

ZORG VOOR WERK

Hoe kan de (eerstelijns)zorg bijdragen
aan een gezonde beroepsbevolking:
**verslag van het symposium
en bouwstenen voor een agenda**

TNO innovation
for life

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

Zorg voor werk

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

**verslag van het symposium
en bouwstenen voor een agenda**

› COLOFON

TNO

Schipholweg 77-89
2316 ZL Leiden
Postbus 3005
2301 DA Leiden

T 088 866 90 00
E wegwijzer@tno.nl

TNO.NL

© 2014 TNO

Auteurs

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

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

Het symposium werd mede mogelijk gemaakt door ZonMw.

ISBN-nummer: 978-90-5986-456-6

Drukwerk MediaCenter, Rotterdam

Layout Coek Design, Zaandam

INHOUDSOPGAVE

| | | |
|----------|---|-----------|
| | Voorwoord | 5 |
| 1 | Verslag van het symposium Zorg voor Werk | 7 |
| 2 | Bouwstenen voor een agenda | 35 |



VOORWOORD

Het is al weer enige tijd geleden dat wij het symposium 'Zorg voor Werk' hebben georganiseerd, ter gelegenheid van het afscheid van Peter Buijs van TNO. Het belang van het onderwerp Zorg voor Werk is tijdens het symposium door verschillende vooraanstaande sprekers benadrukt. Het belang van meer menselijke en maatschappelijke investeringen op arbocuratief gebied is nog steeds groot.

Het verheugt ons dan ook zeer dat wij U een uitvoerig verslag van het symposium kunnen aanbieden, inclusief bouwstenen voor een onderzoeks- en implementatie-agenda.

Wij hopen dat dit een verdere stimulans kan zijn om met vereende krachten te realiseren wat zoveel sprekers op het symposium hebben bepleit: een sterkere arbeidsgerelateerde zorg voor de (potentiële) beroepsbevolking.

Paulien Bongers
Directeur TNO



A composite image with a blue 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 the beam, while the other is sitting on it. In the lower-left foreground, there is a semi-transparent globe showing the continents. In the lower-right foreground, there is a close-up of a stethoscope. The overall theme is the intersection of industry and healthcare.

1

Verslag van het symposium Zorg voor Werk

› TOELICHTING

Op 13 februari 2014 verzorgde TNO in samenwerking met de Stichting van de Arbeid het symposium Zorg voor Werk. Centraal stond de vraag: hoe kan de (eerstelijns)zorg bijdragen aan een gezonde beroepsbevolking? In dit verslag vindt u de hoofdpunten van alle voordrachten en discussies tijdens het symposium. We hebben deze informatie voor u vastgelegd, ook met het oog op de agenda voor de toekomst. Stap voor stap komen alle voordrachten en discussies aan bod, maar het is geen letterlijke weergave.

HET SYMPOSIUM: AANLEIDING EN DE STAND VAN ZAKEN

TNO organiseert dit symposium op initiatief van Peter Buijs. Na 34 jaar intensieve betrokkenheid bij dit thema als oud-huisarts, bedrijfsarts, onderzoeker en adviseur neemt hij als 65-jarige afscheid van TNO met dit inhoudelijke, oplossingsgerichte programma. TNO en de Stichting van de Arbeid hopen, met Peter, dat dit symposium een gezamenlijk gedragen antwoord zal opleveren op de al vele jaren spelende vraag: hoe kan de (eerstelijns)zorg bijdragen aan een gezonde beroepsbevolking?

INTRODUCTIE EN INTERNATIONAAL KADER

*Na de introductie door dagvoorzitter **Niek Snoeij** (Directeur Gezond Leven TNO) heet **Bernard Wientjes** (voorzitter VNO-NCW, covoorzitter van de Stichting van de Arbeid) de aanwezigen welkom namens de Stichting van de Arbeid.*

Vervolgens schetst **Peter Buijs** (TNO) de historie en de relevantie van het onderwerp van dit symposium. Hij citeert Yves Leterme (adjunct-secretaris-generaal van de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling) om de relevantie van het onderwerp te onderstrepen: *'A lack of attention in general health care for work is one of the most underestimated issues in developed countries.'*

Daarna schetst Buijs wat er over dit onderwerp al bekend is uit wetenschappelijk onderzoek en kan dienen als kompas om verder op te varen:

1. Werkenden met gezondheidsproblemen gaan veelal naar de huisarts – ook in het buitenland – en niet in eerste instantie naar de bedrijfsarts.
2. In de curatieve zorg wordt arbeid vaak niet besproken door professionals. Dat is de zogenoemde blinde vlek: een internationaal verschijnsel, ook in landen waar je voor een ziekenbriefje naar de huisarts moet.
3. Patiënten stellen het op prijs als naast de bedrijfsarts ook de huisarts zich meer bemoeit met hun verzuim, maar de afstemming tussen huisarts en bedrijfsarts is een probleem.

4. Misschien wel het belangrijkste uit het onderzoek: het hebben en behouden van werk is een belangrijke voorwaarde voor gezondheid en welzijn. Dat op zich zou al een voldoende argument moeten zijn voor medische professionals om zich rekenschap te geven van het werk en de werkcontext van hun patiënt.
5. Voor beleidsmakers is het niet onplezierig dat er een grote besparingspotentie is van goed georganiseerde arbocuratieve zorg:
 - TNO berekende voorzichtig een mogelijke besparing van twee miljard;
 - Ab Klink en collega's kwamen zelfs tot nog veel hogere getallen;
 - Panteia heeft recent een herberekening uitgevoerd en komt ook tot een besparingspotentie van ruim twee miljard.
6. Het NEA-onderzoek laat zien dat op de vraag aan 20.000 werknemers 'Vroeg uw behandelend arts of uw verzuim ook te maken had met uw werk?', een derde met ja antwoordde en twee derde met nee.

Peter sluit de introductie af met een verwijzing naar minister Asscher die in juni 2013, mede namens minister Schipper van VWS, de SER om een middellangetermijnadvies vroeg. Over dit advies worden nu in het SER gebouw de hoofden gebroken, met als centrale vraag: hoe krijgen wij de beste zorg voor de werkenden? Daarbij worden drie sporen bewandeld:

- Hoe krijgen we arbozorg verbeterd?
- Hoe krijgen we in de curatieve zorg meer aandacht voor werk? (Het thema voor deze middag.)
- Hoe krijgen we een beter samenspel tussen deze beide wereld dan nu het geval is?

Het gevraagde SER-advies gaat ook niet meer over bedrijfsgezondheidszorg, maar over arbeidsgerelateerde zorg. Daarmee is deze middag zeer actueel.

Het onderwerp van vanmiddag is ook internationaal relevant. Hoewel ervoor gekozen is deze dag specifiek op de Nederlandse problematiek te richten, is het verheugend dat er ook enkele internationale bijdragen zijn.

Prof. Richard Roberts

(family doctor, lawyer, university Wisconsin, former president WONCA)

Richard geeft in een videoboodschap aan welke verdiensten Peter heeft op internationaal terrein, in het bijzonder het bij elkaar brengen van de internationale organisaties van huisartsen (WONCA) en van bedrijfsartsen (ICOH) op dit onderwerp. Dat heeft uiteindelijk geresulteerd in een groot wereldcongres van de WHO in Den Haag met als resultaat het formuleren van de nieuwe WHO strategie om wereldwijd meer werkenden te bereiken door het incorporeren van aandacht voor arbeid in 'primary health care'.

Egbert Holthuis

als vervanger voor Lieve Fransen (Director Social Policy & Europe 2020, DG Employment, Social Protection & Inclusion, Europese Commissie)

Lieve Fransen is op het laatste moment verhinderd; Egbert Holthuis presenteert haar voordracht. Eerst schetst Egbert de EU-visie op het belang van investeren in gezondheidszorg, de brede maatschappelijke en persoonlijke winst van preventieve en duurzame gezondheidszorg en vooral het belang van investeringen in preventieve eerstelijnszorg.

Hij geeft het belang aan van goede gezondheid voor de motivatie en productiviteit, en de bijdrage die gezondheid op langere termijn levert aan een hechte samenleving en een betere economische prestatie. Met name de positie van mensen met een chronische aandoening verdient daarbij aandacht, ook gezien de enorme maatschappelijke en economische kosten van het verlies aan gezonde arbeidsjaren in juist deze groep.

Egbert refereert verder aan een studie waarin een analyse is gemaakt van het bevorderen van geestelijke gezondheid op de werkplek en van het effect van preventieve maatregelen. Daaruit blijkt dat 1 euro investering in gezondheid kan leiden tot 10 euro return on investment. Hiervoor is wel een holistische aanpak nodig van preventie: inschatten van psychosociale risico's, bevorderen van geestelijke gezondheid, garanderen van een goede behandeling en begeleiding van werknemers, en een zo snel mogelijke terugkeer naar werk.

Recent heeft de EU een sociaal investeringspakket aangenomen. Dit gaat ervan uit dat sociale investeringen ook in gezondheid cruciaal zijn, als Europa sterker, hechter en concurrerder uit de crisis wil komen. De nadruk ligt op:

1. Het zorgen dat het sociale zekerheidsstelsel op beslissende momenten in het leven aan de persoonlijke behoeften kan beantwoorden. We zullen meer moeten doen om het risico van een sociale tweedeling te verminderen en zo ook maatschappelijke kosten en politieke kosten in de toekomst te voorkomen.
2. Het vereenvoudigen en gericht maken van sociaal beleid om te zorgen voor een passend en houdbaar sociaal zekerheidsstelsel. Drie strategieën van lidstaten voor actieve inclusie moeten naar hoger niveau worden getild: een betaalbaar kwalitatief goed aanbod van kinderopvang, onderwijs en preventie.

Egbert benoemt nog twee aanvullende punten:

- Budgetten worden maar voor zeer gering deel gebruikt voor preventie en gezondheidsbevordering; in de EU vormen zij circa 3 procent van de uitgaven voor volksgezondheid. Bij het streven naar meer efficiënte stelsels voor sociale zekerheid moet er meer aandacht zijn voor de rol van de huisarts: deze heeft een centrale rol als eerste aanspreekpunt, kan verwijzen, kent de familie en werksituatie en kan deze aandachtsgebieden koppelen.
- Europese bijdragen in het kader van H2020 zijn deels gewijd aan gezondheid, demografische veranderingen en welzijn. Prioriteiten zijn daarbij: inzicht in determinanten van gezondheid, beoordeling van programma's op het gebied van primaire gezondheidszorg, verbetering van wetenschappelijke instrumenten en methoden ter ondersteuning van beleidsvorming en regelgeving, en bevordering van een geïntegreerde zorg. Ook de monitoring van de vereiste vaardigheden van de mensen betrokken in deze belangrijke sector is een onderwerp van onderzoek.

Aart Jan de Geus

(voorheen minister van SZW en VWS en plaatsvervangend secretaris-generaal van de OESO, thans voorzitter CvB Bertelsmann Stiftung)

Aart Jan de Geus schetst zijn beleidservaringen in de afgelopen decennia: de polarisatie tussen idealisme en kapitalisme in de jaren zeventig van de vorige eeuw, de oorzaken van het snel oplopend aantal arbeidsongeschikte werknemers, en de ommekeer in de jaren negentig, toen werkgevers en werknemers een grote verantwoordelijkheid namen voor verzuim en re-integratie, en arbodiensten opkwamen.

In het buitenland was weinig te leren, nergens was het ziekteverzuim zo'n urgent probleem. De nieuwe dimensie is de explosie van werknemers met psychische aandoeningen, nieuwe diagnoses. Werkbezoeken leerden dat de meeste patiënten met psychische aandoeningen sneller genezen als ze werken dan als ze niet werken. Maar dat vraagt nogal wat van collega's en werkgevers.

Het enorme ziekteverzuim en ook de arbeidsongeschiktheid zijn in Nederland betekenisvol teruggedrongen; de financiële prikkels werken. Het mkb 'mekkert' wel over de termijn van twee jaar doorbetaling bij verzuim, maar het heeft dat zelf bepleit in ruil voor premieverlaging. De verzekeraars beloofden producten aan te bieden om het eigen risico geheel of deels af te dekken, en dat is ook gebeurd. Maar helaas is er minder terechtgekomen van de verzuimbegeleiding die ook onderdeel van deze pakketten zou moeten zijn.

