



Raad voor de Volksgezondheid & Zorg

Deel 2: Meer aandacht voor participatie in de eer- ste lijn

Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
Postbus 19404
2500 CK Den Haag
Tel 070 – 340 50 60
Fax 070 – 340 75 75
E-mail mail@rvz.net
URL www.rvz.net

Datum
11 oktober 2012
Kenmerk
4384-52

Meer aandacht voor participatie in de eerste lijn

Drs. B.J.C. van de Gevel

Achtergrondstudie behorende bij het advies Regie aan de poort uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Den Haag, 2012

Inhoud

	Samenvatting	4
1	Inleiding	5
2	Vraagzijde	7
2.1	Werknemers	7
2.2	Zelfstandigen zonder personeel (ZZP'ers)	8
2.3	Vangnetters en werkzoekende bijstandsgerechtigden	8
2.4	Mantelzorgers	9
3	Aanbodzijde	10
3.1	Werknemers	10
3.2	Zelfstandigen zonder personeel (ZZP'ers)	12
3.3	Vangnetters en werkzoekende bijstandsgerechtigden	13
3.4	Mantelzorgers	14
4	Ontwikkelingen	15
4.1	Naar een meer activerende verzorgingsstaat	15
4.2	Toename beroepsbevolking met één of meer chronische aandoening	16
4.3	Flexibele arbeidsmarkt	16
5	Nieuwe zorgmodellen	17
5.1	Sterk naar werk	17
5.2	Fit -4-work	19
5.3	Het project kapstok: mantelzorgondersteuning in de huisartsenpraktijk	20
5.4	Lessen	21
6	Beleidsimplicaties	21
7	Geconsulteerde personen	23
8	Literatuur	24

Samenvatting

Burgers hebben steeds meer vragen op het grensvlak van participatie en zorg. Het gaat hier om verschillende doelgroepen als werknemers, zelfstandigen zonder personeel (ZZP'ers), werklozen en mantelzorgers. Het huidige aanbod is onvoldoende toegerust op deze vragen. Zo houdt de eerste lijn onvoldoende rekening met participatie, waardoor de patiënt mogelijk te lang verzuimt en niet tijdig bij de juiste hulpverlener terecht komt. Ook schort het nog aan de samenwerking tussen de eerste lijn en de bedrijfsarts.

Ontwikkelingen als een meer actieve verzorgingstaat, langer doorwerken, meer chronisch zieken en een flexibelere arbeidsmarkt vergroten de noodzaak om in de eerste lijn rekening te houden met participatie. Nieuwe zorgmodellen als Sterk naar werk, Fit-4-work en het project Kapstok hebben gepoogd, of pogen dit te realiseren. Met wisselend succes. Het blijkt in elk geval belangrijk dat verschillende zorgverleners bewust zijn van elkaars kennis en kunde, elkaar weten te vinden en doorverwijzen makkelijk wordt gemaakt. De beperkte tijd die de huisarts op dit moment heeft voor patiënten wordt als knelpunt gezien voor het signaleren van relevante arbeidsomstandigheden. Ook structurele financiering voor deze nieuwe zorgmodellen blijft moeilijk. Daarnaast is het de vraag of het kosteneffectief is om bedrijfsartsen, arbeidsdeskundigen en mantelzorgconsulenten fysiek spreekuur te laten houden in de eerste lijn. Mogelijk kan dit via e-health toepassingen efficiënter vormgegeven worden.

Om het aanbod beter aan te laten sluiten op de vraag is het goed om in te zetten op het bij- en nascholen van eerstelijnszorgverleners op het thema participatie. Daarnaast is de implementatie van verwijsprotocollen, leidraden voor samenwerking en een goede sociale kaart in de praktijk wenselijk. Ook kunnen er meer contactmomenten gecreëerd kunnen worden tussen verschillende hulpverleners en zouden wijkscans de eerste lijn meer bewust kunnen maken van de participatie-achtergrond van hun populatie. Tot slot is het belangrijk om de zelfregie van werknemers en patiënten te versterken, zodat deze beter kunnen navigeren tussen curatieve en arbocuratieve zorg.

1 Inleiding

Sinds 1990 zijn er de nodige hervormingen geweest op het gebied van sociale zekerheid: de Wet verbetering poortwachter, Wulbz en VLZ, Ziektewet en WIA¹. Deze hervormingen hebben gezamenlijk effect gehad. Bedroeg de WAO instroom in de jaren 2000/2001 nog rond de 100.000 werknemers per jaar inmiddels is deze met 29.000 in de WIA laag (Cuclenaere et al., 2011). De instroomkans in de arbeidsongeschiktheidsverzekering is in de periode 1999 tot 2009 met 71% afgenomen. Het ziekteverzuim is van 7% in 1990 teruggelopen naar 4% in 2010 (www.cbs.nl). Ondanks dit succes is er de overtuiging dat er nog winst te boeken is. Zo schat TNO in dat door verzuimreductie, en het voorkomen van onnodige en onjuiste zorg zou er jaarlijks nog 2 à 3 miljard te besparen is (Steenbeek et al., 2011)

De relatie tussen gezondheid en (arbeids-)participatie is van groot maatschappelijk belang. Door te investeren in gezondheid kunnen mensen langer doorwerken en zijn ze productiever. Andersom leidt meer participatie mogelijk ook tot een betere (mentale) gezondheid (zie box 1). Dit is niet alleen in het belang van mensen zelf, maar ook voor de maatschappij als geheel. Zeker ook met het oog op de naderende vergrijzing, en verhoging van de pensioenleeftijd. Hoewel de nadruk in deze studie ligt op arbeidsparticipatie, zal bewust de brede term participatie gebruikt worden. De reden hiervoor is dat veel burgers naast werk ook maatschappelijke participeren bijvoorbeeld het verlenen van mantelzorg, en juist het groter belang van arbeidsparticipatie de balans tussen werk en privé onder druk kan zetten.

Binnen het Nederlandse zorgstelsel zijn curatieve en arbocuratieve zorg² van oudsher twee gescheiden werelden. De overtuiging bestaat dat een betere aansluiting tussen gezondheidszorg en arbeid deze opbrengsten kan verzilveren en dat hier de eerste lijn een cruciale rol in speelt. In deze achtergrondstudie kijken we naar nieuwe zorgmodellen op het grensvlak van gezondheid en participatie in de eerste lijn. Doel hiervan is de

¹ Afkortingen staan voor Wet Uitbreiding Loondoor-Betalingsverplichting bij Ziekte (Wulbz), Wet verlenging loondoorbetalingsverplichting bij ziekte (VLZ), en Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA).

² Onder arbocuratieve zorg verstaan we de zorg om verzuim en arbeidsongeschiktheid te beheersen. Hieronder rekenen we ook de bedrijfsarts, hoewel deze zelf niet behandelt.

mogelijke toegevoegde waarde van participatie in de eerste lijn te toetsen. Hiertoe worden de volgende vragen beantwoord:

- Wat voor vragen hebben burgers op het grensvlak van participatie en gezondheid (paragraaf 2)
- Hoe ziet het aanbod eruit en is dit in staat om vragen van verschillende doelgroepen te beantwoorden? (paragraaf 3)
- Wat zijn de trends voor de toekomst en hoe beïnvloeden deze vraag en aanbod (paragraaf 4)?
- Wat voor nieuwe zorgmodellen zijn er, en slagen deze erin om beter vragen te beantwoorden op het vlak van participatie en zorg dan het reguliere aanbod? (paragraaf 5)
- Wat zijn succes en faalfactoren, en welke beleidsimplicaties volgen hieruit? (paragraaf 6)

Gezondheid leidt tot hogere participatie en productiviteit...

