

Samenvatting Thema 1

Onderzoeksprogramma Arbeid en Gezondheidszorg



April 2010

Universiteit Maastricht

TNO Kwaliteit van Leven/ Arbeid

*Frans Nijhuis, Nicole Hoefsmit en Inge Houkes
Cees Wevers, Peter Buijs, Romy Steenbeek en
Joost van Genabeek, Wendela Hooftman en Goedele
Geuskens*

Plexus

*Marc Berg, Neeltje van Krieken, Sanneke de Smit en
Johanneke Maenhout*

Dit document is de samenvatting van thema 1 van het onderzoeksprogramma Arbeid en Gezondheidszorg. Thema 1 bestaat uit de volgende deelprojecten:

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

Deze samenvatting is bedoeld als achtergrondinformatie ter voorbereiding op de conferentie van 13 april. In beknopte vorm beschrijft deze samenvatting de onderzoeksresultaten van de verschillende deelprogramma's.

Meer informatie over het onderzoeksprogramma en de individuele onderzoeksrapporten vindt u op www.arbeidenzorg.com.



Inhoudsopgave Samenvatting

Samenvatting Thema 1	1
Onderzoeksprogramma Arbeid en Gezondheidszorg	1
1. Inleiding	3
1.1. Aanleiding	3
1.2. Onderzoeksprogramma & onderzoeksvraag	3
1.3. Opbouw onderzoeksprogramma en samenvatting	4
2. Beschrijving van het huidige systeem	4
3. Kosten van gezondheidsgerelateerde non-participatie	7
3.1. Totale kosten van gezondheidsgerelateerde non-participatie zijn hoog	7
3.2. Kosten zullen stijgen in de toekomst	10
3.3. Vermijdbare kosten van non-participatie	10
3.4. Verbeterpunten kosten non-participatie	11
4. Oorzaken van systeemfalen op het gebied van Arbeid en Gezondheidszorg	11
4.1. Oorzaken voor systeemfalen vanuit de praktijk van aanbod en vraag	12
4.1.1. Aanbodzijde	12
4.1.2. Vraagzijde	13
4.2. Theoretische onderbouwing van het systeemfalen	14
4.3. Internationaal	16
5. Mogelijke oplossingsrichtingen	17
5.1. Kennisvragen experimenteel onderzoek	17
5.2. Voorwaarden experimenteel onderzoek	17



1. Inleiding

1.1. Aanleiding

Naar verwachting ontstaan de komende jaren structurele tekorten op de arbeidsmarkt als gevolg van de vergrijzing van de bevolking. Als basisvoorwaarden voor een sterke economie is er een toenemende behoefte om mensen langer gezond, fit en productief aan het werk te houden.

Door tal van maatregelen zijn de afgelopen jaren ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid teruggedrongen. Op één terrein lijkt echter nog de nodige gezondheidswinst te behalen: de reguliere, curatieve gezondheidszorg. De relatie van de zorg met arbeid is niet optimaal ondanks recente veranderingen in wetgeving. Zo constateerde de SER in 1998 structurele belemmeringen in de gezondheidszorg voor het optimaal behandelen van arbeidsrelevante aandoeningen en gezondheidsklachten. Ter verbetering hiervan hebben sindsdien beleidsaanbevelingen, onderzoeken en stelselwijzigingen in de sociale zekerheid en gezondheidszorg plaatsgevonden. Niettemin stelt de SER 10 jaar later in het advies 'Een kwestie van gezond verstand' (2009), dat er, ondanks lichte vooruitgang, toch nog veel te verbeteren valt. Er lijkt nog steeds sprake van een hardnekkig gebrek aan responsiviteit vanuit de curatieve gezondheidszorg en verzekeraars en van een onvermogen van werkgevers en werknemers om adequaat de regie in handen te nemen. Bovendien blijkt het lastig om verbeteringen op grote schaal toe te passen. Toch valt hier nog een grote gezondheidswinst te behalen, wanneer succesvolle praktijken worden uitgebreid.

1.2. Onderzoeksprogramma & onderzoeksvraag

Eind 2008 ging een groot onderzoeksprogramma van start onder de titel 'Arbeid en gezondheidszorg', gesubsidieerd door Stichting Instituut Gak, en uit te voeren door Plexus, TNO Kwaliteit van Leven / Arbeid en de Universiteit Maastricht. De focus van dit programma is het analyseren en het doorbreken van het systeemfalen op het gebied van gezondheidszorg en arbeid. We gaan hierbij uit van de systeemdefinitie van Scott (1987): 'a coalition of shifting interest groups that develop goals by negotiation; the structure of the coalition, its activities, and its outcomes are strongly influenced by environmental factors'. Er zijn aanwijzingen dat het systeem 'gezondheidszorg en arbeid' faalt: het collectief van actoren (overheid, verzekeraars, werkgevers, werknemers, professionals) blijkt onvoldoende in staat om de beoogde gezonde en productieve arbeidsdeelname van werkenden te bevorderen.

Het programma richt zich op het traject vanaf het klachten krijgen, ziekmelden, werken aan medisch/ functioneel herstel, tot aan de werkhervatting, of – als dat niet lukt – tot re-integratie vóór 'einde wachttijd' van twee jaar. Binnen het programma onderzoeken we de wijze waarop werkgever en werknemer een grotere (zelf)regie kunnen krijgen in dit traject, en hoe de zorgaanbieders de zorgvraag adequater kunnen beantwoorden. De centrale vragen in dit onderzoeksprogramma zijn:

- Wat zijn kenmerken en oorzaken van het systeemfalen op het gebied van arbeid en zorg?
- Wat zijn mogelijke oplossingen om deze knelpunten te doorbreken?



1.3. Opbouw onderzoeksprogramma en samenvatting

Het onderzoeksprogramma is opgedeeld in twee thema's;

In thema 1 van het programma onderzoeken we de achtergronden van het gemeenschappelijk falen van de gezondheidszorg, verzekeraars, werkgevers en werknemers. Om de vraag goed te beantwoorden is deze vanuit meerdere invalshoeken belicht:

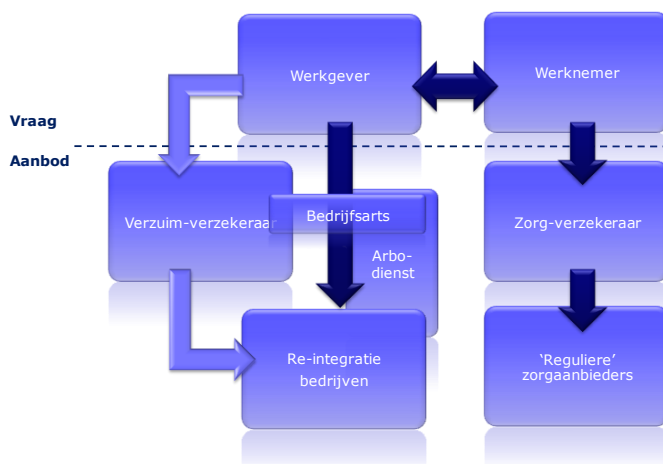
- Beschrijving van de vraagzijde, ontwikkelingen en uitdagingen (Universiteit Maastricht)
- Beschrijving van de aanbodzijde, ontwikkelingen en uitdagingen (Plexus)
- Objectiveren van de kosten van gezondheidsgerelateerde non-participatie en schatting van vermijdbare kosten (TNO)
- Analyse van achtergronden en oorzaken van het systeemfalen (TNO).

