

## Reduceren falen gezondheidszorg en sociale zekerheid

Dit artikel bestaat uit twee delen. In deel 1 wordt aandacht besteedt aan de kloof die is ontstaan tussen de sociale zekerheid en de zorg en welke oplossingsmogelijkheid er is. In deel 2 wordt de oplossing, aan de hand van een casus, inzichtelijk gemaakt.

Uit het onderzoeksprogramma Arbeid & Zorg, verricht door Plexus, de Universiteit van Maastricht en TNO Kwaliteit van Leven/ Arbeid<sup>1</sup> blijkt dat er aanwijzingen zijn dat het systeem 'gezondheidszorg en arbeid' faalt. Het collectief van actoren (overheid, verzekeraars, werkgevers, werknemers en professionals) blijkt onvoldoende in staat om de beoogde gezonde en productieve arbeidsdeelname van werkenden te bevorderen.<sup>1</sup> Dit artikel beschrijft de rol, die de arbeidsdeskundige kan spelen om een verbetering in de gezondheidssituatie van werkenden te bewerkstelligen en daarmee hun arbeidsparticipatie te bevorderen.

Bij het bieden van zorg en het leveren van inkomensgarantie heeft Nederland twee van elkaar losstaande systemen: de gezondheidszorg en de sociale zekerheid. De eerste richt zich voornamelijk op het stellen van een diagnose en het behandelen ervan, terwijl de tweede vooral kijkt naar wat iemand nog kan. De werking van de zorg en sociale zekerheid, geredeneerd vanuit vraag en aanbod, is schematisch weergegeven in figuur 1.

Figuur 1: Zorgvragers en zorgaanbieders

### Gezondheidsgerelateerde non-participatie

De gezondheidszorg en de sociale zekerheid is, met de invoering van nieuwe wetgeving en bekostigingssystematieken, de afgelopen jaren hervormt. De Zorgverzekeringswet, bekostiging via DBC's en Zorgzwaarte Pakketten (AWBZ) is erop gericht de gezondheidszorg meer vraaggestuurd te laten opereren in plaats van aanbodgestuurd. Binnen de sociale zekerheid is met de Wet Verbetering Poortwachter en de nieuwe Arbo-wet de regie neergelegd bij de werkgever en de werknemer. Ondanks de hervormingen staat de betaalbaarheid van beide systemen onder druk, en hebben ze elkaar nodig om de gezondheidszorg en de sociale zekerheid betaalbaar te houden. Dit is te zien in tabel 1. De tabel geeft inzicht in de kosten van non-participatie per aandoening. Non-participatie kost de maatschappij 26 miljard euro per jaar. Kijkende naar de verzuimkosten, uitval uit arbeid en zorgkosten dan wordt de top 3 gevormd door klachten van het bewegingsapparaat, psychische klachten en hart- en vaatziekten. Ziekte presentisme (iemand is aanwezig op het werk maar door gezondheidsklachten of een aandoening is de productiviteit lager) laat een ander patroon zien. Hier wordt de top 3 van deze kosten gevormd door maag- en darmstoornissen, migraine/ ernstige hoofdpijn en astma, bronchitis, emfyseem.

Opvallend is dat de zorgkosten veelal lager zijn dan de verzuimkosten. Investeren in de gezondheidszorg zal leiden tot een toename van de zorgkosten maar tot een daling van de verzuimkosten. Netto leidt dit tot een afname van de totale kosten.

