



Aandacht voor arbeid in eerstelijnszorg: vroegsignalering en behandeling van arbeidsgerelateerde gezondheidsklachten

Joost van Genabeek · Lennart van der Zwaan · Irene Niks · Joost van der Gulden · Henk Schers

Published online: 5 October 2018

© Bohn Stafleu van Loghum is een imprint van Springer Media B.V., onderdeel van Springer Nature 2018

Samenvatting De afgelopen jaren is er veel geëxperimenteerd met vormen van arbeidsgerichte zorg in de eerstelijnszorg. Desondanks is er tot op heden geen effectieve aanpak voor dit type zorg, waar op grote schaal gebruik van wordt gemaakt. In het project ‘Arbeitsgerelateerde zorg in de eerste lijn’ wordt op basis van bewezen effectieve componenten een geïntegreerde interventie voor arbeidsgerelateerde zorg in de eerste lijn ontwikkeld, geïmplementeerd en geëvalueerd. De interventie richt zich op vroegsignalering en behandeling van werkgerelateerde gezondheidsklachten. Het uiteindelijke doel van de interventie is het reduceren van ziekteverzuim en het bevorderen van de inzetbaarheid van de patiënt.

Trefwoorden arbeidsgerelateerde zorg · eerstelijnszorg · verzuim · inzetbaarheid · interventie

A work-related health intervention in primary care: early detection and treatment of work-related health problems

Abstract In recent years, various forms of work-related healthcare in primary care have been tested in practice. Nevertheless, until now an effective, widely-used approach for this type of care is still lacking. In the project ‘Work-related healthcare in primary care’, an integrated intervention for work-related healthcare is developed, implemented and evaluated, based on existing evidence-based components. The interven-

tion focuses on early detection and treatment of work-related health complaints. The ultimate goal of the intervention is to reduce absenteeism and promote the patient’s employability.

Keywords work-related healthcare · primary care · absenteeism · employability · intervention

Aanleiding en probleemanalyse

Gezondheidsklachten kunnen mensen belemmeren bij het verrichten van hun werk. Wanneer hier sprake van is, moet er snel adequate hulp worden geboden om (langdurige) uitval en productieverliezen te voorkomen. Het huidige zorgsysteem is daar vooralsnog niet op ingesteld. Hoewel werkenden het recht hebben om op ieder moment een bedrijfsarts te consulteren, zien zij deze vaak pas na zes weken ziekteverzuim voor het eerst. Pas dan kan de bedrijfsarts een probleemanalyse maken in het kader van de Wet Verbetering Poortwachter. Hierdoor gaat er in veel gevallen kostbare tijd verloren waarin gewerkt zou kunnen worden aan herstel en het doorvoeren van bijvoorbeeld werkplekaanpassingen die het mogelijk maken dat een werknemer aan het werk blijft of eerder hervat. Daarnaast is er een toenemende groep werkenden die geen toegang heeft tot een bedrijfsarts (denk bijvoorbeeld aan zelfstandigen zonder personeel (ZZP’ers), klein-MBK of flexwerkers) of niet weet hoe deze te benaderen [1]. Veel van hen komen vaak in een vroeg stadium bij de huisarts of een andere eerstelijnsbehandelaar. Om uitval te voorkomen is het van belang dat eerstelijnsprofessionals dan een goede inschatting maken van de mate waarin een gezondheidsklacht verband houdt met het werk en zo nodig hun advies en behandeling hier op aanpassen.

Eerder onderzoek toont aan dat de eerstelijnsgezondheidszorg bij uitstek geschikt is om 1) gezond-

J. van Genabeek (✉) · L. van der Zwaan · I. Niks
 TNO Work Health Technology, Leiden, Nederland
 joost.vangenabeek@tno.nl

J. van der Gulden · H. Schers
 Afdeling Eerstelijns geneeskunde, Radboudumc, Nijmegen,
 Nederland



heidsrisico's van werkenden te objectiveren; 2) arbeidsgerelateerde gezondheidsklachten vroegtijdig te signaleren; en 3) behandelingen te organiseren in afstemming met het bedrijfsleven [2, 3]. Professionals in de eerstelijnsgezondheidszorg vinden het echter lastig om adviezen te geven over preventie van arbeidsgerelateerde gezondheidsproblemen en een gezonde(re) uitoefening van het werk [4, 5]. De aanpak van arbeidsgerelateerde gezondheidsproblemen in de eerstelijnszorg vraagt om specifieke kennis over het arbeidsdomein. Het toevoegen van deze kennis, in de persoon van een bedrijfsarts of arbeidsdeskundige, aan het eerstelijnspalet lijkt dan ook een belangrijke eerste stap in een poging de eerstelijnsbehandeling beter aan te laten sluiten op de te verrichten werkzaamheden van de patiënt.

