bevredigend antwoord heeft gekregen. Deze aanpak, met nadruk op de vraag "Hoe dit zo snel mogelijk te realiseren?", wordt herhaald bij bij Roger van Boxtel en Ab Klink de RvB-representanten van twee grote zorgverzekeraars – zoals bekend sinds 2005 de 'regelaars' van de zorg.

Daarna is het woord aan Leon van Halder over welke rol de overheid (i.c. VWS en SZW) kan spelen om te bevorderen, dat boven genoemde problematiek opgelost wordt – eveneens nader bevraagd door genoemd duo.

Allen zal worden gevraagd hoe de gewenste situatie – structurele, adequate aandacht van (huis)artsen voor 'werk' – zo snel mogelijk bereikt kan worden: Wat is er al gerealiseerd? Wat moet er nog gebeuren? Wat weten we voldoende om tot *evidence based* beleid ter zake te kunnen komen, en wat weten we onvoldoende, en moet dus nader (in de praktijk) onderzocht worden, bijvoorbeeld in proeftuinen, met medewerking van regionale bedrijven<sup>b</sup>. Hieruit kan dan een (aanzet tot) een beleids- en onderzoeks-agenda worden gedestilleerd, waarmee ook de VNO-NCW-wens voor een 'nationale marsroute' kan worden vervuld. Een eerste weergave daarvan wordt op 13 februari gepresenteerd door Henk Smid (directeur ZonMw) op basis van wat tijdens het symposium genoteerd is door een deskundigen-panel.

Aangezien dit boekje tijdens genoemd symposium wordt uitgereikt, zijn de resultaten hier nog niet te vermelden. Maar wat de uitkomst ook mag zijn, gezien in het perspectief van de decennia lange incubatietijd en de tekenen van een kentering in interesse bij de stakeholders, lijkt de verwachting gewettigd, dat 13-2-2014 een mijlpaal kan markeren op de lange weg naar een reguliere gezondheidszorg, waarin het de norm is om stil te staan bij een eventuele relatie tussen de klachten van een patiënt en diens werk – causaal of conditioneel – en daarnaar te handelen.

Daarom tot besluit van dit deel de visie op zo'n gewenste toekomst, geschreven door auteur dezes op verzoek van de SER-Commissie, die zich buigt over eerder genoemd middellange termijn advies<sup>c</sup>.

---

b Zie o.a. Brandbrief VNO-NCW aan de DG'en van VWS en SZW, 27-6-2011

c Max. 2 A4tjes, verzonden 10-10-2013

## 5.6 EEN VISIE OP DE TOEKOMST VAN DE ARBEID-GERELATEERDE ZORG

“In het SER-advies ter zake dd 21-12-12 staat terecht: “De raad wijst erop dat de zorg voor (zieke) werknemers voor een belangrijk deel plaatsvindt via de reguliere zorg.” Als het gaat over betere zorg voor (het behoud van) de gezondheid van de werkenden in ons land, ter wille van hun duurzame inzetbaarheid, is het dan ook zeer positief, dat er op beleidsniveau (SER, SZW, VWS) inmiddels sprake is van de noodzaak tot verbetering op *drie onderling samenhangende sporen*:

1. BGZ/Arbozorg
2. Reguliere zorg
3. Afstemming/samenwerking tussen beide vormen van zorg.

Meest recent gebeurt dat in de adviesaanvraag van minister Asscher, mede namens minister Schippers, dd 10-7-13 (p.1), in samenhang waarmee op p.2 wordt gekozen voor de adequatere term *arbeidsgerelateerde zorg* i.p.v. BGZ of arbozorg.

Ik wil me daarbij richten op het nieuwe aspect: de reguliere zorg, me daarbij base-  
rend op de volgende onderzoeksresultaten

1. Werkenden met gezondheidsklachten wenden zich meestal eerst tot hun huisarts;
2. Behandelend (huis)artsen besteden meestal geen aandacht aan ‘werk’;
3. Zij zouden dat juist veel meer moeten doen, volgens hun (verzuimende) patiënten;
4. De afstemming huisarts-bedrijfsarts laat al lange tijd veel te wensen over;
5. Behoud van werk is van cruciaal belang voor iemands gezondheid en welzijn;

en op een naar mijn mening zeer belangrijke handreiking van de kant van de huisart-  
sen: In 2011 heeft het NHG (Nederlands Huisartsen Genootschap) tien Kern-  
waarden geformuleerd. Nummer 1: De huisarts houdt rekening met de individuele  
kenmerken van de patiënt en diens context, zoals de leef- en werk-omgeving’, en  
nummer 6: ‘De huisarts heeft een signalerende taak ten aanzien van (dreigende)  
arbeidsgerelateerde gezondheidsproblemen en werkt zo nodig samen met de  
bedrijfsarts.’ Uitgebreid wordt het belang hiervan toegelicht, maar ook eerlijk toe-  
gegeven – voor het eerst publiekelijk: ‘In de praktijk blijken huisartsen deze taak  
nog onvoldoende te vervullen’.

