

2021

#VerzekeringsgeneeskundevanWaarde!



De twee onderste foto's zijn van fotograaf Rogier Bos

Rede

Sylvia van der Burg-Vermeulen
in de Lutherse kerk te Amsterdam
29-10-2021

#VerzekeringsgeneeskundevanWaarde!

Rede

uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van
bijzonder hoogleraar Sociale Verzekeringsgeneeskunde
aan de faculteit Geneeskunde
van de Universiteit van Amsterdam
op vrijdag 29 oktober 2021

door

Sylvia van der Burg-Vermeulen



Foto van fotograaf Rogier Bos

*Mevrouw de Rector Magnificus,
Mijnheer de decaan,
Leden van de Raad van Bestuur van het AMC,
Leden van het Curatorium van de bijzondere leerstoel Sociale Verzekeringsgeneeskunde,
Bestuursleden van Instituut Gak,
Geachte toehoorders/dames en heren,*

Wat een mooi en bijzonder moment is dit. Ik heb hier lang naar uitgekeken. Zoals u allemaal weet, was op 11 maart 2020 de Covid-19 pandemie een feit. Een bijzondere, hectische en onzekere tijd volgde. Een versoepeling van de Coronamaatregelen zou niet eerder dan 1 juni ingaan. Ik had mijn oratie gepland op 27 mei 2020 en dus verplaatste ik deze naar 12 maart 2021. Bijna een jaar later en in de hoop dat de wereld dan weer wat normaler zou zijn. Het moeten uitstellen van mijn oratie door de Coronacrisis was even slikken, maar toch ook een 'blessing in disguise'. Deze bijzondere mijlpaal wil ik heel graag live delen samen met mijn collega's, lieve vrienden en mijn allerdierbaarsten. Sommigen van u weten, dat ook mijn naaste familie hard is geraakt door het Covid-19 virus. Mijn vader is levensbedreigend ziek geweest. Hij was tijdens de eerste golf één van de eerste coronapatiënten, die in het Antonius ziekenhuis in Nieuwegein op de intensive care terecht kwam. Mijn vader heeft meer dan anderhalve maand op de IC gelegen en zijn herstel is een lange en zware weg geweest. Het is nog steeds een weg met vele angsten en onzekerheden en door de ernstige Covid-19 ziekte heeft hij blijvende nierschade en is hij afhankelijk van nierdialyse. Het is heel ingrijpend, óók voor mijn moeder.

De nieuwe datum van 12 maart 2021 bleek toch te optimistisch. De impact van de Coronacrisis was groot en eind 2020 zaten we inmiddels in een tweede lockdown. Het zou tot april van dit jaar duren voor de eerste versoepelingen haalbaar waren. Er zat niets anders op. Ik stelde mijn oratie opnieuw uit. Maar drie keer is toch echt scheepsrecht. En vandaag is de dag daar, dat ik u mee mag nemen in mijn mooie én waardevolle vak Verzekeringsgeneeskunde. Ik vind het heel fijn dat u allemaal, live in de aula én via de livestream, erbij kunt zijn. En dat ook mijn beide ouders dit bijzondere moment via de livestream kunnen meemaken.

Waarom de titel #Verzekeringsgeneeskunde van Waarde?

Ik ben bijzonder trots, dat ik na zes hooggeleerde mannen nu als eerste vrouw deze leerstoel mag bekleden. Ik voel mij zeer vereerd dat aan mij als persoon, als beroepsbeoefenaar van de verzekeringsgeneeskunde én als wetenschapper die waarde wordt toegekend om de bijzondere leerstoel Sociale Verzekeringsgeneeskunde te mogen invullen. Gezien de titel van mijn oratie zal het u niet verbazen, dat u vandaag meer gaat horen over waarde binnen de Sociale Verzekeringsgeneeskunde. De titel staat niet alleen voor iets waar ik mij sterk voor maak. De titel met hashtag heb ik bewust gekozen. Voor 2007 was de hashtag nog maar een simpel tekentje rechts onderin op uw telefoon. Tegenwoordig is de hashtag een strategisch pion voor social media. Op deze manier wil ik niet alleen u hier in de Aula of via de livestream bereiken met mijn rede. Ik hoop ook de kracht van social media te kunnen benutten en mijn bereik te versterken om de welverdiende aandacht te vestigen op het vakgebied waar ik al vele jaren geleden mijn hart aan heb verpaid. Nu is het wel zo dat uit onderzoek blijkt, dat het aantal hashtags voor optimaal bereik afhangt van het social media platform dat wordt gebruikt.⁴¹ Voor facebook en twitter is 1 hashtag het beste. Voor LinkedIn is dat 3 tot 5 hashtags. En op Instagram werken posts met 9 hashtags het beste. Het is maar dat u het weet. Voor de LinkedIn en Instagram gebruikers onder u, doe ik hierbij graag suggesties voor nog enkele hashtags. Dus mocht u geïnspireerd raken door mijn verhaal, taggen is zeker aanbevolen.

#Verzekeringsgeneeskunde #VBHC #ArbeidenGezondheid
#Value@Work #Waardegedrevenzorg

Value lies in the eye of the beholder

Waarom is Sociale Verzekeringsgeneeskunde van waarde of waardevol? Deze vraag staat centraal in mijn rede. En er is geen enkelvoudig antwoord. Je kunt namelijk op verschillende manieren naar de vraag kijken om deze te beantwoorden. Het draait allemaal om perspectief. Bijvoorbeeld door te kijken naar wat waardevolle verzekeringsgeneeskundige zorg is door de ogen van de burger of patiënt die te maken krijgt met gezondheidsklachten en problemen in het functioneren en daarbij mogelijk werkuitval. Of door te kijken naar de waarde van verzekeringsgeneeskunde voor de maatschappij om te zorgen dat zoveel mogelijk mensen ondanks ziekte kunnen meedoen in de samenleving. Ook kan je deze vraag bekijken vanuit het perspectief van de verzekeringsarts. Om vervolgens meer

te horen over een vakgebied waarin je als arts brede medische kennis inzet en veel verschillende mensen met evenzoveel verschillende ziektebeelden in je spreekkamer ziet. En dan kan de vraag ook nog beantwoord worden voor artsen werkzaam in andere medische domeinen. Het kan helpen om te weten wat verzekeringsgeneeskundige zorg en expertise bijdraagt aan gezondheid, welzijn en functioneren van een patiënt die door ziekte minder óf helemaal niet meer kan werken. En hoe waardevol is het om elkaars medische expertise te kennen én in te zetten in een netwerk van zorg rondom de patiënt om zo te helpen met herstel van ziekte én herstel van functioneren?