In thema 2 gaat het om het opzetten van experimenten om mogelijke oplossingen uit te proberen die aantoonbare inspirerende meerwaarde hebben. Deze fase – “Wat zijn mogelijke oplossingen?” - bestaat uit het opzetten en evalueren van een aantal experimenten, met als doel de in thema 1 beschreven knelpunten structureel te doorbreken.

Deze samenvatting van thema 1 is als volgt opgebouwd: In hoofdstuk 2 beschrijven we de belangenkaart binnen het systeem van arbeid en gezondheidszorg. Dit wordt gevolgd door hoofdstuk 3 waarin we de grootte van het systeemfalen belichten: hoe hoog zijn de kosten van non-participatie? Welke van deze kosten zijn vermijdbaar? In hoofdstuk 4 schetsen we de oorzaken van het systeemfalen vanuit de praktijk en theorie van vraag- en aanbod op macro, en micro niveau. In het laatste hoofdstuk schetsen we de kaders voor de mogelijke oplossingsrichtingen in de interventiefase. Voor meer informatie over de individuele deelprojecten zie www.arbeidenzorg.com.

2. Beschrijving van het huidige systeem

In Nederland is het systeem van gezondheidszorg en arbeid de afgelopen jaren ingrijpende veranderd door de invoering van nieuwe wetgeving en nieuwe bekostigingssystematieken. In de gezondheidszorg vindt een kanteling plaats van een aanbodgerichte naar vraaggerichte zorg, met invoering van de zorgverzekeringswet, en bekostiging via DBCs en (in de AWBZ) Zorgzwaarte Pakketten (ZZPs). In de arbowetgeving is meer regie neergelegd bij werkgever en werknemer onder andere door Wet Verbetering Poortwachter en de nieuwe Arbo-wet.



Dit hoofdstuk beschrijft de wettelijke context voor het handelen van de actoren binnen het systeem. Eerst wordt ingegaan op de zorgvragers: de werknemer en werkgever. Vervolgens wordt aandacht besteed aan de zorgaanbieders: de curatieve zorg, arbocuratieve zorg en re-integratiebedrijven, evenals de verzekeraars op het snijvlak van arbeid en zorg. Iedere paragraaf beschrijft de formele taken van de actor, naast wettelijke veranderingen in deze taken.



Zorgvrager(s): Werkgever en Werknemer

Volgens de wet zijn werkgever en werknemer gezamenlijk verantwoordelijk voor een spoedige terugkeer naar werk. Werknemers en werkgevers hebben hierbij te maken met verschillende wettelijke verplichtingen. Zo is de werkgever wettelijk verplicht om zijn verzuim- en arbobeleid goed te regelen. Bovendien rust op de werkgever de wettelijke plicht om het loon van zieke medewerkers door te betalen voor maximaal 2 jaar met een maximum van 170% (Wet verlenging loondoorbetaling, 2004). Een basisaanname is dat de gemiddelde werknemer de wens heeft om te participeren in de samenleving, en ook aan het werk wil blijven. Voor de zieke werknemer bestaat een (financiële) prikkel om zich in te spannen het werk zo snel mogelijk te hervatten. Als de werknemer weigert mee te werken aan zijn of haar re-integratie dan kan de werkgever toestemming krijgen om de loondoorbetaling stop te zetten. Verder riskeert de werknemer daarmee na twee jaar een korting op de WIA- (of WW-)uitkering.

Naast deze wettelijke verplichtingen betekent een werknemer die verzuimt door ziekte, productieverlies voor de werkgever. De werkgever maakt daarnaast vaak nog extra kosten door het inzetten van tijdelijke vervanging van de zieke werknemer.

Zorgaanbieders: Reguliere gezondheidszorg¹

Onder reguliere zorgaanbieders verstaan we binnen dit project alle zorgaanbieders die vallen binnen de zorgverzekeringswet, zoals huisartsen, psychologen, fysiotherapeuten en specialisten. Uit gegevens van het RIVM blijkt dat jaarlijks ruim 3.100 euro per hoofd van de werkende en niet-werkende beroepsbevolking wordt uitgegeven aan deze zorg, wat neerkomt op een kleine 7% van het BBP.

Een zieke medewerker gaat vaak op eigen initiatief naar de huisarts. De zieke werknemer kan met zijn klachten ook terecht bij de bedrijfsarts. Als de klachten van medische aard zijn verwijst de bedrijfsarts de werknemer door naar de huisarts of de tweedelijnszorg. De huisarts vervult samen met de bedrijfsarts de poortwachterfunctie op de scheidslijn van gezondheidszorg en arbeid. Zowel de huisarts als de bedrijfsarts kunnen de medewerker verwijzen naar de tweedelijnszorg (specialistische zorg, geestelijke gezondheidszorg) of andere eerstelijnszorgaanbieders (fysiotherapeut, ergotherapeut, etc).

Door de invoering van een nieuwe financieringsstructuur in 2006 met diagnosebehandelcombinaties (DBC's) hebben zorgverleners in ziekenhuizen en GGZ-instellingen meer ruimte gekregen om de zorg naar eigen inzicht te organiseren. De zorgverzekeraars betalen, afhankelijk van de diagnose, een vaste prijs voor de totale zorg die wordt verleend aan de patiënt: de DBC. Doel van deze beleidsverandering is het verhogen van de efficiëntie en kwaliteit van zorg.

De bedrijfsarts en arbodienst

Volgens de wet is iedere werkgever verplicht om een bedrijfsarts te contracteren. De bedrijfsarts is een onafhankelijke deskundige op het terrein van arbeid en gezondheid. Hij kan de belasting en belastbaarheid van de werknemer in relatie tot diens werk beoordelen en de werkgever hierover adviseren. Tevens kan de bedrijfsarts de zieke werknemer begeleiden om het werk zo spoedig mogelijk te hervatten. De bedrijfsarts kan daartoe verwijzen naar

¹ Wanneer we in dit document spreken van gezondheidszorg bedoelen we de reguliere, curatieve gezondheidszorg die valt onder de zorgverzekeringswet.



gespecialiseerde centra en de reguliere zorg. Dit laatste is pas mogelijk sinds 2004; hiervoor was het nodig dat een bedrijfsarts de zieke werknemer eerst naar de huisarts verwees. Bij verzuim van een werknemer langer dan 1 week meldt de werkgever dit aan de bedrijfsarts. Wanneer de bedrijfsarts het idee heeft dat het verzuim langer gaat duren dan 6 weken, brengt hij een advies uit richting de werkgever en werknemer over de aanpak van het vervolgtraject en de mogelijke werkhervatting.