Dit laatste is een hardnekkig verschijnsel: de KNMG vond al in 1969, dat artsen  
aandacht aan werk dienen te besteden. Vele jaren is dat vaak een ‘dode letter’  
gebleven – om redenen die overigens nooit grondig en systematisch zijn onder-  
zocht. Maar inmiddels zijn er tal van signalen, dat (jongere) artsen wel met werk aan  
de slag willen’ – iets dat zeker ook leeft binnen de besturen van de medische  
beroepsorganisaties. Daarom lijkt de tijd eindelijk rijp om dit dossier aan te pakken  
en komt de adviesaanvraag op een kansrijk moment – en ook geen moment te laat,  
gezien het belang van een zo gezond mogelijke beroepsbevolking, een cruciale  
randvoorwaarde voor behoud van onze productiviteit, concurrentiepositie en wel-

vaartpeil, inclusief voorzieningen als gezondheidszorg en sociale zekerheid. Dit klempt te meer vanwege tal van ontwikkelingen, die de komende jaren voor meer gezondheidsproblemen binnen de beroepsbevolking kunnen zorgen: vergrijzing/ontgroening, langer doorwerken, de verwachte sterke toename van chronische en life style aandoeningen, het opnemen van Wajongers en WGA'ers in het arbeidsproces enzovoort.

In dit licht bezien wil ik dan ook graag, zoals gevraagd door de SER-Cie, m'n beknopte visie geven op een wenselijke - en ook in de niet al te verre toekomst realiseerbare vorm van arbeidsgerelateerde zorg, inclusief enkele belangrijke randvoorwaarden.

### **EEN BEKNOPTE VISIE OP DE TOEKOMST VAN DE ARBEIDSGERELATEERDE ZORG, TOEGESPITST OP DE REGULIERE, CURATIEVE ZORG.**

Het SER middellange termijn (MLT) advies, met 5 mogelijke toekomstscenario's genoemd in kader 5.5. op pag. 73, kan ertoe leiden, dat op termijn de volgende, wenselijke situatie ontstaat, die voor alle partijen een win-win-situatie kan betekenen. Behandelend artsen zijn dan zodanig opgeleid en/of bijgeschoold, en ook anderszins (financieel) gefaciliteerd, dat zij – als iemand tussen pakweg 18 en 65 jaar zich met gezondheidsklachten tot hen wendt - naast andere medisch relevante vragen ook aan de orde stellen:

1. “Werkt U/hebt U werk? Zo ja, wat voor soort werk?”
2. “Kunnen uw klachten (mede) met het werk te maken hebben?  
Oorzakelijk – Worden de klachten (mede) veroorzaakt/verergerd door het werk? - of conditioneel: Belemmert de klacht/aandoening het werk, en vallen de werk-condities wellicht zo aan te passen - tijdelijk of ev. blijvend (bij chronische aandoeningen)- dat het werk kan worden hervat/voortgezet”
3. “Verzuimt U? Zo ja, wanneer denkt U weer te hervatten?  
Wat kan dat eventueel versnellen?”
4. “Hebt U een bedrijfsarts, en zo ja, is daarmee contact geweest?”

Huisartsen – tot wie de meeste werkenden zich wenden – beoordelen vervolgens:

1. Wat zij in relatie tot het werk zèlf kunnen doen aan nadere diagnosestelling, behandeling/ begeleiding;
2. Of zij een andere 1elijns/arbo-deskundige moeten consulteren, of
3. Moeten verwijzen naar een bedrijfsarts, die dan wel zo'n vertrouwenspositie moet hebben, dat de patiënt (èn behandelend arts) hem/haar zonder terughoudendheid alle medisch relevante informatie durven te verstrekken (ook over bv. mogelijke bedrijfsgebonden oorzaken, zoals stijl van leidinggeven, ruzie met de chef). Een bipartiet bestuurde, branche- of regiogerichte BGZ kan daaraan bijdragen (scenario 3).

Verwijzingen naar elders in de gezondheidszorg dienen zodanig plaats te vinden (en te worden 'gemonitord'), dat het risico op onnodig lang verblijf in het 'medisch circuit'- en daarmee het risico op medicalisering – zo veel mogelijk vermeden wordt. (Cave lange wachttijden, -lijsten e.d.). Behandeling/begeleiding vanuit de 1e lijn verdient daarbij (verre) de voorkeur.

De behandeling dient gericht te zijn op functioneel herstel, en niet gefixeerd op louter (100%) medisch herstel, en de werkenden zelf dienen er zo actief mogelijk bij betrokken te worden/c.q. te werken aan eigen herstel (*patient/workers empowerment*). Bovendien moet werkenden worden geadviseerd of zij medisch gezien (aangepast) door kunnen/mogen werken, in afwachting van een verwijzing, nader onderzoek of een (poli)klinische ingreep.

In de 1e en 2e-lijnvoorziening zijn ook mogelijkheden voor avondsprekuren ingebouwd, en bovendien is daar arbo-expertise beschikbaar (bijvoorbeeld een bedrijfsarts één/meerdere dagen/wk verbonden aan een reeks gezondheidscentra, en/of aan een ziekenhuis, voor consultatie dan wel verwijzing, en voorts ter zake geschoolde Praktijkondersteuners (POH'ers), bijvoorbeeld die voor de basis-GGZ).