Om te weten wat verzekeringsgeneeskunde van waarde betekent is het dus van belang om te weten vanuit welk perspectief je de vraag benadert. Ik wil dit verduidelijken door het maatschappelijk perspectief, het arts perspectief en het patiënt of mens perspectief wat uitgebreider te belichten. En dan begin ik met het *maatschappelijk perspectief*. Onze samenleving verandert namelijk snel en ook de zorg blijft veranderen. De komst van het gezondheidsconcept Positieve Gezondheid¹⁸ heeft grote impact gehad. In deze benadering is zorg niet alleen meer gericht op genezen van ziekte. Het gaat om de brede blik. Positieve gezondheid draait om veerkracht van mensen om zich aan te passen aan wat zich in het leven voordoet. Het gaat om een leven kunnen leiden binnen de grenzen van je mogelijkheden, ondanks ziekten en zorgen. In 2015 benadrukte de commissie Kaljouw de noodzaak van dit dynamisch gezondheidsconcept voor de toekomst van zorg in Nederland. Het functioneren van mensen wordt centraal gesteld en de gezondheidszorg levert een bijdrage aan het bevorderen daarvan.²¹ Ook het rapport van de Taskforce ‘De juiste zorg op de juiste plek’ uit 2018 schetst de benodigde verandering van de zorg in Nederland.⁴⁰ Gezondheidszorg verplaatst steeds meer naar buiten de ziekenhuismuren³⁹ en vraagt om een aanpak gericht op de ‘full cycle of care’.²³ Het vraagt om een omslag naar integrale en passende zorg, dat in het teken staat van het stimuleren, herstellen of in ieder geval zoveel mogelijk behouden van de mogelijkheden om te kunnen functioneren en participeren.²⁰

Dit perspectief sluit goed aan bij de Sociale Verzekeringsgeneeskunde. De verzekeringsarts is medisch specialist op het gebied van gezondheid, preventie en participatie en richt zich op de maatschappij en op het individu in wisselwerking met zijn of haar omgeving. Sociale Verzekeringsgeneeskunde richt zich in feite op integraal functioneren.¹¹ Integrale zorg omvat dus ook arbeidsgerichte medische zorg.¹⁴ Verzekeringsartsen en bedrijfsartsen hebben hierbij een belangrijke rol te vervullen. Zij zijn geneeskundig specialist op het gebied van bevorderen van arbeidsparticipatie en gezondheid.

Dat brengt mij bij de Sociale Verzekeringsgeneeskunde en het *perspectief van de verzekeringsarts*. Dat laat een breed medisch vakgebied zien met ruime loopbaanmogelijkheden. Als verzekeringsarts zie je mensen met de meest uiteenlopende gezondheidsklachten op je spreekuur. Een verzekeringsarts behandelt niet zelf, maar beoordeelt welke beperkingen en mogelijkheden er zijn om te functioneren in arbeid. Ook adviseert een verzekeringsarts over (behandel)mogelijkheden voor herstel van functioneren en werkhervatting. Je hebt als verzekeringsarts ruim de tijd, gemiddeld een uur per spreekuur, om je een goed beeld te vormen van de cliënt. Je hebt hierbij een holistische kijk en je onderzoekt de uitingen van ziekte op alle niveaus van mens-zijn.⁵¹ Want ziekte betekent niet alleen medisch lijden. Omgevingsfactoren of persoonlijke factoren kunnen steeds zwaarder gaan wegen met impact op welbevinden, belastbaarheid en ook arbeidsparticipatie. En dat is wat je hoort van verzekeringsartsen, als ze uitleggen waarom ze het vak verzekeringsgeneeskunde zo mooi vinden. Je bent niet een superspecialist op één gebied of één orgaan. Je kunt juist de tijd nemen om de persoon in zijn of haar context in kaart te brengen en te analyseren.

Het is mooi om te zien dat steeds meer jonge artsen de waarde van Sociale Verzekeringsgeneeskunde zien en kiezen voor dit vakgebied om in te werken en zich te ontwikkelen. Ik ben blij met de diverse initiatieven, die vanaf 2016 door het UWV zijn gestart om nieuwe artsen te werven. Dat werpt meer en meer zijn vruchten af. Maar er is ook een trend, dat een deel van de jonge verzekeringsartsen kort na registratie het vak alweer verlaten. Hoe komt dat? Het onderzoek van Heike Jansen en Erik Noordik uit 2018 geeft hiervoor enkele aanknopingspunten.¹⁹ Zij hielden interviews met negen verzekeringsartsen die binnen vijf jaar na registratie overstapte naar de private sector. Onvoldoende financiële doorgroeimogelijkheden bleken een belangrijke reden te zijn. Maar het was zeker niet het enige. Andere redenen die naar kwamen waren 1. de beperkte ruimte om in de praktijk je kennis en kunde toe te passen; 2. je werk onvoldoende kwalitatief goed kunnen doen door ander gestelde prioriteiten in de organisatie; en 3. onvoldoende betrokken kunnen zijn bij belangrijke beslissingen. Een verzekeringsarts is bovenal dokter en wil als zorgprofessional zijn of haar sociaal-medische kennis en kunde optimaal in de praktijk in kunnen zetten voor de patiënt of cliënt én voor de maatschappij. Collega verzekeringsarts Frans Slebus omschreef dit treffend in zijn zeepkistbijdrage in het TBV-tijdschrift van afgelopen september.³³ “...De verzekeringsgeneeskundige zorg lijkt vandaag de dag vertaald te kunnen worden in het schrijven van uitgebreide rapporten en noodgedwongen ook het herlezen daarvan... We zijn vervreemd geraakt van de reden waarom we dokter zijn geworden, namelijk het verlenen van zorg aan de patiënt...”

