

Toekomstvisie op arbeidsgerichte zorg

Vooraf

We richten ons hier op zorg voor werk(zoek)ende/studerende patiënten¹ met ‘arbeidsrelevante’ aandoeningen.

De werkgroep onderscheidt twee scenario's:

- Scenario 1: patiënten met aandoeningen met een chronisch -al dan niet progressief of intermitterend- beloop, die gepaard gaan met stoornissen en beperkingen die arbeidsparticipatie belemmeren en/of veroorzaakt worden of verergeren door factoren in het werk.
- Scenario 2: overige patiënten voor wie de behoefte aan arbeidsgerichte zorg beperkter is.

Deze bijlage betreft hoofdzakelijk scenario 1, maar ook voor scenario 2 ziet de werkgroep mogelijkheden voor verbetering in de arbeidsgerichte zorg.

Inleiding en toelichting

Idealiter verstaan we onder ‘arbeidsgerichte zorg’ zorg waarin arbeidsparticipatie een geïntegreerd behandeldoel is en waarin werk als medicijn (herstelbevorderende factor) wordt benut. De huidige zorg en maatschappij zijn in veel opzichten nog niet ingericht om de beoogde zorg te kunnen bieden.

We schetsen hier de toekomstige situatie zoals die volgens de werkgroep gerealiseerd zou moeten worden om aan de kwaliteitscriteria voor goede -dus mede arbeidsgerichte- zorg te voldoen.

We sluiten daarbij aan bij de principes van passende zorg, d.w.z. zorg gebaseerd op stepped en matched care, die dichtbij de patiënt wordt georganiseerd, die gericht is op waarden van de patiënt en waarbij patiënt en zorgverlener samen beslissen. Zorg waarin in netwerken wordt samengewerkt in interactie met de samenleving. Met minder focus op ziekte en behandeling en meer inzet op gezondheid en wat iemand wel kan.

In veel gevallen, met name bij ziektebeelden en behandelingen met geen, beperkte of slechts kortdurende impact op het functioneren, kan de zorg beperkt blijven tot basale voorlichting en instructie door de behandelend medisch specialist en tot samen beslissen over behandelkeuzes. Denk bijvoorbeeld aan patiënten na eenmalige, eenvoudige chirurgische ingrepen, die goed herstellen en aan patiënten die voorspoedig herstellen van een infectieuze aandoening.

In andere gevallen, met name bij aandoeningen met een chronisch, al dan niet in de tijd sterk wisselend en al dan niet progressief, beloop of aandoeningen met blijvende, soms ook ‘onzichtbare’ gevolgen voor het functioneren, zal goede zorg veel meer omvatten en ook veel meer vragen van de organisatie van zorg. Denk onder andere aan patiënten met en na kanker, patiënten met reumatische aandoeningen of inflammatoire darmziekten, met diabetes mellitus, neurologische patiënten met degeneratieve of vasculaire hersenaandoeningen, dwarslaesies, traumatisch hersenletsel of spierziekten, hartpatiënten met congenitale of ischemische aandoeningen en

¹ Waar we in deze module de aanduiding ‘patiënt’ gebruiken, wordt bedoeld een werk(zoekende) patiënt of een patiënt die nog in opleiding is.

patiënten met al dan niet door factoren in het werk veroorzaakte of verergerende longaandoeningen (astma, COPD) en huidaandoeningen (handeczeem).

De werkgroep realiseert zich dat de huidige zorg niet is ingericht om alle patiëntgroepen de gewenste (optimale) zorg te leveren. Elders in deze generieke richtlijnmodule zijn daarom aanbevelingen beschreven die in de huidige situatie binnen de bestaande randvoorwaarden in veel gevallen al uitvoerbaar zijn.

We richten in deze module echter ook de blik op de toekomst en beschrijven hoe optimale zorg idealiter georganiseerd kan worden en aan welke (rand)voorwaarden daarvoor voldaan moet worden die in ons huidige bestel vooralsnog ontbreken. Dit mondt uit in beleidsaanbevelingen voor wetenschappelijke en beroepsverenigingen, zorg- en andere instellingen, overheid en politiek gericht op het mogelijk maken en borgen van de gewenste zorg in de toekomst.