#### Hoe?

Begonnen zou kunnen worden met inspanningen van alle stakeholders – met name ook zorgverzekeraars – om de Nederlandse huisartsen te helpen met het in praktijk brengen van hun Kernwaarde 6. Ook POH'ers kunnen daarbij een rol spelen. Dit zou mooi uitgeprobeerd kunnen worden in zogenaamde proeftuinen/regio's. Daarna kunnen, onder verwijzing naar de huisartsen, de inspanningen gericht worden op de medisch specialisten – eventueel vast te leggen in DBC's/DOTs. Zo kan 'werkende weg' gebouwd worden aan een arbeidsgerelateerde zorg, zoals beknopt hierboven, maar deels ook in scenario 2 (en wellicht ook 5) is geschetst."

Hiermee komt een voorlopig einde aan de wandeling door de tijd, op zoek naar maatschappelijk draagvlak voor arbeidsgerelateerde vernieuwing van de reguliere zorg. Dat draagvlak lijkt thans voldoende aanwezig om een begin te maken met die innovatie, bijvoorbeeld door varianten daarvan in proefregio's te gaan uitproberen, met steun van sociale partners en zorgverzekeraars. Naast wat daarover al gezegd is in Deel 1, heeft TNO daartoe ook een aanzet tot een onderzoeks- en implementatieprogramma ontwikkeld (Zie Bijlage 3).

Het woord is nu aan de betrokken stakeholders om mede op basis van wat er op 13-2-14 gezegd is, die vernieuwing daadwerkelijk gestalte te geven, te beginnen in de eerstelijns. Moge de in dit boekje opgeslagen kennis en ideeën daaraan een constructieve bijdrage leveren.

## REFERENTIES

1. Grond JTH, De Pater D. Arts en arbeidsongeschiktheid. MC 35 (1980) 37, 1131-1136.
2. Blonk, R.W.B. Het lukt niet zonder werk. Over psychische klachten, arbeidsparticipatie en herstel. [Oratie] PlantijnCasparie, Almere 2006. Zie ook: Waddel G, Burton K. Review on work, health and well-being. TSO, London, 2006.
3. Buijs PC Huisarts en arbeid: een blinde vlek? Het belang van aandacht in de eerste lijn voor 'werk', en van afstemming met bedrijfsartsen. TBV. 2013; 21(6): 256-61
4. Buijs PC. Curatieve gezondheidszorg, ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid [proefschrift]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1984. Zie ook SER (1998, noot 10), Panteia (noot 5) en Anema JR, Van Der Giezen AM, Buijs PC, Van Mechelen W. Ineffective disability management by doctors is an obstacle for return to work: a cohort study on low back pain patients sicklisted for 3 4 months. Occup Environ Med 2002 Nov;59(11):729-33.
5. De Groot MJW. Het ziekteverzuim en de functionering van het medisch apparaat: I. Kwantitatieve probleemstelling. M&O 21 (1967), p 3-24. Zie ook "Hoe meer soms minder kan zijn" Quick scan van ongewenste effecten van zorg op arbeidsparticipatie. Panteia, Zoetermeer, 2012
6. Zie voor De Groot ('58), Querido ('63), GAK ('66): noot 4.
7. KNMG Rapport Cie Scheiding Behandeling – Controle. MC24(1969), 1217-28.
8. zie bv. Draaisma D, Smulders PGW. Ziekteverzuim en het bedrijf. Leiden, NIPG/TNO, 1978
9. Zie noot 4, p 88-98.
10. SER-advies Sociale Zekerheid & Gezondheidszorg, 1998; SER Expertmeeting SER-expertmeeting 'Inbedding van de factor arbeid in de gezondheidszorg', 30-6-2009. Zie ook eindnoot 34
11. Kabinetsstandpunt inzake Sociaal-medische Begeleiding, Den Haag, 1-6-1992. Zie: Buijs, PC. Van verleden tot heden (deel 1): de periode tot begin jaren '90. Gebrek aan arbocuratieve afstemming jarenlang herkend maar niet erkend. TBV 2001; 9: 133-8.
12. Buijs PC De wetsvoorstellen TZ/Arbo en hun betekenis voor sociaal-geneeskundigen. TSG, Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen, 1994; 72:47-50.
13. CTSV-rapporten: zie: Buijs PC Van Ziektewet naar WULbZ. Med Contact 1996;51:9-10
14. "Eén Arts voor Arbeid en Gezondheid". Rapport van de gelijknamige NVAB-NVVG-Cie, Utrecht, 1991.
15. Martens ALJE, Buijs PC. Artsen en Arbeidsongeschiktheid. KNMG organiseert 'Invitational Conference' Med Contact 1991;46:1503-1506 ; Buijs PC, Mossink WGL. Artsen en Arbeidsongeschiktheid. Van knelpunten naar oplossingen. Med Contact 1993;48":459-462
16. Zie noot 4.
17. RJ van Amstel en PC Buijs. Voor verbetering vatbaar I (1997) en II (2000). Over samenwerking van bedrijfsartsen met huisartsen, resp. medisch specialisten, NIA TNO. Zie ook: Buijs PC, van Amstel R, van Dijk FJ. Dutch occupational physicians and general practitioners wish to improve co-operation. Occup Environ Med 1999 (56), 709-713.