Project arbeidsgerelateerde eerstelijnszorg

In het voorjaar van 2018 is een onderzoeksproject gestart waarin een interventie voor arbeidsgerelateerde eerstelijnszorg wordt ontwikkeld, geïmplementeerd en geëvalueerd. De interventie richt zich op vroegsignalering en behandeling van gezondheidsklachten die verband houden met werk. Het doel hiervan is het voorkomen of beperken van ziekteverzuim en het bevorderen van de gezonde inzetbaarheid van de patiënt.

Het project valt onder het subsidieprogramma 'Werk(en) is gezond' van ZonMw en betreft een samenwerking tussen het Radboudumc, het Arbeidsdeskundig Kennis Centrum (AKC), werkgeversvereniging AWWN en TNO. De interventieontwikkeling en -implementatie vinden plaats in het academisch eerstelijnsgezondheidscentrum Thermion in Nijmegen. Aan Thermion is een zeer gemotiveerde groep professionals verbonden, bestaande uit huisartsen, praktijkondersteuners (POH's), fysiotherapeuten, oefentherapeuten, psychologen en hulpverleners van het sociale wijkteam. Hiernaast leveren de opleiding tot bedrijfsarts en verzekeringsarts SGBO van het Radboudumc bedrijfsgeneeskundige expertise en het AKC arbeidsdeskundige expertise voor dit project. AWWN is de schakel richting het bedrijfsleven in de regio. TNO evalueert de ontwikkeling en implementatie van de interventie en koppelt bevindingen daarvan geregeld terug naar de betrokken professionals en hun leidinggevenden om de praktische toepasbaarheid van de interventie te verbeteren.

Doelgroep en interventie

De interventie is primair bedoeld voor werknemers en ZZP'ers met een lage sociaaleconomische status (SES). Werkenden met een lage SES zijn relatief minder gezond, werken vaker in ongezonde arbeidsomstandigheden en lopen een groter risico op psychische en lichamelijke gezondheidsklachten en op ongevallen op het werk [6, 7]. Het gevolg is dat zij vaker verzuimen

en een chronische beroepsziekte oplopen dan werkenden met een hogere SES. Bovendien hebben veel werkenden met een lage SES geen of beperkte toegang tot bedrijfsgezondheidszorg, of maken zij daarvan weinig gebruik.

De interventie arbeidsgerelateerde eerstelijnszorg bestaat uit drie onderdelen: 1) vroegsignalering, 2) (preventieve) behandeling en 3) afstemming met de bedrijfsgezondheidszorg. Het effect van de afzonderlijke onderdelen op vermindering van arbeidsgerelateerde gezondheidsklachten is wetenschappelijk aangetoond; de gecombineerde toepassing ervan niet. Voor vroegsignalering is een bewezen effectief protocol beschikbaar, bestaande uit vijf basisvragen waarmee een eerstelijnsprofessional tijdens een kort consult de ernst van arbeidsgerelateerde gezondheidsrisico's kan beoordelen [8]. Deze vragen zijn: 1) Hebt u betaald werk?; 2) Houden uw gezondheidsklachten verband met uw werk?; 3) Verzuimt u momenteel of hebt u in het verleden verzuimd?; 4) Verwacht u langdurig te verzuimen?; en 5) Hebt u contact met uw arbodienst of bedrijfsarts?

Verder blijkt uit recent onderzoek binnen Thermion dat werkenden het vaakst met psychische klachten (vermoeidheid en burn-out, depressieve klachten en angststoornissen) of met klachten aan het bewegingsapparaat (in het bijzonder lagerugklachten) bij de huisarts op consult komen. Voor eerstelijnsbehandeling van deze typen gezondheidsklachten zijn er bewezen effectieve benaderingen beschikbaar (NHG-Standaarden; zie www.nhg.org). Ten slotte bestaat er een bewezen effectieve richtlijn voor huisartsen en bedrijfsartsen voor de afstemming met of doorverwijzing naar de bedrijfsgezondheidszorg [2].