Wat kunnen we leren van deze geschiedenis en van het buitenland?

1. Samenwerking en synergie kun je vergeten als de financiële incentives niet de goede kant op staan, dat wil zeggen niet zorgen voor de gewenste prikkels.
2. De rol van sociale partners is cruciaal; zonder deze had de politiek het probleem niet kunnen oplossen. Dat is ook precies het manco in het buitenland: doordat sterke sociale partners ontbreken, ontbreekt het werkgevers aan oriëntatie op het algemeen belang en zijn er geen vakbonden die hun nek uitsteken.
3. Professionele samenwerking tussen huisartsen, bedrijfsartsen en specialisten is cruciaal. Maar verwacht niet van verzekeraars dat zij via verzuimbegeleiding hun markt kleiner maken, verwacht niet van patiënten dat zij hun huisarts niet geloven, verwacht niet van werkgevers dat zij mensen die ze niet kennen onder de arm nemen. De artsen zelf moeten in het belang van hun patiënten hun informatie en inzichten delen, dit moet in opleidingen en vervolgoopleidingen een vaste plek krijgen.
4. Arbeidskundigen kunnen innovatieve bijdragen leveren: telewerken is mogelijk in veel beroepen, net als flexibele roosters; aanpassingen op de werkplek worden bijna altijd heel snel terugverdiend. Voor veel aandoeningen is werken beter dan niet werken.
5. Vergrijzing betekent ook dat werknemers met chronische aandoeningen een vast beeld zullen worden op onze arbeidsmarkt.
6. Tot slot: wat niet in één keer lukt, mag niet worden opgegeven.

Ronald de Leij

(al jaren betrokken bij het onderwerp en thans voorzitter van DECP)

Ronald gaat in zijn column in op de vraag: hoe komt het nu dat we toch altijd zo ontzettend onhandig met dit onderwerp omgaan, terwijl we beseffen hoe groot de belangen zijn? Hij illustreert dat wat wij als persoon in dagelijks leven doen (betaald of onbetaald werk), in hoge mate bepaalt wie en wat wij zijn tegenover anderen, maar daarmee ook tegenover onszelf.

Dat is misschien niets nieuws, maar Ronald is dan wel verwonderd over de hardnekkigheid van de problematiek die tot dit symposium aanleiding heeft gegeven. Want hoe kan het zijn dat de eerstelijnsgezondheidszorg, die toch zo dicht bij de hele mens staat, al zo lang en zo hardnekkig blind schijnt te zijn voor wat zo wezenlijk deel uitmaakt van de gehele mens die zich als patiënt in de spreekkamer aandient? En hoe kan het zijn dat het bevorderen van het herstel van de zieke werknemer in opdracht en/of voor rekening van de werkgever nog steeds zoveel weerstand schijnt op te roepen dat de SER, naar verluidt, binnenkort zal aanbevelen de bedrijfsarts een onafhankelijke positie te geven en daarmee eigenlijk op te heffen?

Ronald geeft twee verklaringen voor die woekerende weerstand:

1. Voor de eerste refereert hij aan de Bijbel: het misverstand dat de plicht tot een arbeidzaam bestaan het gevolg is van de zondeval, culminerend in de verdrijving uit de Hof van Eden en '... in het zweet uws aanschijns zult gij brood eten totdat gij tot de aarde wederkeert ...' Maar uit Genesis 2 (vers 15) blijkt dat het oudste beroep dat van hovenier is, en dat zelfs in paradijselijke toestand van de mens arbeid werd verwacht. 'Mocht u dus denken dat de werknemer die door ziekte zijn arbeid niet kan verrichten de paradijselijke toestand nabij is en dat er daarom bij diagnose en therapie juist geen aandacht aan zijn werk – laat staan terugkeer naar werk – besteed zou moeten worden, dan is dat een groot en zeer ernstig te nemen misverstand.'
2. Voor de tweede verklaring verwijst hij naar de arbeidsenquête 1887. De verhoren en verslagen waren ook al in die tijd een diep schokkende getuigenis van de allerminst paradijselijke toestand waarin in tal van fabrieken en werkplaatsen arbeid werd verricht. Het is meer dan terecht dat de opkomst van de arbeidersbeweging geleid heeft tot wetgeving die beoogde en beoogt een einde te maken aan mensonwaardig werk en mensonwaardige werkomstandigheden. Maar, stelt Ronald, je kunt ook doorschieten. En dat is gebeurd. Wanneer in de jaren zeventig van de vorige eeuw het problematisch blijkt de snel stijgende werkloosheid een halt toe te roepen, gaan we de mensen niet meer bevrijden van mensonwaardige arbeid en arbeidsomstandigheden, maar van het werk zelf. We doen dat door invoering van vervroegde uittreding en verdiscontering van verminderde arbeidskansen in de mate van arbeidsongeschiktheid, we doen dat met collectieve arbeidstijdverkorting en we blijven dat doen met voortdurend nieuwe betaaldverlofregelingen.

Ronald: 'Wij hebben een doorlopende opdracht, dames en heren, om mensen te bevrijden van verslijtend werk en verslijtende werkomstandigheden, ook waar het de omgang met elkaar betreft. En mensen ertegen te beschermen in Bangladesh en in het Westland. Maar

we bevrijden mensen niet door hen hun werk af te nemen of hun terugkeer in of naar werk door misverstandelijke en/of door de historie ingekleurde oogkleppen te vertragen.

Dat we meer kennis behoeven staat vast. En ik verwijs daarvoor graag naar – en onderstreep het belang van – het programma Participatie en Gezondheid van ZonMw. Kijk in die richting als u zoekt naar één sector of de onbetwiste topsector voor het weer op gang brengen en het weer op gang houden van onze lamenterende economie.’

DE ‘VRAAGZIJDJE’

Ton Heerts

(voorzitter FNV)

Ton Heerts: ‘Zorg voor werk, dat hoor ik de hele dag, met 700.000 werklozen. Vorige week was ik nog op een bijeenkomst waar naar voren kwam dat er 30.000 mensen met een beroepsziekte zijn en acht werknemers per dag overlijden aan beroepsziekten.’

Ton geeft aan dat, als het aan de FNV ligt, huisartsen veel meer kennis moeten krijgen over arbeid en arbeidsgerelateerde klachten in relatie tot gezondheid. Ondanks mooie woorden kan daar nog veel meer gebeuren. De samenwerking met de bedrijfsarts moet echt verbeteren, het onderling wantrouwen speelt een te grote rol. Beter samenwerking is essentieel voor werknemers die beter willen worden en langer willen participeren in het arbeidsproces, dat lijkt ons heel erg noodzakelijk. In de Stichting van de Arbeid en de SER wordt daarover veel gesproken; Fit to the finish heet dat.

Ton vindt ook dat de Inspectie SZW een grotere rol moet spelen bij de beroepsziekten. Sommige sectoren en branches worden nooit bezocht, en dat is natuurlijk niet goed. Daarom vindt de FNV dat de werkgever ook meer moet gaan melden aan de Inspectie als er sprake is van een beroepsziekte.

Er moet het nodige gedaan worden aan de samenwerking tussen huisarts en de onafhankelijke bedrijfsarts, maar nog meer waarde hecht de FNV aan veilige en gezonde arbeidsomstandigheden; daar begint de preventie om zo veel mogelijk ellende te voorkomen. De kost gaat daar voor de baat uit en daar moeten we aan de slag.

Bernard Wientjes

(voorzitter VNO-NCW)

Bernard Wientjes schetst hoe de ontwikkeling in de afgelopen decennia is omgeslagen, onder meer dankzij de Commissie Werkend Perspectief. Voor die tijd was het gebruikelijk om mensen met een handicap ‘weg te parkeren’.

‘Alle ontwikkelingen sinds die tijd hebben nu geculmineerd in de verplichting van werkgevers om 100.000 mensen die in deze categorie vallen, op te nemen in hun bedrijven. Wij gaan dat doen. De afspraken die we daarover gemaakt hebben, zien er goed uit. Er moet een hoop gebeuren, we hebben job coaches nodig en we hebben nog een aantal stappen te maken met elkaar, maar ik ben ervan overtuigd dat het wel gaat lukken. Dat betekent dus dat de werkgever meer dan ooit te maken krijgt met de gezondheid en de persoonlijke situatie van de werknemer. Hoe je het ook wendt of keert, ons ziekteverzuim is enorm omlaag gegaan en dat heeft mede te maken met de financiële prikkels, de tweejaartermijn. Het mkb heeft altijd problemen gehad met het risqué sociale, dat is ook een lastig onderwerp ...’

Bernard vertelt dat VNO-NCW blijft hechten aan de bedrijfsarts, en ook blijft hechten aan veel meer communicatie tussen de bedrijfsarts en huisarts, en alles zal doen wat mogelijk is om dit te bevorderen. ‘We blijven het onze verantwoordelijkheid noemen. Wij vinden het probleem van de onafhankelijkheid van de bedrijfsarts een opgeklopt probleem, omdat hij toevallig wordt betaald door de werkgevers. Dat vinden we eigenlijk een non-probleem. We moeten in de SER of in de Stichting van de Arbeid het probleem van de grenzen tussen de reguliere huisarts en de bedrijfsarts oplossen, dat kan ons ziekteverzuim nog verder doen verlagen en dat is alleen maar goed voor heel Nederland.’

Wilna Wind

(directeur NPCF)

Wilna Wind schetst dat werk enorm belangrijk is voor mensen: sociaal en financieel. Dat geldt des te sterker als je getroffen wordt door een ziekte of handicap. ‘De NPCF richt zich op mensen zoals u en ik, gezond, relatief gezond, maar morgen kan het anders zijn: hartinfarct, auto-ongeluk en je wereld ziet er echt anders uit. Het gaat om mensen die een baan hebben, uw werknemers of collega’s die door ziekte worden getroffen en die aan het werk moeten blijven. Uitval is eigenlijk geen optie meer, dat mag pas als het echt niet meer anders kan. Dit is een andere groep mensen dan de groep die langs de kant staat, de groep van Wajong’ers en WAO’ers. Maar deze groepen vragen echt een andere aanpak dan de mensen die al een baan hebben.’

Het NPCF vindt dit onderwerp actueel en urgent. Steeds meer chronisch zieken werken langer door, en juist op oudere leeftijd steken chronische aandoeningen de kop op.

In het sociaal akkoord zijn mooie afspraken gemaakt over aan het werk houden van mensen en over duurzame inzetbaarheid. Deze afspraken moeten uitgevoerd worden, met werkgevers, werknemers en met de mensen waarover het gaat en, dat is nieuw, met de patiënten als ervaringsdeskundigen. ‘Daar zitten deze mensen op te wachten, niet op quota. Die zijn vooral geschikt als stok achter de deur.’

De bijdrage van de NPCF aan een oplossing is:

1. ‘Maak gebruik van de ervaringsdeskundigheid van patiënten. Wij weten als geen ander hoe je vaak toch nog kunt werken met een beperking: van werken met hulpmiddelen als een verzwaarde muis tot een e-consult.

2. De Stichting van de Arbeid heeft inmiddels een aanbeveling gedaan en roept werkgevers en werknemers op om met de NPCF die ervaringsdeskundigheid in te zetten, en wij zijn sociale partners erg erkentelijk dat ze die aanbeveling hebben willen doen; dat gaat onze achterban helpen en het gaat jullie allemaal helpen.
3. We werken op dit moment heel hard aan sectorplannen en zijn in gesprek met de metaal, het transport en ook andere sectoren. Werkgevers en werknemers blijken bereid om praktische afspraken te maken in cao's. We zijn daar echt ontzettend blij mee. De werelden van werkgevers en werknemers, van artsen vooral bedrijfsartsen en ervaringsdeskundige patiënten moeten bij elkaar gebracht worden. In ieders belang, ook in uw eigen persoonlijk belang: ziekte discrimineert namelijk niet. Morgen kunt u aan de beurt zijn.'