Tabel 1: Overzicht totale kosten non-participatie per aandoening<sup>1</sup>

Chronische aandoening	Prevalentie		Kosten (miljoen euro)					
	NEA (%c)	Werkzame beroepsbevolking (N)	Verzuim	Ziekte presentisme	Uitval uit arbeid (WIA)	Zorgkosten a	Totaal 3	Totaal 4
Klachten aan het bewegingsapparaat	15,3	1.180.242	2.416	461	283	974	<b>3.673</b>	4.134
Psychische klachten/aandoeningen	2,4	187.741	1.153	682	398	938	<b>2.489</b>	3.171
Hart- en vaatziekten	2,7	208.128	723	49	132	620	<b>1.475</b>	1.524
Maag en darm stoornissen	3,6	278.158	710	<b>1565</b>	24	324	1.058	2.623

Levensbedreigende ziekten (bijv kanker, aids)	0,8	58.353	493	b	119	289	901	b
Astma, bronchitis, emfyseem	5,2	400.636	525	1236	24	137	686	1.922
Migraine of ernstige hoofdpijn	5,5	427.209	658	1385	3	b	661	2.046
Suikerziekte	2,1	161.820	398	120	12	150	560	680
Gehoörproblemen	2,2	171.148	161	b	6	115	282	b
Ernstige huidziekten	0,8	57.989	32	b	4	244	280	b
Epilepsie	0,3	25.606	65	b	5	38	108	b
Problemen met zien	2,1	165.005	194	b	b	b	b	b
Overig	5,9	452.312	1.155	b	227	5.502d	6.884	b
Totaal kosten WAO					10.004			
Totaal	37,1	7.714.000	5.276 e	5498	11.238	9.332	25.842	

Tabel is gesorteerd op Totaal 3

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

b Niet beschikbaar

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

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

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

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

Totaal 4 = totaal 3 + kosten Ziekte presentieisme

### Zijn kosten vermijdbaar?

Ja, TNO heeft aan de hand van een representatieve steekproef onder werknemers geconcludeerd dat 21,5% van het verzuimpercentage als vermijdbaar kan worden gezien.<sup>2</sup> Een internationale overzichtsstudie laat zien dat 20-25% van de patiënten niet de zorg krijgen volgens de actuele medische inzichten en dat een deel van de zorg overbodig en zelfs schadelijk is.<sup>3</sup>

### Oorzaken systeemfalen

De oorzaak is vertaald vanuit de aanbod- en vraagzijde. Vanuit de aanbodzijde blijkt dat de zorg een afwachtende houding aanneemt op het grensvlak van arbeid en zorg (tabel 2). Werkgevers en werknemers ervaren de zorg als een "black box" waar ze geen invloed op hebben. Zij hebben bij re-integratie problemen met het oppakken van hun taken en verantwoordelijkheden. Er is behoefte aan grip op het verzuimtraject en daarmee indirect op de zorg. Omdat eerstelijnszorgverleners een afwachtende houding aannemen en regelmatig nalaten een uitspraak te doen over de mogelijkheid tot het functioneren van iemand, verzuimt een cliënt vaak langer dan nodig.<sup>1</sup> Dit heeft te maken met het uitgangspunt van een eerstelijnszorgverlener. Zij richt zich primair op het stellen van een (werk)diagnose, het behandelen van de klachten en relateert dit aan het Bio-PsychoSociaal model (BPS-model).<sup>4</sup> De praktijk leert dat het plaatsen van de cliëntvraag in een breder perspectief door de eerstelijnszorgverlener vaak onderbelicht<sup>1</sup> blijft.

Tabel 2: uitwerking aanbodzijde

De reguliere zorg is onvoldoende doeltreffend waardoor patiënten vaak langer verzuimen dan nodig	- ontbreken integrale aanpak - gericht op behandelen klachten en medisch herstel - relatief weinig aandacht voor functioneel herstel
De zorgmarkt is ondoorzichtig waardoor werknemers en werkgevers vaker op zoek gaan naar snellere en betere initiatieven buiten de reguliere zorg	- beperkt voorhanden zijn van productinformatie in termen van kosten en kwaliteit - beperkte kwaliteitstransparantie - onduidelijke definitie zorgproducten en onvoldoende beschikbaar zijn van keuze-informatie
De niet-reguliere zorgmarkt is niet transparant, en werkgevers betalen „dubbel“	“dubbel betalen”: (Behandel)activiteiten van de niet-reguliere zorg worden vaak niet vergoed binnen de zorgverzekeringswet. Dit betekent dat er dubbel betaald: Zowel voor de premie reguliere zorg, als de voor de inzet van niet-reguliere zorg

Kijkend naar de vraagzijde dan blijken verschillende en gebrekkige uitgangspunten van actoren (overheid, verzekeraars, werkgevers, werknemers en professionals) de regie, het herstel van klachten en daarmee de werkhervatting te belemmeren (tabel 3).

