

Passend werk in uitvoering

Rede

uitgesproken ter gelegenheid van de aanvaarding van het ambt van hoogleraar Sociale Geneeskunde, in het bijzonder arbeidsparticipatie en re-integratie van kwetsbare groepen, aan de Rijksuniversiteit Groningen op 22 maart 2016



door

Sandra Brouwer

Meneer de Rector magnificus, leden van de senaat en het bestuur van de Rijksuniversiteit Groningen, leden van de Raad van Bestuur UMCG, leden van het bestuur en medewerkers van Instituut Gak, zeer geachte collega's, vrienden en familie,

Ik wil deze rede beginnen met een vraag aan u: Hoe gezond vindt u zichzelf? Op basis van de statistieken valt te verwachten dat zo'n 30% van u een of meerdere chronische aandoeningen heeft. Betekent dit dat deze groep niet in staat is om te werken? Uiteraard weet ik niet van ieder van u hoe gezond u bent, maar van een aantal weet ik wel degelijk dat zij ondanks een chronische ziekte nog steeds hard aan het werk zijn.

Op dit moment lijden ruim 5 miljoen Nederlanders aan een chronische ziekte. Het RIVM schetste onlangs dat dit aantal in 2030 zal zijn opgelopen tot 7 miljoen. Dit groeiend aantal hoeft echter niet direct een probleem te zijn. Veelal zien we dat mensen met een chronische ziekte het vermogen hebben om zich aan te passen aan de situatie. Ze vinden een manier om met de gevolgen van de ziekte om te gaan en zijn in staat om deel te blijven nemen aan maatschappelijke activiteiten en het arbeidsproces. Helaas geldt dit niet voor iedereen. U hoeft de krant er maar op open te slaan en er wordt wel iets geschreven over mensen voor wie het niet eenvoudig is om aan het werk te blijven als gevolg van gezondheidsklachten. Zij nemen een kwetsbare positie in. Deze kwetsbaarheid hangt onder andere samen met de leeftijd, de afstand tot de arbeidsmarkt, beperkte toegang tot arbodienstverlening en in alle gevallen de gevolgen van ziekte voor het functioneren. Op geleide hiervan kom ik tot vijf kwetsbare groepen die ik graag kort aan u introduceer.

Kwetsbare groepen

In de eerste plaats gaat het om oudere werknemers met een chronische ziekte die – net als hun gezonde collega's – worden geacht om tot hun 67^{ste} door te werken en mogelijk nog langer. Onderzoek binnen onze afdeling liet zien dat oudere werknemers met chronische aandoeningen vaker problemen ervaren in de uitvoering van hun werk, zowel fysiek als mentaal. Voor hen gaat langer doorwerken allerm minst vanzelf.

Naast de oudere groep is er een kwetsbare groep die al op veel jongere leeftijd wordt geconfronteerd met een chronische aandoening of handicap. Zij zijn dubbel kwetsbaar, als gevolg van gezondheidsbeperkingen op jonge leeftijd en het gebrek aan werkervaring. De jongeren dreigen buiten beeld te raken als zij niet direct na het verlaten van school ondersteuning krijgen bij de toeleiding naar arbeid. Ouders, scholen en gemeenten spelen daarin een belangrijke rol.

Een volgende kwetsbare groep wordt gevormd door mensen die ziek zijn en die geen werkgever hebben; de zogenaamde vangnetters. Vangnetters hebben om meerdere redenen een achterstand waar het gaat om re-integratie. Zij zijn over het algemeen lager opgeleid en hebben een slechtere gezondheid dan zieke werknemers met een dienstverband. Bovendien hebben zij geen werkgever waar zij na hun ziekteperiode kunnen terugkeren. Zij lopen daardoor het risico om langdurig of zelfs blijvend aan de kant te staan, ondanks begeleiding van het UWV. In het verlengde hiervan is een groep die op basis van de WIA-

claimbeoordeling gedeeltelijk arbeidsongeschikt is verklaard, de zogenoemde 35-minners en WGA-gerechtigden. Voor hen geldt dat zij minimaal twee jaar uit het arbeidsproces zijn, geen werkgever hebben en voor hun re-integratie zijn aangewezen op het UWV en de gemeente. De kans op terugkeer naar werk voor deze groep is nog steeds zeer beperkt.