Discussie onder leiding van de moderatoren Paulien Bongers (*Innovatiedirecteur Arbeid, TNO en bijzonder hoogleraar Arbeid en Gezondheid VUmc*) **en André Knottnerus** (*voorzitter WRR en hoogleraar Eerstelijngeneeskunde, Universiteit Maastricht*).

De discussie met de sprekers leert:

- Werkgevers praten niet of nauwelijks over de inhoud van het collectieve contract met de zorgverzekeraar. Daar zouden werkgevers eens dieper over moeten nadenken. Mogelijk dat daar kansen liggen om preventie, een snelle werkhervatting bij ziekte en behoud van werk bij ziekte te versterken. Dat zou een van de lessen kunnen zijn van deze bijeenkomst, concludeert Bernard Wientjes.
- Werkgevers hebben een groot belang bij het verlagen van de zorgpremie; ze moeten 50 procent bijdragen. Dat is een van de grote weeffouten uit het verleden, het automatisme dat bij elke stijging van de kosten de werkgevers weer voor de helft worden aangeslagen. Daarover zijn zij nu in gesprek met het kabinet.
- Werknemers vinden dat de prikkels van de financieringssystematiek van de zorg en van de arbeidsongeschiktheidsverzekeringen nog niet de goede kant op wijzen. Ook worden veel contracten rond arbodienstverlening meer en meer uitgekleeft. De druk op de dienstverlenende pakketten uit de arbodienstverlening zet ook druk op de onafhankelijkheid van de bedrijfsarts. Werknemers zullen daar scherp op blijven toezien, omdat het advies van de dienstverleners, nog los van de behandeling, veel psychologische druk zet om weer aan het werk te gaan. Er zijn geen glijbanen meer naar vervroegde uittreding: het is 'fit naar de finish' en dat is op langere termijn ruim boven de 67 jaar. En zeker voor die beroepen waarvoor dat heel moeilijk is, zal die druk alleen maar toenemen.
- Werkgevers denken dat ze er in de SER wel uitkomen. Als je ziet wat voor problemen we de laatste jaren hebben opgelost, dan is dit een kleinigheid.
- De NPCF wijst vooral op de omvangrijke ervaring bij de patiëntenbeweging. Gebruik die ervaringskennis, dat zijn de mensen die weten hoe je ermee kunt leven en werken, en het is doodzonde dat we die kennis niet gebruiken.

AANVULLING OP HET PROGRAMMA: CONSENSUSVERKLARING ARTSENORGANISATIES

Steven van Eijk (voorzitter LHV) presenteert een bijzonder aanbod, mede namens zijn collega's **Rutger Jan van der Gaag** (voorzitter KNMG), **Jako Burgers** (vicevoorzitter NHG) en **Jurriaan Penders** (voorzitter NVAB).

De vier artsenorganisaties tekenen een consensusverklaring over de onderlinge samenwerking. Steven van Eijk leest deze verklaring voor (bijgevoegd als bijlage bij het verslag). Een ondertekend exemplaar wordt aangeboden aan de dagvoorzitter, Niek Snoeij, die het namens de Nederlandse bevolking in ontvangst neemt.

Eerste reacties van de sprekers aan vraagzijde:

- Ton is verrast en blij: 'Ik wil nog wel opmerken dat huisarts en bedrijfsarts niet moeten afstemmen "als het nodig is", maar dat zij afstemmen. Er is nu ook een volgende verdiepingsslag nodig met de verzekeraars om er echt werk van te maken, ook aan de financiële kant.'
- Bernard is het met de inhoud eens: 'Het is het beste instrument dat we aan Peter kunnen meegeven, daar heeft hij jaren voor gevochten.'
- Wilna: 'Het is een mooi begin, maar ik vraag me af wanneer er overleg met de patiëntenvereniging plaatsvindt. Maar de uitnodiging daarvoor zal al wel in mijn mail zitten, of niet?'

Jurriaan biedt ook exemplaren van de consensusverklaring aan aan Ton en Bernard als vertegenwoordigers van de sociale partners. En geeft daarbij aan dat er veel over 'ons' wordt gepraat, maar dat de artsen graag zouden meepraten in SER-verband. Deze consensusverklaring is onze handreiking voor een oplossing, en zij gaan graag in dialoog om die oplossing verder in te vullen.

DE 'AANBOD- EN REGELZIJD'

(na de pauze)

Rutger Jan van der Gaag houdt de zaal het belang van werk voor en illustreert dit met zijn eigen ervaringen bij het werken met mensen met autisme. Wij, de artsenorganisaties moeten ons voortdurend inzetten voor de arbeidsparticipatie, zeker ook bij ziekte en chronische ziekte.

Werk is een belangrijke determinant van gezondheid, maar werk moet wel aansluiten bij iemands kennis, vaardigheden en persoonlijke omstandigheden. Dan zie je dat lichamelijke en geestelijke gezondheid, die onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn, verbeteren. Wij moeten een actieve rol spelen in het voorkomen van ziekte en herstel en terugkeer naar werk na ziekte.

Onze aanbevelingen zijn:

1. Het is belangrijk dat er een cultuur ontstaat waarin tussen werkgever en werknemers gesprekken plaatsvinden over functioneren, werkbelasting, belastbaarheid, en het vroegtijdig signaleren van mogelijke gezondheidsrisico's. Het is een verantwoordelijkheid van beide partijen om ervoor te zorgen dat passende acties genomen worden om gezondheidsrisico's te verminderen en de werkzaamheden aan te passen aan de belastbaarheid.
2. Daarin hebben ook arboprofessionals een belangrijke rol. De bedrijfsarts speelt een belangrijke stimulerende, deskundige en adviserende rol en hij of zij kan op die manier re-integratie en aangepast werk bevorderen.
3. Niet alleen in de standaarden, maar in ieder professioneel handelen van zorgverleners, dient het vragen naar werk en naar arbeidsomstandigheden onderdeel te zijn van intake-procedures en anamnese, en opgenomen te worden in de zorgplannen.
4. Ten slotte, curatief werkzame artsen en verpleegkundigen mogen op dit moment niet verwijzen naar de bedrijfsarts en mogen zich niet in verbinding stellen met de arboverpleegkundige. Dat moet echt veranderen. Deze belemmering moet opgeheven worden, zodat er een goede informatiestroom tot stand komt tussen werkelijkheid op het werk en werkelijkheid thuis in de samenleving.

DISCUSSIE ONDER LEIDING VAN DE MODERATOREN

Hoe gaan we nu verder met de samenwerking?

Steven van Eijck geeft aan dat het een terechte vraag is: hoe krijgen we de focus op arbeidsgerelateerde zorg? 'Wat ik in de afgelopen jaren heb gezien, is dat het ons verstandig leek zorg in de buurt van de patiënt te organiseren, dat betekent dat je als kabinet samen met alle betrokkenen zegt: laten we nu eens de context voor de huisarts en alle eerstelijnszorgaanbieders centraal stellen en proberen die bewegingen te maken. Twee grote bewegingen zijn nodig:

1. decentralisatie: ouderenzorg, Wmo, AWBZ-veranderingen en Jeugdwet worden een verantwoordelijkheid van de gemeente, die je in de buurt hebt;
2. een stoere overheid die aangeeft: hier zijn we wel van en hier zijn we niet van. Dat betekent dat je convenanten moet sluiten. Je moet de randvoorwaarden schetsen waaronder je het veld aan het werk laat. Om vervolgens inhoud te geven, ieder met behoud van eigen identiteit en kracht, om dat gemeenschappelijke doel te bereiken.

Wat in de volgende periode zal moeten gebeuren, is dat niet de leefomgeving, maar de werkomgeving centraal staat. Dat is de kern van wat we zouden moeten doen: de focus richten op de werkomgeving, daar waar het onderdeel is van de huisartsentaak en zeker daar waar het onderdeel is van de bedrijfsartsentaak. Doe dat gezamenlijk en ga daar dan over praten met werkgevers en werknemers. Er wordt veel gesproken over de huisarts, maar niet met de huisarts (ook nu in het kader van arbeidsgerelateerde zorg en SER-advies).'

Moet arbeidsgerelateerde zorg niet een plaats krijgen in de opleiding tot huisarts?

Steven: 'Het is op dit moment niet haalbaar om arbeid onderdeel te laten zijn van de opleiding tot huisarts. Er komt gigantisch veel af op de huisarts. Om daar veranderingen te bewerkstelligen, te zorgen dat het opleidingspakket wordt aangepast, dat is echt een klus.'

Jako Burgers: 'Ik denk dat we als NHG goed bezig zijn om de kennis van huisartsen op het gebied van arbeidsgerelateerde problemen en de invloed van klachten en ziekten op werk te verbeteren. Bij het ontwikkelen van standaarden kijken we niet alleen naar ziektegerelateerde problemen, maar ook naar arbeidsgerelateerde problemen. Met name bij klachten over het bewegingsapparaat, psychische klachten en chronische aandoeningen stellen we ons systematisch de vraag hoe het gesteld is met deze problemen in relatie tot werk.'

Je zou het advies over (hervatten van) werk als een interventie kunnen beschouwen, die soms heel erg effectief is, en dan denk je: wat gek dat daar zo weinig onderzoek naar gedaan wordt.'

Hoe kan de samenwerking met de huisarts verbeteren?

Jurriaan Penders, inhakend op Jako: 'Wij richten ons op arbeidsparticipatie, niet alleen als doel, maar ook als middel. Werken is gezond, en weer aan het werk gaan is voor veel mensen, vooral bij psychische aandoeningen, een betere behandeling dan vele andere interventies.'

Een van de knelpunten bij de samenwerking met de huisarts is de vindbaarheid van de bedrijfsarts, zowel voor de huisarts als de patiënt zelf. Daar hebben we als bedrijfsartsen nog een klus te klaren, om ervoor te zorgen dat we beter zichtbaar worden. Een tweede knelpunt is dat het vertrouwen niet altijd optimaal is. Maar het is goed om je te realiseren dat op het moment dat het contact eenmaal gelegd is, het vertrouwen van de werknemer in de bedrijfsarts het cijfer 8 krijgt. Dan doen wij het als beroepsgroep heel erg goed in dit lastige krachtenveld.'

En de integratie?

Jurriaan Penders: 'Wij zijn een aantal jaren geleden gestart met monodisciplinaire richtlijnen, maar we participeren nu samen met andere disciplines in het ontwikkelen van multidisciplinaire richtlijnen. In steeds meer richtlijnen van de curatieve sector komt arbeid ook naar voren, en vertegenwoordigers van bedrijfsartsen participeren daarin om de aansluiting goed te laten zijn. Maar ik denk dat daar nog wel een aantal slagen te maken zijn. Als samenwerking een onderdeel van de richtlijn is, dan zal dat langzaam toch de gouden standaard worden. Ik denk ook dat de koppeling met opleiding belangrijk is. Als in de opleiding wordt uitgedragen dat je samenwerkt, elkaars partner bent, dan is er geen discussie meer over de vraag of je iemand wel of niet naar de bedrijfsarts verwijst.'

Als een huisarts beter weet wat hij kan als hij een arbeidsgerelateerd probleem constateert (omdat hij beter toegang heeft tot een bedrijfsarts of een duidelijke verwijzrol heeft), dan zal hij ook veel makkelijker het onderwerp werk ter sprake brengen, omdat hij er ook een vervolg aan kan geven.'

Zijn er nog andere punten die de samenwerking in de weg zitten, ook met het oog op de onafhankelijkheid van de bedrijfsarts?

Jurriaan: 'Dat heeft te maken met hoe we gepositioneerd zijn. Een discussie die nu ook in de SER plaatsvindt. Wij onderhandelen onze contracten met werkgevers. Er staat druk op de contracten, om in zo min mogelijk tijd zo veel mogelijk diensten te kunnen leveren. Het is crisis en het meeste werk dat we doen, heeft niet morgen, maar over een of twee jaar of over tien jaar zijn rendement. Waar wij voor pleiten, is een minimumcontract in de dienstverlening. Daarin is dan aangegeven welke accenten worden aangebracht in onze dienstverlening, zodat je je rol en professionaliteit in de volle breedte kunt waarmaken. Het zou de discussie erg vergemakkelijken, als je dat niet meer voor elke werkgever hoeft uit te onderhandelen.'