Uit bijna alle studies blijkt dat gezondheid een significant effect heeft op participatie (Koning e.a., 2009). Ook blijkt er een sterke aanwijzing dat een betere gezondheid leidt tot meer gewerkte uren en een hoger loon (Koning e.a., 2009), waarbij een hoger loon als proxy gezien kan worden voor productiviteit.

.....en mogelijk leidt participatie ook tot meer (mentale) gezondheid.

De relatie kan echter ook omgekeerd lopen, waarbij participatie leidt tot een betere gezondheid. Ook hier zijn veel studies die wijzen op een positief effect, maar daar is methodologisch nogal wat op aan te merken. De schaarse studies, die betrouwbare onderzoeksmethoden hanteren laten meestal kleinere of zelfs niet significante effecten zien (Koning, 2008). Het meeste bewijs bestaat volgens de Koning e.a. voor een negatief effect op mentale gezondheid bij verlies van de baan en positief effect op de mentale gezondheid bij herintreding.

2 Vraagzijde

In deze paragraaf geven we een overzicht van vragen van verschillende burgers op het grensvlak van participatie en zorg. De beroepsbevolking in Nederland telde in 2011 rond de 7,8 mln. mensen. Hiervan werkten er 7,4 mln. en waren er 0.4 mln. werkloos (www.cbs.nl). Nederland kende in 2010 bijna 1,1 mln. zelfstandigen, waarvan er 728 duizend geen personeel in dienst hadden en als ZZP'er door het leven gaan. Een groep die deels buiten de beroepsbevolking valt, maar ook vragen over arbeid en gezondheid heeft zijn de mantelzorgers. Schattingen van het aantal mantelzorgers in Nederland verschillen nogal afhankelijk van de gekozen definitie. Zo komt het SCP bij een breed opsporingsinstrument tot 3,4 miljoen en bij smaller opsporingsinstrument tot 1,6 miljoen Nederlanders (Sadiraj et al., 2009). We maken onderscheid tussen vier groepen: werknemers, zelfstandigen zonder personeel (ZZP'ers), werklozen (en vangnetters), en mantelzorgers.

2.1 Werknemers

Werknemers in loondienst zijn een heel diverse groep, werkend in uiteenlopende private en publieke sectoren. Wat ze echter gemeen hebben is hun relatie met de werkgever, en de rol die deze heeft bij verzuimreductie. De werkgever heeft met de komst van de Wet verbetering poortwachter behoorlijke financiële prikkels gekregen om verzuim te voorkomen en re-integratie te bevorderen. Hij moet zich inspannen om de werknemer te re-integreren, en de werknemer wordt geacht hier aan mee te werken. Meestal zullen prikkels van werkgevers in lijn liggen met die van werknemers. Soms kunnen ze ook strijdig aan elkaar zijn, of in elk geval de perceptie bestaan dat ze strijdig zijn.

Om een indicatie te krijgen van vragen van werknemers en werkgevers op het grensvlak van arbeid en gezondheid kunnen we kijken naar aandoeningen waar werknemers last van hebben. Meer dan 40% van de werknemers heeft chronische gezondheidsproblemen (NEA, 2010). Meestal gaat het om fysieke aandoeningen (circa. 39%). De meest voorkomende klachten zijn die aan het bewegingsapparaat (15%), gevolgd door migraine of ernstige hoofdpijn (6%) (Steenbeek et al., 2010). De prevalentie van psychische klachten is met 2,8% van de werknemers laag in de NEA in vergelijking met andere

Nederlandse studies (De Klerk et al., 2012). Zo komt het Trimbos-insituut voor 2009 op 18% van de werknemers die enige psychische stoornis heeft gehad in de afgelopen 12 maanden (De Graaf et al., 2010). Een mogelijke reden voor het lage percentage bij de NEA is dat werknemers mogelijk psychische klachten onderrapporteren vanwege het taboe dat hierop heerst, of omdat zij zich hier niet van bewust zijn (TNO, 2012a).

Het gemiddeld verzuim lag in 2010 op 4,2% (TNO, 2012b). Waarbij verzuim bij werknemers met een chronische aandoening hoger (6.9%) lag dan werknemers zonder chronische aandoening (2.3%). Oudere werknemers zonder chronische aandoening verzuimen niet meer dan jongere werknemers. Echter wanneer oudere werknemers last hebben van een chronische aandoening verzuimen zij meer dan jongere werknemers met chronische aandoeningen, met name bij psychische aandoeningen (bij 18-44 jaar ligt dit op 13,1% en bij 45- 64 jaar ligt dit op 17.8%). Het is belangrijk om hier op te merken dat niet al het verzuim een medische noodzaak heeft. Verzuim kan ook het gevolg zijn conflicten op het werk of onvoldoende motivatie om te werken.

2.2 Zelfstandigen zonder personeel (ZZP'ers)

De gezondheid van zelfstandigen zal waarschijnlijk niet veel verschillen van die van werknemers. De verwachting is dat zij in principe met dezelfde klachten en vragen zitten als werknemers. Wel blijkt het verzuimpercentage van zelfstandigen structureel lager te liggen dan dat van werknemers (EWCS, 2005): 2,4% bij zelfstandigen ten opzichte van 4.3% bij werknemers in 2005. Een belangrijke reden voor dit lager verzuim is waarschijnlijk dat ZZP'ers volledig zelf de financiële verantwoordelijkheid dragen. Daarnaast hebben zij waarschijnlijk meer controle over hun werkzaamheden, waardoor zij zelf beter oplossingen kunnen vinden bij gezondheidsklachten.

2.3 Vangnetters en werkzoekende bijstandsgerechtigden

Een andere te onderscheiden doelgroep zijn vangnetters en werkzoekende bijstandsgerechtigden. Onder vangnetters verstaan we eindedienstverbanders, uitzendkrachten en WW'ers. Hier vervult het UWV de rol van werkgever. Bij werklozen met een bijstandsuitkering vervult de gemeente bij re-

integratieprogramma's deze rol. Bij deze twee groepen is duidelijk dat zij vaker problemen/vragen hebben op het vlak van participatie en gezondheid, en dat de problematiek complexer is.