De laatste groep die ik wil noemen valt niet onder de sociale zekerheid, maar onder het private stelsel; de zelfstandigen zonder personeel, oftewel de ZZP-ers. Deze groep is de laatste jaren sterk gegroeid als gevolg van de flexibilisering van de arbeidsmarkt en de economische crisis. Vanzelfsprekend zal ook een deel van hen vroeg of laat een chronische ziekte krijgen, met mogelijke gevolgen voor het werk. Velen van hen hebben géén toegang tot arbodienstverlening en géén financieel vangnet, omdat ze niet verzekerd zijn tegen arbeidsongeschiktheid. Dit geldt voor 80% van de zelfstandigen, die daardoor extra kwetsbaar zijn.

Participatiemaatschappij

Sinds 2014 leven we officieel in een participatiemaatschappij, waarin van alle burgers in Nederland wordt verwacht dat ze actief deelnemen aan de samenleving en het arbeidsproces. Hoewel de term participatiemaatschappij pas twee jaar geleden door onze koning officieel werd geïntroduceerd, dateert het participatiestreven al van veel eerder. Al in 1990 waarschuwde minister-president Lubbers – met de historische woorden 'Nederland is ziek' – dat bij ongewijzigd beleid 1 miljoen Nederlanders arbeidsongeschikt zouden zijn. Te veel mensen deden een beroep op het stelsel en er waren te weinig mensen aan het werk om dit te financieren. Door de vergrijzing en de ontgroening nam de druk om het sociale zekerheidsstelsel ingrijpend te hervormen verder toe. De verzorgingsstaat moest op de schop, zo luidde de conclusie. Sindsdien zijn er vele wetswijzigingen doorgevoerd met als voorlopig sluitstuk de invoering van de Participatiewet. In al deze hervormingen staat het verschuiven van de focus van compenseren naar participeren centraal. Het gaat er om wat mensen nog *wel* kunnen, en niet – zoals voorheen – om wat zij *niet* meer kunnen. Ondanks deze maatregelen blijft de participatiegraad van mensen met een beperking sterk achter bij die van gezonden. Te veel personen uit de genoemde kwetsbare groepen blijven zonder werk aan de kant staan.

Waar ik me dan ook zorgen over maak is, of wij als samenleving in staat zijn om deze groepen mensen een reële kans te bieden om duurzaam deel te nemen aan de arbeidsmarkt. Het vereist speciale maatregelen die anders kunnen zijn dan voor gezonden. Het vraagt om werk dat passend is voor deze doelgroep. Het vraagt ook om een cultuuromslag. U en ik moeten het normaal gaan vinden dat deze mensen collega's van ons zijn en dat ze ons helpen in de supermarkt om de hoek. Het vraagt ook van de doelgroep zelf dat ze eigen verantwoordelijkheid neemt om kansen te benutten op de arbeidsmarkt. Eigen regie nemen speelt hierbij een centrale rol. Echter, we moeten ons wel realiseren dat niet iedereen in staat is om zelf te regie te kunnen nemen. Voor hen is het van belang dat ze ondersteuning krijgen, voor zolang dat nodig is. Het vraagt daarmee ook om professionals die deze begeleiding kunnen geven.

Worden deze maatregelen niet getroffen dan is de kans groot dat deze groepen aan de zijlijn blijven staan en dus niet de kans krijgen het speelveld van arbeid te betreden. Bekend is dat zonder werk thuis zitten de gezondheid niet bevordert. Sterker nog, waarschijnlijk worden mensen zieker, stijgen de zorgkosten en neemt de druk op het sociale stelsel verder toe. Oftewel, een slechte uitkomst voor iedereen.

Vatten we het voorgaande samen, dan zien we een maatschappelijk proces waarin iedereen wordt geacht te werken. Tegelijkertijd doet zich het probleem voor dat duurzame deelname aan de arbeidsmarkt voor kwetsbare groepen niet vanzelfsprekend is. Dit vereist speciale maatregelen om dit maatschappelijke vraagstuk op te lossen. De uitdaging is om ervoor te zorgen dat deze mensen werk uitvoeren dat past bij hun arbeidsvermogen. Simpel gezegd gaat het om het matchen van de mens en het werk. Dit klinkt eenvoudig, maar het is complexe materie. Want, hoe meten we het arbeidsvermogen van iemand en wanneer is werk passend?

Ik zal nu eerst verder ingaan op het begrip arbeidsvermogen. Welke factoren bepalen het arbeidsvermogen en hoe kunnen we het beïnvloeden? Daarna zal ik doorgaan met het begrip passend werk.