Er zijn 37 arbodiensten geregistreerd bij de Raad voor Werk en Inkomen (RWI). Arbodiensten zijn er om de werkgever te ondersteunen bij een goede uitvoering van het arbo- en verzuimbeleid. De dienstverlening van de arbodienst kan variëren van het leveren van een bedrijfsarts tot aan het verzorgen van het gehele arbo- en verzuimbeleid. Sinds 1998 is het voor werkgevers verplicht om zich bij een arbodienst aan te sluiten. In juli 2005 is deze wet versoepeld en kunnen ook maatwerkcontracten worden afgesloten. In deze nieuwe wet (wet 'gewijzigde organisatie van deskundigenbegeleiding bij het arbeidsomstandighedenbeleid' ook bekend als de wet 'maatwerk arbodienstverlening') zijn werkgevers nog steeds verplicht om zich deskundig te laten ondersteunen bij hun arbobeleid. Deze deskundige hoeft echter geen arbodienst meer te zijn: het kan ook een andere partij zijn die in arbodienstverlening is gespecialiseerd.

Re-integratie- en interventiebedrijven

Re-integratiebedrijven² begeleiden 'zieke' werknemers bij het vinden van gepast werk binnen of buiten het bedrijf. Het gaat veelal om werknemers die door ziekte voor een langere tijd zijn uitgevallen. Interventiebedrijven richten zich op specifieke verzuimoorzaken zoals rug- en burn-out klachten. Hierbij vindt overlap plaats van de zorg die ook door de reguliere zorg geleverd kan worden. Re-integratie en interventiebedrijven kunnen door verschillende partijen gecontracteerd worden: de werkgever (mogelijk via de bedrijfsarts); de zorgverzekeraar; andere re-integratiebedrijven en arbodiensten. Ongeveer de helft van de werkgevers maakt gebruik van een re-integratiebedrijf. Het aantal re-integratie en interventiebedrijven is sinds 2004 meer dan verdubbeld. Omdat het hier doorgaans (zeer) kleine aanbieders betreft, waaronder vele eenmanszaken, betekent de groei van het aantal aanbieders niet direct dat het totale marktvolume is toegenomen. Integendeel, het bedrag dat opdrachtgevers op de re-integratiemarkt besteden, is de afgelopen jaren gedaald.

Verzekeraars op het grensvlak van arbeid en gezondheidszorg

In Nederland kennen we twee typen verzekeraars die risico's van zorg en arbeid verzekeren: de zorgverzekeraars en inkomensverzekeraars (ook wel verzuimverzekeraars genoemd). Sinds 1 januari 2006 is de nieuwe zorgverzekeringwet (ZVW) van kracht. In de ZVW is geregeld dat iedereen die in Nederland woont en/of loonbelasting betaalt, verplicht is een basisverzekering bij een zorgverzekeraar af te sluiten. Elke zorgverzekeraar biedt een dergelijke basispolis aan en zij zijn verplicht verzekerden hiervoor te accepteren. Werkgevers betalen mee aan de premie van de basisverzekering van de werknemers. Naast de verplichte basisverzekering kan vrijwillig een aanvullende verzekering worden afgesloten, waarvoor geen acceptatieplicht geldt voor de verzekeraar. De kerntaak van de zorgverzekeraar is het inkopen van zorg namens hun verzekerden. Dit komt neer op het contracteren van kwalitatief goede zorg tegen een marktconforme prijs.

De inkomensverzekeraar verzekert het verzuimrisico van een zieke werknemer voor de werkgever door de kosten van de loondoorbetaling (gedeeltelijk) te vergoeden. Inkomens-

² Re-integratiebedrijven en arbodiensten worden vertegenwoordigd door de brancheorganisatie Boaborea



verzekeraars hebben daardoor een direct financieel belang bij beperking van het verzuim en het bevorderen van re-integratie. Sommige verzekeraars hebben daarom ook zakelijke banden met arbodiensten en re-integratiebedrijven om de hun klanten-werkgevers geïntegreerde diensten te kunnen bieden gericht op het terugdringen van het verzuim.

3. Kosten van gezondheidsgerelateerde non-participatie

Gezondheidsproblemen kunnen leiden tot een verminderde deelname aan het arbeidsproces. We spreken van gezondheidsgerelateerde non-participatie wanneer werkenden vanwege gezondheidsproblemen (tijdelijk) niet volwaardig deel kunnen nemen aan het arbeidsproces. In dit deelprogramma hebben we gekeken naar de omvang, vanuit kostenperspectief, van 'gezondheidsgerelateerde non-participatie'. We maken hierbij voor de beroepsbevolking onderscheid naar kosten van verzuim, uitstroom uit arbeid, 'sickness presenteeism' en gezondheidszorg. Deze analyses geven inzicht in wat gezondheidsgerelateerde non-participatie de werkgever, de werknemer en de maatschappij kost, uitgesplitst voor verschillende ziekten. Naast de schatting van de huidige kosten is gekeken naar mogelijke ontwikkelingen in de nabije toekomst. Ten slotte hebben we bekeken welke kosten mogelijk vermijdbaar zijn omdat vermijdbare kosten een indicatie zijn voor systeemfalen. De getallen die we presenteren zijn gebaseerd op verschillende aannames en keuzes. Deze keuzes kunnen zowel tot onderschattingen (sickness presenteeism, gezondheidszorg), als tot overschattingen (verzuimkosten per aandoening, ook gezondheidszorg) van de totale kosten leiden, en zijn dus van invloed op de absolute hoogte van een kostenpost. Kortom het blijven benaderingen. De bevindingen zijn wel in die zin uniek dat nog niet eerder de 'gezondheidskosten' voor de werkende beroepsbevolking in kaart zijn gebracht.

3.1. Totale kosten van gezondheidsgerelateerde non-participatie zijn hoog

Veel werknemers met chronische aandoeningen

Uit de Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden (NEA) blijkt dat een substantieel deel, namelijk eenderde van de werkende beroepsbevolking (ruim 3 miljoen werknemers), last heeft van één of meerdere chronische aandoeningen. Deze chronische aandoening kan werknemers beperken bij het uitvoeren van hun werk. Ongeveer de helft van de werknemers met een chronische aandoening (49%) geeft aan door de aandoening beperkt te worden bij het uitvoeren van het werk: ruim 4 op de 10 in lichte mate en bijna 8% ernstig beperkt. Het gelijktijdig optreden van twee of meer verschillende chronische aandoeningen (co-morbiditeit) komt bij een kwart van de werknemers met een chronische aandoening voor. Werknemers met twee of drie aandoeningen ervaren duidelijk vaker beperkingen bij het uitvoeren van werk dan werknemers met één aandoening. Ook lijken de beperkingen vaker ernstig van aard te zijn.