Twee omstandigheden zijn kenmerkend voor de groep vangnetters (Schrijfershof et al., 2008). Ten eerste hebben ze voor of na ziekmelding, of na afloop van een tijdelijk dienstverband, geen werkgever die het loon doorbetaalt, het verzuim begeleidt en de een directe werkhervattingsplek biedt. Ten tweede hebben ze, en dan met name de uitzendkrachten, een zwakke sociaaleconomische positie. Uit onderzoek blijkt dat bij de helft tot tweederde van de vangnetters sprake is van (lichte of matige) psychosociale problematiek, waarvan ongeveer de helft te maken heeft met multiproblematiek (Van der Burg et al., 2011). Het ging in 2008 om 728.000 mensen, waarvan 238.000 flexwerkers, 190.000 uitzendkrachten is, 124.000 oproep- en invalkrachten en 175.000 WWers (De Jong et al. 2009). Vangnetters hebben een hoger risico op ziekteverzuim en WAO/WIA-instroom dan reguliere werknemers (Schrijfershof et al., 2008). Dit ligt enerzijds aan hun kwetsbaarheid, maar ook aan de afwezigheid van prikkels bij werkgevers en werknemers, en de problemen die het UWV ondervindt in de uitvoering van de arborol. Met de modernisering van de Ziektewet, die per 1 januari 2014 ingaat, krijgen werkgevers meer prikkels om deze groep uit de ZW te houden. Daarnaast worden ook de prikkels voor zieke flexwerkers zelf versterkt om snel aan het werk te gaan.

Werklozen kennen een slechtere gezondheidspositie dan werkenden. Zo kennen zij een hogere prevalentie van ziekte en beperkingen en er is een hogere sterfte onder werklozen (Schuring et al., 2011). Uit de literatuur blijken in elk geval de volgende factoren samen te hangen met een negatieve gezondheidsbeleving (Schuring et al., 2011): *“een gebrek aan sociale steun, gebrek aan grip op het eigen leven, financiële problemen, oudere leeftijd, lager opleidingsniveau, alleenstaand, langere werkloosheidsduur en etniciteit.* (pag. 3)

2.4 Mantelzorgers

Een groot aantal mensen zet zich - al dan niet naast het betaalde werk- in als vrijwilliger of mantelzorger. Het merendeel van de mantelzorgers is jonger dan 65 jaar (83%) (De Boer et al., 2009). Het gaat meestal om zorg die verleend wordt aan

personen die niet tot het eigen huishouden behoren (75%). De meeste hulp wordt verleend aan schoon(ouders) (40%), partner (20%), kennis/vriend (11%) en kind (9%). Cq. drie op de vier (71%) mantelzorgers die jonger zijn dan 65 jaar heeft naast de zorgtaak ook een betaalde baan (De Boer et al., 2009). Onder de mantelzorgers zijn vrouwen, 45-65-jarigen, alleenstaanden, personen met een hoger inkomen en autochtonen het sterkst vertegenwoordigd (De Boer et al., 2009). Van de mantelzorgers is 17% overbelast door de mantelzorg, en 15% ervaart een achteruitgang van de eigen gezondheid (De Boer et al., 2009)

Uit een enquête-onderzoek van het ITS Radboud Universiteit Nijmegen, in opdracht Mezzo, blijkt dat 71% van de onderzochte mantelzorgers, die deelneemt aan respijtaarrangementen, zelf ook last heeft van een aandoening³. (Sombekke en Van den Wijngaard, 2008) Dit zijn relatief vaak oudere mantelzorgers (gemiddelde leeftijd 66.3 jaar). De belangrijkste beperking is een somatische aandoening of chronische ziekte zoals hartklachten en gewrichtsklachten. Andere veel voorkomende beperkingen zijn een lichamelijke handicap (23%) en psychosociale problemen (17%). De meeste hebben hier in lichte mate last van (65%).

3 Aanbodzijde

In deze paragraaf bezien we of het aanbod in staat is deze vragen op een adequate manier te beantwoorden, nu en in de toekomst. Dit doen we door per eerder besproken doelgroep aan te geven waar deze geholpen wordt. We vragen ons af of dit aanbod aansluit op de vraag.

3.1 Werknemers

Meeste vertrouwen bij arbocuratieve zorg in de huisarts, maar kan die dit waarmaken?

Voor zorgvragen gaat de werknemer in eerste instantie naar de huisarts. Zo komt 89% van de verzuimende werknemers minimaal 1 keer op het spreekuur van de huisarts. Uit onderzoek blijkt dat patiënten de voorkeur hebben voor de huisarts bij

³ Bij een respijtaarrangement kan een mantelzorger er even tussen uit, bijvoorbeeld door een weekend of midweek in hotel verblijven, en zo los van de zorg te komen.

arbeidsgerelateerde gezondheidsvragen boven de bedrijfsarts en de huisarts ook de meeste kennis toegedicht wordt op dit terrein (Buijs et al., 2009). Wanneer de curatieve eerste lijn onvoldoende rekening houdt met participatie zou dit tot onnodig lang verzuim kunnen leiden en tot onvoldoende erkenning van het belang van participatie voor de gezondheid. Zo ligt bij re-integratie de focus op het hervatten van werk, terwijl bij het curatieve traject dat de huisarts inzet gericht is op klacht behandeling van de patiënt in een bredere context (Schers, 2012). Ook blijkt in de opleiding van huisartsen vooralsnog weinig aandacht voor participatie te zijn en ook in de NHG-standaarden is er weinig opgenomen over relatie tussen ziekte en arbeid (Balen et al., 2010). Zo bleek dat er van de tien relevante arbeidsgerelateerde standaarden slechts bij drie sprake was van een in meer of mindere mate werkgebonden uitkomsten (aspecifieke lage rugpijn, depressie en angststoornissen). Overigens was er bij de overige standaarden ook geen wetenschappelijk bewijs voor handen voor meer aandacht voor participatie, omdat in onderzoeken werkgebonden uitkomstmaten vaak niet meegenomen waren.

Recent lijkt participatie in de eerste lijn meer aandacht te krijgen. Zo is in de kernwaarden huisartsgeneeskunde van het NHG opgenomen dat de huisarts rekening houdt met de kernmerken van de patiënt en diens context, zoals de leef- en werkomgeving en de familieomstandigheden. Ook is hier vermeld dat de huisarts een signalerende taak heeft ten aanzien van (dreigende) arbeidsgerelateerde gezondheidsproblemen en hierbij zo nodig samenwerkt met de bedrijfsarts⁴.

Bedrijfsarts niet altijd toegankelijk, onafhankelijk en vindt zelf dat hij te weinig aan preventieve activiteiten besteedt.

Uit een recent onderzoek blijkt de positie van de bedrijfsarts onder druk te staan. Vooral bij bedrijfsartsen werkzaam voor het midden en kleinbedrijf en/of bij externe arbodiensten blijken zich de meeste knelpunten voor te doen (Zwart et al., 2011). De grootste knelpunten zitten hem in de toegankelijkheid van de bedrijfsarts en de vertrouwensrelatie. Met name de bekendheid van de bedrijfsarts bij werknemers blijkt een probleem. Ook is er nauwelijks inspraak van werknemers ten aanzien van de keuze voor de bedrijfsarts. Daarnaast is het zorgelijk dat 21% van de ondervraagde bedrijfsartsen aangeeft

⁴ NHG-Standpunt Kernwaarden huisartsgeneeskunde generalistisch, persoonsgericht en continu. Vastgesteld in de Algemene Ledenvergadering van het NHG op 9 juni 2011

in situaties terecht te komen, waarbij men niet meer geheel onafhankelijk conform de geldende beroeps- of gedragscodes kan handelen als gevolg van de opstelling van de werkgever. Uit het onderzoek blijkt ten slotte ook dat bedrijfsartsen zelf vinden dat ze te weinig aan preventieve activiteiten besteden. Zo vindt 80% dat men meer in de gelegenheid zou moeten zijn om activiteiten te ondernemen om arbeidsmarktrisico's te verminderen en 70% dat dit ook geldt ten aanzien van preventieve activiteiten rond leefstijl/vitaliteit. Het is hierbij wel de vraag of dit een bedrijfsarts moet zijn of dat deze preventieve activiteiten efficiënter door andere professionals ondernomen kunnen worden als ergonomen, arbeids- en organisatiedeskundigen, en veiligheidsdeskundigen.