Begrip arbeidsvermogen

Arbidsvermogen wordt traditioneel vooral beschouwd vanuit een biomedische benadering, waarin ziekte wordt gereduceerd tot een probleem van biologische processen. In de arbeidsongeschiktheidswetten dient verminderd arbeidsvermogen dan ook het gevolg te zijn van ziekte. In het kader van de compensatiegerichte beoordeling, wordt volstaan met het denken in termen van ziekte en beperkingen alleen. Echter, als het gaat om het beoordelen van hetgeen mensen nog wel kunnen, is het de vraag of dit voldoende is. Immers, we weten dat gedrag en omgeving van invloed zijn op het ontstaan, het verloop en de beleving van ziekte. Omgekeerd beïnvloedt ziekte het psychologisch welbevinden en de relaties met andere mensen. Vanuit het participatiedenken dienen gezondheid en arbeidsvermogen daarom vanuit een biopsychosociaal perspectief bekeken te worden. Daarin is niet alleen aandacht voor biomedische aspecten, maar ook voor de psychologische en sociale factoren die mede bepalend zijn voor ziekte en het herstelproces.

De Wereld Gezondheidsorganisatie heeft de wisselwerking tussen lichaam, geest en omgeving tot uitdrukking gebracht in de *International Classification of Functioning, Disability and Health*, de ICF. Met de introductie van de ICF in 2001 is een verschuiving waarneembaar van het denken in termen van de gevolgen van ziekte naar gezondheidscomponenten. Daarbij wordt naast ziekte expliciet aandacht geschonken aan persoonlijke en externe factoren die van invloed zijn op het functioneren. Deze persoonlijke en externe factoren kunnen ondersteunend, maar ook belemmerend zijn.

Ter illustratie geef ik twee voorbeelden. Binnen onze afdeling hebben we onderzoek gedaan onder 3000 jongeren die een Wajonguitkering hadden aangevraagd. Een negatief zelfbeeld, over- of onderschatting van het arbeidsvermogen en gebrek aan motivatie bleken belangrijke belemmerende factoren te zijn voor arbeidsparticipatie. Het hebben van goede sociale en arbeidsvaardigheden – zoals samenwerken en doorzettingsvermogen – vergrootte de kans op werk juist. Het sociale netwerk rondom de jongere, zoals ouders, vrienden, school en zorgverleners speelde eveneens een grote rol. Dit netwerk werkte zowel bevorderend als belemmerend, afhankelijk van de opstelling van personen in dat netwerk. Beschermende, overbezorgde ouders bleken hun kind niet snel te stimuleren om aan het werk te gaan. Als de ouders echter zelf werkten en een positieve houding hadden ten aanzien van werk, verhoogde dit de kans op arbeidsparticipatie van deze kwetsbare jongeren.

Een tweede voorbeeld is het onderzoek bij mensen met chronische rugpijn. We onderzochten welke factoren samenhangen met blijven werken ondanks rugpijn. Adequate coping – het zich kunnen aanpassen aan de situatie – en het betrekken van de sociale omgeving bleken bepalende factoren. Veel deelnemers organiseerden een aangepaste werkplek of vonden een baan die in balans was met hun fysieke capaciteiten. Op het werk en thuis organiseerden zij voldoende regelmogelijkheden, aanpassingen of omstandigheden die hen in staat stelden om te kunnen blijven werken. Zij gingen anders om met de pijn, vonden hun weg in de gezondheidszorg en vroegen zelf om hulp. De personen hadden de regie over de werk- en thuisomgeving, binnen een omgeving die dat mogelijk maakte.

Beide voorbeelden laten op groepsniveau zien dat persoonlijke en externe factoren een belangrijke rol spelen als het gaat om arbeidsvermogen *én* dat externe factoren zich zowel op het werk als in de thuissituatie bevinden. Het beoordelen van het arbeidsvermogen is daarmee een complexe taak en vereist betrouwbare en valide meetinstrumenten. Hoewel er de afgelopen jaren legio methoden zijn ontwikkeld, is er voor geen enkele methode wetenschappelijk bewijs dat het arbeidsvermogen valide en betrouwbaar wordt gemeten.