Kosten verzuim

Gemiddeld verzuimde de Nederlandse werknemer 7,5 werkdagen (NEA 2008). Met een ruwe schatting komt dit neer op een kleine 13 miljard euro per jaar voor alle soorten verzuim (kort, lang, frequent). In de analyses concentreren wij ons op extra verzuim dat samenhangt met het hebben van een chronische aandoening. Werknemers zonder chronische aandoening verzuimden gemiddeld 4,9 dagen, terwijl werknemers met een chronische aandoening,



afhankelijk van het type aandoening, tussen de 7 en de 42 dagen verzuimden. Werknemers met chronische aandoeningen verzuimen dus aanmerkelijk meer. De verzuimkosten per aandoening geven de kosten van verzuimdagen die een werknemer met die aandoening meer verzuimt dan de 4,9 dagen die een werknemer zonder aandoening gemiddeld verzuimt. Aandoeningen van het bewegingsapparaat zijn met een totaal kostenplaatje van 2,4 miljard euro veruit de duurste aandoeningen, gevolgd door psychische klachten/aandoeningen (1,1 miljard) en hart- en vaatziekten (0,7 miljard per jaar). Als comorbiditeit in aanmerking wordt genomen zijn de kosten voor een werknemer met een combinatie van twee en vooral drie verschillende aandoeningen over het algemeen hoger dan de kosten voor een werknemer met slechts één aandoening.

Tabel 2.1 Overzicht totale kosten non-participatie per aandoening

Chronische aandoening	Prevalentie	Kosten (miljoen euro)					Totaal 3	Totaal 4
	NEA (%) ^c	Werkzame beroeps bevolking (N)	Verzuim	Sickness presen teeism	Uitval uit arbeid (WIA)	Zorg kosten ^a		
Klachten aan het bewegingsapparaat	15,3	1.180.242	2.416	461	283	974	3.673	4.134
Psychische klachten/aandoeningen	2,4	187.741	1.153	682	398	938	2.489	3.171
Hart- en vaatziekten	2,7	208.128	723	49	132	620	1.475	1.524
Maag en darm stoornissen	3,6	278.158	710	1565	24	324	1.058	2.623
Levensbedreigende ziekten (bijv kanker, aids)	0,8	58.353	493	^b	119	289	901	^b
Astma, bronchitis, emfyseem	5,2	400.636	525	1236	24	137	686	1.922
Migraine of ernstige hoofdpijn	5,5	427.209	658	1385	3	^b	661	2.046
Suikerziekte	2,1	161.820	398	120	12	150	560	680
Gehoorproblemen	2,2	171.148	161	^b	6	115	282	^b
Ernstige huidziekten	0,8	57.989	32	^b	4	244	280	^b
Epilepsie	0,3	25.606	65	^b	5	38	108	^b
Problemen met zien	2,1	165.005	194	^b	^b	^b	^b	^b
Overig	5,9	452.312	1.155	^b	227	5.502 ^d	6.884	^b
Totaal kosten WAO						10.004		
Totaal	37,1	7.714.000	5.276^e	5498	11.238	9.332	25.842	

Tabel is gesorteerd op Totaal 3

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

^b Niet beschikbaar

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

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

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

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

Totaal 4 = totaal 3 + kosten sickness presenteeism

Kosten sickness presenteeism

Wanneer iemand aanwezig is op het werk, maar door gezondheidsklachten of een aandoening minder productief is noemen we dit 'sickness presenteeism'. De kosten van sickness presenteeism zijn voor een aantal aandoeningen geschat met behulp van literatuuronderzoek. Uit de literatuur bleek dat migraine, maag- of darm stoornissen en psychische klachten samenhangen met zeer hoge percentages verloren werktijd. Hart -en vaatziekten en klachten aan het bewegingsapparaat leiden tot relatief weinig tijdsverlies door sickness presenteeism. De schatting van de totale kosten van sickness presenteeism per aandoening is het hoogst voor maag- of darmstoornissen (1,6 miljard euro), migraine of ernstige hoofdpijn (1,4 miljard euro) en astma, bronchitis of emfyseem (1,2 miljard euro). Hoewel het niet mogelijk was om



de kosten van sickness presenteeism voor alle door ons bestudeerde aandoeningen te schatten, concluderen wij dat sickness presenteeism een belangrijke kostenpost vormt.

Kosten uitstroom uit arbeid

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

Kosten van gezondheidszorg

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

Totale kosten non-participatie

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



worden benadrukt dat de categorie 'overige' aandoeningen ook tot zeer hoge kosten van non-participatie leiden. Deze categorie bestaat uit veel verschillende aandoeningen.

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

3.2. Kosten zullen stijgen in de toekomst

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

De kosten van arbeidsongeschiktheidsuitkeringen zullen waarschijnlijk afnemen. Dit omdat de WAO alleen nog uitstroom kent en de WIA naar verwachting niet zal stijgen naar het oude WAO niveau. Zoals eerder geconcludeerd leiden klachten van het bewegingsapparaat, psychische klachten/aandoeningen en hart- en vaatziekten tot de hoogste kosten van gezondheidszorg onder werknemers 45-plussers nemen het grootste deel van de zorgkosten op zich voor hart- en vaatziekten. In mindere mate geldt dit ook voor klachten aan het bewegingsapparaat. Ook bij andere aandoeningen zien we dat de kosten toenemen met leeftijd, zoals bij levensbedreigende ziekten, astma, bronchitis, emfyseem en suikerziekte. De kosten van zorg wegens psychische klachten/aandoeningen kunnen juist voor een belangrijk deel worden toegeschreven aan personen van 25 tot 44 jaar.