Om adequate zorg te kunnen leveren aan de doelgroep wordt binnen Thermion geëxperimenteerd met de mogelijkheid om relevante bedrijfsgeneeskundige en arbeidsdeskundige expertise toe te voegen aan de beschikbare eerstelijnskennis en vaardigheden in het gezondheidscentrum. Eén dagdeel per week is er binnen Thermion een bedrijfsarts of arbeidsdeskundige aanwezig en kunnen cliënten met werkgerelateerde vragen naar hen worden doorverwezen voor een consult. Afhankelijk van de vraag naar werkgerelateerde consulten kan deze beschikbaarheid worden opgevoerd. De consultatie van de bedrijfsarts of de arbeidsdeskundige is afhankelijk van de hulpvraag.

Deze *in house*-expert op het terrein van werk en gezondheid krijgt een drieledige taak: 1) beoordelen hoe de gezondheidsklachten gerelateerd zijn aan het werk en wat de oplossing kan zijn (bijvoorbeeld door het opstellen van een inzetbaarheidsprofiel); 2) overleg voeren met de betrokken eerstelijnsprofessionals en met vertegenwoordigers van het werk (de bedrijfsarts, de leidinggevende van het bedrijf of de primaire opdrachtgever) over de inzetbaarheid van de patiënt en 3) adviseren en coachen van de eerstelijnsprofessionals met betrekking tot de diagnose en behandeling van arbeidsgerelateerde gezondheidsklachten op

de langere termijn. Hiernaast kan de cliënt bij de arbeidsdeskundige terecht voor antwoorden op vragen omtrent zijn of haar uitkering en inkomen.

Voor dit project is er bewust gekozen voor in house-experts omdat de introductie van een nieuwe functie binnen de eerstelijnszorg over het algemeen niet eenvoudig is en omdat onderling vertrouwen een belangrijke succesfactor is. Zichtbaarheid en vertrouwen in elkaars professionaliteit zijn essentieel en worden binnen dit project onder andere bevorderd door het organiseren van maandelijks multidisciplinair overleg. De inzet van de bedrijfsgeneeskundige en arbeidsgeneeskundige kent in het experiment parallellen met de inzet van andere professionals in de huisartsenvoorziening. Zo is bijvoorbeeld de praktijkondersteuner-ggz (POH-ggz) niet meer weg te denken uit de praktijk. Het is een succesvolle manier gebleken om ggz-expertise toe te voegen aan de eerste lijn. Naast de POH-ggz is ook de medisch specialist, in casu de psychiater, te consulteren en op deze manier onderdeel van het eerstelijnssteam. De bekostiging ervan is geregeld via een tarief binnen de Zorgverzekeringswet.

Projectorganisatie, implementatie en evaluatie

Kritische succesfactoren voor de implementatie van de interventie zijn dat de betrokken professionals gemotiveerd en in staat moeten zijn om de interventie toe te passen en dat de interventie de doelgroep (werkenden) goed ondersteunt. Daarom passen we in het project een participatieve, bottom-up aanpak toe. Dit houdt in dat zowel degenen die de interventie uitvoeren (zorgprofessionals), als de doelgroep (werkenden) actief betrokken worden bij de ontwikkeling en implementatie van de interventie.

Op dit moment bevindt het project zich in de eerste, voorbereidende fase. In deze fase geeft de projectgroep (bestaande uit een brede groep professionals: huisarts, fysiotherapeut, twee arbeidsdeskundigen, POH, oefentherapeut Cesar, psycholoog, bedrijfsarts en leidinggevend personeel) vorm aan het proces dat loopt van vroegsignalering tot doorverwijzing naar de bedrijfsarts of arbeidsdeskundige. Een belangrijk uitgangspunt hierbij is de praktische toepasbaarheid. Met andere woorden, de doorverwijzing moet op een eenvoudige manier geschieden, zonder belemmerd te worden door ingewikkelde protocollen en bureaucratische uitdagingen. Inmiddels heeft de projectgroep in samenwerking met TNO een procesflow in de vorm van een beslisboom opgesteld, waarin de verschillende activiteiten zijn weergegeven. Onderdeel van het proces is het maandelijks terugkerende multidisciplinair overleg (MDO). Het MDO biedt de mogelijkheid om te reflecteren op het proces en dit aan te passen als daar behoefte aan is. Hiernaast biedt het MDO ruimte voor casuïstiekbespreking, waardoor de professionals, de bedrijfsarts en de arbeidsdeskundige beter op de hoogte raken van elkaars expertise. Ook hier is er een parallel met MDO-activiteiten zo-

als die in de huisartsenpraktijk al bestaan, zoals een maandelijks ggz-overleg.