We zien wel een aantal belangrijke ontwikkelingen bij de participatiegerichte beoordeling. Het UWV heeft recentelijk de methode 'Sociaal Medisch Beoordelen van Arbeidsvermogen', afgekort SMBA ontwikkeld. Deze methode maakt gebruik van het begrippenkader van de eerder genoemde ICF. Het biedt ondersteuning aan verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen om het functioneren van het individu en de factoren die daarop van invloed zijn in kaart te brengen. Bij een aanvraag participatieadvies door de gemeente kan het ook klantmanagers helpen in het gericht begeleiden van hun klanten naar werk. Een promotieonderzoek binnen onze afdeling onderzoekt de komende jaren de meetkwaliteiten van de SMBA.

In het voorgaande ben ik ingegaan op het begrip arbeidsvermogen en de factoren die daarop van invloed zijn. Een volgend vraagstuk betreft het beïnvloeden van het arbeidsvermogen.

Beïnvloeden van arbeidsvermogen

Arbeitsvermogen is geen statisch begrip, maar varieert in de tijd, onder invloed van de gevolgen van ziekte en persoonlijke en externe factoren. Het arbeidsvermogen is veranderbaar en daarmee dus ook beïnvloedbaar.

In de eerste plaats kan het arbeidsvermogen mogelijk nog verder worden verbeterd door een betere behandeling in de curatieve sector. Voor optimaal functioneren is op zijn minst een optimale medische behandeling nodig en helaas blijkt deze nog niet altijd aan eenieder te worden aangeboden. Uit eerder onderzoek bij mensen die een arbeidsongeschiktheidsuitkering aanvroegen bleek bijvoorbeeld dat psychische aandoeningen in een deel van de gevallen niet werden onderkend en – daardoor – ook niet adequaat werden behandeld.

Om te voorkomen dat mensen onnodig arbeidsongeschikt blijven, is nauwe samenwerking tussen de domeinen zorg en arbeid een vereiste. Samenwerking tussen de huisarts, de medisch specialist en de bedrijfsarts is noodzakelijk om informatie uit te wisselen over diagnostiek en behandeling. Deze samenwerking is in de praktijk echter nog beperkt. Samenwerking tussen verzekeringsarts en huisarts is eveneens gewenst. Onderkent de verzekeringsarts in het beoordelingsgesprek dat de behandeling niet adequaat is, dan dient deze in overleg met de huisarts actief bij te dragen aan het opstellen of aanpassen van een behandelplan. Ook dit gebeurt nog weinig.

Een belangrijk knelpunt is nog steeds de geringe aandacht in curatieve richtlijnen voor de factor arbeid. In de behandel- en begeleidingsplannen staan nog steeds gezondheidsdoelstellingen centraal, terwijl participatiedoelen nog nauwelijks worden meegenomen. Het opnemen van arbeid in de diagnosebehandelcombinatie van het declaratiesysteem voor de curatieve zorg kan daarin verandering brengen. Dit draagt bij aan het verbeteren van de afstemming tussen de curatieve gezondheidszorg en de bedrijfsgezondheidszorg.

Opvallend blijft de geïsoleerde positie die de sociale verzekeringsgeneeskunde nog steeds inneemt. Ten aanzien van de kwetsbare groep cliënten met een psychische aandoening lijkt het tijd enigszins te keren. Recent hebben het UWV en GGZ Nederland het convenant verlengd waarin zij zich ten doel stellen om samen te werken aan behoud van werk en effectieve re-integratie van mensen met een chronische psychische aandoening.

Een natuurlijke partner van de sociale geneeskunde, is de revalidatiegeneeskunde. De revalidatiegeneeskunde biedt behandelprogramma's op het snijvlak van zorg en arbeid. Daarmee wordt hetzelfde doel nagestreefd als in de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde, namelijk het leren omgaan met de gevolgen van ziekte gericht op participatie. Onze afdeling werkt al vele jaren samen met de revalidatie en dit heeft geleid tot meerdere gezamenlijke onderzoeksprojecten. Op dit moment loopt een onderzoek naar de effectiviteit van een multidisciplinair revalidatieprogramma bij mensen met een gedeeltelijke of tijdelijke arbeidsongeschiktheidsuitkering en die worden begeleid door het UWV Werkbedrijf.

Ik sluit hiermee het deel over arbeidsvermogen af. De belangrijke punten die u moet onthouden zijn dat arbeidsvermogen moet worden beschouwd vanuit een biopsychosociale benadering. Daarin worden niet alleen de gevolgen van ziekte, maar ook de invloed van persoonlijke en externe factoren meegenomen. Om het arbeidsvermogen positief te beïnvloeden, moeten participatiedoelen in de curatieve zorg een vaste plaats krijgen. Professionals in de domeinen zorg en arbeid dienen nauwer samen te werken.