Ik zie dit ook terug in mijn werk als instituutsopleider bij de NSPOH: de artsen in opleiding tot verzekeringsarts die met enthousiasme de breedte én de diepgang van het vak ontdekken en bevlogen zijn om bij te dragen aan optimaal functioneren van mensen ondanks ziekte. Een verzekeringsarts biedt naar mijn stellige overtuiging verzekeringsgeneeskundige zorg. Ons vak moet niet alleen in theorie waardevol zijn, je moet dit ook in de praktijk kunnen brengen. Het is dus belangrijk om als verzekeringsarts ook daadwerkelijk onderdeel te zijn van integrale zorg voor patiënten en burgers, medisch én sociaal. Met andere woorden, vanuit het perspectief van de verzekeringsarts is het hoog tijd dat de verzekeringsgeneeskundige zorg in de praktijk de invulling en daarmee de waarde krijgt die het verdient.

En dan is er binnen het arts perspectief natuurlijk óók nog het *perspectief van andere artsen*. De praktijk laat zien dat nog steeds veel artsen niet weten wat een verzekeringsarts doet en dus ook niet wat de verzekeringsgeneeskunde kan bieden bij een patiënt met functioneringsproblemen en (dreigende) arbeidsongeschiktheid door ziekte. Recent publiceerden Marc Soethout en Allard van der Beek de resultaten van een vragenlijstonderzoek over beroepsvoorkeuren en beroepskenmerken bij vijfdejaars geneeskunde studenten van Amsterdam UMC, locatie VUmc.³⁶ Slechts 19% van de studenten gaf aan goed tot zeer goed bekend te zijn met het beroep van verzekeringsarts. Dit komt omdat maar een klein deel van de studenten tijdens de studie daadwerkelijk in aanraking komt met de beroepspraktijk van verzekeringsartsen. Alleen als verzekeringsgeneeskunde voldoende zichtbaar wordt in het medisch curriculum weten artsen in spé wat verzekeringsartsen kunnen bijdragen aan passende zorg voor patiënten met functioneringsproblemen. Het raamplan artsopleiding 2020²⁶ dat vorig jaar is uitgebracht door de NFU biedt gelukkig wel goede aanknopingspunten hiervoor. Artsberoepen buiten het ziekenhuis worden steeds belangrijker bij het beantwoorden van de zorgvragen uit de samenleving. Er komt steeds meer aandacht voor integrale zorg, preventie en gezondheidsbevordering. Het raamplan artsopleiding 2020 nodigt uit om te leren samenwerken in het zorg- en sociaal domein. Meer en betere samenwerking tussen arbeidsgerichte zorg en curatieve zorg heeft al langer de aandacht en wordt steeds meer breed gedragen. Deze zogeheten arbocuratieve samenwerking is van groot belang om verzuim en uitval op het werk effectief te beperken en terugkeer naar werk te bevorderen.^{5,24} Maar om samen te werken moet je elkaar en elkaars expertise wel kennen. En die basis moet gelegd worden in de artsopleiding. En om samen te werken moet je elkaar dan óók weten te vinden. Goede samenwerking kan lokaal en regionaal tot stand komen als huisartsen, medisch specialisten, bedrijfsartsen en verzekeringsartsen elkaar ‘vinden’ in de gedeelde behoefte om zorg gezamenlijk op

te pakken.¹² Ik heb het dan over netwerkzorg waar ook verzekeringsartsen aan deelnemen. Ik kom hier later in mijn rede nog op terug.

Want een ander belangrijk perspectief moet ook nog nader belicht worden. En dat is het *perspectief van de mens, de patiënt of de cliënt*. We zeggen vaak dat de cliënt centraal staat, maar in de praktijk is dat nog lang niet altijd het geval. De nadruk ligt nog vaak op iemands beperkingen, op zijn of haar specifieke aandoeningen, en de medische behandeling daarvan. De ‘juiste zorg’ zet de mens centraal met focus op eigen regie, zelfmanagement en zelfredzaamheid. Als je het functioneren van mensen in hun persoonlijke en sociale context centraal stelt, als je rekening houdt met de persoonlijke wensen en behoeften, en als je de mate waarin iemand eigen regie kan voeren als vertrekpunt neemt, komt sneller aan het licht welke mensen kwetsbaar zijn, bijvoorbeeld door een combinatie van lichamelijke, psychische en sociale problemen.⁴⁰ Deze mensen zijn vaak minder in staat om hun eigen leven op de rit te krijgen en regie te houden op de ondersteuning en zorg die ze ontvangen. Terwijl juist bij deze mensen vaak meer instanties en zorgverleners zijn betrokken en die regie en samenhang belangrijk is.⁴⁰ Daarbij komt dat de komende decennia het aantal mensen met chronische aandoeningen zal toenemen en eigen regie en zelfmanagement steeds belangrijker zullen worden.³² Veel werkenden met een chronische ziekte die in hun werk tegen hun gezondheidsproblemen oplopen, behoren tot een kwetsbare groep als het gaat om aanpassingsvermogen en voeren van eigen regie. Zij hebben hierbij ondersteuning nodig. Maar het eigenaarschap van het zo goed mogelijk kunnen functioneren, het beoordelen van de kwaliteit van leven en (meer) de regie nemen over zorg en welzijn ligt primair bij mensen zelf. En patiënten of cliënten willen dat zorgprofessionals erkennen, dat zij als ervaringsdeskundigen ook specifieke en waardevolle kennis hebben over hun aandoening. Zorgprofessionals en cliënten nemen dus steeds meer beslissingen samen.²⁵ Het moet minder gaan om ‘de patiënt’ of ‘de cliënt’ en meer om ‘de mens’. De basis is het functioneren van mensen in hun eigen omgeving (privé, sociaal én werk), de persoonlijke wensen, behoeften en voorkeuren, en de mate waarin iemand eigen regie kan voeren. Ik heb het dan over persoonsgerichte zorg.