Samenwerking bedrijfsarts met huisarts lijkt voor verbetering vatbaar
Uit veel onderzoek blijkt dat de samenwerking tussen bedrijfsarts en huisarts moeizaam gaat (zie bv Buijs 1999, Nauta 2004 en Bakker 2005). Huisartsen zouden zelden contact opnemen met bedrijfsartsen. Mogelijke redenen voor deze moeizame samenwerking zijn dat de werknemer vaak niet zijn bedrijfsarts kent en de bedrijfsarts als verlengde arm van de werkgever wordt gezien. Ook blijkt dat statusverschillen die professionals uit verschillende doelgroepen voelen samenwerking te bemoeilijken (Van Sylekom et al., 2010). De samenwerking van bedrijfsartsen met andere eerstelijns zorgverleners als eerstelijnspsychologen en fysiotherapeuten lijkt beter te gaan dan met huisartsen. Zo geven bedrijfsartsen in een TNO-enquête onder NVAB-leden aan, dat zij meer samenwerken met eerstelijnspsychologen (81%) en fysiotherapeuten (66%), dan met de huisarts (31%). (Buijs, et al., 2012). Uit de enquête blijkt daarnaast dat het initiatief om contact te leggen meestal door de bedrijfsarts zelf wordt genomen. Uit een andere enquête gehouden in het kader van het onderzoek naar positie van bedrijfsarts geven 69% van de bedrijfsartsen aan dat de samenwerking met de huisarts (zeer)goed verloopt (De Zwart et al. 2011). Bij fysiotherapeuten en psychologen ligt dit zelfs boven de 80%. Als we naar deze cijfers kijken lijkt er in elk geval nog ruimte voor verbetering te zijn in de samenwerking tussen bedrijfsartsen en huisartsen.

3.2 Zelfstandigen zonder personeel (ZZP'ers)

Zelfstandigen hebben geen verplichte verzekering tegen ziekte en arbeidsongeschiktheid. Op zich lijkt een ZZP'er voldoende prikkels te hebben om te investeren in zijn eigen gezondheid. Het is echter de vraag of alle ZZP'ers risico's op arbeidonge-

schiktheid voldoende goed inschatten. Het blijkt dat circa de helft geen arbeidsongeschiktheidsverzekering heeft afgesloten (SER, 2010). Van de nieuwe ZZP'ers doet dit nog minder (36% arbeidsongeschiktheid en 20% tegen ziekte). Ongeveer 12 procent van de ondernemers geeft aan problemen te onder- vinden met hun gezondheid. Deze groep is aanzienlijk minder vaak verzekerd (34 procent) dan diegene die geen gezond- heidsklachten hebben (46 procent) (SER,2010).

Zelfstandigen zullen een bezoek aan de bedrijfsarts, en de inzet van arbocuratieve zorg, in principe uit eigen zak moeten betalen, terwijl hulp van overige curatieve zorgverleners onder de zorgverzekering valt en vergoed wordt. In de regel zullen zij dus een beroep doen op de verzekerde curatieve zorg i.p.v. arbocuratieve zorg. Wanneer huisartsen onvoldoende met participatie rekening houden kan het voor deze groep tot pro- blemen leiden.

3.3 Vangnetters en werkzoekende bijstandsgerechtigden

Zieke vangnetters en bijstandsgerechtigden zullen zich ook melden bij de huisarts met gezondheidsklachten die hun werk- of participatiemogelijkheden direct of indirect beïnvloeden. Meer dan andere groepen hebben zij last van complexe multi- problematiek, waar het de vraag is of de huisarts in staat is deze vragen voldoende te beantwoorden.

Vangnetters

Bij vangnetters vervult het UWV de rol van werkgever. Uitzendkrachten, flexwerker en WWers ontvangen bij ziekte een ziekteuitkering van het UWV. Het UWV is tevens verant- woordelijk voor de verzuimbegeleiding en re-integratie (Schrij- vershof et al., 2008). Door verschillende factoren kan het UWV deze rol minder goed vervullen dan een werkgever (zie Schrijvershof et al., 2008). Zo is er geen werknemer- werkgeverrelatie en ontbreken daarom ook directe hervat- tingsmogelijkheden. Daarnaast heeft het UWV een informatie- achterstand, kan het moeilijker sanctioneren en heeft het geen wettelijke bevoegdheden om preventieve maatregelen af te dwingen (bij uitzendkrachten). De meeste door de UWV inge- kochte interventies blijken niet gericht op het oplossen van nevenproblematiek, waar vangnetters relatief vaak mee te ma- ken hebben. Dit is ook niet de taak van het UWV. Hier zijn immers andere instanties primair voor verantwoordelijk, zoals schuldhelpverlening, eerstelijns gezondheidszorg en maat-

schappelijk werk. Het UWV kan er wel op toezien dat ze waar nodig worden ingeschakeld (Schrijvershof et al., 2008).

Wanneer een bijstandsgerechtigde ziek is moet hij dit aan de gemeente melden. Hij kan dan ontslagen worden van een aantal verplichtingen, zoals de noodzaak tot solliciteren. Re-integratie kan bij gezondheidsbevorderende programma's voor mensen in de bijstand helpen. Re-intergratie-onderzoek wijst uit dat bij personen met ernstige psychische problematiek plaatsing in passend werk, met daarbij intensieve multidisciplinaire ondersteuning effectief kan zijn (Schuring, 2011). Schuring vond in haar promotieonderzoek dat gezondheidsbevorderingsprogramma's, zonder dat deze aansluiten op re-integratie, geen verbetering gaven in hoe de werklozen zich lichamelijk en geestelijk voelden. Het verbeterde ook niet hun zelfwaardering en de manier waarop zij met problemen omgaan. Bovendien bleek het er niet toe te leiden dat zij daadwerkelijk starten met een betaalde baan. Volgens Schuring is de effectiviteit van dergelijke gezondheidsprogramma's zo laag, omdat ze onvoldoende zijn afgestemd op de andere activiteiten die voor werklozen in het leven zijn geroepen om hen weer deel te laten nemen aan de arbeidsmarkt. Schuring komt dan ook tot de conclusie dat deze activiteiten beter op elkaar zouden moeten aansluiten.