Passend werk

Nu we het arbeidsvermogen hebben behandeld, is de volgende vraag hoe we ervoor zorgen dat dit arbeidsvermogen daadwerkelijk wordt benut. Hiervoor is het van belang dat het werk aansluit op het arbeidsvermogen van de persoon. Ten aanzien van passend werk richt ik me op het benoemen van de knelpunten en de rol van betrokken actoren.

In Nederland is al veel gedaan om werk veilig en gezond te maken. Iedereen weet dat er regels zijn over arbeidstijden, veiligheid op de werkvloer, beloning, enzovoort. Bij uitval door ziekte is er veel aandacht voor re-integratie. Daarmee wordt passend werk gerealiseerd voor het grootste deel van de beroepsbevolking. We moeten echter ook vaststellen dat desondanks veel mensen met chronische ziekten thuis zitten, omdat er voor hen geen passend werk is. Voor deze groepen is het bestaande instrumentarium kennelijk niet toereikend. Ter illustratie twee voorbeelden.

Onderzoek bij mensen met autisme spectrum stoornis leert ons bijvoorbeeld dat prikkelverwerkingsproblemen samenhangen met uitval uit het werk. Vergelijkbare bevindingen zijn er voor mensen met andere psychische stoornissen. Dit betekent dat deze mensen een prikkelarme omgeving nodig hebben. Kantoortuinen voldoen dus weliswaar aan de arbo-normen, maar vormen voor deze groep niet altijd een passende werkomgeving.

Voor oudere werknemers geldt dat zij problemen ervaren met onregelmatige werktijden, nachtdiensten en arbeidsduur. Bovendien blijken fysiek en mentaal zwaar werk en werk dat moeilijk te plannen is een te zware belasting. Dit geldt voor werknemers zonder aandoeningen, maar treft vooral de oudere werknemers met chronische aandoeningen. Het aanpassen van de functie door bijvoorbeeld wijziging van werktijden en takenpakket komt in de praktijk niet vaak voor.

Werk passend maken blijkt vaak niet eenvoudig. Dit begint al met het bespreekbaar maken van de problemen. We weten uit onderzoek dat mensen met chronische ziekten het niet makkelijk vinden om met de werkgever te praten over de belemmeringen die zij ervaren. Anderzijds is ook bekend dat het leidinggevendende veelal ontbreekt aan goede gesprekstechnieken. Het afstemmen van arbeidsvermogen en functie vereist ook nogal wat van beide partijen, het is maatwerk.

Van de werknemer wordt verwacht dat deze inzicht heeft in zijn arbeidsvermogen en de regie neemt in het oplossen van zijn problematiek. Hoogopgeleiden zijn daartoe vaak in staat. Hun banen bieden veelal de nodige flexibiliteit en regelruimte om het werk aan te passen aan het arbeidsvermogen. Het zijn vooral de minder hoogopgeleiden in de zorg, het onderwijs en de bouwsector die minder regie hebben over hun werk. We zien dan ook dat in die beroepsgroepen dat aan het werk blijven moeilijk is.

De groep die voorheen onder de Wajong en WSW viel, neemt een bijzondere plaats in waar het gaat om het creëren van passend werk. Van zelfregie is bij deze groep in verreweg de meeste gevallen geen sprake. Zij zullen gedurende hun hele werkzame leven individuele begeleiding nodig hebben. Tot nu toe werkte deze groep vooral in beschermde en begeleide banen. Met de invoering van de Participatiewet moeten zij instromen in werk bij reguliere werkgevers. Hiervoor worden in de komende 10 jaar 125.000 nieuwe banen gecreëerd. Het is overigens nog maar de vraag of dat voldoende is en of dat leidt tot duurzame werkgelegenheid voor deze groep.

De werkgever heeft zodoende een sleutelpositie gekregen als het gaat om het creëren van passend werk voor zowel de eigen medewerkers als voor een nieuwe doelgroep. Deze nieuwe rol vereist een cultuuromslag. Waar organisaties nu niet gewend zijn om om te gaan met medewerkers met beperkingen, moet dit in de toekomst een normale situatie worden. Daarnaast is het werk nu georganiseerd binnen een functiehuis. Dit systeem is erop gericht om een passende werknemer te zoeken bij een vast omschreven functie. Hierin is weinig ruimte om de functie aan te passen aan het arbeidsvermogen van een sollicitant of medewerker.