Wat is waarde gedreven zorg?

En dat brengt mij bij het concept van Value Based Healthcare of waarde gedreven zorg. Een persoonsgerichte benadering is hierbij een belangrijke pijler. Met het boek ‘Redefining Health Care’ gaven Michael Porter en Elizabeth Teisberg in 2006 het startsein voor deze nieuwe visie op de gezondheidszorg. Het is tegenwoordig een hot topic. Waarde gedreven zorg maakt wereldwijd veel

enthousiasme los. Ook binnen Nederland wint dit zorgconcept aan populariteit. Het is in de afgelopen tien jaar uitgegroeid tot een fenomeen waar de zorg nauwelijks meer omheen kan. Er is zelfs een jaarlijkse uitreiking van de Value Based Healthcare prijs voor het beste waarde gedreven zorg initiatief.⁴² En in het hoofdlijnenakkoord medisch specialistische zorg is afgesproken, dat in 2022 voor 50% van de ziektelast uitkomst informatie beschikbaar is. Dat klinkt mooi. Maar ik kan mij voorstellen dat nog niet iedereen weet wat waarde gedreven zorg nu eigenlijk is. En dus zal ik u eerst meer vertellen over wat dit zorgconcept inhoudt.

Het Value-Based Healthcare of waarde gedreven zorg concept

Waarde gedreven zorg is een concept van kwaliteit van zorg met een nadruk op het gebruik van patiëntervaringen voor leren en verbeteren. Het begrip 'value' of 'waarde' staat centraal, niet als abstract ideaal, maar als meetbaar doel van de zorg.²⁹ Het realiseren van waarde wordt gemeten op basis van de bereikte zorguitkomsten, niet op basis van het zorgvolume oftewel de hoeveelheid geleverde zorg. Waarde wordt ook niet gemeten aan het zorgproces; processen meten en verbeteren zijn belangrijke strategieën, maar zijn geen vervanging voor het meten van zorguitkomsten en zorgkosten. Waarde wordt bepaald door het verbeteren van zorguitkomsten voor de patiënt of cliënt ten aanzien van welzijn, gezondheid en functioneren; en het transparant maken en zo mogelijk verminderen van de zorgkosten. Waardecreatie hangt dus af van zorguitkomsten afgezet tegen de zorgkosten.

$$\begin{array}{c} \text{Concept van waarde gedreven zorg} \\ \\ \text{(ervaren) welzijn, gezondheid \& functioneren} \\ \hline \text{totale kosten per patiënt/cliënt} \end{array} = \text{waarde creatie}$$

De uitkomsten, in de teller, gaan over een specifieke groep patiënten met een bepaalde ziekte of medische aandoening, zoals patiënten met knieartrose, of patiënten met borstkanker, of patiënten met harthalen. Uitkomsten kunnen worden gemeten als 1. een *klinische uitkomst*, bijvoorbeeld de duur van een ziekenhuisopname; 2. als een *patiënt-gerapporteerde uitkomst*, bijvoorbeeld of iemand zich weer goed kan inspannen na de operatie, zoals fietsen en hardlopen; en 3. als een *patiëntervaring*, bijvoorbeeld door te vragen of de arts voldoende tijd

besteed heeft aan de patiënt.^{4,46,47} De kosten, in de noemer, gaan over de totale kosten om de zorguitkomsten te bereiken over het gehele zorgtraject. Dit zijn kosten voor activiteiten die waarde toevoegen. Dat houdt dus ook in zo min mogelijk, en liefst helemaal geen, kosten voor ineffectieve behandeling of onnodige behandeling. Samengevat gaat het concept van waarde gedreven zorg uit van de volgende vier basisprincipes²⁸:

- 1) Waarde creatie definiëren als het doel van de zorgverlening;
- 2) organiseren van zorg rond de manier waarop waarde daadwerkelijk wordt gecreëerd;
- 3) meten van waarde creatie; en
- 4) vergoedingen van zorg laten aansluiten bij waarde creatie.

Toepassing van waarde gedreven zorg in Nederland

Tot nu toe is de uitwerking en toepassing van waarde gedreven zorg vooral gericht op de ziekenhuiszorg.^{43,45,49} Er zijn in Nederland al diverse mooie voorbeelden van ziekenhuizen die uitkomsten gebruiken om de kwaliteit van zorg te verbeteren.^{15,16,22,27,30,44,49} Maar wat waarde gedreven zorg kan betekenen buiten het ziekenhuis is nog maar beperkt onderzocht.³¹ De vertaling en toepassing van het concept hangt echter af van de zorgcontext.^{6,38} Binnen de *cure* (de zorg gericht op genezing van ziekte) wordt waarde gedreven zorg gedefinieerd als het leveren van de zorg die de patiënt wenst en is het luisteren naar de wensen van de patiënt en door de patiënt mee beslissen leidend voor de te kiezen behandelmethode (*shared decision making*). In de *care* (de chronische en langdurige zorg) ligt de focus meer op zelfredzaamheid, participatie en deelname aan de maatschappij. Voor de eerstelijnszorg is door Porter inmiddels een aangepaste versie van het Value-Based Healthcare concept voorgesteld.³¹ Het basisprincipe ‘zorg organiseren per specifieke medische aandoening’ is namelijk minder geschikt voor de eerste lijn. Binnen de context van de eerstelijnszorg past het beter om patiëntengroepen te definiëren met vergelijkbare zorgbehoeften, zoals kwetsbare ouderen of patiënten met meerdere chronische aandoeningen.