3.4 Mantelzorgers

Het blijkt in de praktijk dat mantelzorgers niet snel om hulp vragen. Vaak zien zij zichzelf ook niet als mantelzorger. Dit is zorgelijk aangezien overbelasting van mantelzorgers een probleem vormt. Overbelasting kan de opname in een verpleeghuis van degene die zij verzorgen versnellen (RVZ, 2012). Mantelzorgers zullen vanwege de chronische ziekte van degene waarvoor zij zorgdragen vaak bij de huisarts komen. De huisarts samen met de praktijkverpleegkundige/praktijkondersteuner, zijn dus bij uitstek degene die overbelasting kunnen signaleren (Vermaas et al., 2010). "Het ontdekken van de patiënt achter de patiënt". Het blijkt echter dat huisartsen deze doelgroep onvoldoende kennen en niet op de hoogte zijn van ondersteuningsmogelijkheden (Hijnekamp et al., 2008). Deze ondersteuning wordt gegeven bij het steunpunt mantelzorg.

4 Ontwikkelingen

In deze paragraaf schetsen we drie ontwikkelingen die van invloed op vragen van burgers op het grensvlak van participatie en zorg. Dit zijn de stelselverandering naar een meer activerende verzorgingsstaat, meer chronisch zieke werknemers als gevolg van het langer doorwerken en een mogelijk een grotere dynamiek op de arbeidsmarkt (toename ZZP'ers, meer flexwerkers en het nieuwe werken). We geven aan wat dit betekent voor de eerder geschetste doelgroepen en het zorgaanbod.

4.1 Naar een meer activerende verzorgingsstaat

De activerende verzorgingsstaat heeft de afgelopen dertig jaar geleidelijk de plaats ingenomen van de klassieke, beschermende verzorgingsstaat (Van der Veen, 2011). In een activerende verzorgingsstaat wordt via het vergroten van eigen verantwoordelijkheid van burgers gepoogd het beroep op voorzieningen te beperken. Instrumenten die hiervoor gebruikt worden zijn: selectiviteit van de toegang tot arrangementen en de invoering van eigen risico's, gedeelde verantwoordelijkheden van betrokken actoren, activering en investering, en ten slotte preventie (Van der Veen, 2011). Dit heeft gevolgen voor burgers. Er zal van hen verwacht worden zelf meer regie te nemen. Waarbij het overigens de vraag is of iedereen hier even goed toe in staat is (zie bijvoorbeeld Bosselaar, 2011).

Werkgevers zullen overigens ongeacht dit beleid de kosten van arbeid zien oplopen en hierdoor zuiniger op hun menselijk kapitaal zijn. Ook voor burgers zelf zal het belang om te investeren in het eigen gezondheidskapitaal toenemen. Dit alles leidt tot een druk op de curatieve zorg om met participatie rekening te houden. Mede als gevolg hiervan zal ook het aantal mantelzorgers met werk toenemen. Tot slot zullen vangnetters en bijstandsgerechtigden gestimuleerd worden om aan de slag te gaan. Hier lijkt het huidige versnipperde aanbod op dit moment onvoldoende toe in staat.

De nadruk op eigen verantwoordelijkheid vraagt om een andere attitude van zorgverleners. Men zal mensen moeten ondersteunen om deze verantwoordelijkheid te kunnen pakken. Dit betekent dat mensen niet afhankelijk gemaakt moeten worden van het zorgaanbod, maar men deze meer in staat moet stellen om eigen regie te kunnen nemen. Niet elke gezondheidsklacht heeft overigens een interventie nodig door een zorgaanbieder.

4.2 Toename beroepsbevolking met één of meer chronische aandoening

Door de stijging van de leeftijdsverwachting en de vergrijzing moeten mensen langer doorwerken. Dit betekent dat een groter deel van de beroepsbevolking één of meer chronische aandoeningen heeft. Oudere werknemers hebben immers vaker last van klachten aan het bewegingsapparaat, diabetes en hart- en vaatziekten. Ook zal het aantal mensen met een chronische aandoening toenemen door ons vermogen sterfte uit te stellen in combinatie met een snellere detectie van ongezondheid (RVZ, 2010).

Voor alle doelgroepen betekent dit meer en complexere vragen op het vlak van arbeid en gezondheid. Bedrijven zullen meer ouderen werknemers in dienst krijgen, met één of meer chronische aandoening. Dit vraagt om een grotere nadruk op gedrag en om mogelijkheden tot zelfmanagement. Zowel de curatieve zorg als de arbocuratieve zorg moeten dit ondersteunen en faciliteren (zie RVZ, 2010).

4.3 Flexibele arbeidsmarkt

Een ontwikkeling die zich voor de economische crisis voerde was dat arbeidsverhoudingen steeds flexibeler werden. Zo is ten eerste het aantal ZZP'ers jarenlang gestaag gegroeid van 400.000 in 1996 (Kösters, 2009) tot 728.000 in 2011 (www.cbs.nl). Ten tweede is het aantal flexwerkers toegenomen. Van alle werknemers in 2011 met een baan voor minimaal twaalf uur per week (6,3 miljoen.) had 18 procent een flexibele arbeidsrelatie. Terwijl dit aandeel in 2001 nog maar 13 procent bedroeg (www.cbs.nl)⁵. Ten derde zie je de opkomst van het zogenaamde nieuwe werken, waarbij het traditionele onderscheid tussen werk en privé aan het vervagen is.

Het is de vraag in hoeverre deze drie ontwikkelingen zich de komende tijd zullen doorzetten. Mocht dit zo zijn dan heeft dit grote gevolgen voor vraag en aanbod. Ten eerste betekent dit dat er een steeds grotere groep ZZP'ers komt die zelf verantwoordelijk is om inzetbaar te blijven. Het voordeel van meer

⁵ <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/arbeid-sociale-zekerheid/publicaties/artikelen/archief/2012/2012-3628-wm.htm>

ZZP'ers en het nieuwe werken is dat er mogelijk meer mogelijkheden komen, wat tot een vermindering van het verzuim kan leiden. Een nadeel is dat dit mogelijk ook tot meer stressklachten leidt bij een deel van de ZZP'ers/werknemers. Ten tweede heb je te maken met meer flexwerkers, die een "kunstmatige" werkgever hebben in de vorm van de UWV. Tot slot kan het nieuwe werken ook tot gevolg hebben dat werkgevers steeds meer interesse hebben voor het privéleven van de werknemer -zij dragen immers het financieel risico-, waarbij het de vraag is of werknemers hier op zitten wachten. Mocht flexibilisering van de arbeidsmarkt zich doorzetten leidt dit al met al tot een verschuiving van verantwoordelijkheden van de werkgever naar de werknemer/ZZP'ers.

5 Nieuwe zorgmodellen

In de vorige twee paragrafen hebben we gezien dat er op dit moment al discrepanties zijn tussen vraag en aanbod, en dat deze in de toekomst alleen maar zullen toenemen. In deze paragraaf gaan we in op een aantal nieuwe zorgmodellen die deze proberen te verminderen. We kijken daarbij of de modellen daarin slagen en wat we hier van kunnen leren. Het gaat daarbij om het programma Sterk naar werk, Fit-4-work en Project kapstok. Vanuit deze drie nieuwe modellen proberen we een aantal lessen te trekken voor de toekomst van participatie in de eerste lijn.

5.1 Sterk naar werk

In 2009 en 2010 liep het project Sterk naar werk. Bij dit project deed de bedrijfsarts of arbeidsdeskundige minimaal een jaar spreekuur in een eerstelijns gezondheidscentrum in nauwe samenwerking met de huisarts. Het ging hier om initiatieven in 15 regio's. De belangrijkste intenties van het project Sterk naar werk waren (Suyleklom et al., 2010):

- Meer aandacht voor het bevorderen van mondigheid en zelfregie (empowerment) in begeleiding en behandelingen van cliënten.
- Meer aandacht voor de factor arbeid en voor herstel van dagelijks functioneren in de eerstelijnszorg.
- Structurele borging van de initiatieven.