Een uitdaging ligt er niet alleen voor werknemers en werkgevers. De vernieuwingen in het sociale stelsel vragen ook een andere aanpak van professionals, zoals de arbeidsdeskundigen en jobcoaches. Zij moeten de match maken tussen het arbeidsvermogen en een passende functie in regulier werk. Voor het passend maken van werk zijn methodieken ontwikkeld die daarbij kunnen helpen. Bestaande functies kunnen passend worden gemaakt door die taken af te splitsen waar de persoon moeite mee heeft. Ook kunnen nieuwe functies worden gecreëerd door taken in bestaande werkprocessen te combineren tot een nieuwe functie. Beide methodieken krijgen steeds meer bekendheid, maar het handelen van de professionals is nog veelal gebaseerd op best-practices en onvoldoende wetenschappelijk onderbouwd.

Tot nu toe heb ik het vooral gehad over het creëren van passend werk voor werknemers en voor mensen aan de onderkant van de arbeidsmarkt. Maar wat is de positie van de zelfstandige met een gezondheidsbeperking? Wellicht biedt het zelfstandig ondernemerschap een uitkomst voor sommigen van hen, omdat het flexibiliteit en eigen regelruimte biedt. Het ontbreken van een werkomgeving en de toegang tot arbodienstverlening vormt echter ook een groot risico voor deze groep.

Vat ik het deel over passend werk samen, dan kunnen we zeggen dat arbeidsdeelname van kwetsbare groepen vraagt om maatwerk, aansluitend op het vastgestelde arbeidsvermogen. De grootste uitdaging ligt bij de werkgever, maar ook van de werknemers, hun sociale omgeving en de professionals wordt een andere aanpak gevraagd.

Onderzoeksdoelstellingen

Ik heb u in het voorgaande laten zien dat er nog veel moet gebeuren, voordat passend werk voor kwetsbare groepen de gewoonste zaak van de wereld is. Ook op wetenschappelijk gebied is er nog veel werk te verrichten rondom dit vraagstuk. Ik heb verteld over knelpunten en zaken op het gebied van arbeidsvermogen en passend werk, waar nog weinig kennis over is. Mijn onderzoeksagenda voor de komende jaren sluit hierop aan. In het onderzoek wil ik me richten op het identificeren van determinanten die samenhangen met het arbeidsvermogen van de genoemde kwetsbare groepen, op het ontwikkelen van nieuw instrumentarium en op de effectiviteit van nieuwe werkinterventies. Ik zal vijf specifieke onderzoeksdoelen schetsen waar ik de komende jaren mee aan de slag wil gaan.

Op het gebied van determinantenonderzoek is het streven om meer kennis te krijgen over het oorzakelijke verband van persoons- en externe factoren op het arbeidsvermogen en de inzetbaarheid van kwetsbare groepen. Dit vraagt om onderzoek waarin verschillende groepen chronisch zieken over langere tijd worden gevolgd. De kennis die we zo krijgen kan helpen om te komen tot een gefundeerde selectie in te meten determinanten voor arbeidsvermogen. Er wordt bovendien inzicht verkregen in de generieke dan wel ziekte-specifieke relevantie van de verschillende factoren. De informatie kan vervolgens worden gebruikt om wetenschappelijke onderbouwing te geven aan instrumenten en interventies.

Op het terrein van het meten van arbeidsvermogen is behoefte aan een meer betrouwbaar en valide meetinstrumentarium. Specifieke interesse heb ik in de meerwaarde van objectieve metingen die voortkomen uit vernieuwende technologieën zoals bijvoorbeeld sensoren. Om inzicht te krijgen of mensen met een chronische ziekte hun arbeidsvermogen over langere tijd kunnen inzetten, dient het arbeidsvermogen te worden gemonitord in de tijd en tijdens het uitvoeren van de dagelijkse activiteiten.

Binnen het SPRINT@WORK-programma – een noordelijk samenwerkingsverband tussen wetenschap en het bedrijfsleven – loopt onderzoek naar de bruikbaarheid van instrumenten voor het monitoren van verschillende aspecten van gezondheid, zoals vermoeidheid, zitgedrag en fysieke activiteiten op de werkvloer. In een promotieonderzoek over 'duurbelastbaarheid' is het voornemen om de komende jaren met objectief instrumentarium een meer gefundeerd beeld te krijgen over de duurbelastbaarheid van verschillende kwetsbare groepen. In samenwerking met de afdeling Orthopedie zijn we van plan om bij mensen met een knie- of heupprothese activiteitenpatronen over een werkdag te meten met behulp van activiteitentrackers.