Waarde creëren binnen de Verzekeringsgeneeskunde

De toepassing van het waarde gedreven zorg concept binnen de verzekeringsgeneeskunde, maar ook breder binnen het domein Arbeid en Gezondheid, is nog een nieuw terrein. En dat is eigenlijk wel vreemd. Want het creëren van waarde voor de patiënt of cliënt is namelijk nauw verbonden aan het vak van een arts. Waardecreatie voor de patiënt en patiëntgerichte zorg staan

centraal in de Eed van Hippocrates, de eed die elke arts aflegt.¹³ Waardecreatie hoort dus ook thuis in de praktijk van de verzekeringsarts.

De cliënt centraal binnen de Verzekeringsgeneeskunde

Dat gezegd hebbende is het zeker niet zo dat er geen stappen zijn gezet op het gebied van persoonsgerichte zorg voor werkbehoud en terugkeer naar werk, het werkgebied van o.a. de bedrijfsarts en de verzekeringsarts. Binnen de arbeidsgerichte zorg is er steeds meer aandacht voor de rol van de werkende of werkzoekende met regie over zijn of haar gezondheid en functioneren met hulp van naasten en zorgprofessionals.⁴⁸ De multidisciplinaire richtlijn Chronisch Zieken en Werk⁵⁰ is hiervan een mooi voorbeeld. En ook het door Instituut Gak gefinancierde en recent afgeronde onderzoeksprogramma 'De Werkende Centraal' heeft belangrijke inzichten opgeleverd. Graag benoem ik een aantal hiervan.

Om eigen regie te bevorderen is aandacht nodig voor het goede gesprek. Het onderzoek van de inmiddels kersverse doctor Mariska de Wit laat zien, dat het belangrijk is om tijdens het spreekuur aandacht te besteden aan eigen verwachtingen ten aanzien van herstel en terugkeer naar werk, de coping stijl, motivatie, angst-ontwijkende overtuigingen en het gevoel van controle.¹⁰ Ook zijn voor het goede gesprek een aantal randvoorwaarden van belang, namelijk wederzijds vertrouwen tussen arts en cliënt, interesse en betrokkenheid tonen en begrip tonen voor de situatie van de cliënt.^{8,9}

Bevorderen van zelfredzaamheid op het werk, dat is waar Astrid Bosma zich op richtte in haar promotieonderzoek. Het leverde een participatieve aanpak op voor organisaties, gericht op het creëren van een meer ondersteunende werkomgeving. Bedrijfsartsen kunnen werkenden helpen bij het bespreekbaar maken van hun ziekte binnen de werkomgeving; bij het vragen om ondersteuning en werkaanpassingen; bij het vinden van balans tussen werk, privé en (indien nodig) behandeling; en bij het managen van de ziekte op het werk om werk gerelateerde gevolgen van chronische ziekte zoveel mogelijk te voorkomen of tenminste vroegtijdig te signaleren.^{1,2}

En niet alleen de werkomgeving is van belang. Ook de sociale omgeving van een patiënt of cliënt heeft een belangrijke invloed op de ervaren gezondheid en het functioneren.³⁵ Nicole Snippen heeft mooi werk verricht in haar promotieonderzoek naar het betrekken van naasten bij re-integratie. Door rekening te houden met de invloed van naasten en ze zo nodig te betrekken bij

het re-integratie proces kan het functioneren en het werkvermogen van werkenden met een chronische ziekte worden versterkt.³⁴

En wat nodig is voor succesvolle implementatie van persoonsgerichte methodieken en instrumenten in de praktijk van de bedrijfsarts en de verzekeringsarts heb ik samen met postdoc onderzoeker Nina Zipfel in een proeftuinproject onderzocht. In onze studie naar belangrijke implementatiefactoren stond rekening houden met de behoeften van werkenden zelf met stip op nummer één.⁵²

Kansen van waarde gedreven zorg voor de Verzekeringsgeneeskunde

En dat brengt mij weer bij de toepassing van waarde gedreven zorg binnen de verzekeringsgeneeskunde. Hoe kunnen we beter aansluiten bij de behoeften van de patiënt of cliënt en meer rekening houden met het persoonlijke proces? Cliëntervaringen en cliënt-gerapporteerde uitkomsten geven unieke informatie over hoe het gaat met de cliënt; over wat de voorkeuren en behoeften zijn ten aanzien van gezondheid, welzijn, functioneren en werk; over levensstijl, over sociaal maatschappelijke wensen en invulling. In de spreekkamer kunnen cliënt en verzekeringsarts samen de inzichten in cliëntwaarden gebruiken om in gesprek te gaan over wensen, mogelijke doelen en verwachtingen rondom arbeidsparticipatie en inkomenszekerheid. De informatie kan ook waardevol zijn om eerlijke verwachtingen bij de cliënt te wekken. Cliënten kunnen bovendien de knelpunten binnen de verzekeringsgeneeskundige praktijk laten zien. Zij zijn degenen die deze daadwerkelijk ervaren. Ik denk dat waarde gedreven zorg kansen biedt om de verzekeringsgeneeskundige beroepsuitoefening verder te verbeteren en te versterken.

