

Vergaderjaar 2005–2006

30 034

Bevordering van het naar arbeidsvermogen verrichten van werk of van werkhervatting van verzekerden die gedeeltelijk arbeidsgeschikt zijn en tot het treffen van een regeling van inkomen voor deze personen alsmede voor verzekerden die volledig en duurzaam arbeidsongeschikt zijn (Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen)

Nr. 58

BRIEF VAN DE MINISTER VAN SOCIALE ZAKEN EN WERKGELEGENHEID

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 30 maart 2006

Op 27 september 2005 heb ik u mede namens de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport het advies van de Gezondheidsraad «Beoordelen, behandelen, begeleiden; medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid» aangeboden¹. De Gezondheidsraad heeft aanbevelingen gedaan voor de korte termijn over protocollen en «mediprudentie» en voor de lange termijn over de ontwikkeling van zogenaamde «3B-richtlijnen» over beoordelen, behandelen en begeleiden.

Ik heb u toen ook geïnformeerd over mijn standpunt over de korte termijn aanbevelingen. In vervolg hierop heb ik u op 13 december 2005 de eerste twee verzekeringsgeneeskundige protocollen toegestuurd².

In deze brief bied ik u mede namens de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport mijn standpunt aan over de aanbevelingen van de Gezondheidsraad voor de lange termijn.

Samengevat komt mijn standpunt hier op neer:

- In alle nieuwe multidisciplinaire medische richtlijnen die via de ZonMw-programmering lopen, worden de factor arbeid en de beoordeling van de arbeidsmogelijkheden meegenomen.
- Voor een extra impuls stel ik tijdelijk extra middelen beschikbaar en wordt een begeleidingscommissie opgezet.
- Van multidisciplinaire richtlijnen kunnen verzekeringsartsen verzekeringsgeneeskundige protocollen afleiden.
- Ik overweeg om vooruitlopend op de structurele situatie een tijdelijke commissie in te stellen om de ontwikkeling van verzekeringsgeneeskundige protocollen, die nu nog in handen ligt van de Gezondheidsraad, te waarborgen.

Algemeen

De Gezondheidsraad adviseert voor de lange termijn om artsengroepen die te maken hebben met verzuim en arbeidsongeschiktheid te stimuleren

¹ Kamerstukken II 2004–2005, 30 034, nr. 54.

² Kamerstukken II, 2005–2006, 28 333, nr. 76.

gezamenlijke richtlijnen te ontwikkelen. Deze multidisciplinaire richtlijnen hebben tot doel het medisch handelen door bedrijfsartsen, huisartsen, medisch specialisten en verzekeringsartsen op elkaar af te stemmen. De richtlijnen zouden het karakter moeten hebben van «moederrichtlijnen» die in een later stadium weer kunnen dienen als leidraad voor monodisciplinaire richtlijnen of protocollen die de beroepsgroepen hieruit kunnen afleiden. Als werktitel noemt de Gezondheidsraad deze richtlijnen 3B-richtlijnen, omdat zij gericht zijn op het beoordelen van ziekte en arbeidsmogelijkheden, het behandelen van de ziekte en het begeleiden bij het herstel- en reïntegratieproces. In deze richtlijnen moet aandacht zijn voor de consequenties van aandoeningen voor het functioneren en de belastbaarheid, voor uitlokkende en instandhoudende factoren in de werksituatie, voor de prognostiek van het herstel van het functioneren en voor interventies gericht op de werksituatie en op de bevordering van reïntegratie. Het *gaat om multidisciplinaire richtlijnen waarbij de factor arbeid geïntegreerd is*.

Ik sta positief tegenover de gedachte om te komen tot 3B-richtlijnen. Met deze multidisciplinaire richtlijnen wordt de kwaliteit en uniformiteit van de keten van zorg bevorderd en komt er aandacht voor de beoordeling van de arbeidsmogelijkheden. Het leidt er immers toe dat alle medische professionals gebruik kunnen maken van dezelfde wetenschappelijk onderbouwde kennis. Zij kunnen dan ook beter onderling overleggen over patiënten en werkafspraken maken. Ook kunnen zij beter adviseren over werkhervatting.

Uitgangspunten

Voor het realiseren van multidisciplinaire richtlijnen met aandacht voor de factor arbeid zijn de uitgangspunten van belang die de ministeries van SZW en VWS hanteren voor het kwaliteitsbeleid van de medische beroepsgroepen ingevolge de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG).

Eerste uitgangspunt bij de multidisciplinaire richtlijnontwikkeling is dat de medische beroepsgroepen primair *zelf verantwoordelijk* zijn voor het integraal kwaliteitsbeleid. Richtlijnontwikkeling is onderdeel van dit kwaliteitsbeleid.