Op 1 september is gestart met de implementatie en verdere ontwikkeling van de interventie binnen Thermion. TNO voert tegelijkertijd een procesevaluatie uit. Onderzoekers van TNO volgen de activiteiten binnen het gezondheidscentrum, voeren vragenlijstonderzoek uit onder patiënten, houden semigestructureerde interviews met patiënten, professionals en vertegenwoordigers van de werkomgeving (bedrijven), en koppelen de onderzoeksresultaten tussentijds aan hen terug. Het doel is dat professionals de onderzoeksbevindingen gebruiken om de interventie te verbeteren. Daarnaast levert de procesevaluatie een indicatie op van begunstigende en belemmerende factoren voor de adoptie en implementatie van de interventie in andere gezondheidscentra.

De ervaringen van patiënten zijn van grote waarde voor de implementatie en doorontwikkeling van de interventie. Alle patiënten voor wie de bedrijfsarts of de arbeidsdeskundige wordt geconsulteerd, ontvangen een informatiebrief over het onderzoek en een toestemmingsverklaring. Deelnemers die de toestemmingsverklaring ondertekenen, krijgen de mogelijkheid om de bedrijfsarts of de arbeidsdeskundige te consulteren. Tijdens dit consult ontvangen de deelnemers een vragenlijst met vragen over hun ervaringen en tevredenheid met de interventie. Om na te gaan wat het langetermijneffect van de interventie is, wordt dezelfde vragenlijst na een half jaar nogmaals aan de patiënten voorgelegd. Daarnaast is er een gebruikerspanel ingesteld. Dit panel bestaat uit zes patiënten die gedurende het project als ervaringsdeskundigen nauw betrokken worden bij de doorontwikkeling van de interventie.

Naast de projectgroep en het gebruikerspanel is er een adviescommissie betrokken bij het project. De adviescommissie levert op basis van deskundigheid van de leden advies aan de projectgroep over de ontwikkeling en implementatie van de interventie, en over financiële en institutionele borging op de langere termijn. In deze commissie zitten afgevaardigden van het genoemde gebruikerspanel, ZZP-Nederland en de vakbonden, vertegenwoordigers van professionals, zorgverzekeraars en vier werkgevers in de regio Nijmegen. De adviescommissie komt jaarlijks twee keer bij elkaar.

De resultaten van het project worden landelijk verspreid door middel van een disseminatieprogramma. Het projectteam zal een beschrijving van de interventie voorzien van aanbevelingen en randvoorwaarden voor toepassing en deze – met steun van TNO en het Radboudumc – delen met andere eerstelijnsgezondheidscentra in Nijmegen en daarbuiten. Daarop vooruitlopend volgen vertegenwoordigers van twee gezondheidscentra in Nijmegen de ontwikkeling van de interventie in Thermion, die tips geven over de verspreiding in de regio.

Een belangrijke succesfactor voor de implementatie en verspreiding van de interventie heeft betrekking op de bekostiging. Om die reden zijn VGZ, als preferente zorgverzekeraar in de regio Nijmegen, UWV en de gemeente Nijmegen benaderd om samen met de partners de mogelijkheden te verkennen voor bekostiging van de interventie op basis van de Zorgverzekeringswet en aanvullende collectieve zorgverzekeringen.