En dat gaat verder dan de spreekkamer van de verzekeringsarts. Want waarde gedreven zorg vraagt om een aanpak gericht op de ‘full cycle of care’, dus over de grenzen van zorgdomein en sociaal domein heen.⁶ Dit sluit aan bij de ontwikkeling richting netwerkzorg waarin zorg wordt georganiseerd met de behoefte van de patiënt als uitgangspunt en waarbij verschillende actoren in het netwerk op verschillende momenten waarde kunnen toevoegen. Bij netwerkzorg begeleiden zorgprofessionals in flexibele, interdisciplinaire teams de patiënt bij klinisch herstel én maatschappelijk herstel, zoals re-integratie na ziekte. Het is dus van belang dat ook waarde wordt toegevoegd vanuit de Sociale Geneeskunde. Werkbehoud, terugkeer naar werk en duurzame inzetbaarheid zijn voor mensen met een arbeidsbeperking door ziekte van groot belang en kunnen zorgkosten en kosten door langdurige werkuitval en arbeidsongeschiktheid (zoals verlies aan productiviteit en arbeidsongeschiktheidsuitkeringen) verlagen. Maar ook wanneer

terugkeer naar werk niet haalbaar is, kan goede zorg en begeleiding door een verzekeringsarts waarde toevoegen bij het verkrijgen van inkomenszekerheid met behulp van een passende uitkering. Ook als herstel van arbeidsvermogen geen optie meer is, kan een verzekeringsarts bijdragen aan kwaliteit van leven door zich te verdiepen in de behoeften en wensen van de cliënt. Hoe kan de cliënt verder zonder dat de functioneringsproblemen door ziekte overheersen? Hoe kan de cliënt in staat worden gesteld dingen te realiseren die waardevol zijn?

Onderzoek naar waarde gedreven zorg binnen de Verzekeringsgeneeskunde

Value Based Healthcare of waarde gedreven zorg inspireert velen, ook ik ben enthousiast zoals u ongetwijfeld gemerkt hebt. Echter, om waarde te bepalen binnen de verzekeringsgeneeskunde is onderzoek nodig naar de vertaling en de toepassing van het waarde gedreven zorg concept binnen de verzekeringsgeneeskundige praktijk. Het is belangrijk te weten of én hoe het concept in de Nederlandse praktijk uitgewerkt en geïmplementeerd kan worden om tot succesvolle zorgverbetering te kunnen leiden.^{37,38} Onderzoek naar waarde gedreven zorg binnen de Nederlandse gezondheidszorg is tot nu toe gericht geweest op de ziekenhuiszorg, de langdurige zorg en de eerstelijnszorg.⁶ De uitdaging die nog voor ons ligt is de vertaling en praktische uitwerking van het concept naar de Sociale Geneeskunde.

Ik ben dan ook zeer blij dat we vorig jaar konden starten met ons Value@Work onderzoek naar waarde gedreven zorg binnen Arbeid en Gezondheid. Voor dit onderzoek heb ik het genoegen om samen te werken met een breed interdisciplinair en inspirerend team van onderzoekers. Onze onderzoekexpertise en ervaring vullen elkaar goed aan, zoals het doen van onderzoek binnen de verzekeringsgeneeskundige praktijk, expertise in human-centered design oftewel mensgericht ontwerpen bij innovatie en organisatie van zorg, de toepassing van Value-Based Healthcare, het ontwikkelen van patiënt gerapporteerde uitkomsten en patiënten participatie in onderzoek. En ook qua praktijkervaring vertegenwoordigen we belangrijke groepen zorgprofessionals die een bijdrage leveren aan gezondheid en functioneren, namelijk verzekeringsartsen, bedrijfsartsen, fysiotherapeuten en cardiologen.

Binnen ons Value@Work onderzoek richten we ons op waarde gedreven zorg voor mensen met hart- en vaatziekten die te maken krijgen met problemen in belastbaarheid en functioneren in werk. Hart- en vaatziekten komen namelijk veel voor in Nederland. Ze vormen het grootste aandeel binnen patiënten met

chronische aandoeningen. Een hart- of vaatziekte heeft aanzienlijke impact op welzijn en kwaliteit van leven. En volgens berekeningen van het RIVM in opdracht van de Nederlandse Hartstichting³ zal het aantal patiënten met hart- en vaatziekten verder stijgen naar 1,4 miljoen in 2040. Naast de persoonlijke impact op gezondheid en functioneren vormen hart- en vaatziekten ook een belangrijk aandeel van de maatschappelijke ziektelast, waaronder zorgkosten en kosten door productieverlies en arbeidsongeschiktheid.

In het Value@Work onderzoek concentreren we ons op drie onderdelen:

1. *Het uitwerken van het Value-Based Healthcare concept voor de Verzekeringsgeneeskunde*

Bij dit eerste onderdeel richten we ons op de vragen: Hoe kan het concept vertaald worden naar de verzekeringsgeneeskundige praktijk in Nederland? En wat zijn belangrijke randvoorwaarden voor het toepassen van Value-Based Healthcare binnen de Verzekeringsgeneeskunde?

2. *Het ontwikkelen en valideren van een minimale set van uitkomstindicatoren voor de verzekeringsarts en de cliënt met participatieproblemen door hart- en vaatziekten;*

Voor het ontwikkelen van cliënt gerapporteerde uitkomsten gaan we op zoek naar welke uitkomsten van belang zijn voor mensen met participatieproblemen door hart- en vaatziekten. En we brengen in kaart hoe inzichten in deze uitkomsten de verzekeringsarts kan ondersteunen bij het bieden van passende verzekeringsgeneeskundige zorg.

3. *Het opzetten en onderzoeken van een zorgnetwerk voor arbeidsgerichte zorg voor patiënten of cliënten met hart- en vaatziekten.*

Voor het derde onderdeel gaan we onderzoeken hoe samenwerking met verzekeringsartsen in een zorgnetwerk vormgegeven of versterkt kan worden om mensen met hart- en vaatziekten te ondersteunen bij werkbehoud en terugkeer naar werk. Een zorgnetwerk kan ook de toegankelijkheid en uitwisseling van informatie bevorderen tussen de verzekeringsarts en andere betrokken zorgprofessionals, zoals de huisarts en de medisch specialist. Samenwerking in een zorgnetwerk met ook bedrijfsartsen en paramedische zorgprofessionals, zoals fysiotherapeuten en psychologen, ligt hierbij voor de hand. Ook zij richten zich bij uitstek op functioneren en participatie.