18. Convenant van LHV en NVAB inzake samenwerking bij sociaal medische begeleiding. Utrecht, april 1997.
19. Buijs PC, Weel, ANH, Nauta NP, et al. Teaching general practitioners and occupational physicians to cooperate: Joint training to provide better care for European workers, Eur J Gen Pract 2009; 15 (3): 125-127.
20. Amstel R.J. van, Anema J.R, Jettinghoff K. ,Verbeek J.H., Nauta A.P, Putten D.J. van. Weinig veranderingen in kwaliteit van sociaal-medische begeleiding en tevredenheid bij patiënten met arbeidsverzuim, na samenwerkingsprojecten voor huis- en bedrijfsartsen Ned. Tijdschr Geneesk. 2005;149:2407-12.
21. Dijk FJH van, Buijs PC Meer aandacht voor werk. Een antwoord op de dreigende tweedeling in de zorg. Med Contact, 23-1-1998, 119-123;
22. Buijs, PC. Van verleden tot heden (deel 3): 1997-2001. De stroomversnelling van arbo-curatieve initiatieven. TBV 2001; 9: 206-11.
23. Anema JR, Buijs PC, Putten van DJ. Samenwerking van huisarts en bedrijfsarts. Een leidraad voor de praktijk. Medisch Contact 2001 (20): 790-93.
24. Special van De Huisarts en het TBV, maart 2001. Zie ook noot 22
25. Steenbeek R e.a. De juiste verwijzing. Evaluatieonderzoek verwijzfunctie bedrijfsarts. Eindmeting, TNO KvL, Hoofddorp, 2005
26. Evaluatie door Langman Economen, 2006
27. Gezondheidsraad. Beoordelen, behandelen, begeleiden. Medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Den Haag: Gezondheidsraad, 2005; publicatie nr 2005/10. ISBN 90-5549-570-0
28. Synergie in de keten van zorg en sociale zekerheid: utopie of realiteit? ATOS Consulting, Den Haag, 2008.
29. Onderzoek dat ertoe doet. RGO-rapport, Den Haag, 2008
30. Buijs PC, Heuvel F van de, Steenbeek R. Patiënten verwachten bij ziekteverzuim een prominente rol van de huisarts. H&W 2009; 52(3): 147-151
31. zie noot 28
32. C. Wevers, J. van Genabeek, R. Steenbeek, P. Buijs. Revalidatie en arbeid, investeren voor de toekomst: Verkenning naar het rendement van best-practices en toekomst-scenario's voor arbeidsgerichte revalidatie (KORTE PUBLIEKSVERSIE). TNO-rapport i.s.m. Revalidatie Nederland en het Revalidatiefonds, Hoofddorp, 2010.
33. Balen, Jacintha van et al., NHG-Standaarden doorgelicht op arbeid, Huisarts en Wetenschap, jaargang 2010, nummer 1:6-12
34. Buijs PC. Dossier 'Gezondheidszorg en arbeid' nog niet op orde. Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde 2006;14:24.
35. [http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k\\_implementatie/k\\_nhgstandpunten-toekomstvisie.htm](http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_implementatie/k_nhgstandpunten-toekomstvisie.htm)
36. Buijs PC, Heuvel F van de, Steenbeek R. Patiënten verwachten bij ziekteverzuim een prominente rol van de huisarts. H&W 2009; 52(3): 147-151
37. Andrea H, Metsemakers JFM, Kant Y, et al. Seeking help in relation to work – visiting the occupational physician or the GP Occup Med Lond 2004; 54: 419-421.
38. Gebaseerd op Anema e.a. 2001, zie noot 23

39. Zie bv. brief KNMG, LHV en NVAB, dd 22-7-2009 aan de ministers Donner (SZW) en Klink (VWS) om vanwege de vele knelpunten een nieuwe Adviesaanvraag aan de SER te sturen.
40. AStri. Onderzoek naar de positie van de bedrijfsarts. Eindrapport. Leiden, 29-6-2011,
41. Batenburg, R.S., Hasselt, D. van, Lee, I. van der. Knelpunten in de arbocuratieve samenwerking tussen bedrijfsartsen en de eerstelijnszorg. Utrecht, Nivel, 2012.
42. Zie bv. het actieplan "Gezond Bedrijf" (SZW, 2010) en de Nota 'Gezondheid dichtbij' (VWS, 2011), over geïntegreerde zorg ('ontschotting'), o.a. om tot betere afstemming huisarts-bedrijfsarts te komen.
43. Buijs PC, Driessen M, vd Klauw M, Structurele samenwerkingsrelaties tussen bedrijfsartsen en eerstelijns professionals. TNO Arbeid, Hoofddorp, 2012 (gebaseerd op een 18%-respons van alle NVAB-leden-bedrijfsartsen)
44. Buijs PC., Weel A.N.H. Blinde vlek voor arbeid in de gezondheidszorg: buitenlandse remedies voor Nederlands probleem? Eindverslag deel 1: Kennisverwerving, een door het ministerie van SZW gesubsidieerd project ('Aandacht voor arbeid', AVB-verplichtingennr. 237079) (Rapport nr. 018.10296.01.01.) Hoofddorp: TNO Kwaliteit van Leven, 2005.
45. Buijs PC, Gunneyon B, Weel C van. Primary health care: what role for occupational health? Editorial. BJGP 2012; 623-624.
46. WHO Field Survey in Thailand, Colombia, Phillipijnen, Italië, GOHNET 1e kwartaal 2013