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

3.3. Vermijdbare kosten van non-participatie

Er is enig onderzoek gedaan naar vermijdbare kosten door inadequaat medisch handelen in de gezondheidszorg en vermijdbaar verzuim. Dit is echter lastig te vertalen naar de door ons gevolgde benadering van kosten van non-participatie van de beroepsbevolking. Uit onderzoek van TNO onder representatieve steekproeven van werknemers (n = resp. 2954 en 1828) en een kwalitatief onderzoek onder bedrijfsartsen en hun cliënten (81 casussen) zijn echter wel conclusies te trekken over mogelijke vermijdbaarheid van kosten. 21,5% van het verzuimpercentage kan worden gezien als vermijdbaar³. Verbetermogelijkheden zijn ongeveer gelijk verdeeld over de (bedrijfs)gezondheidszorg, de werkgever (onvoldoende steun leidinggevende, werkdruk, onvoldoende aanpassingen) en de werknemer zelf (onvoldoende

³ Kremer A.M., Steenbeek R. Avoidable sickness absence in a Dutch working population. J Occup Rehabil 2010, pp 81-89



steun familie/vrienden, werk-privé onbalans). De belangrijkste verbetermogelijkheden in de (bedrijfs)gezondheidszorg bestaan uit sneller verwijzen, het verkorten van wachttijden, het verbeteren van samenwerking tussen zorgverleners en het voorkomen van verkeerde diagnoses/behandelingen.

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

Uit literatuur blijkt dat een deel van de kosten van de gezondheidszorg vermijdbaar is, met name op het vlak van fouten tijdens ziekenhuisopnames, wachtlijsten en onderbehandeling. Uit een internationale overzichtsstudie blijkt dat 20-25% van de patiënten niet de zorg krijgen volgens de actuele medische inzichten en dat een deel van de zorg overbodig en zelfs schadelijk is⁴.

3.4. Verbeterpunten kosten non-participatie

De kosten van non-participatie overschrijden de 26 miljard euro per jaar. Deze kosten zijn het hoogst voor kosten van de gezondheidszorg, gevolgd door sickness presenteeism, verzuim en uitval uit het arbeidsproces (alleen WIA). De duurste aandoeningen zijn klachten van het bewegingsapparaat, psychische klachten en hart- en vaatziekten. Het feit dat er sprake is van systeemfalen zoals elders in deze samenvatting beschreven is, houdt in dat een efficiency-verbetering enorme besparingen kan opleveren. Bij bijvoorbeeld verzuim, waar 21,5% vermijdbaar is, kan het ruim 1 miljard per jaar opleveren. Het voorkomen van 20% onnodige en onjuiste zorg kan in potentie 2 miljard per jaar opleveren. Besparingen zijn zeker mogelijk. Verder onderzoek en experimenten moeten uitwijzen waar specifiek welke besparingen kunnen worden behaald.

Deze resultaten kunnen handvatten bieden om het systeem van arbeid en gezondheidszorg te verbeteren en de kosten in de toekomst beter te beheersen. De sterkte van deze studie ligt in het feit dat de kosten van non-participatie nog nooit op deze manier in beeld zijn gebracht. Wel moeten we ons goed bewust blijven van de gemaakte aannames en keuzes bij de schattingen.

4. Oorzaken van systeemfalen op het gebied van Arbeid en Gezondheidszorg

Zoals beschreven in hoofdstuk drie lijkt twintig procent van het verzuim vermijdbaar. Om dit vermijdbaar verzuim te reduceren dienen knelpunten in het huidige systeem opgelost te worden. In de volgende paragrafen staan de oorzaken van het systeemfalen op het gebied van van arbeid en gezondheidszorg beschreven, gezien vanuit de praktijk en theorie gesplitst naar vraag en aanbod. In de laatste paragraaf wordt ingegaan op de vraag in hoeverre deze problematiek ook voorkomt in het buitenland.

⁴ Grol R, Grimshaw J. (2003). From best evidence to best practice; effective implementation of change in patients' care. Research into practice 1. The Lancet, vol 362, oct 11 2003



4.1. Oorzaken voor systeemfalen vanuit de praktijk van aanbod en vraag

4.1.1. Aanbodzijde

In deelprogramma 1C hebben we onderzoek gedaan naar de knelpunten die ervaren worden aan de aanbodzijde. In de volgende subparagrafen is dit samengevat in drie hoofdknelpunten.

Reguliere zorg is onvoldoende doeltreffend

De zorg kent lange toegangstijden en werkt sequentieel waardoor lange wacht- en doorlooptijden ontstaan. Daarnaast ontbreekt het in de zorg aan een integrale aanpak. Hierdoor werkt de zorg onvoldoende doeltreffend en traag. Best practices, zoals bijvoorbeeld Winnock, een interventiebedrijf gespecialiseerd in functieherstel, en arbeidsgerelateerde poli's in ziekenhuizen, laten zien dat een integrale en doeltreffende werkwijze effectief is. Deze initiatieven zijn echter beperkt van schaal en kennen nog geen brede verspreiding.

Daarnaast besteedt de zorg relatief weinig aandacht aan het functioneel herstel van een patiënt. Behandeling in de zorg richt zich met name op het behandelen van klachten en het daarmee gepaard gaande medisch herstel⁵. Een uitspraak over het functioneren (wat kan de patiënt nog wel?) is cruciaal voor een snelle terugkeer naar werk. Bovendien is bewezen dat arbeidsparticipatie een positieve bijdrage kan leveren aan het herstel. De zorg doet geen uitspraak over functioneren of erg laat in het herstelproces, waardoor patiënten vaak langer verzuimen dan nodig is. Initiatieven zoals eerstelijns hartrevalidatiecentra, 'arbeid en psyche'-initiatieven waaronder bijvoorbeeld Skills en de bedrijfsarts in de eerstelijns, laten zien dat aandacht voor 'functioneren' de verzuimperiode verkort (of kan verkorten). Deze initiatieven worden echter nog niet landelijk door de zorg opgepakt.

Ondoorzichtigheid op de zorgmarkt

Keuzevrijheid staat aan de basis van het nieuwe zorgstelsel. Om dit te kunnen waarborgen is productinformatie nodig in termen van kosten en kwaliteit. De ontwikkeling van prestatieindicatoren en websites als kiesbeter.nl zijn een eerste stap om kwaliteit in de reguliere zorg transparanter te maken. Een goede vergelijking blijkt in de praktijk lastig te maken omdat veel zorgproducten onduidelijk zijn gedefinieerd en de benodigde keuzeinformatie niet altijd beschikbaar is. Het gebruik van deze informatie bij het kiezen van een zorgaanbieder geeft zorgprofessionals een directe prikkel om hun processen te optimaliseren.

Steeds meer werknemers en werkgevers gaan op zoek naar snellere en betere initiatieven buiten de reguliere zorg. Deze niet-reguliere zorgmarkt is niet transparant, en bovendien moeten werkgevers dan 'dubbel betalen'⁶. Zorgvragers hebben behoefte aan overzicht in het aanbod van niet-reguliere arbo-curatieve interventies. Blik op Werk, een keurmerk voor re-integratiebedrijven, publiceert op hun website de algemene prestaties van re-integratiebedrijven en interventiebedrijven. Vergelijking tussen deze re-integratiebedrijven blijft echter moeilijk doordat de productdefinities en uitkomsten niet helder zijn.