In september 2010 is er een verslag gekomen van het zorgvernieuwingproject. Uit dit verslag blijkt dat twee van drie intenties in belangrijke mate gerealiseerd zijn. De cliënten die gebruik gemaakt hebben van arbocuratieve hulp in de eerste lijn bleek de Sterk naar werk aanpak geholpen te hebben. Meer dan de helft van de cliënten die met problemen worstelden schreef ten minste 50% van de verbetering toe aan de interventie van de bedrijfsarts of arbeidsdeskundige in de eerste lijn. Een belangrijke bevinding is dat de cliënten van Sterk naar werk bij de beginmeting minder empowered waren dan de referentiegroep. Bij de vervolgmeting bleek dat de Sterk naar Werk-groep een significant hogere empowermentscore had, en deze het niveau van empowerment van cliënten van de arbo-dienst benaderde. Terwijl in de referentiegroep een lichtere stijging was te zien.

Daarnaast verwezen de huisartsen patiënten door met vragen op het vlak van arbeid en participatie, naar de bedrijfsarts of arbeidsdeskundige. In die zin heeft het ook geleid tot meer aandacht voor de factor arbeid en voor herstel van dagelijks functioneren in de eerstelijnszorg. Hierbij wordt de kanttekening geplaatst dat het aantal cliënten dat verwezen is nog betrekkelijk beperkt was.

Voor succes van een initiatief blijkt in elk geval de betrokkenheid van de huisarts van belang. Zo bleek de voorbereidingsfase van een project vlotter te verlopen als het initiatief om mee te doen vanuit het gezondheidscentrum komt en huisartsen van het begin af aan betrokken waren. Daarnaast bleek een faalfactor te zijn dat zorgprofessionals vaak minder affiniteit met en ervaring hebben met aspecten die bij ondernemerschap komen kijken, zoals het schrijven van een werkplan en het vergaren van vervolffinanciering. Een andere faalfactor was de beperkte looptijd van het project. Een jaar bleek te kort om een blijvende impact te realiseren. Tevens hadden huisartsen in het spreekuur te weinig tijd om cliënten uit te vragen over problemen rond maatschappelijke participatie.

Inmiddels zijn alle projecten gestopt en is het geen enkel project gelukt om vervolffinanciering te vinden. Geconcludeerd moet worden dat hiermee een belangrijke doelstelling niet gerealiseerd is. De vraag is waarom werkgevers en verzuimverzekeraars niet staat springen om initiatieven in de eerste lijn te financieren. Een mogelijke reden, die in de gesprekken gehouden voor deze studie is aangedragen, is dat verzuim vooral gedrag is (zie ook Maassen, 2011). Behandeling in de eerste lijn

heeft als risico dat mensen met vragen op het gebied van arbeid zorg ten onrechte in het medische circuit terecht komen (medicalisering). Dit zou leiden tot hogere kosten in plaats van besparing. Het is jammer dat er geen goede maatschappelijke kosten-baten analyse heeft plaats gevonden van het project.

5.2 Fit -4-work

Zoals we eerder aangegeven hebben zijn vragen van werklozen en vangnetters complex. Zij hebben vaker psychische klachten en geen werkgever die integratie mogelijk maakt. Het ligt dan ook voor de hand bij re-integratietrajecten eerstelijns psychische zorg te combineren met plaatsing op een werkplek. Het nog te starten project Fit-4-work beoogt dit precies. Het project gaat lopen in Amsterdam, Rotterdam, Capelle aan de IJssel, Den Haag en Utrecht. Het project is gebaseerd op het eerdere ExIT project Feijenoord.

Het betreft een integrale aanpak waarbij een directe plaatsing op de werkplek gecombineerd wordt met geestelijke gezondheidszorg, jobcoaching, preventie, thuishulp en het aanpakken van sociale problematiek (Kok et al., 2011). De cliënt wordt intensief bijgestaan door een klantmanager.

SEO heeft in opdracht van de G4 en het UWV een ex-ante kosten-baten analyse gehouden (Kok et al., 2011). Zij verwachten dat Fit-4-Work een hoger rendement zal hebben dan een regulier traject. Zij komen tot een rendement van € 4530,- per traject. Daarvan komt het grootste deel bij de cliënt terecht in de vorm van een hoger inkomen, en meer kwaliteit van leven. Daarnaast wint de belastingbetaler erop vanwege lagere uitkeringslasten. Ook zijn er aanwijzingen dat het leidt tot lagere zorgkosten, maar is dit effect moeilijk te kwantificeren. Er loopt parallel aan het project Fit-4-work een ZonMW project om ook ex-post de kosteneffectiviteit te meten.

Veel van de cliënten van dit soort re-integratieprogramma's zullen vak bij de huisarts komen. Het is goed dat de huisarts op de hoogte is van het re-integratietraject van de patiënt en hier rekening mee kan houden. Daarnaast zou de huisarts werklozen en vangnetters kunnen wijzen op het bestaan van deze re-integratietrajecten.

5.3 Het project kapstok: mantelzorgondersteuning in de huisartsenpraktijk

Sinds 2008 zijn er in Emmen verschillende initiatieven geweest om de samenwerking tussen huisartsen en de mantelzorgondersteuning te verbeteren, en verbindingen te leggen tussen zorg en welzijn. Zo liep in 2008 een pilot Mantelzorgondersteuning in de huisartsenpraktijk. In dit project is geëxperimenteerd met een spreekuur van de mantelzorgconsulente, en deelname van de mantelzorgconsulente in het structureel overleg.

Om deze initiatieven op te schalen is in 2011 het ZonMw project Kapstok gestart. Doel van dit project is mantelzorgers eerder in beeld te krijgen, zodat overbelasting van mantelzorgers met steunaanbod voorkomen kan worden. Dit wordt gedaan door zorgverleners in de eerste lijn bewust te maken over de verwijfs- en inschakelmogelijkheden van het welzijnsaanbod. Zo zijn er zes netwerkbijeenkomsten georganiseerd met eerstelijns hulpverleners (huisartsen, fysiotherapeuten, wijkverpleegkundigen, psychologen) en welzijnswerkers (mantelzorgconsulenten, ouderenwerkers, buurtwerkers) in Emmen. Tevens is er in de nascholing van de huisartsen, praktijkondersteuners en -assistentes (WDHscholing) aandacht geweest voor dit thema.

Om de samenwerking structureel te borgen worden er twee modellen uitgetest. In de extensieve variant wordt er vooral ingezet op bewustwording en signalering bij eerstelijnszorgverleners. Middels visitekaartjes en verwijfskaarten wordt het voor eerstelijnszorgverleners makkelijk gemaakt om mantelzorgers door te verwijfsen. Naast de huisarts lijken vooral praktijkondersteuners en wijkverpleegkundigen geschikt om deze signalering op te pakken. In de intensieve variant wordt het thema mantelzorg bij bestaande overlegsituaties meegenomen (thuiszorg, huisartsen, mantelzorgconsulenten). Binnen deze overleggen worden kwetsbare mantelzorgers gesignaleerd en worden contacten gelegd. Aangezien het project nog loopt is nog niet aan te geven welke van de twee varianten te prefereren is.