# › **BIJLAGEN**

---



## BIJLAGE A

27 juni 2011  
11/11.204/TS/Bee

### NOTITIE

**Aan:** Dhr. drs. L.A.M. van Halder  
DG Ministerie Volksgezondheid, Welzijn en Sport

**C.c.:** dhr. R.W.P.A.M. de Leij

**Van:** mr. A.P.M.G. Schoenmaeckers

---

**Betreft:** Plaats van arbeid in de gezondheidszorg

---

#### **Doel van deze notitie**

VNO-NCW en MKB-Nederland zijn van mening dat in de gezondheidszorg meer aandacht moet zijn voor arbeid. Ook de ministeries van VWS en SZW<sup>1</sup> zijn van mening dat hieraan onder de noemer “bevorderen langdurige inzetbaarheid” een stimulans moet worden gegeven. De ministeries van VWS en SZW willen dit samen met werkgevers uitwerken. In deze notitie wordt daartoe in het kort de problematiek uiteen gezet. Op basis van deze notitie kan een eerste overleg tussen VNO-NCW, MKB-Nederland en de ministeries van VWS en SZW plaatsvinden.

#### **Probleemstelling**

In de reguliere gezondheidszorg is een tekort aan aandacht voor ‘werk’, waardoor mensen onnodig (lang) buiten het arbeidsproces raken. Dat is niet alleen slecht voor hun gezondheid en welzijn, maar het is ook niet in het belang van bedrijven en van de concurrentiepositie van Nederland. Deze problematiek is hardnekkig.

#### **Uitwerking van de probleemstelling**

Om een goed zicht op de problematiek te krijgen en oplossingen mogelijk te maken is het nodig dat oorzaken, achtergronden én oplossingsrichtingen in kaart worden gebracht en reeds ontwikkelde instrumenten ter verbetering op grote schaal worden uitgetoetst.

Bedrijven hebben de afgelopen jaren al veel ondernomen via preventie, samen met arbodiensten, zoals onder meer beschreven in het SER-advies ‘*Een kwestie van gezond verstand: breed preventiebeleid binnen arbeidsorganisaties*’ (2009). Dat advies vraagt evenwel ook aandacht voor het grote belang van snelle en adequate zorgverlening met aandacht voor de werksituatie aan werkenden met (dreigende) gezondheidsproblemen.

---

<sup>1</sup> Landelijke nota gezondheidsbeleid “Gezondheid dichtbij”, mei 2011

Uit onderzoek blijkt dat werkenden zich met gezondheidsklachten veelal als eerste tot de reguliere zorg wenden. Dan zijn vragen aan de orde als: gaat de reguliere zorg efficiënt met die problemen om, met aandacht voor en kennis van ‘werk’ als mogelijke oorzaak van ziekte, maar ook als aanpasbare omstandigheid waardoor mensen met een (chronische) aandoening toch kunnen (blijven) werken? Wordt er voldoende afgestemd met de arbozorg? Vaak wordt het (tijdelijk) niet deelnemen aan arbeid gezien als oplossing van de ziekte en/of het verzuimprobleem, terwijl lang verzuim het risico op *blijvend* buiten het arbeidsproces geraken sterk verhoogt met bewezen negatieve gevolgen voor gezondheid en welzijn van de werkende persoon. Dit betekent dat er winst te behalen is met een reguliere zorg die oog heeft voor arbeidgerelateerde aspecten van gezondheidsproblemen en daar sneller en adequater op reageert.

Het feit dat de reguliere zorg nog té vaak en té veel de ogen gesloten heeft voor de arbeidgerelateerde aspecten van gezondheidsproblemen en therapieën, klemt te meer door de te verwachten toename van gezondheidsproblemen binnen de beroepsbevolking als gevolg ontgroening/vergrijzing, verhoging van de pensioenleeftijd, verwacht sterke toename van chronische en *life style* aandoeningen, enzovoort.

Hierbij moet ook worden betrokken dat in de opleiding van bedrijfsartsen onvoldoende aandacht is voor arbeidgerelateerde aspecten van gezondheidszorg.