⁵ Onderdeel van Thema 1D is het promotieonderzoek van Kees de Kock, huisarts uit Deurne. Doel van dit onderzoek is het verkrijgen van meer inzicht op micro-niveau van de achtergronden en oorzaken van de blinde vlek voor arbeid op werkvloerniveau in de eerste lijn. Publicatie over de resultaten van dit onderzoek volgen later.

⁶ 'Dubbel betalen': (Behandel)activiteiten van de niet-reguliere zorg worden vaak niet vergoed binnen de zorgverzekeringswet. Dit betekent dat er dubbel betaald: Zowel voor de premie reguliere zorg, als de voor de inzet van niet-reguliere zorg.



Afwachtende houding op het grensvlak van arbeid en zorg

Uit het onderzoek komt naar voren dat veel stakeholders een afwachtende houding aannemen op het grensvlak van arbeid en zorg. Werkgevers en werknemers geven aan de zorg te ervaren als een black box waar ze geen invloed op hebben. Hierdoor hebben werkgevers en werknemers problemen met het oppakken van hun taken en verantwoordelijkheden binnen een verzuimtraject. Er blijkt behoefte te zijn aan grip op het verzuimtraject en daarmee indirect op de zorg.

4.1.2. Vraagzijde

In deel 1A hebben we onderzoek gedaan naar de belemmeringen die ervaren worden door de werkgever en werknemer, oftewel de zorgvragers bij het adequaat nemen van de regie. Deze regierol voor werkgever en werknemer zijn wettelijk bepaald. In de volgende alinea's zijn de belemmeringen vanuit de vraagzijde kort toegelicht.

Verschillende en gebrekkige uitgangsposities van actoren belemmeren regie, herstel van klachten en werkhervatting

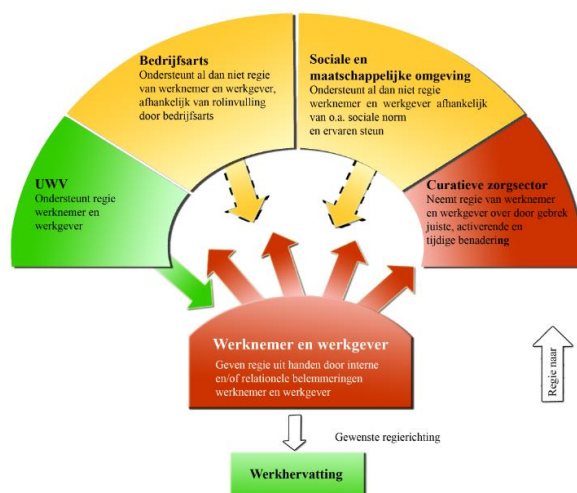
Hieronder staan de knelpunten gezien vanuit de relatie tussen de verschillende actoren beschreven:

- 1) *Werknemer en werkgever individueel.* Knelpunten voor regie van de werknemer en werkgever in functioneel herstel richting werkhervatting bestaan op individueel niveau zoals een gebrek aan self-efficacy van de werknemer of sociale- en communicatieve vaardigheden van de werkgever.
- 2) *Werknemer-Werkgever.* Er bestaan belemmeringen in de relatie tussen werknemer en werkgever zoals een te beperkte bespreking van belemmeringen voor werkhervatting, divergente perspectieven op de situatie en de gewenste aanpak en het ontbreken van een gezamenlijke zorgarticulatie. Deze knelpunten zijn gerelateerd aan hun verschillende en gebrekkige uitgangsposities: het primaire doel van de werkgever is werkhervatting terwijl de werknemer zich primair richt op klachtenherstel. Daarnaast is vaak sprake van een gebrek aan kennis over de regierol, spanning in hun interactie en de relatief grote sociale macht van de werkgever, evenals een gebrek aan vertrouwen en communicatie.
- 3) *Werknemer en werkgever- Zorgaanbieder.* De werknemer en werkgever ervaren een niet juiste, activerende en tijdige benadering door de curatieve zorg. Deze knelpunten zijn gerelateerd aan hun verschillende en gebrekkige uitgangsposities: de curatieve zorg is relatief sterk gericht op herstel, heeft vaak beperkte kennis over arbeid en activering en meer sociale macht dan de werknemer en werkgever. De werkgever en werknemer ervaren gebrekkige communicatie vanuit de zorgaanbieder.
- 4) *Werknemer en werkgever - Bedrijfsarts.* In de interactie tussen de werknemer en werkgever enerzijds en de bedrijfsarts anderzijds steunen de eerstgenoemden vaak sterk op de bedrijfsarts (wensen adviezen over te nemen als besluit). De rolinvulling door de bedrijfsarts verschilt en komt tot stand onder druk van de klantrelatie (zoals overnemen taken van de werkgever door de bedrijfsarts). Deze knelpunten zijn gerelateerd aan hun verschillende en gebrekkige uitgangsposities zoals rolonduidelijkheid, de relatief grote sociale macht van de bedrijfsarts, gebrek aan of gebrekkige communicatie.



- 5) *Werknemer en werkgever- Sociale omgeving.* De werknemer en werkgever kunnen belemmeringen ervaren in de interactie met de sociale- en maatschappelijke omgeving van de werknemer (o.a. ervaren sociale normen).
- 6) *Werknemer en werkgever- UWV.* Tot slot ervaren de werknemer en werkgever vaak belemmeringen in de interactie met het UWV (zoals een gebrek aan ondersteuning). Desondanks is geconstateerd dat het UWV regie van de werknemer en werkgever ondersteunt door geen taken van hen over te nemen.

De zichtbare knelpunten duiden enerzijds op een disfunctionele zorgvraag. Dit betekent dat de vraag naar ondersteuning van de werknemer en werkgever aan de curatieve zorg, de



bedrijfsarts, sociaal-maatschappelijke omgeving en het UWV niet effectief geformuleerd wordt. Deze zorgvraag wordt bovendien gekenmerkt door het uit handen geven van regie. Anderzijds duiden de bevindingen op een inadequaat curatief zorgaanbod en gebrekkige ondersteuning door de bedrijfsarts en de sociale omgeving (Figuur 1).

De knelpunten monden uit in het voortbestaan of verergeren van bestaande medische klachten en het ontstaan van nieuwe klachten. Hiernaast zijn psychosociale zaken aanzienlijke belemmeringen voor arbeidsparticipatie. Uiteindelijk blijven regie en daadwerkelijke werkhervatting vaak onnodig lang uit.

Figuur 1 Belemmeringen voor- en het uitblijven van regie ter ondersteuning van functioneel herstel richting werkhervatting

De interactie tussen 'tijd' en 'psychosociale factoren' is hierbij een kritieke factor. Over het algemeen lijkt het vervullen van een autonome rol te worden bemoeilijkt door psychosociale factoren die ontstaan met het verstrijken van de tijd zoals vervreemding, angst, frustratie en passiviteit. Deze bevindingen suggereren onnodig hoge zorg- en maatschappelijke kosten.