Ten tweede dient er *centrale coördinatie* te zijn bij het sturen op kwaliteit en bij het leggen van prioriteiten. Deze coördinatie is zowel gericht op het voorkomen van overlap van activiteiten als op het bevorderen van een breed draagvlak. Bij draagvlak gaat het om de diverse artsengroepen, de cliëntenorganisaties en andere relevante organisaties zoals voor de verzekeringsgeneeskunde het UWV.

Derde uitgangspunt is dat de departementen alleen *tijdelijk* middelen beschikbaar stellen om de ontwikkeling en implementatie van richtlijnen te stimuleren. De uitgangspunten van het subsidiebeleid van VWS zijn verwoord in de notitie «Kennis, Innovatie, Meedoen».

Richtlijnontwikkeling

De procedure om te komen tot multidisciplinaire richtlijnen met aandacht voor arbeid past bij de lopende ontwikkelingen die al sinds de jaren tachtig plaatsvinden en die de beroepsgroepen in de jaren negentig intensiever hebben opgepakt. De Gezondheidsraad schetst deze ontwikkelingen in zijn advies. Aanvankelijk waren de richtlijnen monodisciplinair. Steeds vaker komt het voor dat de beroepsgroepen multidisciplinaire richtlijnen maken en dat in deze richtlijnen de factor «arbeid» voorkomt. Ik noem verder het inmiddels afgeronde project «Sociale zekerheid en Zorg»¹. Gedurende dat project hebben de ministeries van SZW en VWS

¹ Over de resultaten van het project «Sociale zekerheid en Zorg» heb ik u geïnformeerd bij brief van 22 februari 2005 (TK 2004–2005, 25 253, nr. 8).

met artsengroepen afgesproken dat zij werken aan multidisciplinaire richtlijnen. Inmiddels zijn samenwerkingsverbanden tot stand gekomen tussen de bij richtlijnontwikkeling betrokken organisaties¹. Deze ontwikkeling wordt ondersteund door de artsenfederatie KNMG. Dit wordt o.a. aangegeven in de beleidsnotitie en het plan van aanpak «Arts en Arbeid» die de KNMG begin november 2005 heeft aangeboden aan de minister van VWS en mij. Dit plan heeft als doel om de brug tussen de bedrijfsgezondheidszorg en de curatieve zorg verder te versterken.

Ik constateer dat het idee van 3B-richtlijnen – zonder dat deze term als zodanig wordt gebruikt – breed leeft, en dat de beroepsgroepen in de multidisciplinaire richtlijnen steeds meer aandacht besteden aan de factor arbeid. Ook constateer ik dat dit verder zou moeten worden versterkt. Waar het in de eerste plaats om gaat is dat de factor arbeid in alle multidisciplinaire richtlijnen onderdeel uitmaakt van de keten van diagnose, behandeling en activering. Wat zijn de gevolgen van de ziekte en de behandeling voor het weer kunnen gaan werken en hoe kan de arts beoordelen welke arbeidsmogelijkheden er nog zijn? In het advies van de Gezondheidsraad worden hiervoor belangrijke aanzetten genoemd. In de tweede plaats gaat het er om een structuur op te zetten die garandeert dat de multidisciplinaire richtlijnen inclusief de factor arbeid ook daadwerkelijk tot stand komen en toegepast worden. Mijn collega van VWS en ik hebben daarom besloten een tijdelijke extra impuls te geven aan de bestaande en voorgenomen richtlijnontwikkeling. Hiermee bedoel ik het volgende.

Programmering multidisciplinaire richtlijnen

Voor de centrale coördinatie van multidisciplinaire richtlijnontwikkeling bereidt VWS een programma voor bij ZonMw. Dit programma is in 2006 van start gegaan en heeft als doel samen met de diverse beroepsgroepen multidisciplinaire richtlijnen en professionele kwaliteit tot stand te brengen. De bestaande initiatieven op het terrein van multidisciplinaire richtlijnontwikkeling en de hiervoor beschikbare financiële middelen worden in dit programma samengebracht. ZonMw coördineert de projecten en bewaakt het multidisciplinaire karakter. De betrokken beroepsgroepen en expertise-organisaties leggen periodiek verantwoording af aan ZonMw over de ontwikkeling en implementatie van de richtlijnen op basis van de gemaakte prestatie-afspraken.

Hoewel in het eerste jaar de nadruk zal liggen op richtlijnen voor de curatieve zorg, zal direct waar mogelijk op onderdelen verbreding plaatsvinden naar de arbocuratieve zorg en dienstverlening en de verzekeringsgeneeskundige aspecten. Op die manier wordt vanaf het begin gestreefd naar multidisciplinaire richtlijnen die alle medische beroepsgroepen aangaan. Over het programma voor 2006 en 2007 (de eerste fase) heeft de minister van VWS ZonMw vorig jaar bericht. Het is de bedoeling dat ZonMw samen met de beroepsgroepen zoals OMS, NHG, NVAB en NVVG de multidisciplinaire richtlijnontwikkeling en implementatie ter hand neemt.