Veel werkgevers wijken vanwege die problemen al meerdere jaren noodgedwongen uit naar buiten-reguliere ‘2<sup>e</sup> lijns-arbovoorzieningen’: advies- en behandelcentra voor klachten van psyche, klachten van het bewegingsapparaat, en dergelijke. Kwaliteitstoetsen - gewoon in de reguliere zorg - ontbreken vaak, zodat onbekend is of je wel ‘waar voor je geld’ krijgt; wel gaat het vaak om flinke prijzen die toch betaald worden, omdat loondoorbetaling tijdens afwachten tot, of en in welke richting de reguliere zorg in beweging komt, naar verwachting nóg meer zal kosten. Waarmee werkgevers dus drievoudig belast worden: loondoorbetaling zonder prestatie, premie reguliere zorg én kosten buiten-reguliere zorg. Met alle gevolgen van dien voor de arbeidskansen van oudere werknemers en werknemers met een beperking.

Om deze al vele jaren spelende problematiek aan te pakken, willen VNO-NCW en MKB-Nederland samen met de ministeries van VWS en SZW en andere betrokkenen: sociale partners, zorgverzekeraars, medische wereld, etcetera samenwerken om tot een goede probleemanalyse en vooral ook tot gecoördineerd handelen te komen. Van belang is om een grondige analyse van de problematiek en haar hardnekkigheid te maken, uitmondend in oplossingsrichtingen en aanknopend bij het Regeerakkoord - m.n. het voornemen tot versterking van de eerstelijnszorg en dan inclusief aandacht voor arbeid - de Landelijke Nota gezondheidsbeleid “Gezondheid dichtbij” en bij eerdergenoemd SER-advies.

Minstens zo belangrijk is het om al ontwikkelde instrumenten op groter schaal ter verbetering in de praktijk uit te proberen en te implementeren - m.m.v. bedrijven uit onze ledenkring - en de resultaten bijvoorbeeld te presenteren op een conferentie met deelname van alle stakeholders, ook om thema en ‘marsroute’ nationaal te agenderen.

Uiteraard zijn er nog tal van andere manieren, waarop deze problematiek kan en zeer waarschijnlijk ook moet worden ‘aangevlogen’ voor het bewerkstelligen van een blijvende omslag. Bijvoorbeeld het verplicht opnemen van aandacht voor arbeid in relevante DBC’s.

Tenslotte kan in dit kader ook worden genoemd de voorbereiding en nabewerking van de WHO-TNO Conference '*Primary Care & Work*'<sup>2</sup>, ook al vanwege het specifieke doel ervan: het opstellen van een *global research and action agenda*. De problematiek uit deze notitie is namelijk geen uniek Nederlands verschijnsel - een gegeven, dat het aanpakken ervan voor Nederland beslist niet minder dringend maakt.

**Conclusie**

VNO-NCW en MKB-Nederland willen met de ministeries van VWS en SZW overleggen over de wijze waarop een structurele vergroting van de aandacht voor arbeid in de gezondheidszorg kan worden bereikt.

---

<sup>2</sup> Deze conferentie vindt plaats eind 2011 in Den Haag en wordt gesteund door ILO, ISSA (International Social Security Association), ICOH en Wonca (internationale organisaties van bedrijfs-, resp. huisartsen).

**BIJLAGE B**

**Een gezonde beroepsbevolking, kurk van onze welvaart**

**Elementen voor een Regeerakkoordtekst m.b.t. raakvlak gezondheidszorg-arbeidsmarkt-sociale zekerheid, met besparingspotentie van 2 miljard euro/jaar:**

‘Om ons welvaartpeil te behouden – inclusief voorzieningen als gezondheidszorg en sociale zekerheid – is de gezondheid van de beroepsbevolking van groot belang. Die komt toenemend onder druk door vergrijzing/ontgroening, langer doorwerken en de verwachte sterke groei van chronische en *life style* aandoeningen. Om daaraan het hoofd te bieden is naast versterkte inspanning van de overheid, sociale partners, arbozorg en de werkenden zelf, nadrukkelijk ook de aandacht en inzet nodig van de reguliere gezondheidszorg t.a.v. ‘arbeid’, en vooral voor behoud of verwerven van werk. De voornemens van de huisartsen in dezen\* verdienen alle steun.’

**Korte toelichting:** Sociale partners<sup>1</sup>, de Ministeries van VWS en SZW<sup>2</sup>, de artsorganisaties<sup>3</sup> en deskundigen<sup>4</sup> geven aan dat er m.b.t. behoud van werk nog een groot terrein braak ligt: *gebrek aan aandacht binnen de zorg voor de factor ‘werk/arbeid’*. Volgens een 1<sup>e</sup> voorzichtige kwantificering van TNO<sup>5</sup> valt hier met kwaliteitsverbetering zo’n 2 miljard euro/jr te besparen (i.p.v. te bezuinigen).

[Peter.buijs@tno.nl](mailto:Peter.buijs@tno.nl), 14-9-2012

---

\*gedoeld wordt op de zomer 2011 geformuleerde Kernwaarden van het NHG (Nederlands Huisartsen Genootschap), waar ‘werk’ uitdrukkelijk benoemd wordt: KW 1. ‘De huisarts houdt rekening met individuele kenmerken van de patiënt en diens context, zoals leef- en werkomgeving.’ en vooral KW 6: ‘De huisarts heeft een signalerende taak t.a.v. (dreigende) arbeidsgerelateerde gezondheidsproblemen en werkt zo nodig samen met de bedrijfsarts.’ Echter, ook wordt eerlijk gesteld dat hier ‘werk aan de winkel is’: “In praktijk blijken huisartsen deze taak nog onvoldoende te vervullen.”