Ab, wat zijn jouw gedachten als zorgverzekeraar als het erom gaat eerstelijnszorg effectiever te maken in de keten van arbeidsgelateerde zorg?

Ab Klink (Raad van Bestuur VGZ): 'Een paar weken geleden las ik een artikel in The New York Times, een verslag van een groot onderzoek naar de mate waarin preventie effecten heeft op de productiviteit van mensen. Die effecten waren aanwezig, maar niet megagroot. De effecten waren wel heel groot bij mensen met een chronische aandoening. Preventie loonde dus. Zo'n anderhalf jaar geleden heb ik samen met de Bertelsmann Stiftung gekeken naar de relatie tussen het hebben van een chronische ziekte en arbeidsproductiviteit. Je ziet dan dat een 'simpel' onderwerp als therapietrouw bij mensen met psychische aandoeningen of diabetes al enorme effecten kan hebben. Dat loopt in de miljarden, ook in Nederland. In die periode (voordat ik bij VGZ werkte) vroeg ik aan een vertegenwoordiger van de FNV, bij de verlenging van hun contract met een zorgverzekeraar, of therapietrouw was meegenomen in het contract. Het antwoord was nee. Er was wel naar prijs en pakketsamenstelling gekeken, maar eigenlijk niet naar de kwaliteit van wat geboden wordt. En toch hebben we het hier over arbeidsgelateerde zorgeffecten die niet zozeer scharnieren rond de bedrijfsarts en de reguliere zorg, maar rond de vraag of er goede zorg wordt geboden. Zo'n collectiviteit kan een behoorlijke kracht vertegenwoordigen op het moment dat je daar meer werk van zou maken. De verzekeraars moeten innovatieve zorg contracteren en dat is niet eenvoudig. Ik wil het niet nodeloos complex maken, maar bijna elke innovatie stuit op het volgende probleem: op het moment dat je investeert in zorg dichtbij, maar het aanbod van ziekenhuizen gelijk blijft, dan maak je dubbele kosten, terwijl het potentieel kostenbesparend zou moeten zijn. Je moet de institutionele belemmeringen in beeld krijgen en aanpakken in je integrale zorgcontractering. Anders komt er niets van terecht. Ik denk dat sociale partners daar een rol kunnen vervullen: 1) via de collectiviteiten, 2) via de cao's, zoals Starbucks heeft gedaan. Dat bedrijf heeft samen met een zorgaanbieder een inhoudelijk pakket samengesteld dat resulteert in lagere zorgkosten en hogere productiviteit. Gezamenlijk hebben zij gekeken welke verzekeraar dat pakket wil contracteren en die dubbele winst halen ze er ook uit.

Ik heb me ook altijd verbaasd dat iedereen naar verzekeraars kijkt, ik zou zeggen: collectiviteiten in samenspel met aanbieders, maak je sterk richting verzekeraars en zeg "wij zijn een interessante collectiviteit en verzeker ons, maar zoals wij dat graag zien, en anders heb je deze verzekerden niet".'

Waarom brengen verzekeraars zelf niet deze aanpak naar voren om zich te onderscheiden?

Ab Klink: 'Ik denk dat het antwoord misschien wel heel eenvoudig is, we lezen The New York Times te weinig en we kijken naar collectiviteiten zoals we naar veel dingen in de zorg kijken: puur neutraal. We kijken alleen naar de omvang van collectiviteiten en bij veel verzekerden brengen we de premie omlaag met de maximaal toegestane 10 procent. Er is veel te weinig aandacht voor de kwalitatieve meerwaarde, de zorgwinst die is te behalen met een collectiviteit. Ik vind ook dat verzekeraars dat moeten gaan doen.'

Als je als vakbond naar een nieuwe agenda zoekt en je te maken hebt met mensen die tot hun 67e of langer moeten werken, en iedereen heeft het over inzetbaarheid; pak die kans, waarom niet in de cao de bepaling opnemen dat de werkgever dient te verkennen waar goede zorg aan moet voldoen.'

VRAGEN UIT DE ZAAL

In antwoord op een vraag over de zorg bij bakkersastma:

Ab Klink: 'Ik ken deze casus niet, maar ik weet dat verzekeraars worden overspoeld met initiatieven waarvan ieder vindt dat het de gouden oplossing is. Ik durf de stelling aan dat bijna elke innovatie die belooft kosten te reduceren omdat het beter is voor de patiënt, die ook bijdraagt aan beter functioneren op het werk, uiteindelijk de zorg duurder maakt. Dat heeft te maken met de fragmentatie van ons stelsel, met de manier waarop de financiering is georganiseerd. Dat moeten verzekeraars gaan doorbreken, structureel aanpakken, anders blijven dit soort initiatieven liggen. Het is doodzonde dat zoveel goede dingen blijven liggen; pak dat op, want in een collectiviteit kun je de zaken die de vraagsteller noemt, meenemen.'

In antwoord op een vraag over het plaatsen van bedrijfsartsen in gezondheidscentra:

Jurriaan Penders: 'De arbeidsmarkt in Nederland is niet uniform. De bedrijfsarts in een groot bedrijf is toegankelijk voor werknemers en heeft toegang tot de werkplek. Dat is noodzakelijk om ons werk goed te kunnen doen. Maar niet de hele arbeidsmarkt is zo. Er zijn vier miljoen mkb'ers die slechte toegang hebben tot de bedrijfsarts, en voor een toenemend aantal zzp'ers (1-1,5 miljoen) is nog niets geregeld. De setting van de bedrijfsarts in grote bedrijven moeten we houden, maar ook op brancheniveau (denk aan bakkersastma) zou arbodienstverlening georganiseerd kunnen worden. In de toekomst zullen meerdere scenario's ingepast moeten worden in een model waarmee we de meeste werkenden in Nederland maatwerk kunnen bieden. De binding aan de huisarts is er één van, maar niet dé oplossing.'

Steven van Eijck over de koppeling aan gezondheidscentra: 'Ik geloof niet in het koppelen in een fysieke plek, maar meer in het elkaar functioneel weten te vinden, daar schort het aan. Wat Jurriaan daarnaast zeer terecht meldt, is dat voor een groot aantal werknemers geen bedrijfsarts beschikbaar is. Dus als je de positie van de bedrijfsarts serieus neemt – en daar zijn we nu wel een keer aan toe – dan moet je ook ervoor zorgen dat hij of zij ook bereikt kan worden door zowel de werknemer (en zzp'er) als de huisarts die ook naar de bedrijfsarts kan verwijzen.'

In antwoord op een vraag over de relatie met de gemeenten:

Steven van Eijck: 'Ja, dat is een goede vraag, alle omgevingsvariabelen komen bij de gemeente terecht. En de vraag is of de gemeente straks ook contextgericht en persoonsgericht gaat denken. Je kunt wel zeggen dat je mensen langer thuis wilt laten wonen en dat je mensen aan het werk wilt houden, maar als je ziet hoe de gemeente dat straks inhoudelijk moet vormgeven, dan worden er toch wel vraagtekens bij geplaatst of dat goed gaat lopen.'
Ab Klink: 'Ik snap wel dat op een of andere manier, functioneel of institutioneel, die verbinding met de gemeente gelegd gaat worden. Ik denk dat onderzoek ook wel heel belangrijk is, maar soms moet je gewoon beginnen, dan moet je maar gaan bijhouden hoe het werkt. Dat biedt ook kansen.'

OP WEG NAAR IMPLEMENTATIE

Leon van Halder (secretaris-generaal VWS): 'Ik wil vier onderwerpen noemen waar wij als overheid mee bezig zijn en die ook een opmaat moeten worden voor de vervolgagenda.'

1. Het SER-onderzoek: de toekomst van de arbeidsgerelateerde zorg en de relatie daartussen leggen. Knelpunten oplossen, bijvoorbeeld: hoe gaan we nu om met de onafhankelijkheid van de bedrijfsarts? Hoe gaan we nu de samenwerking tussen de reguliere zorg en de arbeidsgerelateerde zorg vormgeven en hoe leggen we de verbinding met preventie? Daarbij komt dat er circa tweeduizend bedrijfsartsen zijn en dat worden er steeds minder in plaats van meer. De populariteit van het vak is nog wel een onderwerp voor discussie. Ik hoop dat de SER daar de komende periode heldere antwoorden op kan geven. Zodat dat ook voor ons de doorstart van die agenda gaat worden.
2. Een tweede belangrijk thema hebben we vorig week geïntroduceerd: het Nationaal Preventie Programma (NPP). Een van de pijlers in dit NPP is: 'werk is gezond en gezond werken kan beter'. Er hebben zich al dertig grote partijen gemeld om mee te doen aan dat programma, en elf daarvan hebben zich al ingeschreven voor het thema werken en gezondheid. Wij hebben ons als rijksoverheid ook ingeschreven. Wij zullen daar als grote werkgever de komende periode actief op inspelen. Alle partijen hebben getekend voor de agenda voor de zorg onder leiding van Alexander Rinnooy Kan en hebben daar ook een handtekening onder gezet. Ook de Stichting van de Arbeid en een aantal brancheorganisaties hebben ingetekend met de bedoeling om zorg en arbeid dichter bij elkaar te brengen.
3. De context rond de patiënt, de burger, om op die manier beter de verbinding te leggen met de arbeidsgerelateerde zorg. Een ontzettend belangrijk thema voor de komende periode. En eigenlijk hopen wij met het concept 'de zorg dicht bij de patiënt' de basis te leggen om die verbinding te maken. Dat wil zeggen dat bij buurtgerichte zorg ook arbeid een vanzelfsprekend aandachtspunt en gespreksonderwerp is.
4. Een vierde thema is de vraag: hoe krijg je nu de participatie van mensen met psychische problemen verbeterd? Hoe organiseer je nu dat de instroom in de WIA teruggehaald wordt en mensen die in de WIA zitten weer terug kunnen keren in het arbeidsproces? We zijn op dit moment alle knelpunten die daarmee samenhangen aan het inventariseren, om op

basis daarvan de agenda op te stellen. De staatssecretarissen van VWS en SZW zijn hiermee bezig.

5. Een ander thema waarmee we op dit moment bezig zijn, en waarover we in april een advies hopen te krijgen, is het opnemen van een arbeidsmodule in de zorgstandaarden voor chronisch zieken. Deze module heeft betrekking op bijna 4,5 tot 5 miljoen mensen die chronisch ziek zijn. Arbeid gaat zeer belangrijk worden in de zorgstandaarden voor chronisch zieken. Als we daar een belangrijke stap zetten, zal ook de relatie tussen arbeid en gezondheid meer gelegd worden.
6. En nog een ander punt betreft de rol van verzekeraars. Het is toch interessant waarom er in die collectiviteiten onvoldoende aandacht wordt besteed aan de inhoud van de zorg. We kunnen aangeven dat het voor de werkgever belangrijk is in de cao's, maar minstens zo belangrijk is dat juist daar zorgverzekeraars concurrerend kunnen zijn. Ik moet zeggen dat we dat nog te weinig zien.

Tot slot, ik denk dat we met de aanpak voor chronisch zieken verder moeten. We zijn ook met SZW in gesprek of we deze agenda niet scherper kunnen maken, met partijen om de tafel gaan zitten om te bezien hoe we daar een paar stappen kunnen zetten.

Peter, de enorme energie die je in dit onderwerp hebt gestoken, werkt verplichtend, en volgens mij hebben wij ons hier vandaag met elkaar verplicht om jouw boodschap de komende tijd weer een stapje verder te brengen.'

DISCUSSIE ONDER LEIDING VAN DE MODERATOREN

(Vragen van de moderatoren zijn cursief weergegeven.)