Beschouwing

De afgelopen jaren is er veel geëxperimenteerd met vormen van arbeidsgerichte zorg in de eerstelijnszorg. Er zijn specifieke interventies ontwikkeld voor vroegsignalering en arbocuratieve behandeling en samenwerking. Deze interventies zijn wetenschappelijk onderzocht op effectiviteit en voor toepassing toegankelijk gemaakt in richtlijnen en protocollen. Tot op heden hebben de experimenten nauwelijks geleid tot grootschalige adoptie en implementatie van arbeidsgerichte zorg in de eerstelijnszorg. Huisartsen besteden over het algemeen nog steeds te weinig aandacht aan het verband tussen gezondheidsklachten en het werk. Bovendien laat de samenwerking – inclusief de communicatie – tussen bedrijfsartsen en huisartsen te wensen over. Daarbij spelen gebrek aan vertrouwen in elkaars professionaliteit (inclusief onafhankelijkheid) en onbekendheid met elkaars werk en deskundigheid een rol. Huisartsen zijn bovendien terughoudend in het delen van informatie, uit vrees dat daardoor hun relatie met de patiënt onder druk komt te staan. Zie bijvoorbeeld het SER-rapport *Betere zorg voor werkenden* [1].

Waarom zou dit nieuwe project wel tot duurzame resultaten leiden? Hoe kan voorkomen worden dat ook dit nieuwe experiment weinig navolging zal krijgen? Volgens ons wijkt dit project om drie cruciale redenen af van eerdere experimenten. In de eerste plaats is uniek aan dit project dat de reeds bekende effectieve interventies voor vroegsignalering, behandeling en samenwerking tussen eerstelijnszorg en arbozorg worden geïntegreerd in één interventie. Professionals krijgen een geïntegreerde methodiek aangereikt, waarmee zij systematisch aandacht kunnen besteden aan alle relevante aspecten van arbeid en gezondheid.

Bovendien wordt de arbeids- en bedrijfsgeneeskundige kennis onderdeel van het eerstelijnssteam.

In de tweede plaats zijn het de professionals zelf die de aanzet hebben gegeven tot dit project. De professionals van Thermion zijn op basis van een verkenning uit 2017 tot de conclusie gekomen dat de interventie uitvoerbaar is en zijn gemotiveerd om van dit project een succes te maken. De organisaties die een bedrijfsarts of arbeidsdeskundige inbrengen (SGBO en AKC) zijn eveneens enthousiast en hebben aangegeven opgedane ervaring te willen en kunnen verspreiden binnen de arbozorg. Alle betrokken professionals leveren gezamenlijk een bijdrage aan de ontwikkeling van de interventie. Dit vergroot het onderlinge vertrouwen en daarmee de kans op een geslaagde adoptie en implementatie.

Tot slot worden werkende patiënten intensief betrokken bij de uitvoering van dit project. Dit vergroot niet alleen het inzicht in de gebruikswaarde van de interventie voor de patiënt, maar maakt het ook mogelijk om rekening te houden met de vertrouwensrelatie met hun zorgverleners.

Literatuur

1. SER. Betere zorg voor werkenden. Een visie op de toekomst van de arbeidsgerelateerde zorg. 2014. http://www.nieuwearbowet.nl/index_htm_files/toekomst-arbeidsgerelateerde-zorg%202014.pdf, Advies 14/07. Den Haag.
2. Buijs PC, Heuvel FMM van den, Steenbeek R. Patients absent from work through sickness expect the GP to play a prominent role. *HuisartsWet*. 2009;52:147–51.
3. Stadhouders N, Wees P van der, Staal B, et al. Evaluatie van adviestrajecten bij problematisch ziekteverzuim. Nijmegen: Celsus academie; 2015.
4. LHV, NVAB. Consensusverklaring LHV, NVAB, NHG, KNMG over werk en gezondheid. 2014. https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/consensus_verklaring_over_werk_en_gezondheid.pdf.
5. BatenburgRS, Hassel D van, Lee I van der. Knelpunten in de arbocuratieve samenwerking tussen bedrijfsartsen en de eerstelijnszorg. Utrecht: Nivel; 2012.
6. Burdorf A, Robroek SJW, Schuring M, et al. Kennissynthese *Werk(en) is Gezond*. Rotterdam: Erasmus MC; 2016.
7. TNO. Arbobalans: Kwaliteit van de arbeid, effecten en maatregelen in Nederland. Leiden: TNO; 2016.
8. Dijk PCM van, Hogervorst VWG, Buijs PC, et al. The potential role of Dutch GPs in imminent long-lasting sickness absence. *Eur J Gen Pract*. 2006;12:74–6.