Een derde onderzoeksdoel richt zich op effectiviteit van interventies. Met welke interventies kan arbeidsdeelname van kwetsbare groepen effectief worden bevorderd en op welk moment kunnen die interventies het beste worden ingezet? Op dit terrein is al veel werk verricht, maar in een snel veranderende werkomgeving moeten mogelijk andere innovatieve interventies worden ontwikkeld en op effectiviteit worden getoetst. Ook de wijze waarop de samenwerking *tussen* de curatieve sector en professionals binnen het domein arbeid en gezondheid het beste kan worden vormgegeven, vraagt om nader wetenschappelijk onderzoek. Dat geldt ook voor de samenwerking tussen professionals *binnen* het domein arbeid, waar de match tussen de mens en passend werk moet worden gemaakt door arbeidsdeskundigen, jobcoaches en HRM-professionals.

Een vierde vraagstuk waar ik me op wil richten is de sociale context, in het bijzonder de thuissituatie. Hierbij gaat het om het ontwikkelen van instrumenten waarmee de sociale thuissituatie in kaart wordt gebracht en dat perspectief biedt op gerichte begeleiding. Verwant hieraan loopt op dit moment binnen onze afdeling promotieonderzoek op het terrein van arbeidsdeskundig handelen in het kader van multi-problematiek en inzet van sociale netwerken. Recent is ook een onderzoeksvoorstel ingediend met als doel te onderzoeken hoe bedrijfs- en verzekeringsartsen de sociale context kunnen betrekken in hun dagelijks handelen.

Een laatste onderzoeksonderwerp richt zich op de zelfstandigen. Er is wetenschappelijke kennis nodig over de kenmerken van deze groep en de interventies die nodig zijn om hun positie in werk te versterken. Hier ligt een omvangrijk onderzoeksveld braak. De afgelopen jaren is in samenwerking met een aantal private verzekeraars een begin gemaakt met onderzoek gericht op verzuim en arbeidsongeschiktheid bij zelfstandigen. Hierbij is gebruik gemaakt van bestaande data van verzekeraars. Op dit moment verkennen we de mogelijkheden voor het opzetten van een landelijk dataregister, waarin gegevens van verschillende verzekeraars op eenzelfde manier worden verzameld. Dit biedt de mogelijkheid om op basis van een groter databestand onderzoek uit te voeren bij deze doelgroep. Graag zou ik in het databestand ook gegevens over de grote groep onverzekerde zelfstandigen verzamelen, om zo ook deze groep nader te kunnen bestuderen.

Wetenschappelijk onderzoek naar het maatschappelijk vraagstuk van arbeidsdeelname van kwetsbare groepen noodzaakt tot samenwerking van de sociale geneeskunde met andere disciplines. Ik zal binnen mijn onderzoeksagenda intensieve samenwerking blijven zoeken met de klinische afdelingen binnen ons ziekenhuis, met collega-onderzoekers op het terrein van arbeid en gezondheid en aanpalende vakgebieden als psychologie, sociologie, bedrijfskunde en medische technologie. Internationale samenwerking maakt het mogelijk om arbeidsparticipatie en re-integratie van mensen met beperkingen binnen verschillende sociale-zekerheidsstelsels te onderzoeken en te leren van elkaars ervaringen.

Onderwijsdoelstellingen

Naast onderzoek wil ik het onderwerp van mijn leerstoel vertalen in een aantal onderwijsdoelstellingen. Te beginnen met de basisopleiding van de studenten geneeskunde binnen dit universitair centrum. Toekomstige artsen zullen steeds vaker te maken krijgen met mensen met chronische aandoeningen die nog deelnemen in het arbeidsproces. Voor de meeste van deze patiënten vormt terugkeer naar passend werk een belangrijk behandeldoel. Daarom zal werk een vast onderwerp moeten zijn in de spreekkamer van de toekomst.

Dit type onderwijs vraagt van zowel studenten als docenten om grenzen te doorbreken. Het vak sociale geneeskunde moet niet geïsoleerd staan in het basiscurriculum, maar dient vanaf het begin continu verweven te zijn met de klinische vakken. We zullen geneeskunde studenten vanaf het begin van de opleiding moeten leren om niet alleen aandacht te hebben voor de behandeling van de aandoening, maar ook voor de gevolgen van de ziekte voor het functioneren in de maatschappij en het arbeidsproces.