Wat zou nu de agenda zijn als je drie punten moet noemen die urgent moeten verbeteren? Hoe kunnen we de kansen pakken, ook gezien de consensusverklaring en het palet dat Leon schetst? Zou je drie punten willen noemen waarvan er één over jezelf gaat?

Steven van Eijck: 'Volgens mij ontstaan veel problemen door de verkokerde wijze waarop naar de problematiek wordt gekeken. Of het nu gaat over a) de samenwerking huisarts-bedrijfsarts, b) interdepartementale samenwerking (gelukkig staat Leon er namens twee, maar het kan breder als je dit thema centraal stelt), c) de rol van enerzijds patiënt, anderzijds werknemer of d) de inkomens- en zorgverzekeraars.

Wat dit laatste punt betreft, waarom zit Ab Klink met een probleem om uit te leggen wat de rol van de verzekeraar is? Hij spreekt namens een zorgverzekeraar en het is maar de vraag of de premie omlaag gaat als mensen langer aan het werk blijven. En als je je als VGZ een inspanning getroost, gaan dan anderen daarmee niet aan de haal? Je wilt de kosten die je gemaakt hebt terughalen, anders kun je de premie niet verlagen. Als zorg- en inkomensverzekeraars nu de handen ineen slaan, hoe dat zou moeten weet ik ook niet zo gauw, maar als ze het gemeenschappelijke belang zien van het centraal stellen van werk, hebben ze er beiden voordeel van.'

Ab Klink: 'Toch nog even over die collectiviteiten. Ik durf de stelling aan dat er wel 25 tot 30 procent zorg overbodig is en voor een deel schadelijk is. Preventie kan werken, maar af en toe een tandje minder als het niet in het belang van de patiënt is, kan ook helpen. Deze zaken hebben ze in het eerder genoemde voorbeeld uit de VS gewoon geschrapt: niet maximaliseren, maar optimaliseren. Een collectiviteit die alleen maar op basis van omvang de premie met 10 procent omlaag brengt, is in the end ook niet houdbaar. Op een gegeven moment worden daar ook vraagtekens gezet in termen van solidariteit; zo was het ook niet bedoeld, je moet de collectiviteit kwalitatief invullen.'

Het oplossen van de verkokering tussen de verschillende (zorg- en. inkomens)verzekeraars, is dat een fictie?

Ab Klink: 'Daar moet ik het antwoord op schuldig blijven, ik kan dat nog niet helemaal overzien. Het lijkt me evident dat er een dubbele winst in zit, maar zeven jaar geleden maakte Martin van Rijn hier al een punt van. Toch is het niet gelukt, dus ergens zullen er ongetwijfeld belemmeringen zitten.'

Henk van der Velden (FNV): 'Het belangrijkste punt is natuurlijk het vertrouwen, Ton Heerts heeft daar ook een paar keer op gewezen. Mag een huisarts en een werknemer erop vertrouwen dat een bedrijfsarts voor de werknemer werkt en niet alleen voor de werkgever? Er zijn wel voorbeelden van grote bedrijven met een prima gezondheidsbeleid, maar dat zijn witte raven. Wij zijn er niet voor om een systeem in te richten voor dat type bedrijven. We hebben ook te maken met bedrijven waar praten over je gezondheid met een leidinggevende de kortste weg naar ontslag is.

Wij willen een systeem waarin werkgevers vertrouwen geven aan de werknemers, huisartsen en bedrijfsartsen, dat we met z'n allen bezig zijn te werken aan een gezond bedrijf en gezonde mensen. Daarvoor moeten we een aantal stappen zetten. Een daarvan is de financiering van bedrijfsgeneeskundige zorg via de onderneming. Dat heeft voor- en nadelen. Veel bedrijven kopen een beperkt contract omdat het helemaal niet de bedoeling is een breed gezondheidsbeleid in te voeren. En je ziet te vaak dat gegevens die aan een bedrijfsarts worden gemeld op de een of andere manier bij de werkgever terechtkomen. Wat wij willen, is dat je bijvoorbeeld de directe financiële afhankelijkheid van de bedrijfsarts van de werkgever verandert.

Verder moet de eerste lijn meer kennis hebben van de arbeid, daar zijn we het helemaal mee eens. En we zijn blij met het convenant, maar het is zo'n lange weg voordat het zover is. Je moet vooral, zoals Aart Jan de Geus zei, de financiële prikkels goed inrichten. En wat ons betreft wordt de bedrijfsgezondheidszorg voor zover die betrekking heeft op een individu (verzuimbegeleiding, persoonlijk advies aan mensen die ziek zijn) onder dezelfde regeling gebracht waaronder ook de huisartsen vallen. Je moet de directe band tussen financiering van individuele gezondheidszorg en werkgever verbreken.'

Mario van Mierlo (VNO-NCW): 'Laten we de zaak niet complexer maken dan hij is. Laten we het eenvoudig houden, en dat is:

1. dat werkgever en werknemer baat hebben bij een gezonde beroepsbevolking;
2. dat er consistente boodschappen zijn afgegeven door de jaren heen. Daarom hebben we nu behoefte aan een uitvoeringsagenda. Hoe krijgen we nu voor elkaar dat er een betere communicatie en informatie-uitwisseling tot stand komt tussen de eerste lijn, tweede lijn, bedrijfsarts en werkgever? Laten we de werkgever niet vergeten, gezien de centrale positie waarin we hem hebben gezet;
3. het kan niet zo zijn dat iemand zegt: "Ja, maar ik wil niet dat de informatie bij de werkgever terechtkomt." Het gaat dan niet om medische informatie, maar wel om informatie waarmee de werkgever weet waar hij aan toe is. Want in het bedrijf moet vaak de oplossing gevonden worden. Of niet, als het niet werkgerelateerd is. Dan moet naar een andere oplossing worden gezocht. Maar als het wel in het werk gezocht moet worden, is het de werkgever die verantwoordelijk is voor regie, verzuim en re-integratie. En de middelen daarvoor moet je hem ook geven.'

Jurriaan: 'De beroepsvereniging staat voor professionaliteit en kwaliteit van het handelen van de bedrijfsarts. Dan maakte het in principe niet uit hoe er gefinancierd wordt. Wat ik belangrijk vind is dat we toegankelijk zijn, dat we professioneel kunnen werken en er is een aantal randvoorwaarden dat daarvoor belangrijk is.

Als je financieringsdiscussie verplaatst naar een ander gremium, zullen andere problemen terugkomen voor de problemen die je dan oplost. De onafhankelijkheid van de bedrijfsarts moet niet ter discussie staan en de schijndiscussie is te wijten aan de financieringsvorm. Kijkend naar hoe mijn collega's hun professie uitoefenen, zit daar niet het probleem, het gaat meer om de druk van buitenaf, waar kun je aandacht aan besteden, hoeveel ruimte heb je binnen een contract om de goede dingen te doen. En daarin zou nog een en ander geregeld kunnen worden. Bijvoorbeeld door ervoor te zorgen dat iedere werkende toegang heeft tot ons in de vorm van een open spreekuur en niet alleen, zoals het nu in de wet geregeld is, verzuimende werknemers.

Het gaat over de inhoud, wij hebben als bedrijfsartsen een heleboel te bieden, maar in het huidige stelsel is daarvoor onvoldoende ruimte. Als die ruimte er wel is, verschuift de financieringsdiscussie naar de achtergrond.'

Heb je nog andere punten voor een agenda voor de toekomst?

Jurriaan: 'Ja, om de hand in eigen boezem te steken: wij zijn slecht vindbaar voor collega's. De handschoen die wij moeten opnemen, is een register ontwikkelen waarin duidelijk te zien is hoe we gevonden kunnen worden.

Een ander punt is de richtlijnontwikkeling. Daarbij kijk ik ook naar de overheid. Implementatie van verdere samenwerking valt voor een groot deel via richtlijnen te stimuleren. Op dit moment is richtlijnontwikkeling voor ons als beroepsgroep een heel lastig thema, omdat er eigenlijk geen structurele financiering meer voor is. Wij hebben met de collega-beroepsgroepen input nodig om in de toekomst door te blijven gaan met de ontwikkeling van gezamenlijke

richtlijnen en aan te haken bij de actualiteit. En ook in de uitvoering van de richtlijn ruimte te hebben. Enige ondersteuning vanuit de overheid daarbij zou heel waardevol zijn.

Ten aanzien van de zorgverzekeraars zien wij dat we niet altijd op dezelfde manier beoordeeld worden als curatieve collega's. Een voorbeeld: er zijn bedrijfsartsen die werknemers verwijzen naar multidisciplinaire behandelcentra. Het gaat om werknemers met stagnatie van herstel of re-integratie en bij wie een multidisciplinaire interventie nodig is om verdere zorgkosten te beperken. Maar de verzekeraar vergoedt die trajecten niet, er moet eerst naar de huisarts gegaan worden, de huisarts verwijst, en dan worden de kosten wel vergoed.'

Jako: 'De NHG is een vereniging met 11.000 leden. De voornaamste inkomsten zijn de ledencontributies. En daarmee kunnen wij een deel van het richtlijnprogramma financieren. Daarnaast krijgen we ook subsidie van ZN, een dubbeltje per Nederlander per jaar. Daarmee kunnen we aardig wat doen: een afdeling in stand houden van 35 man die zich bezighoudt met ontwikkeling, 35 man die zich richt op implementatie en daarnaast 35 man die randvoorwaardelijke zaken regelt. Dat is dus een hele luxe positie en we hopen dat in stand te houden.'

Ik hoorde dat er ongeveer tweeduizend bedrijfsartsen zijn, die moeten het dus met veel minder doen. Ze hebben aantal jaren geleden een start gemaakt met een richtlijnenprogramma en worden ook in toenemende mate gevraagd (onder andere door ons) te participeren in andere richtlijnen, omdat veel onderwerpen met werk te maken hebben. Het is doodzonde dat zij er geen mensen voor hebben. En eigenlijk zou ik een enorm pleidooi willen houden om dat probleem op te lossen.'

Jurriaan: 'Parallel aan het dubbeltje per Nederlanders van ZN kunnen we het financieringsprobleem voor de richtlijnontwikkeling in de bedrijfsgezondheidszorg makkelijk oplossen met een dubbeltje per werkende.'

Jako: 'Ik heb nog een punt: ik maak me zorgen over de implementatie. Wij hebben nu hier een mooie consensus, maar het is zo jammer dat ik in de dagelijkse praktijk niet met een bedrijfsarts kan bellen om werkgerelateerde problemen gezamenlijk op te lossen. We hebben samen de instrumenten en er is consensus over hoe we het moeten aanpakken, maar het lukt niet om het in de praktijk vorm te geven. Ik zou graag zien dat daar waar in Nederland een structuur aanwezig is om dit soort dingen van de grond te krijgen, ook de financiering voor pilots georganiseerd kan worden. Dat is nu uitermate lastig, zoals we merken in de regio Eindhoven. Hier proberen we met de zorggroep PoZoB en in samenwerking met bedrijfsartsen, werkgevers en zorgverzekeraars, nieuwe initiatieven van de grond te krijgen voor de begeleiding van werkenden met psychosociale klachten.'

Dus een pleidooi voor financiering van voorbeelden die de goede kant op gaan en vervolgens ook regulier gefinancierd worden?

Jako: 'Kijk naar de analogie met de diabeteszorg. Hoe is die op het huidige peil gekomen: door goede ideeën in de regio, onderzoek via het disease management-programma van ZonMw, en dat heeft door bundeling van alle ervaringen geleid tot het huidige landelijk diabetesbeleid. Het komt vaak uit de regio.'

Zijn we in Nederland goed bezig?

Aart Jan: 'Ik denk het wel. Nederland is een uniek land omdat we het risqué sociale ook heel goed verzekeren. Als er iets gebeurd is, is het dat we dat stelsel hebben gered, het stond onder druk.'

Wat we vanmiddag nog wel missen is de rol van de arbeidsongeschiktheidsverzekeraar. Die kan bij het afsluiten van een verzekering ook aangeven dat er korting mogelijk is als het bedrijf ook bepaalde andere diensten (bij zorgverzekeraar of arbodienst) afneemt. Het macro-economisch plaatje moet rondlopen wat betreft de financiering. Grote bedrijven kunnen de winst realiseren maar kleine niet.