<sup>1</sup> Zie bv. de brief van VNO-NCW en MKB-Nederland aan de DG’en van VWS en SZW, dd 27-6-2011

<sup>2</sup> Zie bv. hun brief aan de TK dd 30-3-2012

<sup>3</sup> Zie bovengenoemde NHG Kernwaarden

<sup>4</sup> Zie bv. oud-minister van VWS en SZW AJ de Geus in z’n rede voor het Verbond van Verzekeraars, dd 7-6-2012

<sup>5</sup> Steenbeek R, Hooftman W, Geuskens G, Wevers C. Cost of health related non-participation and the contribution of health care (In Dutch). TNO report, March 2010.

## BIJLAGE C

### II. Actieprogramma: doel en opzet (uit Schets tbv ZonMw, jan 2012)

**II. 1. Het doel** van het actieprogramma voor implementatie op het terrein van gezondheidszorg en arbeid is het identificeren en het nieuw ontwikkelen, in nauwe samenwerking met bedrijven en instellingen, van geïntegreerde arbeidsrelevante zorgvoorzieningen en instrumenten. Deze in meer en mindere mate experimentele aanpakken dienen te leiden tot/bij te dragen aan een curatieve gezondheidszorg, die meer op 'arbeid' is gericht, waarin professionals geleerd hebben attent te zijn op het belang van (het verkrijgen/ behouden van) werk:

- door na te gaan of er een causale of conditionele relatie is tussen de medische klacht en het werk;
- door zelf waar nodig snel en adequaat te (be)handelen/begeleiden, en de toegang tot zorg voor werkenden te optimaliseren;
- door gericht te verwijzen, met vermindering van wachtlijsten, wacht- en doorlooptijden - en door goede afstemming met de arbozorg/bedrijfsarts, en zo nodig verwijzing daarheen;
- door in het geval van chronische aandoeningen zo optimaal mogelijk functioneel herstel, lange termijn loopbaanadvies in samenwerking met de werkgever voorop te stellen;
- door gebruik te maken van nieuwe technologie en ICT;
- en dit alles met actieve betrokkenheid van de patiënt/werknemer.

Eén van de doelen van deze schets is partijen te interesseren om te participeren in het programma, en arbo-curatieve zorgvernieuwingen aan te melden en verder te ontwikkelen. De nadere opzet en invulling hangt mede af van deze aanmeldingen. Drie **kernelementen** zijn daarbij van groot belang:

- Arbeidsgerichte eerstelijnsgezondheidszorg en het inbrengen van de factor arbeid in specifieke klinische settings;
- Systematiseren en *mainstreaming* van geïntegreerde zorg op het terrein van de curatieve gezondheidszorg en arbeid;
- Zelfmanagement/empowerment en eigen regie van patiënt/werknemer.

Om de implementatie van deze aanpakken te laten leiden tot een structurele zorgvernieuwing is het noodzakelijk de **vernieuwing op vier niveaus** te implementeren en te verankeren:

1. Op systeemniveau (afspraken, regelingen, arrangementen);
2. Op actorniveau (professionals en hun organisaties, die het in de praktijk moeten waarmaken),
3. Op productniveau (herkenbare aantrekkelijke dienstverlening)
4. Op niveau van de patiënt/werknemer (zelfmanagement).

Het is de bedoeling om in een **business case** de meerwaarde en opbrengst van deze aanpak aan te tonen, waarbij de innovaties van geïntegreerde zorg moeten leiden tot:

- a. meer preventie;
- b. betere toegankelijkheid;
- c. hogere ervaren kwaliteit;
- d. grotere doelmatigheid.

### II.2 Eerste inhoudelijke invulling

In afwachting van nadere besluitvorming over het opstellen van een Kennissynthese n.a.v. Deel I volgt hier een eerste schets van een inhoudelijke invulling van een op implementatie gericht Actieprogramma. Dat dient allereerst voor verdere discussie en aanvulling in deze 'Schets-fase', en moet later verder uitgewerkt worden in het kader van het opstellen van een definitief, volwaardig ZonMw-programma, bij voorkeur in samenspraak met de direct betrokken stakeholders, met name de curatieve professionals, sociale partners, patiëntenorganisaties, verzekeraars en overheid.