Tabel 3: De knelpunten liggen bij:

de werknemer en werkgever individueel	- gebrek aan self-efficacy werknemer
---------------------------------------	--------------------------------------

	- sociale- en communicatieve vaardigheden werkgever
<i>de werknemer-werkgever</i>	- werknemer richt zich op klachtenherstel - werkgever op werkhervatting - kennisgebrek over regierol - spanning onderlinge interactie - relatief grote sociale macht werkgever - gebrek aan vertrouwen en communicatie
<i>de werknemer en werkgever-zorgaanbieder</i>	- ervaren niet juiste, activerende en tijdige benadering curatieve zorg en gebrekkige communicatie omdat zorg relatief sterk gericht is op herstel - zorg vaak beperkte kennis heeft over arbeid en activering en meer sociale macht heeft dan werknemer en werkgever
<i>werknemer en werkgever-bedrijfsarts</i>	- rolonduidelijkheid - relatief grote sociale macht bedrijfsarts - gebrek aan of gebrekkige communicatie

### Verklaring systeemfalen

Het systeemfalen kan verklaard worden vanuit de institutionele vormgeving van de zorg en sociale zekerheid, de professionals, de cliënt/werknemer, het product en hoge maakbaarheidsverwachtingen (tabel 4). Organisaties opereren in een complex institutioneel krachtenveld, waarin beroepsverenigingen en andere actoren zoals patiëntenverenigingen en verzekeraars een grote rol spelen.

Tabel 4: Verklaring systeemfalen

de institutionele vormgeving van de zorg en sociale zekerheid	Zorg: - de verzekeringsmarkt, dingen naar gunst poliskoper/consument - de aanbiedersmarkt, zorgverleners/instellingen dingen naar gunst zorggebruiker/consument - de zorginkoopmarkt, verzekeraars sluiten contracten over kwaliteit, inhoud en prijs Sociale zekerheid: - complexiteit marktstructuur - informatie over kwaliteit - transactiekosten - onzekerheid bij de actoren
de professionals	- monodisciplinaire gerichtheid - weinig aandacht voor innovatie - aansturing en motivatie professionals waarbij weinig aandacht voor optimalisering van faciliteiten en het bieden van prikkels om „het goede“ te doen
de cliënt/werknemer	- complexiteit systeem heeft gevolgen voor werkgever en werknemer vanwege vraagsturing - verwachting over vraagsturing werknemers en werkgevers te hoog gespannen, verondersteld dat werknemers en werkgevers beredeneerde keuzes maken
het product	- evidence based richtlijnen arbocuratieve zorg laten te wensen over - weinig aandacht voor rol werkgever en werknemer - eenzijdige aandacht voor klachten en niet voor functioneel herstel - geen aandacht voor arbeidsrelevante aspecten - niet tijdcontingent werken - niet transparant zijn producten
hoge maakbaarheidsverwachtingen	systeemfalen kan te maken hebben met steeds hogere eisen die externe partijen (overheid, politiek en publiek) aan systeem stellen en de beschikbare middelen