Wat betreft de pilot: ergens hebben werkgevers en werknemers nog een heleboel geld in Instituut Gak zitten. Volgens mij is dat er nog, daarmee moet zo'n prachtige pilot toch gefinancierd kunnen worden.'

Leon van Halder: 'Ik wil graag de volgende punten naar voren brengen.'

1. Arbeid in de zorg, hoe incorporeer je dat? Ik zou NHG en LHV willen oproepen om, als in april de arbeidsmodule er is als onderdeel van de zorgstandaard voor chronisch zieken, een grote campagne voor de achterban te starten. Met als doel om deze ook daadwerkelijk te implementeren.
2. Zorg in arbeid, hoe gaan we dat organiseren? We moeten met elkaar nadenken hoe we de collectiviteiten nuttiger kunnen inzetten, ook als het gaat om dit vraagstuk. Het is meer dan de optelsom van een zorgverzekering, je kunt er veel meer uithalen. Dat is voor de komende periode een uitdagende puzzel.
3. De verhouding tussen bedrijfsarts en huisarts. Dit blijft een complex vraagstuk, waar ook veel competenties achter zitten. Daar moeten we komende periode helderheid over krijgen. Ik hoop dat de SER daar wat over gaat zeggen. Tegelijkertijd verplicht het ons ook om de discussie met elkaar te gaan voeren. Ik wil dit de komende tijd oppakken met SZW en partijen. En als daar uit moet komen, dat er nagedacht moet worden over betere financiering van de richtlijnen bij de bedrijfsartsen, dan moet dat ook een open discussie worden. Daar nodig ik jullie voor uit, zonder al op de uitkomsten in te gaan.
4. Het Nationaal Preventie Programma. Ik nodig iedereen uit om daaraan deel te nemen. Iedereen kan deelnemen, en over het onderwerp arbeid en zorg meedenken en activiteiten ondernemen. Dus een open uitnodiging.

Tot slot: we moeten vanuit de inhoud de opgaves en vraagstukken bekijken, alvorens *in the end* te kijken waar nog financiële knelpunten zitten. Ik heb wel eens de indruk dat de discussies andersom gaan.

Wat zijn de mogelijkheden van werkgevers en werknemers om verbetering aan te brengen in minimale contracten, waardoor zaken als communicatie ook een betere plek kunnen krijgen?

Mario: 'Je hebt niet voor ieder geval een bedrijfsarts nodig, dat moeten we ook onder ogen zien. We moeten zorgen dat we de expertise (bedrijfsarts, huisarts, arbeidsdeskundige) daar brengen waar die ook een oplossing kan bieden. Het is niet zo dat als we alle expertise nu maar massaal in contracten opnemen, dat het dan wel goed komt. Dat zou een te algemene aanpak zijn die niet tot oplossingen leidt.

Waar je wel over zou kunnen spreken met beroepsgroepen en samen met werkgevers en werknemers vorm aan kunt geven is: wat zou er in een goed arbeidsomstandighedencontract moeten zitten? Waar zou het minimaal aan moeten voldoen? Dan kun je nog spreken over modaliteiten als verrichtingen, basisbedrag of vast bedrag voor bepaalde diensten. Daar zouden we best over kunnen praten.'

Henk: 'Wij hebben al goed doordacht wat het probleem is. We hebben uitgebreid onze leden ondervraagd en met bedrijfsartsen gesproken. Het (gebrek aan) vertrouwen in de bedrijfsarts in relatie tot de financiering was daar een van de uitkomsten van. En dat leidt tot de gedachte dat het misschien beter is om die financieringsstroom te verleggen, om de bedrijfsarts niet meer afhankelijk te laten zijn van een contract dat de werkgever bereid is te geven. Wij zoeken het in praktische oplossingen. Dat geldt ook voor de vraag hoe je in collectieve contracten met verzekeraars zaken kunt regelen over de kwaliteit van de zorg. Ja, tot op zekere hoogte kan dat, sterker nog, tot op zekere hoogte doen we dat ook in onze eigen collectiviteit met 300.000 (niet 200.000) leden. Wij informeren bij leden wat ze belangrijk vinden, en dat zijn de premie en fysiotherapie. Daar hebben we dan ook op ingezet. Vervolgens blijken er heel veel uiteenlopende verlangens te zijn.

Een bedrijfscollectiviteit moet wel een heel erg goed contract afsluiten als ook maar de helft van de werknemers zich erbij aansluit. Want wellicht is het elders beter en misschien wel om heel goede reden.'

EERSTE AANZET TOT EEN ONDERZOEKS- EN IMPLEMENTATIE-AGENDA

Henk Smid (directeur ZonMw), mede namens **Chris van Weel** (emeritus hoogleraar Huisartsgeneeskunde) en **Frank van Dijk** (emeritus hoogleraar Arbeids- en bedrijfsgeneeskunde)

Henk presenteert een aantal onderwerpen die hopelijk verder geleid kunnen worden naar een onderzoeks- en implementatieprogramma. De input van deze middag heeft daar een bijdrage aan geleverd, maar zeker ook de voorbereidende interviews voor deze middag, de publicatie van Peter zelf, die straks zal worden uitgereikt, en de notitie in die publicatie van VNO-NCW over de plaats van arbeid in de gezondheidszorg, de WHO-conferentie in Den Haag, en het aanstaand hopelijk nieuwe programma Participatie en Gezondheid waar binnen ZonMw de laatste hand aan gelegd wordt en waar veel partijen al over hebben meegedacht.

Henk heeft vanmiddag veel aspecten van Zorg voor Werk gehoord, en zegt graag toe dat hij deze bevindingen van vandaag zal doorgeleiden naar de programmacommissie Participatie en Gezondheid, want hij wil ook graag verdere stappen zetten met het onderzoeks- en implementatieprogramma.

Chris van Weel heeft aantal uitgangspunten meegegeven die we moeten meenemen bij toekomstige onderzoeksprogrammering:

- minder segmentering;
- zet gezondheid en niet-ziekte centraal, en sluit aan bij nieuwe definitie voor gezondheid die in Nederland is ontwikkeld en waarmee we internationaal toonaangevend zijn. De Gezondheidsraad en ZonMw hebben daartoe het initiatief genomen. Kern is dat je gezondheid definieert als het vermogen om je aan te passen en het vermogen om zelfmanagement uit te voeren. Op deze wijze stel je het functioneren van mensen centraal en minder de diagnose.

Deze uitgangspunten zijn vanmiddag volop aan de orde gekomen en onderschreven.

Frank van Dijk gaf aan vanuit drie niveaus te willen werken:

- werk/bedrijfsleven;
- basis en eerstelijnszorg;
- specialistische zorg.

Als we dit als kader nemen, vervolgt Henk, wat zijn dan de lessen die we uit dit symposium willen meenemen voor een toekomstig programma? Hij heeft een lange lijst met punten. Om het concreter te maken, noemt hij enkele punten uit voor onderzoeks- en implementatie-agenda:

1. 'In het verlengde van Ab Klink: we moeten niet wachten op de wetenschap, maar met mooie ideeën kunnen starten. Wij willen praktijkgericht evaluatie- en implementatie-onderzoek doen. Dat kan ook heel goed samen gaan. Je kunt veranderingen in de praktijk doorvoeren en netjes begeleiden met evaluatieonderzoek. Je moet wel voorkomen dat de praktijk een groot onverantwoord experiment wordt. Dus de wetenschap, gecontroleerde proeftuinen, heb je hard nodig.
2. In het verlengde van de bijdrage vanuit de Europese Commissie waarin het ging om het belang van psychische aandoeningen: wij willen, vooral met ouder wordende werknemers, onderzoek doen naar mentale vitaliteit. Dat sluit ook prachtig aan bij de nieuwe definitie van gezondheid.
3. De *evidence base* van richtlijnen. Dit betreft curatieve richtlijnen, de integratie van de factor arbeid, en de wetenschappelijke onderbouwing van arbeidsgeneeskundige richtlijnen. We hebben een start gemaakt, maar moeten daar echt mee door. Daar kan de wetenschap niet achterwege blijven.
4. Wat betreft de collectieve verzekeringscontracten zou het heel interessant zijn om met evaluatieonderzoek de werking daarvan na te gaan; van sturing op kwaliteit en het

centraal stellen van functioneren en gezondheid. Beoog te realiseren wat je in documenten hebt vastgelegd.

5. Er is gesproken over verschillende arrangementen van organisaties: functioneel en institutioneel. Als je hiermee aan de slag gaat, en hopelijk komt die ruimte er, zul je dat ook moeten begeleiden met goed evaluatieonderzoek, onder meer in proeftuinen.
6. En natuurlijk de categorie jongeren met chronische aandoeningen, de Wajong'ers. Dat moet echt een heel aparte lijn in het omvangrijke programma gaan worden. Daar zouden we niet omheen moeten kunnen. Bijvoorbeeld, er zijn verschillende varianten van job coaching en je wilt weten wat effectief en effectiever is, en bovendien ook nog doelmatig is.
7. En ten slotte ervaringsdeskundigheid. Inbreng van ervaringsdeskundigheid is vandaag aan de orde gesteld. Het zou mooi zijn als we die deskundigheid ook meer kunnen systematiseren en analyseren, opdat het meer is dan $n=1$. Zodat we echt gebundelde deskundigheid kunnen inzetten in deze ontwikkelingen.

Dit zijn er slechts een paar, er zijn er nog veel meer, maar ik geeft het woord weer aan de voorzitter.'

SLOTOPMERKINGEN OVER PRIORITEITEN VOOR TOEKOMSTIG BELEID

André: 'Ik zal niet herhalen wat Henk heeft opgesomd, maar wel wil ik benadrukken dat het goed is om te horen dat ook vanuit ZonMw er nog een schepje bovenop wordt gedaan. Er zijn heel veel punten en ambities genoemd door de diverse belanghebbenden, die zullen worden geordend en later aangereikt. Maar een paar punten wil ik naar voren halen:

- Sluit aan bij het NPP, daar zijn veel kansen, ook voor dit thema. Deze oproep wil ik hier graag nog eens onderstrepen.
- Denk vanuit de inhoud van de zorg. Natuurlijk, arrangementen zijn belangrijk, maar begin met de inhoudelijke agenda, daar zijn ook veel inhoudelijke opmerkingen over gemaakt.
- Waar stokt de zorg die we willen geven? Wat weten we eigenlijk wel, maar zitten belemmeringen in de weg? Welke experimenten en proeftuinen zijn uitgevoerd en succesvol, en waarom worden die dan niet uitgerold in de praktijk? Dat zijn inhoudelijke benaderingen die tot oplosbare knelpunten zouden kunnen leiden.
- Heel belangrijk is de consensusverklaring. Dat is niet zomaar een statement, maar een uitdrukking van *commitment* van de beroepsorganisaties. En we hebben ook gehoord dat Wilna Wind zei: we willen daar als patiënten aan meedoen. Wij hebben ervaringsdeskundigheid aan te leveren waar jullie ook wat aan hebben. Het is net ook al genoemd in het kader van de onderzoeksagenda.
- Het woord *vertrouwen* is heel vaak gevallen. Ik denk dat we vooral moeten kijken: waar zit dat vertrouwen wel, en niet waar zit dat vertrouwen niet. We zullen ons daarvoor ook zo veel mogelijk moeten baseren op onderzoeksgegevens hierover en niet op beelden.
- De voorzitters van VNO-NCW en FNV hebben aangegeven dat zij, waar eventueel institutionele oplossingen nodig zijn om eruit te komen, daar niet al te lang over zullen doen.
- Leon heeft aangegeven dat het SER-advies erg belangrijk is, dat het gaat om de vraag hoe we nu de arbeidsgerelateerde problematiek aanpakken. Dus de overheid staat klaar om er vervolgens ook wat mee te doen. Het is heel belangrijk dat dat hier vanmiddag is uitgesproken en onderstreept.
- De verkokering door arrangementen die soms de verkeerde kant opgaan. Deze moeten in kaart worden gebracht en met het *commitment* van vandaag en vanuit de inhoud aangepakt worden, zodat ze verbeterd kunnen worden en meebewegen en niet tegenbewegen.
- We hebben ook gehoord dat VWS en SZW dit onderwerp van hoge prioriteit achten, en alle kansen oppakken die zij zien.