Sinds 2014 is het onderwijs binnen het geneeskunde curriculum meer gericht op competenties. Naast de rol van de arts als medisch expert wordt expliciet aandacht besteed aan andere essentiële rollen die de arts moet vervullen, zoals die van communicator, gezondheidsbevorderaar en medisch leider. Vanuit mijn rol als competentiecoördinator wil ik ervoor zorgen dat in de ontwikkeling van zogenoemde geïntegreerde taken ook het sociaal geneeskundig gedachtengoed de aandacht krijgt die het verdient.

Daarnaast zal ik de kennis die we uit ons onderzoek verkrijgen, onder de aandacht blijven brengen van bedrijfs- en verzekeringsartsen binnen hun opleiding en nascholing.

Academiseringsdoelstellingen

Naast doelstellingen op het gebied van onderzoek en onderwijs wil ik tot slot een aantal doelstellingen noemen op het terrein van academisering. Van professionals wordt steeds meer verwacht dat zij hun handelen baseren op wetenschappelijk bewijs; evidence-based handelen. Wisselwerking tussen wetenschap en praktijk is dus vereist. Dat vraagt om structurele samenwerkingsverbanden. Het inrichten van een academische werkplaats, waarin wetenschap en praktijk elkaar ontmoeten, is daarvoor onmisbaar. Daar kunnen relevante vragen uit de praktijk worden geïnventariseerd en worden vertaald in onderzoekbare vraagstellingen, kunnen data worden verzameld en de resultaten van onderzoek worden terugvertaald naar de praktijk. We verkeren in Groningen in de gelukkige omstandigheid dat we al vele jaren een intensieve samenwerking hebben met vele lokale en nationale organisaties op het terrein van arbeid en gezondheid, zoals het UWV, arbodiensten, private verzekeraars, werkgevers, gemeenten, beroepsverenigingen en zorginstellingen. Mede dankzij de inzet van vele praktijkprofessionals slagen wij erin om de academisering inhoud te geven.

Op dit moment zijn we actief binnen drie kenniscentra. In het Kenniscentrum Verzekeringsgeneeskunde, richten we ons op het wetenschappelijk onderbouwen van het vakgebied van de publieke verzekeringsgeneeskunde. In het Arbeidsdeskundig Kenniscentrum, wordt de verbinding gelegd met het werkveld van arbeidsdeskundigen. En in het Academisch Centrum voor Private Verzekeringsgeneeskunde, werken we samen met de medisch adviseurs in particuliere verzekeringen. Een aantal promotieonderzoeken is binnen deze samenwerkingsverbanden succesvol afgerond of nog volop aan de gang. Een belangrijke inhoudelijke en financiële stimulans daarbij is Instituut Gak, die de uitvoering van langlopende onderzoeksprogramma's binnen de bedrijfsgezondheidszorg en de verzekeringsgeneeskunde mogelijk maakt. De financiële ondersteuning van mijn leerstoel door Instituut Gak biedt mij niet alleen de mogelijkheid om dit jaar nog nieuw onderzoek op te starten, maar geeft ook toegang tot aanpalende onderzoeksgebieden binnen de sociale zekerheid.

Hiermee kom ik tot het slot van mijn rede en zal ik mijn belangrijkste boodschap samenvatten. Met mijn leerstoel wil ik de positie van kwetsbare groepen op de arbeidsmarkt versterken.

Om dit grote maatschappelijke vraagstuk op te lossen is wetenschappelijke kennis nodig over het beoordelen en beïnvloeden van arbeidsvermogen en het creëren van passend werk. De komende jaren zal ik de focus van de leerstoel richten op het identificeren van determinanten die samenhangen met het arbeidsvermogen en de inzetbaarheid van kwetsbare groepen, op het ontwikkelen van evidence-based instrumentarium en op de effectiviteit van nieuwe werk-gerichte interventies.

Het is mijn ambitie om bestaande samenwerkingsverbanden te continueren en nieuwe samenwerkingsverbanden aan te gaan. Het is van groot belang om wetenschap en praktijk aan elkaar te verbinden om de kansen van kwetsbare groepen op passend werk te vergroten.

Er is al veel werk verzet, maar we zijn er nog niet. Passend werk is nog volop in uitvoering.

Ik heb gezegd.