4.2. Theoretische onderbouwing van het systeemfalen

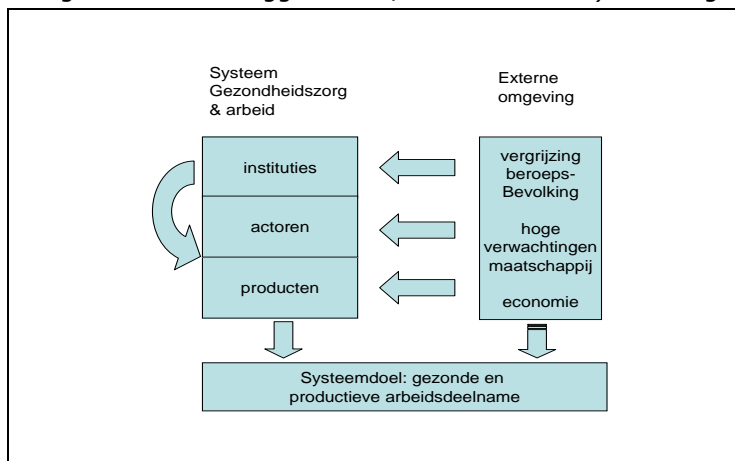
Naast de knelpunten die we in de praktijk gevonden hebben, zijn in deelprogramma 1D de theoretische oorzaken van het systeemfalen onderzocht. Het doel van dit onderzoek is het ontwikkelen van een theoretisch verklaringsmodel voor empirisch en experimenteel onderzoek. Het systeemfalen is benaderd vanuit een driedeling van *instituties, actoren en producten*, zie ook figuur 2. In onderstaande paragrafen wordt dit toegelicht. De resultaten van de deelprogramma's 1A, 1B en 1C zijn hiervoor ook gebruikt.

Institutionele vormgeving

De institutionele vormgeving van het systeem is goed te begrijpen in termen van de quasi-markt beleidstheorie (Le Grand en Bartlett, 1993). Op het politiek gevoelige terrein van de gezondheidszorg heeft de overheid systeemverantwoordelijkheid (de gezondheidszorg dient gelijk toegankelijk, bereikbaar en betaalbaar te zijn), maar nauwelijks



uitvoeringsverantwoordelijkheid. De gezondheidszorg bevindt zich in een periode van transitie naar een meer vraaggerichte zorg, waar in Nederland drie gereguleerde deelmarkten functioneren: a) een verzekeringsmarkt, waarin verzekeraars dingen naar de gunst van de poliskoper/consument, b) een aanbiedermarkt, waarin zorgverleners/instellingen dingen naar de gunst van de zorggebruiker/consument en c) een zorginkoopmarkt waarin verzekeraars



Figuur 2 Het systeemfalen belicht vanuit instituties, actoren en producten.

contracten afsluiten met zorgaanbieders over kwaliteit, inhoud en prijs. Vooral in de zorginkoopmarkt kunnen er krachtige impulsen voor vernieuwing ontstaan met de DBC-systematiek als vehikel. Le Grand en Bartlett noemen condities voor het succesvol opereren van quasi-markten. In het systeem arbeid en gezondheidszorg lijken de complexiteit van de marktstructuur, van de informatie over kwaliteit, van transactiekosten en de

onzekerheid bij de actoren oorzaken te zijn van het systeemfalen. De kosten en baten van investeringen en activiteiten op het gebied van gezondheidszorg en arbeid zitten op verschillende niveaus en bij verschillende actoren zodat heldere afwegingen lastig zijn. In de gezondheidszorg en de arbocuratieve zorg in het bijzonder is er onvoldoende helderheid over de kwaliteit van de producten, zodat werkgever en werknemer niet goed weten waar ze aan toe zijn. De complexiteit van het systeem zorgt voor een 'bounded rationality' bij alle actoren. De institutionele en organisatorische omgeving waarin de professionele dienstverlening plaatsvindt geeft eveneens aanleiding tot systeemfalen. Zoals Jeurissen (2005) het noemt: het adaptieve aspect van efficiency (dynamiek, innovatie) komt er bekaaid af. Organisaties opereren in een complex institutioneel krachtenveld, waarin beroepsverenigingen en andere actoren, zoals patiëntenverenigingen en verzekeraars een grote rol spelen.

Actoren: professionals, hun aansturing en motivatie

In onze verkenningen zijn wij uitgebreid ingegaan op de rol van de professional binnen het systeem. Er worden hoge eisen gesteld aan de moderne professional, aan het benutten van zijn/haar handelingsruimte en de wijze verantwoord. Er is ook kritiek op hun functioneren die een verklaring biedt voor systeemfalen, zoals een te monodisciplinaire gerichtheid en te weinig aandacht voor innovatie. De laatste jaren neemt de aandacht voor de rol van de professional en de kwaliteit van de professionele organisatievormen toe, ook in het beleid en de aansturing. Recente signalen komen bijvoorbeeld tot uitdrukking bij het ZorgInnovatiePlatform en info@beroepseer.nl. Uit analyses van onder andere Freidson (1994, 2001) en Le Grand (2001) komt naar voren dat onvoldoende 'sensitivity to motivational complexity' ten aanzien van professionals eveneens een goede verklaring biedt voor het systeemfalen. Arbocuratieve vernieuwingen verzanden in de uitvoering. Uit ons literatuuronderzoek blijkt dat er opvallend weinig onderzoeksmatige aandacht is voor een optimalisering van faciliteiten en prikkels voor de professional om 'het goede' te doen.



De actor waar het om draait: de cliënt/werknemer

De complexiteit van het systeem heeft ook grote gevolgen voor de werkgever en werknemer. Van beide actoren wordt regie en 'vraagsturing' verwacht. De veronderstelling hierbij is dat werkgevers en werknemers beredeneerde keuzes kunnen maken zodat zij de kwaliteit van de geleverde diensten in positieve zin kunnen beïnvloeden. De verwachtingen over de vraagsturing van werkgevers en werknemers blijken te hoog gespannen, hetgeen als een belangrijke oorzaak van systeemfalen kan worden gezien. We refereren hier onder meer aan de psycho-economische inzichten van Kahnemann en Tversky (1979, 1981, 2002). Ook ten aanzien van prikkels voor de werknemer moet rekening worden gehouden met 'bounded rationality' en met 'motivational complexity' bij het bevorderen van zijn/haar 'agency' (zelf-effectiviteit). Vraagsturing komt onvoldoende tot zijn recht. Bij langer durend verzuim neemt noch de werkgever noch de patiënt/werknemer voldoende regie en verantwoordelijkheid. Zij vinden weinig steun bij de professionals en schuiven de verantwoordelijkheid voor herstel en werkhervatting in hun richting. Vooral bij de werknemer leidt dit tot negatieve gevoelens en vervreemding richting de werksituatie. Hij/zij heeft behoefte aan een casemanager met echt verstand van zaken die zowel in de werksituatie als de zorg het nodige in beweging kan brengen. Deze problematiek wordt uitgebreid beschreven in het deelonderzoek 1A.