### Reductie van het falen

Een integrale benadering van klachten van het houdings- en bewegingsapparaat, psychische problematiek et cetera verkleint de kloof. Voor de eerstelijnszorgverlener vergt dit anders denken, namelijk: Wat kan de cliënt nog wel! Ook de professionals vanuit de sociale zekerheid spelen een belangrijke rol bij het herstel van een cliënt. Zij weten wat de belastingsaspecten zijn op de werkplek en de beïnvloedende secundaire factoren. Het is belangrijk dat de cliëntvraag in een breed perspectief wordt geplaatst, dat de cliënt volledig verantwoordelijk wordt gemaakt voor zijn gezondheidsprobleem en zijn werkhervatting, en dat gedragsverandering wordt gerealiseerd. Dit is complex en niet makkelijk. Hierin succesvol zijn kan alleen door met elkaar samen te werken. Een

integrale inventarisatie van herstelbelemmerende factoren is daarvoor gewenst, en deze zijn gelegen op de volgende terreinen:

- fysiek;
- mentaal (cognitief functioneren);
- emotioneel;
- privé (welke activiteiten, frequentie, duur, op welke wijze verricht?);
- werk (arbeids-inhoud, -verhoudingen, -omstandigheden, -voorwaarden, -markt, -organisatie, werkwijze, werkplek, werktijd, werkdruk, werkuren, pauzes, werkbelasting) incl. reistijd;
- sociaal/ maatschappelijke aspecten.

De kernvraag is: wat doet, denkt en ervaart een cliënt in 7 x 24 uur en welke factoren hebben direct of indirect invloed op het gezondheidsprobleem en welke relatie hebben ze met de cliëntvraag?

### **Waarom integrale inventarisatie?**

Zorgvragen worden steeds complexer. Multiple factoren hebben invloed op de persoon, op zijn klagen en daarmee op zijn functioneren. Daarom dient de cliëntvraag probleemoverstijgend te worden geïnventariseerd. Ter verduidelijking. Vergelijk ons (werkende) mensen met een topsporter, dan kan de vraag worden gesteld of wij gezond met ons lichaam omgaan. Wanneer levert een topsporter zijn uitstekende prestaties? Wanneer hij fysiek, mentaal en emotioneel in balans is en zich aan strikte leefregels houdt<sup>5</sup>. Kortom: Wanneer plannen cliënten herstelmomenten? Gedragen cliënten zich dan niet als een atleet zonder grenzen?

### **Wie benader je?**

Dit is afhankelijk van welke stakeholder(s) actief betrokken zijn bij de cliënt? Is dit helder, dan wordt aan de cliënt toestemming gevraagd om contact op te mogen nemen met de betrokken stakeholder(s). Zo kan elke relevante stakeholder actief worden betrokken bij de begeleiding van de cliënt en het realiseren van zijn doelen. Bij klachten aan het houdings- en bewegingsapparaat is het bijvoorbeeld zinvol de werkplek te bezoeken. De verkregen informatie t.a.v. werkbelasting, werkwijze, werktechniek wordt geïntegreerd in de begeleiding. In de oefenzaal functioneel (in nagebootste situatie op een goede manier leren dweilen, tillen, duwen et cetera) en in de context (werkplek) te trainen als ook het integreren van de gevonden gedragsdeterminanten in een tijdcontingent behandelplan.

Het door de arbeidsdeskundige actief betrekken van de eerstelijnszorgverlener, werkgever, leidinggevende, bedrijfsarts etc. leidt tot een inzichtelijker "black-box". Dit geldt voor zowel re-integratie als wel preventie. Voordeel van integraal overleg is dat de "neuzen" dezelfde kant op staan wat resulteert in een snelle deelname aan het arbeidsproces wat weer positief bijdraagt aan het herstel<sup>6,7</sup>. Recent onderzoek<sup>8</sup> bevestigt dat de totale kosten (zorg en sociale zekerheid) afnemen, de effectiviteit van de zorg, de kwaliteit van leven en het totale functioneren toeneemt door een gecombineerde interventie (werkplek interventieprogramma i.c.m. een graded activity protocol) toe te passen. Belangrijk is wel dat de privacy gewaarborgd is en dat onderlinge communicatie plaatsvindt op basis van de Wet Bescherming Persoonsgegevens<sup>9</sup> (Wpb) en gericht is op herstel van het functioneren uitgedrukt in functionele mogelijkheden<sup>10</sup> (wat kan ik nu). Vanwege haar kennis en de plaats binnen de zorg is de arbeidsdeskundige in staat een bijdrage te leveren aan reductie van het falen.