Bij de aanpak wordt vanwege de efficiëntie aangesloten op bestaande werkwijze en overleggen. De aanpak vraagt om extra inzet van de professionals bovenop hun reguliere werkzaamheden. Naast zorg voor zieken moeten zij oog hebben voor de rol van de mantelzorger. Vooral mantelzorgconsulenten moeten extra investeren. Deze maatschappelijke rol kan

wringen met de huidige bekostiging van de eerste lijn, die gebaseerd is op aantal consulten, verrichtingen en keten-dbc's.

5.4 Lessen

Wat de drie zorgmodellen gemeen hebben is dat zij alle drie aandacht hebben voor de omgeving van de patiënt. De patiënt is naast zijn ziekte ook werknemer, werkloos en heeft mogelijk een mantelzorger achter hem staan. Wanneer de huisarts hier rekening mee houdt, en indien nodig de patiënt of zijn mantelzorger tijdig verwijst, dan is dat niet alleen goed voor de burger, maar ook voor de maatschappij als geheel. Het is hierbij overigens de vraag of het kosteneffectief is om al deze andere professionals (de bedrijfsarts, arbeidsdeskundige, UWV-casemanager of mantelzorgerconsulent) ook daadwerkelijk fysiek binnen te halen in de huisartsenpraktijk en hier spreekuur laten houden. Het lijkt vooral belangrijk dat de eerstelijnszorgverlener bewust is van de kennis en kunde van andere professionals en hier goed naar door weet te verwijzen. Netwerkbijeenkomsten, nascholing en middelen die het doorverwijzen makkelijk maken kunnen dit stimuleren.

6 Beleidsimplicaties

Het is goed als zorgverleners in de eerste lijn het belang van participatie - voor de patiënt zelf en samenleving - op hun netvlies hebben. Zo kunnen zij problemen beter signaleren en patiënten toe leiden naar het beste aanbod. Alleen zo kan de eerste lijn op adequate wijze de vragen van burgers beantwoorden. Om dit te versterken is het volgende van belang:

- (Bij)scholing van huisartsen/praktijkondersteuners en wijkverpleegkundigen op thema participatie en gezondheid. De eerste lijn moet de patiënt meer in zijn context zien. Bij burgers gaat het niet alleen om gezondheid, maar ook om werk, privé, mantelzorg en studie. Met de aanpassing van de kernwaarden is hier een goed begin mee gemaakt.
- Investeren in verwijsprotocollen, zorgen voor een goede sociale kaart van het hulpaanbod en leidraden voor samenwerking tussen relevante hulpverleners. Het is hierbij van belang dat deze ook geïmplementeerd worden in de praktijk. Zo is er in 2002 een leidraad uitgekomen voor huisarts en bedrijfsarts (zie Anema et al., 2002), maar heeft deze nooit zijn weg naar de praktijk gevonden.

- Meer contactmomenten tussen huisartsen, bedrijfsartsen, case managers bij het UWV en sociale dienst, praktijkondersteuners, wijkverpleegkundigen en mantelzorgconsulenten. Een belangrijke succesfactor bij samenwerking tussen verschillende professionals is elkaar kennen. Door netwerkmomenten te bevorderen tussen professionals kan samenwerking gestimuleerd worden. Ook zouden zelfstandige bedrijfsartsen hun praktijk kunnen vestigen in gezondheidscentra. Mogelijk leidt dit ertoe dat huisartsen, eerder ZZP'ers zullen doorverwijzen naar de bedrijfsarts.
- Vangnetters, bijstandsgerechtigden en mantelzorgers zullen relatief vaak bij de huisarts over de vloer komen. Om deze goed van dienst te kunnen zijn moeten huisartsen op de hoogte zijn van het hulpaanbod, als re-integratieprogramma's van gemeenten, werkwijze van het UWV bij vangnetters en steunpunten voor mantelzorgers, zodat ze patiënten hier naartoe kunnen verwijzen.
- Versterken van zelfregie bij de vrager. Deze moet kunnen navigeren tussen deze twee werelden. Zo moeten burgers duidelijk weten wat ze aan een huisarts en bedrijfsarts hebben. Belangrijk is dat patiënten informatie krijgen over dienstverlening op het vlak van gezondheid en participatie (posters in de wachtkamer). Daarnaast kan gedacht worden aan internettools waarmee de patiënt zelf kan signaleren of er een relatie is tussen zijn klacht en participatie- en werkmogelijkheden, en vervolgens ondersteuning/hulp krijgt waar hij met deze problematiek terecht kan (zie bijvoorbeeld www.wijzermetwelder.nl).
- Ook een wijkscan zou de aandacht voor participatie in de eerste lijn kunnen vergroten. Bijvoorbeeld door de eerste lijn bewust te maken van het percentage werkenden, ZZP'ers, werklozen en mantelzorgers in de wijk. Zo kan meer gericht op deze groepen beleid gevoerd worden.

Een meer activerende verzorgingstaat, meer werknemers met chronische aandoeningen, en een flexibelere arbeidsmarkt, leiden ertoe dat werknemers, werkgevers ZZP'ers, werklozen en mantelzorgers van de eerste lijn eisen dat deze rekening houdt met participatie. Deze drie autonome ontwikkelingen zullen als hefboomen fungeren en verandering aanzwengelen. Het is dan ook verwachting dat het uitvoeren van bovenstaande aanbevelingen, in combinatie met de hefboomwerking van de geschetste ontwikkelingen, de aandacht voor participatie in de eerste lijn behoorlijk zal versterken.

7 Geconsulteerde personen

Voor dit hoofdstuk zijn diverse experts geconsulteerd. De geconsulteerde personen zijn niet verantwoordelijk voor de inhoud van dit hoofdstuk.

- Dhr. R. Batenburg, NIVEL
- Dhr. L. Burdorf, Erasmus MC
- Dhr. R. van Rijn, Erasmus MC
- Dhr. P. Ribbens, Ri CHARGE
- Mw. J. Hempke, Achmea Arbo
- Dhr. P. Buijs, TNO
- Dhr. J. van Genabeek, TNO
- Mw. R. van Steenbeek, TNO
- Dhr. R. Mooij, TNO
- Mw. C. Kleijweg, Ministerie van VWS
- Mw. L. Leeuwis, Ministerie van VWS
- Dhr. J. Breit, Verbond van verzekeraars
- Dhr. J. Manders, NVAB
- Dhr. K. van Vliet, NVAB
- Mw. M. Nijhof, Project Kapstok
- Dhr. K. Zwart, Welder
- Mw. A. Ringelberg, Ministerie van SZW

8 Literatuur

Anema H., Buijs P.C., Van Amstel R., Van Putten D. Leidraad voor huisarts en bedrijfsarts bij sociaal-medische begeleiding van arbeidsverzuim. Utrecht: LHV/NVAB, maart 2002.

Bakker RH. Samenwerking huisarts - bedrijfsarts (diss). Groningen: RUG, 2005.