Product

Tenslotte komen we uit bij het product: de arbocuratieve dienstverlening zelf. Het blijkt dat de navolging van evidence based richtlijnen te wensen overlaat, met een suboptimale kwaliteit van de dienstverlening tot gevolg. Het zorgaanbod is groot en divers en aan de rol en verantwoordelijkheid van werkgever en werknemer wordt daarbij nauwelijks aandacht besteed. Er is eenzijdige aandacht voor de klachten en niet voor functioneel herstel, er is geen aandacht/expertise voor arbeidsrelevante aspecten. De gezondheidszorg werkt vertraging in de hand en werkt niet tijdcontingent. Dit bestendigt bestaande klachten en bevordert het ontstaan van nieuwe klachten. Psychosociale belemmeringen, afname van zelfvertrouwen en passiviteit bij de patiënt/werknemer zijn het gevolg. Hiervoor is al geconstateerd dat de (kwaliteit van de) producten niet transparant is.

Externe omgeving: hoge maakbaarheidsverwachtingen

Zoals figuur 2 laat zien kan de externe omgeving ook van invloed zijn op het systeemfalen. Trends als de vergrijzing en ontgroening hebben grote invloed op het systeem arbeid en zorg. De maatschappij verwacht van het systeem dat het een substantiële bijdrage levert aan het op peil houden van de inzetbaarheid van een ouder wordende beroepsbevolking. Als het systeem deze verwachtingen onvoldoende kan waarmaken, dan wordt dit in de maatschappij al snel uitgelegd als falen. Anderzijds hebben de externe omstandigheden ook grote invloed op de 'resources' van het systeem. Een economische crisis leidt tot bezuinigingen, vergrijzing leidt tot personeelstekorten in de zorg, de NMa verbiedt bepaalde allianties of afspraken. Derhalve heeft het systeemfalen niet alleen te maken met falen van instituties, actoren of productdefinities binnen het systeem. Systeemfalen kan evenzeer toegeschreven worden aan de steeds hogere eisen die externe partijen (overheid, politiek en publiek) aan het systeem stellen en de middelen die beschikbaar zijn.

4.3. Internationaal

Het gebrek aan aandacht en responsiviteit voor arbeid in de curatieve zorg in Nederland wordt in verband gebracht met de inrichting van ons stelsel. Ons stelsel kent een 'scheiding van behandeling en controle'. Huisartsen en andere behandelend artsen schrijven geen ziekenbriefjes, waardoor artsen zich niet hoeven te verdiepen in het werk van hun patiënten.



Ook in het buitenland, waar ziekenbriefjes wel normaal zijn, wordt een soortgelijke problematiek gesignaleerd. Er zijn tal van indicaties uit de internationale literatuur en van buitenlandse experts, dat ook buiten Nederland een gebrek aan aandacht en responsiviteit als een probleem ervaren wordt. Over de internationale verkenning van dit thema 'blind spot for work' wordt in december 2010 verslag gedaan.

5. Mogelijke oplossingsrichtingen

Toekomstig experimenteel onderzoek zal gericht moeten zijn op het oplossen van de oorzaken van systeemfalen, zoals beschreven in hoofdstuk 4. Aan de hand van de driedeling hebben wij vier kennisvragen geformuleerd voor toekomstig experimenteel onderzoek.

5.1. Kennisvragen experimenteel onderzoek

Institutionele vormgeving

- Hoe kunnen de institutionele condities in de praktijk zodanig aangepast worden dat de quasi-markt van arbeidsgerelateerde zorg succesvol opereert en welke zijn de condities voor succesvol opereren?

Actoren: professionals, hun aansturing en motivatie

- Hoe kunnen professionals gefaciliteerd en geprikkeld worden opdat zij hun regioondersteunende rol op het terrein van gezondheidszorg en arbeid beter waar kunnen maken?

De actor waar het om draait: de cliënt/werknemer

- Hoe kunnen werkgevers en werknemers een regierol vervullen in relatie tot de curatieve- en arbocuratieve zorg?

Product

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

5.2. Voorwaarden experimenteel onderzoek

Op basis van de deelprojecten in thema 1 hebben we criteria gedefinieerd die helpen bij de keuze voor experimenten in thema 2. De criteria zijn geselecteerd op zowel maatschappelijke relevantie en opbrengst als inhoud en proceskenmerken van het experiment.

1. Keuze voor doelgroep, werknemer/patiëntencategorie

Door de vergrijzing ontstaat er krapte op de toekomstige arbeidsmarkt. De mogelijke doelgroepen zijn:

- Chronisch zieken, hierbij denken we aan hartfalen, COPD, langdurige psychische klachten, beperkingen bewegingsapparaat (veelal vanuit specialistische zorg, revalidatie).
- Acute aandoeningen: psychische burn-out klachten, klachten aan het bewegingsapparaat (vanuit arbozorg of specialistische zorg).
- Naast reguliere werknemers moet er ook aandacht zijn voor bijzondere groepen: ZZP'ers, uitzendkrachten/vangnetters/herhaal werklozen, mantelzorgers, bijstandsgerechtigden met gezondheidsbeperkingen.



2. *Keuze voor werkgevercategorie/branches*

Experimenten moeten aansluiten bij de behoefte van specifieke branches, of soorten werkgevers, bijvoorbeeld:

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

3. *Keuze voor aanpak vanuit een specifieke actor*

Het is van belang dat een specifieke actor zich primair verantwoordelijk voelt voor het slagen van het experiment. Dit kan vanuit de volgende invalshoeken:

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

4. *Keuze voor specifieke inhoudelijke aspecten*

De specifieke inhoud van het experiment is van belang om de knelpunten van het systeemfalen op te lossen, zie ook deelprogramma 1A en 1C. Vanuit de vraagzijde moeten de experimenten zich richten op vergroten empowerment en zelfregie. Een voorbeeld hiervan is de combinatie van preventie en (vroeg)interventie als onderdeel van Integraal Gezondheidsmanagement in bedrijven. Aan de aanbodzijde is het vergroten van aandacht voor maatschappelijk participeren als onderdeel van de behandeling cruciaal.

5. *Keuze voor tijdcontingentie*

De nadruk ligt op het oplijnen van werkprocessen, samenwerking en doorverwijzingen, zodat er geen wachttijden zijn, synergie benut wordt en de financiering transparant is.

6. *Keuze voor integrale aanpak*

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

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