Toekomstperspectief: van 'ist' naar 'soll'

Doelen voor de transitie van de bestaande naar de gewenste situatie

1. Van (beperkte) aandacht voor arbeidsparticipatie naar volledige integratie van arbeidsparticipatie als een behandeldoel en werk als therapeutisch in zorgpaden.
2. Van multidisciplinaire naar structurele interdisciplinaire samenwerking in transmurale en domeinoverstijgende zorgpaden en netwerken gericht op persoonsgericht maatwerk.

Deze doelen leiden tot onderstaande visie op de toekomstige organisatie van de zorg en vervolgens tot daaruit af te leiden (rand)voorwaarden en beleidsaanbevelingen.

Visie op Integratie in intramurale zorgpaden

In relevante zorgpaden in ziekenhuizen zijn de genoemde arbeidsparticipatie bevorderende elementen geïntegreerd: educatie, samen beslissen, inventarisatie van (potentiële) participatie belemmerende en bevorderende factoren, een op deze factoren gericht interventieplan en monitoring.

De medisch specialist, verpleegkundig specialist of de physician assistant beslissen samen met de patiënt over de keuze van de behandeling, waarbij ook de gevolgen voor arbeidsparticipatie worden meegewogen met behulp van daartoe ontwikkelde keuze-hulpen. Er is ziekte specifiek materiaal (e-health) beschikbaar voor voorlichting en instructie over zelfmanagement en coping.

Visie op de Arbeidsgerichte zorg in teamverband

Een daartoe geschoolde specialistisch verpleegkundige/ verpleegkundig specialist inventariseert samen met de patiënt de potentiële bevorderende en belemmerende factoren voor arbeidsparticipatie en samen stellen ze een interventieplan op. Zo nodig halen ze bij andere professionals / stakeholders in het zorgdomein en in het arbeidsdomein input op of er wordt een gezamenlijk MDO georganiseerd met behulp van daartoe ingezette technische faciliteiten (zie ook onder 2). Ook kunnen ze een 'arbeid- en gezondheidskundig consulent'² raadplegen of bij complexe situaties / problematiek een klinisch arbeidsgeneeskundige consulteren die in de eigen instelling

² Met arbeids- en gezondheidskundig consulent (geen beschermde titel) wordt bedoeld op HBO- of WO-opgeleide deskundigen op het gebied van arbeid en gezondheid, vaak met een achtergrond van fysiotherapie, ergotherapie of arboverpleegkunde en met kennis van de principes van belasting en belastbaarheid, arbeidsre-integratie en wet- en regelgeving.

beschikbaar zijn of door middel van een digitaal platform bij een regionaal/ academisch expertisecentrum te consulteren zijn (zie ook onder 3).

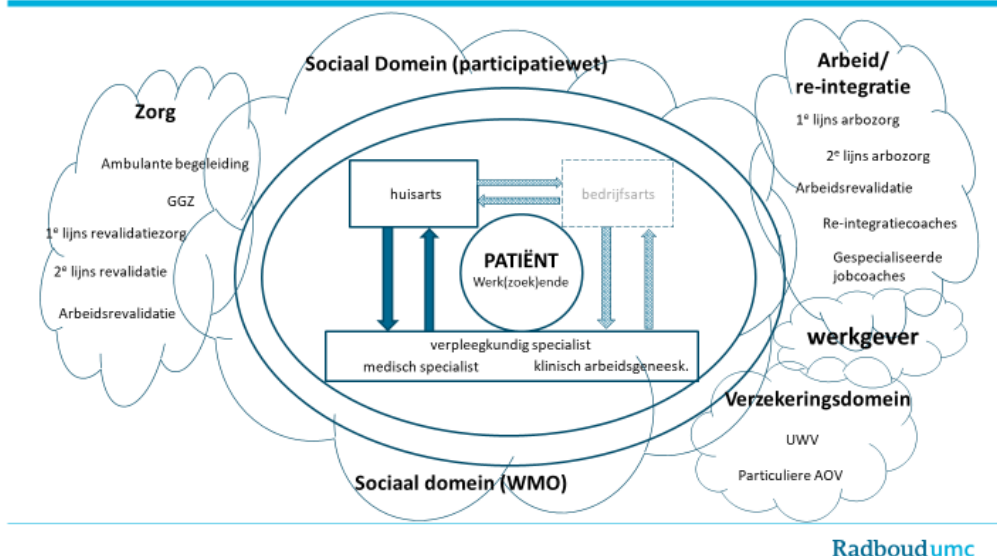
De verpleegkundig specialist vervult de rol van regiebehandelaar, coördineert de zorg en de communicatie en is aanspreekpunt voor de patiënt en diens naasten en voor betrokken zorgprofessionals in het regionale netwerk.