Van Balen, J.A.M., A.M. Kremer, P.C. Buijs, C.T.J. Hulshof en A.N. Goudswaard. NHG-Standaarden doorgelicht op arbeid. *Huisarts & Wetenschap*, 2010; 53(1):6-12.

De Boer, A., M. Broese van Groenou en J. Timmers (red). Mantelzorg. Een overzicht van de steun van en aan mantelzorgers in 2007. Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag: februari 2009.

Bosselaar, H. Zelfregie, empowerment en re-integratie. Naar een wederkerige re-integratiepraktijk? Basisdocument, Onderdeel van het programma "Op eigen kracht werkt. Ziek en mondig in de zorg" van stichting Welder. Meccano. September 2011.

Buijs P.C., Van Amstel R., Van Dijk F.J. Dutch occupational physicians and general practitioners wish to improve co-operation. *Occup Environ Med* 1999 (56), 709-713.

Buijs, P.C., F.M.M. van den Heuvel en R. Steenbeek. Patiënten verwachten bij ziekteverzuim een prominente rol van de huisarts, *Huisarts & Wetenschap*, 2009; 52(3): 147-151.

Buijs, P.C, M. Driessen en M. van der Klauw. Structurele samenwerkingsrelaties tussen bedrijfsartsen en eerstelijns professionals: een Quick scan. TNO-rapport, 22 februari 2012.

Van der Burg, C.L., m.m.v. D.J. Klein Hesselink en P.G.M. Molenaar-Cox. Profilering Langdurige Zieke Vangnetters, Kenmerken en begeleiding van de vangnetpopulatie op basis van dossieronderzoek. Astri Beleidsonderzoek en -advies, Leiden: 22 september 2011.

Cuelenare, B., T.J. Veerman, m.m.v. V. Thio, F. Reijenga en C. van der Burg, Onderzoek evaluatie WIA, Astri Beleidsonderzoek en -advies Leiden: 17 januari 2011.

Eysink, P.E.D. , H.H. Hamberg-Van Reenen en M.S. Lambooi, Leefstijl en arbeid in balans, Een literatuurstudie naar de invloed van leefstijlfactoren en (sub)cultuur op gezondheid, ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en productiviteit, RIVM Rapport 270254001, 2008.

EWCS. 2005. Fourth European Working Conditions Survey. ISBN 92-897-0974-X

De Graaf, R., M. ten Have, S. van Dorsselaer. De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten. Utrecht: Trimbos-instituut 2010.

Hijnekamp M.J.G. , Nienhuis T. en H.A. van Doelman- Geest. Mantelzorgers en de huisarts. Tympaan Instituut voor beleidsontwikkeling, Den Haag: 2008.

De Jong, P., C. Schrijvershof en T. Veerman, Langdurig verzuim van vangnetters, ESB 94(4563) 26 juni 2009.

De Klerk, M., M. Prins, P. Verhaak en G. van de Berg. Mensen met meervoudige problemen en hun zorggebruik. Achtergrondstudie uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg ten behoeve van het advies 'De bomen en het bos: de patiënt, zijn vraag en het landschap. Den Haag: 2012.

Kok, L., L. Burdorf, R. van Rijn en J. Theeuwes. Fit-4-Work: een ex-ante kosten-baten analyse. In opdracht van G4 en UWV. Amsterdam: SEO Economisch Onderzoek, december 2011.

Koning, J. de, M.M.F. Collewet, C. Tempelman, T.Y. Berretty en J.H. Gravestijn-Ligthelm. Gezondheid en Arbeidsgerelateerde baten, Rotterdam: december 2009.

Koning, J. de, M.M.F. Collewet en J.H. Gravestijn-Ligthelm. Participatie en gezondheid. Thema 1: De invloed van arbeidsparticipatie en terugkeer naar het werk. Onderzoek in opdracht van het ministerie van SZW, Rotterdam: juni 2008.

Kösters, L. Sterke groei zelfstandigen zonder personeel, Socio-economische trends. Centraal Bureau voor de Statistiek. 3e kwartaal 2009.

Maassen, H. Bedrijfsartsen kijken te weinig naar gedrag. Medisch Contact, Nr. 42, 21 oktober 2011.

Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden 2010. Methodologie en globale resultaten.

Nauta N. Een vertrouwenskwestie? Over het samenwerken van huisartsen en bedrijfsartsen (diss). Rotterdam: Optima Grafische Vormgeving, 2004.

Raad voor Volksgezondheid en Zorg. Zorg voor je gezondheid, Gedrag en gezondheid: de nieuwe ordening. Den Haag: 2010.

Raad voor Volksgezondheid en Zorg. Redzaam ouder. Zorg voor niet-redzame ouderen vraagt om voorzorg door iedereen. Den Haag: 2012.

Sadiraj, K., J. Timmermans, M. Ras en A. de Boer. De toekomst van de mantelzorg. Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag: 8 oktober 2009.

Schers, H. J. Samenwerking bij ziekteverzuim: de rol van de huisarts, Ned Tijdschr Geneeskd. 2012; 156: A4375.

Schrijvershof, C., P. de Jong en T. Veerman. Deel II – Vangnetters en profiel, Vergelijking tussen vangnet groepen en profiel, APE, 2008.

Schuring, M., F.A. Reijenga, B. Carlier en, A. Burdorf. Gezondheidsbeleving van werklozen: Wat is bekend en wat zijn witte vlekken? Literatuurstudie in opdracht van het UWV Kenniscentrum, uitgevoerd door afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg van het Erasmus MC te Rotterdam en AStri Beleidsonderzoek en –advies. Leiden: januari 2011.

Sociaal-Economische Raad. Zzp'ers in beeld: Een integrale visie op zelfstandigen zonder personeel. 15 oktober 2010.

Sombekke, E. en M. van den Wijngaart. Even op adem komen, Onderzoek naar respijttarrangementen voor mantelzorgers. Nijmegen: juli 2008.

Steenbeek, R., W. Hooftman, G. Geuskens en C. Wevers. Objectiveren van gezondheidsgerelateerde non-participatie en de vermijdbare bijdrage van de gezondheidszorg hieraan., SIG

programma Arbeid en gezondheid 1B. TNO-rapport, maart 2010.

Suylekom, W. van, N. Donders en J. van der Gulden. Sterk naar Werk – Ziek en mondig in de eerste lijn. Verslag van een zorgvernieuwingsproject, Sectie Arbeid en gezondheid Afdeling Eerstelijns geneeskunde UMC St Radboud, September 2010.

TNO. Arbobalans 2011. 2012a.

TNO. Ziekteverzuim in Nederland in 2010. 2012b.

Van der Veen, R. De toekomst van de langdurige zorg. Achtergrondstudie ten behoeve van het College voor zorgverzekeringen. Rotterdam: september 2011.

Vermaas, M., W. van Lier en G. Visser. Voorkom de patient achter de patient. Aandacht voor mantelzorg in de huisartsenpraktijk. Tijdschrift De Praktijk, 2010, nummer 3, p.5-10.

De Zwart, B.C.H., R. Prins, en J.W.J. van der Gulden. Onderzoek naar de positie van de Bedrijfsarts. Astri Beleidsonderzoek en –advies, 29 juni 2011.