Ik denk dat het een hele mooie middag is geweest en dat als we dit verder uitwerken, er dan een mooie agenda op tafel ligt.'

Paulien: 'Dat denk ik ook, ik sluit me geheel aan bij jouw opmerkingen en bij Henk dat we de experimenten en vernieuwingen op gang kunnen brengen en evalueren onder meer in proeftuinen.'

AFSLUITING

Afsluiting door de voorzitter en aanbieding publicatie Zorg voor Werk

Niek bedankt de sprekers en overhandigt het eerste exemplaar van het TNO-boekje *Zorg voor Werk* aan Leon Halder en vervolgens aan de sprekers. Verder geeft Niek de sprekers ook een beker *Zorg voor Werk*, bedoeld om vast te houden aan dit onderwerp. Hij geeft vervolgens het slotwoord aan Peter Buijs.

Reflectie op de middag door Peter Buijs

In zijn reflectie kijkt Peter kort terug op zijn loopbaan en de rol die familie en TNO daarbij gespeeld hebben. Met een persoonlijk woord bedankt hij elk van de sprekers van deze middag. Tot slot bedankt Peter de aanwezigen: 'Jullie hebben mij een fantastische middag bezorgd.' Een staande ovatie van de zaal beëindigt deze reflectie.



BIJLAGE: CONSENSUS VERKLARING OVER WERK EN GEZONDHEID



Consensus verklaring over Werk en Gezondheid

Werk is een belangrijke determinant van gezondheid. Als het werk goed aansluit op iemands kennis, vaardigheden en persoonlijke omstandigheden en wordt uitgevoerd in een veilige, gezonde en ondersteunende werkomgeving, dan kan werk een goede lichamelijke en geestelijke gezondheid bevorderen. Ook helpt werk dan om ziekte te voorkomen en speelt het een actieve rol in herstel na ziekte of uitval.

Het hebben van goed werk verhoogt de eigenwaarde van werkenden en verbetert het sociaal functioneren en de maatschappelijke participatie. Andersom kan het ontbreken van werk, of het hebben van werk dat niet geschikt is of dat in slechte omstandigheden wordt uitgevoerd, juist leiden tot fysieke en/of psychische klachten of aandoeningen.

Vanwege het belang van de relatie tussen werk en gezondheid is het behoud van en terugkeer naar geschikt werk een belangrijke uitkomstmaat voor de behandeling en begeleiding van patiënten in de arbeidzame leeftijd, net als het streven naar functioneel in plaats van (alleen) medisch herstel.

Het is de verantwoordelijkheid van werkgevers om zorg te dragen voor veilige en gezonde werkomstandigheden, bij te dragen aan het bevorderen van gezondheid, discriminatie op basis van gezondheid of handicap te voorkomen en werknemers te ondersteunen bij het behoud van werk of tijdige hervatting van werk. De bedrijfsarts speelt een stimulerende, deskundige en adviserende rol bij het tot stand brengen van veilige en gezonde werkomstandigheden, en ook bij de re-integratie in eigen of aangepast werk. Bij dat laatste is een goede samenwerking met de huisarts onmisbaar.

In het NHG-Standpunt Kernwaarden huisartsgeneeskunde staat dat de huisarts rekening houdt met de individuele kenmerken van de patiënt en diens context, zoals de leef- en werkomgeving, en een signalerende taak heeft ten aanzien van (dreigende) arbeidsgerelateerde gezondheidsproblemen en zodanig samenwerkt met de bedrijfsarts.¹

De LHV, de NVAB en het NHG – die samen de bedrijfsartsen en de huisartsen in Nederland vertegenwoordigen – en de KNMG verklaren daarom dat zowel bedrijfsartsen als huisartsen in goede samenwerking zullen bijdragen aan het behoud van of terugkeer naar geschikt werk. Zij stemmen als dat nodig is de rollen, inzichten en adviezen op elkaar af.

13 februari 2014


LHV
S.R.A. van Eijck,
voorzitter


NVAB
G.B.S. Penders,
voorzitter


NHG
R.F. Dijkstra,
bestuursvoorzitter


KNMG
R.J. van der Gaag,
voorzitter



¹ NHG-Standpunt Kernwaarden huisartsgeneeskunde, Utrecht, 2011



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 metal plate. In the bottom right, a close-up of a stethoscope is shown. On the left, a translucent globe with a grid pattern is visible. The number '2' is prominently displayed in the upper left.

2

Bouwstenen voor een agenda

› TOELICHTING

Deze bouwstenen notitie is opgesteld aan de hand van de presentaties en discussies op het symposium “ZORG voor WERK: hoe kan de (eerstelijns)zorg bijdragen aan een gezonde beroepsbevolking.” En aan de hand van het ten behoeve van dit congres geschreven boekje “ZORG VOOR WERK” TNO Hoofddorp (ISBN-nummer: 978-90-5986-441-2).

In deze notitie proberen wij de input van het symposium te structureren tot bouwstenen voor een agenda die moeten leiden tot oplossingen voor de benoemde problemen en het benutten van kansen. De ambitie van dit stuk is ook uitdrukkelijk bouwstenen te leveren, de agenda zelf is een volgende stap.

AANLEIDING EN DOEL

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 of chronische aandoening, naar vermogen te laten functioneren in het werk.

VRAAGSTELLING

Een belangrijke vraag is hoe de (eerstelijns)gezondheidszorg kan bijdragen aan een vitale, productieve beroepsbevolking. En dat deze zorg zo goed mogelijk inspeelt op een gezonde deelname aan en functioneren in werk. Daarbij rekening houdend met het noodzakelijke draagvlak van de verschillende belanghebbende partijen.

BELANGHEBBENDE PARTIJEN

Belanghebbende partijen, die een gedeeld belang hebben bij het realiseren van oplossingen voor het bovengenoemde vraagstuk zijn:

- aan de ‘vraagzijde’: (organisaties van) werkgevers, werknemers, patiënten;
- aan de ‘aanbod- en regelzijde’: (organisaties van) artsen en (zorg- en inkomens)verzekeraars;
- aan de beleidszijde: de overheid.

AGENDA VOOR OPLOSSINGEN

Belanghebbende partijen hebben op het symposium aangegeven welke randvoorwaarden en oplossingsrichtingen zij belangrijk vinden. Deze input is gebruikt bij het componeren van de bouwstenen voor een oplossingsgerichte agenda. Het verslag van het symposium is separaat meegestuurd.

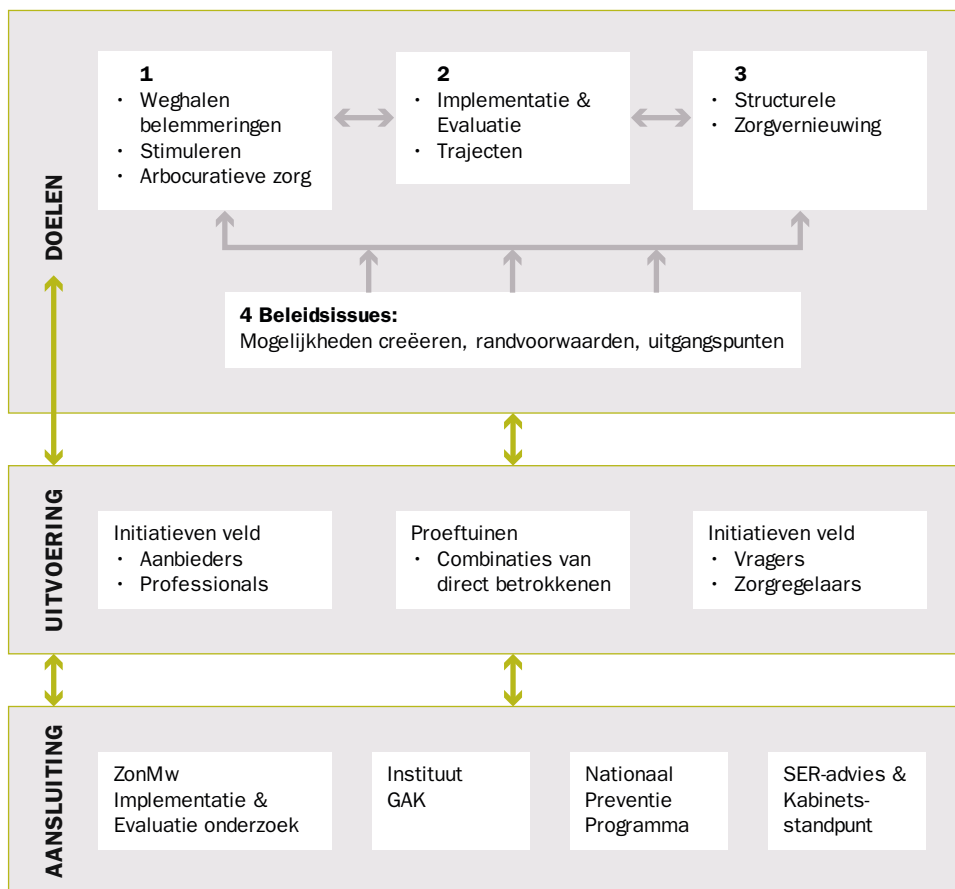
De agenda omvat drie hoofdcomponenten:

- doelen;
- uitvoering;
- aansluiting bij lopende initiatieven.

Centraal staat het gezamenlijk in de praktijk uitvoeren van initiatieven en proeftuinen om oplossingen/oplossingsrichtingen uit te proberen die bijdragen aan het realiseren van boven-

genoemd doel. Daarvoor zullen gunstige randvoorwaarden gecreëerd moeten worden die ook beleidsmatige sturing/coördinatie vereisen. Initiatieven zullen afgestemd dienen te worden met lopende programma's. Hieronder is deze gedachtegang schematisch weergegeven. De drie hoofdcompartimenten doelen, uitvoering en aansluiting zullen hieronder nader toegelicht worden.

Schema: compartimenten voor de agenda Zorg voor Werk



DOELEN: WERKWIJZEN VOOR HET VINDEN EN REALISEREN VAN OPLOSSINGEN

Op het symposium is het belang benadrukt van uitvoeren, beginnen resp. het tegelijkertijd in de praktijk brengen en evalueren en verder verbeteren. In bovenstaand schema is dat onder doelen nader uitgewerkt in drie onderdelen die onderling samenhangen en de 'scope' van de agenda aangeven:

1. Initiatieven voor het weghalen van belemmeringen voor en het stimuleren van arbeidsgerelateerde zorg.
2. Samen met partners/belanghebbenden opzetten van implementatietrajecten in de praktijk met gelijktijdige monitoring/evaluatie.
3. Het verankeren van succesvolle trajecten in de (eerstelijns) zorg: structurele zorgvernieuwing.

Uitgangspunten voor deze samenhangende onderdelen is dat de zorg staat centraal, waarbij aangesloten wordt bij de nieuwe definitie van gezondheid. Kern van de nieuwe definitie is het vermogen om je aan te passen en het vermogen tot zelfmanagement; op deze wijze wordt het functioneren van mensen meer centraal en de diagnose minder centraal gesteld.

Om deze initiatieven beleidsmatig goed te kunnen volgen en waar nodig te faciliteren is het verstandig om een breed samengestelde landelijke regiegroep in te stellen waarin ook verschillende departementen vertegenwoordigd zijn. Een landelijke regiegroep kan de knelpunten transparant maken en de benodigde acties voor oplossingen in gang zetten (ook hier geldt: al doende leren en aanpassen). In ieder geval is er dan een (voorlopige) probleemeigenaar die zorgt voor voortgang en continuïteit en voor structurele aandacht voor het oplossen van knelpunten. De overheid kan het initiatief nemen om dit 'systeemfalen' op te pakken.