Het Value@Work onderzoek is nu ruim een jaar aan de gang. En met plezier wil ik u een korte inkijk geven in onderzoek dat promovenda Marije Hagendijk en postdoc onderzoeker Nina Zipfel hebben uitgevoerd. Zij hebben interviews gehouden met negentien patiënten, bij wie hun hart- of vaataandoening impact heeft of heeft gehad op hun belastbaarheid en hun functioneren in werk. In dit onderzoek willen we het zorgsysteem rondom arbeidsgerichte zorg in kaart brengen. Ook willen we de behoeften van hartpatiënten identificeren wat betreft belangrijke uitkomsten van arbeidsgerichte zorg en hun behoeften ten aanzien van communicatie en samenwerking tussen de betrokken zorgprofessionals. Met de informatie uit deze interviews maken we een client experience journey map. Dit doen we met hulp van Floor Oomen, masterstudent Strategic Product Design aan de TU Delft. De client experience journey beschrijft het zorgproces door de ogen van de patiënt of cliënt. In het proces doorloopt een patiënt verschillende fasen. Hierbij brengen we in kaart wat cruciale momenten zijn, de zogeheten touchpoints. En welke zorgprofessionals op welke momenten in het traject betrokken zijn. We beschrijven per fase de ervaringen en de behoeften van de patiënten. En met een emotiecurve visualiseren we hoe de patiënt zich in elke fase voelt. De interviews worden ook geanalyseerd om belangrijke thema's voor verbetering van arbeidsgerichte zorg voor hartpatiënten inzichtelijk te maken. Graag noem ik enkele quotes uit de interviews als illustratie.

Ik begin dan met de heer K die vertelt over de start van zijn zorgtraject:

En weet je, zodra je in een ziekteproces zit voor jezelf, sta je helemaal niet te wachten op dit soort vervelende dingen. Het is niet leuk om niet serieus genomen te worden, als een soort nummer behandeld te worden, hebben we weer een hart, je wilt gewoon dat er serieus naar je geluisterd wordt en dat vind ik toch ook wel heel essentieel. [*transcript interview de heer K*]

De heer W zegt het volgende over zijn ervaring bij een spreekuurbezoek aan zijn cardioloog:

Concrete vraag aan de cardioloog was in de trant van 'wanneer kan ik weer aan de slag en hoe moet ik dat aanpakken', met als reactie dus de verwijzing naar de bedrijfsarts. Ik snap dat dat gebeurt, maar door het ontbreken van een bedrijfsarts stond ik op dat moment met lege handen naar mijn gevoel. [*transcript interview de heer W*]

De ervaring van mevrouw S gaat over het gebruik van protocollen door de bedrijfsarts:

En ik snap dat een bedrijfsarts niet van alle dingen, alle informatie kan hebben, maar ik vind dat er te strak wordt gekeken naar de opbouwprotocollen, dat is mijn ervaring, daar paste ik niet in... dat vroeg ik nog aan die arbeidsdeskundige na dat jaar, bij dat onderzoek ... Toen zei hij van 'Ja, volgens het protocol moeten wij ervan uitgaan dat jij elke dag hetzelfde bent'. Ja, dan schiet het voor mij volledig zijn doel voorbij.
[transcript interview mevrouw S]

Dat er zeker ook goede ervaringen zijn wat betreft begeleiding door de bedrijfsarts laat deze opmerking van de heer vA zien:

En nu heeft hij [de bedrijfsarts] dus ook, het consult van vorige week was met het oog op de WIA aanvraag. Hij heeft mij allemaal uitgelegd wat het allemaal inhoudt, de hele procedure die er nu gestart wordt. En heeft mij ook verwezen naar de nodige dingen die ik op internet erover kan vinden. En als er vragen zijn mag ik hem altijd bellen. [transcript interview de heer vA]

Bij langdurige werkkuitval door hart- en vaatziekten komen mensen bij het UWV. Over de WIA-beoordeling vertelt de heer B:

... gewoon heel zakelijk, er werden conclusies getrokken als: met mijn pericarditis moet je niet in een koeling gaan werken of niet stratenmaker worden, allemaal van die dingen dat ik dacht, dat doet er helemaal niet toe. Maar dat moet allemaal genoteerd worden voor het dossier, van; goh, dat zijn dan de beperkingen, daar kwam dan de conclusie uit dat is geen reden om een uitkering te krijgen ... Ik vond het gewoon geen fijne gesprekken...
[transcript interview de heer B]

En de heer S zegt over zijn contact met het UWV na zijn WIA-beoordeling het volgende:

Niet met iemand van het UWV, de beslissing is genomen, ze hebben het medegedeeld en eigenlijk is het enige contact dat ik daarna met het UWV heb gehad is dat het voorschot op een gegeven moment de vaste uitkering werd en dat ze die drie keer per jaar gaan toetsen via de belastingdienst.
[transcript de heer S]

Tot zover de korte inkijk in het eerste deel van ons onderzoek. De definitieve resultaten met de client experience journey map verwachten we einde van dit jaar. Eenmaal in kaart gebracht kunnen we kansen en knelpunten

identificeren voor het verbeteren van arbeidsgerichte zorg waar ook verzekeringsartsen aan bijdragen.