De uitrol van deze zorgorganisatie is mogelijk gemaakt door de ontwikkeling en implementatie van een bouwsteen 'arbeidsgerichte zorg' die zorgteams ondersteunt bij de integratie van 'arbeid' in hun zorgpad en zorgnetwerk.

1. Inbedding van intramurale zorgpaden in regionale -transmurale en domein overstijgende-netwerken:

De reis van de patiënt begint, na verwijzing van de huisarts, vaak in het ziekenhuis in de diagnostische fase, maar houdt niet op bij de muren van het ziekenhuis. Veelal komen patiënten voor behandeling en begeleiding bij andere zorgprofessionals buiten het ziekenhuis terecht (in de eerste lijn of in bijv. een revalidatiecentrum) en hebben ze van doen met professionals en instanties in het arbeidsdomein en /of het sociale (zekerheids)domein. Onderstaande figuur illustreert dit, en wordt voor werk(zoek)enden aangevuld met zorgverleners uit het domein arbeid en re-integratie.

Model arbeidsgerichte netwerkzorg



Figuur: Model arbeidsgerichte netwerkzorg (Radboudumc): inbedding van intramurale zorgpaden in regionale -transmurale en domein overstijgende- netwerken).

Verbinding tussen deze betrokkenen in de diverse domeinen in een regionaal netwerk is essentieel. Interventies en communicatie worden gecoördineerd door een regiebehandelaar. Met behulp van technische faciliteiten wordt de communicatie ondersteund en zo nodig een gezamenlijk MDO georganiseerd rondom de patiënt en wordt een interdisciplinair plan gemaakt. Daarbij kan zo nodig ook een arbeid- en gezondheidskundig consultant en/of klinisch arbeidsgeneeskundige van de instelling of van het regionale/academische expertisecentrum worden betrokken (zie onder 3). De regiebehandelaar monitort de uitvoering van het plan en evalueert de effecten met de patiënt. Zo nodig wordt het plan in samenspraak met betrokkenen aangepast.

2. Arbeids(genees-)kundige expertisecentra (regionaal, supraregionaal en landelijk)
Op regionaal niveau wordt ten behoeve van de zorg in regionale netwerken een arbeidsgeneeskundige kennisinfrastructuur opgezet en ontsloten, bij voorkeur verbonden aan de umc's en/of topklinische ziekenhuizen, eventueel in het kader van academische werkplaatsen waar ook beleids- en praktijkrelevant onderzoek plaatsvindt en opleidingsplaatsen aanwezig zijn.
De aanwezige (ziektespecifieke) arbeids(genees-)kundige expertise is beschikbaar voor consultatie / verwijzing ten behoeve van diagnostiek van beroepsziekten en voor beoordeling en advisering met betrekking tot arbeidsmogelijkheden van patiënten met een (chronische) aandoening. De expertise is toegankelijk voor zowel de eerste en de tweede lijns curatieve zorg als voor de bedrijfsarts en de verzekeringsarts.
De inzet van arbeids(genees-)kundige expertise in de zorg voor werk(zoek)ende patiënten is onderdeel van integrale regionale zorgpaden en wordt ook als zodanig gefinancierd. Vanuit de expertisecentra wordt ook basale scholing op het gebied van 'arbeidsgerichte zorg' ontwikkeld en aangeboden voor verpleegkundige, paramedische en medisch-specialistische beroepsgroepen.