#### Programma op hoofdlijnen

1. Implementeren, monitoren en evalueren van innovatieve instrumenten/experimenten, gericht op curatieve zorg, die rekening houdt met 'werk' en beter afstemt met de arbozorg;
2. Activeren van de betrokkenheid van de patiënt (empowerment);

3. Inventariseren van het aanbod/instrumentarium van zorgverzekeraars op het snijvlak van gezondheidszorg en 'Arbeid'.
4. Opstellen van een eisenpakket ter zake van sociale partners richting zorgverzekeraars;
5. Internationaal verkennen van deze problematiek en van oplossingsrichtingen en onderzoeksmogelijkheden, om te beginnen in Europa
6. (PM. Vertalen van relevante resultaten in modules voor de opleiding van professionals in de zorg;)

**Mogelijke speerpunten:**

1. Het implementeren van reeds ontwikkelde instrumenten als
  - De Leidraad Afstemming huisarts-bedrijfsarts;
  - De richtlijn aanpak psychische arbeid-gerelateerde problematiek door huisartsen, in afstemming met bedrijfsartsen (PVA-pilot),
  - Andere relevante richtlijnen of preventieconsulten,;
  - Arbeidsanamnese Medisch Specialisten (een 'halffabrikaat, per specialisme te verfijnen)
  - Reisgids voor de zieke werknemer', als voorbeeld van patient empowerment;
  - Pilots met een bedrijfsarts, toegevoegd aan een aantal gezondheidscentra
  - (Toolbox voor de huisarts (nog in ontwikkelfase))
2. Het aansluiten bij de uitkomsten van de drie samenwerkingsprojecten, aangekondigd in de brief van De Krom dd 28-9-2011, i.h.b project 2: samenwerking van bedrijfsartsen met huisartsen, fysiotherapeuten en 1<sup>e</sup> lijnpsychologen
3. Inventarisatie van bestaande geïntegreerde zorgpraktijken;
4. Ontwikkelen van innovatieve vraaggestuurde initiatieven;
5. Selecteren van de drie/vijf belangrijkste chronische aandoeningen, waar huisartsen een begeleidende rol zien en/of waarvoor ketenzorg ontwikkeld is, in samenhang met mogelijkheden/kansen voor effectuering van:
6. Self management, patient empowering, en/of
7. Het bereid vinden tot medewerking van Wetenschappelijke Verenigingen van enkele medisch specialismen, bv. Revalidatie, orthopedie, longziekten, cardiologie
8. Betere afstemming huisarts-bedrijfsarts;
9. Geïntegreerde vertaling van bovenstaande in de opleiding voor huisarts- of bedrijfsarts;
10. Verhogen van kennis over 'arbeid-gezondheid' in de Eerstelijnszorg, met name bij huisartsen.
11. Internationale exploratie van kansen op meer aandacht voor werk/occupational health in Primary Health Care, aansluitend bij het internationale SIG-project en de WHO Conferentie;

Daarnaast kunnen onderstaande onderwerpen geschikt zijn voor deelprojecten:

1. Invlechten van aandacht voor werk in DBC's
2. De relatie werk-medicijngebruik (bijwerkingen (bv sufheid), effecten therapietrouw e.d.)
3. Wachtkameronderzoek met patiënten vragenlijsten
4. Adviseren door behandelend arts over wel/niet doorwerken in afwachting van nader onderzoek en/of behandeling



De snel veranderende arbeidsmarkt vraagt veel flexibiliteit en aanpassingsvermogen van werkenden en niet-werkenden. Meer dan ooit is een gezonde, vitale en goed opgeleide beroepsbevolking van levensbelang, voor de werkenden zelf én voor Nederland. Een effectieve gezondheidszorg, die volop rekening houdt met het werk van mensen, is een essentiële pijler om de beroepsbevolking gezond en vitaal te houden en werkenden, ook met een beperking of chronische aandoening, naar vermogen te laten functioneren in hun werk.

In dit boekje wordt nader ingegaan op de vraag wat de (eerstelijns) gezondheidszorg kan bijdragen aan een vitale, productieve beroepsbevolking. En op de mogelijkheden om met het noodzakelijke draagvlak van de verschillende belanghebbende partijen tot daadwerkelijke verbetering te komen.

Dit boek is uitgegeven naar aanleiding van het TNO symposium Zorg voor Werk op 13 februari 2014, waar al deze partijen hierover van gedachten wisselen. Dit symposium is in samenwerking met de Stichting van de Arbeid georganiseerd onder de titel 'Zorg voor werk: hoe kan de (eerstelijns-)zorg bijdragen aan een gezonde beroepsbevolking?'. In het eerste deel van deze publicatie beschrijven we, mede op basis van interviews met een groot aantal stakeholders, onze visie en geven we enkele voorbeelden van nieuwe experimenten. Echter, zonder de benodigde bagage is het lastig om nieuwe succesvolle paden in te slaan. Daarom wordt in het tweede deel de rijke, maar ook weerbarstige geschiedenis van dit onderwerp beschreven. Dit deel is weergegeven als een wandeling met Peter Buijs door de tijd, op zoek naar maatschappelijk draagvlak voor arbeidsgerelateerde zorgvernieuwing. Peter, die zich vanaf 1980 intensief met dit onderwerp heeft bezig gehouden, sluit zijn loopbaan bij TNO af met dit symposium en deze publicatie.

Met deze uitgave wil TNO het gesprek aangaan hoe wij samen met partners vorm kunnen geven aan de toekomst van een effectieve gezondheidszorg, waarin volop rekening wordt gehouden met het werk van patiënten.