De minister van VWS is op dit moment in gesprek met ZonMw over de nadere invulling van de programmering. De programmering zal zodanig zijn dat bij iedere nieuwe multidisciplinaire richtlijn de factor arbeid en de beoordeling van de arbeidsmogelijkheden betrokken wordt. Ook zal hier de implementatie van de richtlijnen aan de orde moeten komen. De cliëntenorganisaties worden vanaf het begin betrokken bij de totstandkoming van richtlijnen op voor hen relevante aspecten, zoals de communicatie met de patiënt.

¹ Nederlandse Vereniging van Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB), Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO (CBO), Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), Orde van Medisch Specialisten (OMS), Platform Reïntegratie Stec en Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV).

De Gezondheidsraad beveelt aan de regiefunctie te geven aan een multidisciplinair samengestelde stuurgroep. Zo'n stuurgroep moet het veld van richtlijnontwikkeling kunnen overzien en passende initiatieven in gang kunnen zetten om de multidisciplinaire richtlijnen met aandacht voor arbeid op te stellen of te herzien.

Om te garanderen dat de factor arbeid en het element van de beoordeling van de arbeidsmogelijkheden, die tot nu toe onderbelicht zijn gebleven in de curatieve sector, in het ZonMw-programma voldoende aan bod komen, zullen de voor dit onderwerp relevante medische beroepsgroepen worden gevraagd in ieder geval voor zolang dat nodig is in een tijdelijke begeleidingscommissie te participeren. Een belangrijke rol is weggelegd voor de beroepsverenigingen van bedrijfsartsen en verzekeringsgeneeskundigen. Aan ZonMw zal worden gevraagd om de taken en de samenstelling van de begeleidingscommissie samen met de betrokken partijen in het program-mavoorstel concreet uit te werken. Met deze begeleidingscommissie geef ik invulling aan het idee van de Gezondheidsraad van een stuurgroep.

Voor de volledigheid meld ik dat ik UWV geraadpleegd heb over mijn standpunt zoals hier beschreven. UWV ondersteunt dit en is bereid te participeren in de begeleidingscommissie.

Ik zal in 2006 en 2007 jaarlijks bijdragen aan het programma bij ZonMw voor het stimuleren van de ontwikkeling van multidisciplinaire richtlijnen met aandacht voor de factor arbeid, het bevorderen van de implementatie hiervan, ondermeer door er monodisciplinaire protocollen voor bedrijfs- en verzekeringsartsen uit af te leiden, en het werk van de begeleidingscommissie.

Verzekeringsgeneeskundige protocollen

Op 13 december 2005 heb ik u de eerste twee verzekeringsgeneeskundige protocollen toegezonden, die de Gezondheidsraad heeft opgesteld. Ik heb deze protocollen inmiddels gepubliceerd¹. De Gezondheidsraad bereidt momenteel een aanvullend advies over nog eens acht protocollen voor. De Gezondheidsraad beschouwt zijn betrokkenheid bij de ontwikkeling van hulpmiddelen voor de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling als tijdelijk en vertrouwt erop dat zijn rol na afronding van de toegezegde tien protocollen kan worden overgenomen door de betrokken beroepsgroepen.

Door de programmering van de multidisciplinaire richtlijnen bij ZonMw wordt het mogelijk dat de beroepsgroepen vanuit de multidisciplinaire richtlijnen monodisciplinaire richtlijnen of protocollen afleiden. Het is denkbaar dat op bepaalde gebieden beroepsgroepen samenwerken. Voor de bedrijfs- en verzekeringsartsen is het bijvoorbeeld mogelijk dat zij protocollen ontwikkelen die geheel of gedeeltelijk gemeenschappelijk zijn. Dit betekent dat voor de langere termijn op deze manier de nieuwe verzekeringsgeneeskundige protocollen geproduceerd kunnen worden. Tot dat moment overweeg ik dan ook de verdere protocolontwikkeling voorlopig ter hand te stellen aan een tijdelijke commissie waarin de NVVG en verschillende andere deskundige artsengroepen met betrokkenheid van UWV en onder voorzitterschap van een onafhankelijke deskundige zitting hebben. Ditzelfde geldt voor de periodieke aanpassing van de protocollen. Ik zie dit nadrukkelijk als een tijdelijke zaak, omdat in de toekomst de NVVG en UWV zelfstandig protocollen kunnen opstellen en actualiseren op basis van de te ontwikkelen multidisciplinaire richtlijnen. Ik zal u in het vierde kwartaal hierover berichten.

De Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid,
A. J. de Geus

¹ Staatscourant 2006, nr. 33.