Belangrijke aandachtspunten voor een dergelijke regiegroep zijn:

- Het probleem van het ontbreken van een probleemeigenaar (of juist het aanwezig zijn van vele probleemeigenaren).
- De noodzaak van structurele aandacht voor het oplossen van knelpunten in tegenstelling tot het kennismaken van uitkomsten van eenmalige (gesubsidieerde) projecten.
- Het gemeenschappelijke / gedeelde belang van alle belanghebbenden:
 - voordelen cliënt/patiënt op middellange termijn: kwaliteit van leven, kwaliteit van werk (nb nieuwe zorgdefinitie);
 - opbrengsten arbeidsgerelateerde zorg inzichtelijk maken voor alle belanghebbenden;
 - (model voor) gedeelde kosten/baten realiseren. Partijen geven hun belangen niet vanzelf op: investeren betekent ook kosten terug verdienen.
- Context van werk centraal stellen:
 - wet- en regelgeving laten aansluiten op het centraal stellen van de werkcontext op regionaal/lokaal niveau;
 - financiële prikkels wijzen de goede kant op.
- Inzichtelijk maken van 'lessons learned': wat weten we al uit onderzoek resp. wat zijn de beleidservaringen tot nu toe op dit 'arbeidsgerelateerde zorg/ arbocuratieve terrein' resp.

verwante terreinen waar niet de werkcontext maar de zorgcontext op lokaal/regionaal centraal is gesteld.

- Aansluiten bij lopende programma's waaronder het Nationaal Preventie Programma en eventuele vervolgactiviteiten naar aanleiding van het SER Advies.
- Uitwisselen van ervaringen, uitkomsten in lopende initiatieven of proeftuinen op lokaal/regionaal niveau (evaluatie): wat zijn belemmerende/bevorderende factoren voor structurele verankering / zorgvernieuwing (opschaling naar meer/andere regio's).

UITVOERING

Bij de uitvoering van de agenda zullen alle belanghebbenden betrokken dienen te zijn. Maar niet iedereen hoeft te participeren in elk initiatief. We onderscheiden drie groepen van initiatieven die aansluiten op:

1. Het weghalen van belemmeringen voor en stimuleren van arbeidsgerelateerde zorg. Bij het nemen van initiatieven op dit vlak zullen vooral de partijen aan de 'aanbodzijde' betrokken zijn.
2. Implementatietrajecten, proef- en experimenteer regio's. Hierbij zal vanaf het begin een mix van belanghebbenden betrokken zijn.
3. Structurele zorgvernieuwing. Hier zullen vooral partijen aan de vraagzijde resp. 'zorgregelaars' betrokken zijn.

Voorbeelden van mogelijke initiatieven worden hieronder voor elk van deze drie groepen benoemd.

Aanbodzijde/professionals

1. Maak het aantrekkelijker voor professionals:
 - verhelder het gedeelde belang;
 - maak het makkelijker om elkaar op te zoeken en samen te werken;
 - organiseer aanvullende expertise om te komen tot effectievere behandeling en begeleiding op korte termijn en lange termijn.
2. Kennis van de huisarts vergroten en ook oplossingen aanreiken voor: werk als interventie, verwijzen, overleggen, interventies/hulpmiddelen voor begeleiding/behandeling. Belangrijke op te lossen knelpunten:
 - verschillen in belangen en behandeldoelen (patiënt vs. bedrijf);
 - beperkte aandacht voor arbeid in het consult van de huisarts;
 - domeindenken (algemene gezondheid vs. arbeid);
 - twijfels over onafhankelijke positie;
 - communicatie: wederzijdse onbereikbaarheid, elkaar niet kennen.
3. *Best practices* benoemen en structureel inbedden in financiering: inventariseren van voorbeeldprojecten, gemeenschappelijk belang van professionals expliciteren: de in de afgelopen jaren uitgevoerde (ad hoc) projecten en daarin ontwikkelde instrumenten.
4. Samenwerking als onderdeel van de richtlijnen en zorgstandaarden opnemen: van gouden standaard naar feitelijk gedrag in de praktijk.

5. Grootschalig bekend en toegankelijk maken van bestaande instrumenten, zoals de module arbeid in zorgstandaard voor mensen met een chronische aandoening.
6. Maak samenwerken makkelijker: benut ICT voor informatie-uitwisseling:
 - onderlinge informatie-uitwisseling en afstemming als vast onderdeel van het eigen basissysteem (nb praktische knelpunten zoals continuïteit, persoonswisselingen, niet dagelijks voorkomende aspecten van zorg);
 - vindbaarheidsregister;
 - gemeenschappelijke gegevens: dit loopt ook parallel aan het onderling vertrouwen;
 - noodzaak tot het maken van afspraken over definities, eigenaarschap, etc.

Proefregio's/experimenten

1. Regionale platforms van stakeholders: aanhaken bij bestaand draagvlak van de stakeholders, platform voor business case model.
2. Collectiviteiten: aandacht richten op de kwaliteit van de inhoud van het contract. Kwaliteit definiëren vanuit vraagzijde (werkgevers) gericht op optimaliseren van zorg én van functioneren (nieuwe definitie van gezondheid). Nadenken over wat dit betekent voor een collectief contract (modules?). Eventueel regio- of branchegerichte contracten. Aanbodpartijen zoeken en doordenken wat de betekenis van zo'n contract is voor hen: incentives?, belemmeringen? Zowel voor zorgverzekeraars als Inkomensverzekeraars. Ervaringen monitoren en zo nodig contracten bijstellen.
3. Specifiek aandacht voor:
 - 100.000 mensen weer aan het werk via jobcoaches;
 - overlegcultuur werkgever-werknemer: praten over functioneren, belasting en belastbaarheid eventueel via een intermediair (jobcoach, bedrijfsarts, ...);
 - bereik van alle werkenden en (nog) niet-werkenden: potentiële beroepsbevolking;
 - (niet-) werkenden met een chronische aandoening / aanpassing werk(-plek).
4. Doelgroepen onderscheiden:
 - preventie voor werkenden;
 - werkenden ondersteunen bij terugkeer naar/ behoud van werk;
 - niet-werkenden: complexe multiproblematiek, van niet-werk naar werk.

Vraagzijde en zorgregelaars

1. Innovatieve zorgconcepten: 'in the end' moeten innovaties niet leiden tot een stijging van de zorgkosten. Een structurele aanpak van de bekostiging van innovaties is nodig, er zullen ook zaken geschrapt kunnen worden.
2. Integrale arbocuratieve zorg leidt tot een kostenbesparing van twee miljard euro (monitoren kosten/ opbrengsten van (virtuele) experimenten).
3. Er is een nadere afstemming nodig tussen zorg-, verzuim-, arbeidsongeschiktheids-verzekeraars, werkgevers om kosten en baten van investeringen in preventie en effectieve zorg billijk te delen.
4. Directe doorverwijzingen van ba en ha honoreren om energie en tijd kostende omleidingsroutes te voorkomen.

5. Ervaringen uit proeftuinen met zorg zo dicht mogelijk bij de patiënt/cliënt meenemen in nieuwe bekostigingsmodellen. In dit verband is de aansluiting bij de segmentering eerste lijn relevant: 1ste segment: basisvoorziening, 2de segment: programmatische multidisciplinaire (keten-)zorg, 3de segment: (belonings-)afspraken over resultaten van eerste twee segmenten.
6. Oppakken advies/draagvlak sociale partners en NPCF: consensusverklaring, inbreng ervaringsdeskundigheid, afstemming adviezen/standpunten SER/overheid met artsenorganisaties en patiënten.
7. Scenario's arbeidsgerelateerde zorg: in de eerste lijn, in sector of branche, in het bedrijf. Afhankelijk van de context wat/waar het beste maatwerk levert.
8. Minimale eisen die gesteld moeten worden aan de kwaliteit van de contracten voor arbeidsgerelateerde zorg: gezonde werkomstandigheden en preventie, informatie voor de werkgever in verband met werk(plek) aanpassingen, juiste deskundigen op de juiste plek.
9. Verankering van de uitkomsten van implementatietrajecten en proefregio's op vier niveaus: a) systeem (afspraken, regelingen, arrangementen), b) actorniveau (professionals en hun organisaties, opleiding), c) productniveau (herkenbare aantrekkelijke dienstverlening), en d) patiënt/werknemer niveau (zelf management).

AANSLUITING

ZonMw: op te pakken suggesties voor programma participatie en gezondheid

1. Starten met experimenten en ondersteunen goede praktijkinitiatieven met proeftuinen (ontwikkelen goede methodiek en leren van praktijk en elkaar t.b.v. opschalen).
2. Psychische aandoeningen: ouder wordende werknemer en mentale vitaliteit (nieuwe definitie gezondheid).
3. Richtlijnen: de evidence base, arbeid als onderdeel van de richtlijn onderdeel, gericht op het functioneren van mensen.
4. Collectieve verzekeringscontracten: hoe moet vraagsturing door bedrijven plaats vinden, waar zouden ze aan moeten voldoen (preventie en kwaliteit centraal, gericht op gezondheid en functioneren), experimenten opzetten en evaluatieonderzoek uitvoeren naar de werking ervan, betrekken inkomensverzekeraars.
5. Arrangementen van organisaties: functioneren van instituties, evaluatieonderzoek. Bijvoorbeeld in kaart brengen waar belangen parallel of tegengesteld zijn, zowel financieel als wat betreft cultuur, drijfveren huisartsen nog onvoldoende bekend, onderzoek naar feiten over ver-/wantrouwen, inhoud van het minimum contract voor arbodienstverlening, etc.); ontwikkelen cost and gain sharing modellen om gedeelde belangen inzichtelijk te maken, cultuurscans, etc.
6. Wajongers: evalueren waaraan een effectieve/efficiënte jobcoaching moet voldoen.
7. Ervaringsdeskundigheid: de gebundelde deskundigheid van patiënten inzetten, gericht op het functioneren in en terugkeer naar werk.

Instituut GAK

Nagaan van de mogelijkheden zijn voor ondersteuning.

Nationaal Preventie Programma

Een van de pijlers van het NPP is 'werk is gezond en gezond werken kan beter'. Deze pijler richt zich vooral op (primaire) preventie en gezondheidsbevordering (NPP, deel 2: hoofdstuk 1.3).

Stimuleren actief gezondheidsbeleid en kennisverspreiding in bedrijven:

- Duurzame Inzetbaarheid koploperbedrijven, business case best practices.
- Sectorregeling sociaal akkoord.
- Health coach Programma.
- Actieplan gezond bedrijf MKB.
- Preventieagenda sociale partners in Stichting van de Arbeid.
- Gezonde voeding.
- Database effectieve interventies gezonde leefstijl.

Vergroten bewustzijn GVW en DI:

- Plan van Aanpak Psychische belasting.
- Europese aandacht bevorderen mentale gezondheid op werk.
- Aanleren GVW op MBO's.
- Persoonlijk werkdossier.

Efficiënt functioneren van de arbeidsgerelateerde zorg:

- Ontwikkelen module arbeid voor opname in zorgstandaarden.
- Preventie uitval uit werk van Chronisch Zieken.
- Positioneren ba en arbeidsgerelateerde zorg (SER).
- Beroepsziekten: meldingsdiscipline van artsen vergroten.

Ondersteuning van enkele specifieke groepen:

- Bevorderen gezondheid /participatie uitkeringsgerechtigde met psychische problemen.
- Bevorderen combinatie werk en mantelzorg.
- Bevorderen taalscholing van laaggeletterde werknemers.
- Bevorderen participatie van vrouwen.

Het SER advies

De verhouding ba en ha blijft complex. De overheid verwacht veel van het SER advies. VWS en SZW zullen het advies snel oppakken.

De voorzitters van werkgevers en werknemers zullen zo nodig institutionele knopen doorhakken om een structurele aanpak te bevorderen.

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 verslag gedaan 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?'.

Naast het verslag is ook een voorzet gegeven voor bouwstenen voor een 'Agenda Zorg voor Werk: hoe kan de (eerstelijns)zorg bijdragen aan een gezonde beroepsbevolking.'

Met deze agenda 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.