Naast de regionale expertisecentra zal ten behoeve van ontwikkeling en toepassing van bijzondere specialistische expertise concentratie in supraregionale dan wel landelijke expertisecentra wenselijk en voldoende zijn. Als voorbeeld kan het Solvent-team van de polikliniek Mens en Arbeid bij het AUMC genoemd worden.

Organisatorische voorwaarden

Om de genoemde doelen en gewenste organisatie van zorg te realiseren moet aan een aantal organisatorische voorwaarden worden voldaan, die niet (alleen) door zorgprofessionals gerealiseerd kunnen worden. We richten daarom ook beleidsaanbevelingen aan het bestuurlijk niveau van wetenschappelijke en beroepsverenigingen, betrokken instellingen en aan het niveau van politiek en overheid.

Een overzicht van de noodzakelijke randvoorwaarden:

- Toegankelijkheid van eerstelijns arbeids- en bedrijfsgeneeskundige zorg voor alle werk(zoek)enden.
- Beschikbaarheid arbeids(genees)kundige expertise in de 2^e en 3^e lijnszorg.
- Scholing van zorgprofessionals met betrekking tot basale arbeids(genees-)kundige kennis en kennis van het arbeids-, re-integratie- en sociale (zekerheids)domein.
- Doeltreffende en doelmatige verdeling en coördinatie van taken en verantwoordelijkheden.
- Verbinding tussen de diverse domeinen in de zorg en tussen zorgdomein en arbeids-/re-integratiedomein (afstemming van doelen en taken, communicatie en coördinatie).
- Infrastructuur, tools en faciliteiten om de geïntegreerde zorg doeltreffend en doelmatig in (transmurale en domein-overstijgende) zorgpaden in te kunnen richten en uit te kunnen voeren.
- Tijd en dus capaciteit en financiering daarvan om geïntegreerde zorg en interdisciplinaire samenwerking mogelijk te maken.

Beleidsaanbevelingen

Overheid / politiek

- draag zorg voor financiering van arbeidsgerichte medisch-specialistische zorg;
- draag zorg voor een financieringsstructuur die organisatie van interdisciplinaire, arbeidsgerichte zorg in transmurale en domein-overstijgende netwerken adequaat ondersteunt;
- draag zorg voor adequate toegankelijkheid van arbo-/bedrijfsgezondheidszorg voor alle werk(zoek)enden;
- draag zorg dat er een landelijk dekkend netwerk van (academische) expertisecentra voor arbeidsgerichte zorg ten behoeve van consultatie en verwijzing in geval van complexe beroepsziekte diagnostiek en voor beoordeling, advisering en behandeling met betrekking tot arbeidsmogelijkheden van werk(zoek)ende patiënten met complexe gezondheidsproblematiek.

Instellingen/ ziekenhuizen

- benoem arbeidsparticipatie als behandeldoel in zorgpaden en faciliteer de implementatie door scholing, integratie in het digitale patiëntendossier met tools en informatiemanagement;
- uitkomsten met betrekking tot arbeidsparticipatie zijn indicatoren voor kwaliteit van (geïntegreerde) zorg. Neem deze uitkomsten en randvoorwaarden voor de organisatie van deze zorg expliciet op in kwaliteitsprogramma's en maak ze onderdeel van kwaliteitsaudits;

- benoem dat toegankelijkheid van klinisch-arbeidsgeneeskundige expertise binnen de instelling of in samenwerking met andere instellingen binnen de regio belangrijk is voor arbeidsgerichte zorg.

Regionale samenwerkingsverbanden

- faciliteer de ontwikkeling van ziektespecifieke, arbeidsgerichte -transmurale en domein overstijgende- netwerken en organiseer de coördinatie en communicatie in regionale samenwerkingsprotocollen.

Wetenschappelijke en beroepsverenigingen

- uitkomsten met betrekking tot arbeidsparticipatie zijn indicatoren voor kwaliteit van (geïntegreerde) zorg. Neem ze expliciet op in kwaliteitsprogramma's en maak ze onderdeel van kwaliteitsvisitaties.
- neem doelen met betrekking tot arbeidsgerichte zorg op in het opleidingsplan, passend bij de CANMEDS-competenties klinisch handelen, samenwerking, communicatie, maatschappelijk handelen, organisatie.