### **Conclusie:**

Omdat de arbeidsdeskundige specialist is op het gebied van werkgerelateerde aspecten en de daarbij spelende belasting en belastbaarheid, maar ook te maken heeft met mensen die tegen hun grenzen (fysiek, mentaal, emotioneel) aanlopen, ontstaat voor de arbeidsdeskundige de mogelijkheid nadrukkelijker de regierol op te eisen en zich te profileren als de beroepsgroep die in staat is de kloof tussen zorg en sociale zekerheid te verkleinen. Om dit te realiseren, is een integrale benadering vereist waarbij de cliëntvraag breed wordt geïnventariseerd. Daarnaast is kennis en opleiding op het

gebied van ziekten en de gevolgen daarvan in relatie tot de belastbaarheid noodzakelijk. Een integrale benadering leidt tot betere zorg en kostenverlaging van de totale maatschappelijke lasten. Voorwaarde is dat met de betrokken stakeholders wordt gecommuniceerd in termen van functionele mogelijkheden waarbij de privacy niet uit het oog wordt verloren.

*Wouter C. Karsten is bedrijfskundige, registerarbeidsdeskundige en (bedrijfs)fysiotherapeut<sup>np</sup>*

*Correspondentieadres: Groninger Kroongarde 15, 3824 ZN, Amersfoort,*

*E-mailadres:wouter.karsten.1@gmail.com*

#### Referenties

1. Nijhuis F, Hoefsmit N, Houkes I, Wevers C, Buijs P, Steenbeek, van Genabeek J, Hooftman W, Geuskens G, Berg M, van Krieken N, de Smit S, Maenhout J. Onderzoeksprogramma Arbeid en Gezondheidszorg, Maastricht, Arbeid & Zorg. TNO, Plexus & Universiteit Maastricht; 2010.
2. Kremer AM, Steenbeek R. Avoidable sickness absence in a Dutch working population. J Occup Rehabil 2010, pp 81-89.
3. Grol R, Grimshaw J (2003). From best evidence to best practice; effective implementation of change in patients' care. Research into practice 1. The Lancet, vol 362, oct 11 2003
4. Biopsychosociaal model. [http://nl.wikipedia.org/wiki/Biopsychosociaal\\_model#Bio-psycho-sociaal\\_model](http://nl.wikipedia.org/wiki/Biopsychosociaal_model#Bio-psycho-sociaal_model)
5. Gonnissen K, Goudsmet A. De bedrijfsatleet, Alphen aan den Rijn: Kluwer; 2003.
6. Oomens S, Sneller en vollediger herstel van functioneren. Zeist: TNO Kwaliteit van Leven & Arbeid; 2009.
7. SER Advies. Een kwestie van gezond verstand: Breed preventiebeleid binnen arbeidsorganisaties. Den Haag, Minister van WVS, nr. 2009/02; 17 april 2009.
8. Lambeek LC, Bosmans JE, van Rooyen BJ, van Tulder MW, van Mechelen W, Anema JR. Effect of integrated care for sick listed patients with chronic low back pain: economic evaluation alongside a randomised controlled trial, BMJ 2010, 341: 1-7.
9. Wat regelt de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp)? Rijksoverheid; 5 september 2011. <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/vragen-en-antwoorden/wat-regelt-de-wet-bescherming-persoonsgegevens-wbp.html>.
10. Onderwijscommissie GAV. Claimbeoordeling en FML, gebruik van de functionele mogelijkhedenlijst als checklist voor de beoordeling van (beperkingen van) mogelijkheden om te functioneren als uiting van ziekte of ongeval, GAV; 2003.