Samengevat is het doel van mijn leerstoelonderzoek voor de komende jaren om waarde creatie binnen de verzekeringsgeneeskunde vorm te geven. Door te onderzoeken hoe waarde gedreven zorg binnen de verzekeringsgeneeskundige praktijk kan worden toegepast; door het definiëren van een minimale set van waarde gerichte uitkomstindicatoren; én door het toevoegen van verzekeringsgeneeskundige zorg in een zorgnetwerk voor mensen met hart- en vaatziekten die problemen ervaren met werkbehoud of werkuitval.

Onderwijs

Onderwijs is een kwestie van bruggen bouwen.

Ralph Ellison

Ik kom dan nu bij het laatste deel van mijn rede en ik wil graag nog kort stilstaan bij het onderwijs. Netwerken en verbinden zijn volgens mij namelijk ook essentiële voorwaarden voor de opleiding van toekomstig artsen.

Onderwijs is een must voor een leven lang leren. Onderwijs geeft ook zichtbaarheid en identiteit aan een vakgebied. Om studenten kennis te laten maken met nieuwe identiteiten en om nieuwe rolmodellen aan te reiken. Onderwijs is en blijft daarmee ook voor de Sociale Verzekeringsgeneeskunde een cruciale bouwsteen. Het vormt een onmisbare brug tussen wetenschap en praktijk. Niet alleen om toekomstige verzekeringsartsen op te leiden, maar ook om aan alle toekomstige artsen te laten zien én te leren hoe de samenleving zich ontwikkelt en wat nodig is om als arts te kunnen focussen op positieve gezondheid, om te kunnen ondersteunen bij functioneren en participeren van mensen in hun omgeving, ondanks ziekte. Thema's als preventie, gezond leven en welzijn moeten een belangrijker rol krijgen in de opleiding tot arts. En ook een onderwerp als samenwerking over de grenzen van het eigen vak zal steeds meer centraal moeten komen te staan. Het al eerder door mij genoemde raamplan artsopleiding 2020 biedt nadrukkelijk meer ruimte om dokters mens- en maatschappijgerichter op te leiden.²⁶ Natuurlijk zal medische kennis ook in de toekomst een vereiste blijven voor alle artsen. Maar het is van groot belang dat in de artsopleiding er echt werk gemaakt gaat worden van meer balans tussen puur medische onderwerpen en maatschappelijke gezondheidsvraagstukken. Om dokters op te leiden voor *gezondheidszorg*; zorg met focus op gezondheid, welzijn en functioneren in plaats van focus op ziekte. Ik zie met veel enthousiasme dat dit

ook breed wordt gedragen vanuit de artsenfederatie KNMG. De opbrengst van het KNMG-visietraject arts 2040 biedt inspiratie voor het onderwijs aan onze toekomstige artsen. Preventie, cure en care en sociaal domein zullen naadloos in elkaar over moeten gaan. Toekomstig artsen leren holistisch te denken en te werken in multidisciplinaire, domein-overstijgende teams en netwerken.

Om het holistisch denken en werken meer in te bedden in het onderwijs pleit ik voor patient experience journeys, oftewel de reis met ervaringen van de patiënt of cliënt tijdens het gehele integrale zorgtraject, als een vast onderdeel in de artsopleiding. Want leren is meer dan weten. Leren is ook ervaren. Om zo vanuit het persoonsgerichte perspectief verbindingen te leggen tussen o.a. huisartsgeneeskunde, sociale geneeskunde, ouderengeneeskunde, en zorg in het ziekenhuis. In deze journeys is er ook aandacht voor preventie en leefstijl en zorg voor welzijn en participatie binnen het sociale domein. Op deze manier leren de studenten schakelen tussen de ziekte of klacht van een patiënt en de sociale en maatschappelijke context, en tussen de verschillende zorgdomeinen.¹⁷

Onderwijs dus om bruggen te bouwen. Voor de Sociale Verzekeringsgeneeskunde vraagt dit om rolmodellen en om stevig leiderschap. Ik ben heel blij dat ik naast mijn werk als hoogleraar bij Amsterdam UMC en de Universiteit van Amsterdam ook nauw verbonden ben aan onderwijs door mijn werk als instituutopleider-verzekeringsarts bij de NSPOH. Want kennis vraagt om toepassing. En op deze manier kan ik bijdragen aan het beschikbaar maken van kennis voor de praktijk. Maar bruggenbouwen doe je niet alleen. En daarom eindig ik met deze hartenkreet.

Om de Sociale Verzekeringsgeneeskunde de waarde en de identiteit te geven die het verdient is teamwerk nodig. Verzekeringsartsen, opleiders, docenten en onderzoekers. Maar ook bestuurders, onderwijscoördinatoren en vertegenwoordigers van de beroepsgroep. Als we blijven doen wat we deden, houden we dan tenminste nog wel wat we hadden? Ik denk van niet. Als we blijven doen wat we deden, dan gaat de wal het schip keren. Het recente WRR-rapport 'Kiezen voor houdbare zorg'⁷ bevestigt dit naar mijn mening alleen maar meer. We zullen over de eigen schaduw heen moeten stappen om mekaar echt te leren kennen en elkaars expertise en netwerk beter te benutten. Om elkaar te vinden in de gedeelde behoefte aan toekomstbestendige *gezondheidszorg*. Samen kunnen we de beweging op gang brengen naar toekomstbestendige en passende Verzekeringsgeneeskundige zorg. De verzekeringsarts in de toekomst wordt opgeleid tot dokter voor burger en maatschappij binnen regionale netwerkzorg. Het is hoog tijd voor een passende identiteit. Wij, verzekeringsartsen, wij zijn het waard!

Dankwoord

En dan ben ik nu toegekomen aan mijn dankwoord. Ik vind dat best een uitdaging, want het is onmogelijk om iedereen te bedanken. Toch wil ik heel graag een aantal mensen in het bijzonder noemen. Want in mijn loopbaan als verzekeringsarts en als wetenschapper zijn er meerdere waardevolle momenten, ontmoetingen en gebeurtenissen geweest, waar ik even bij stil wil staan.

Ik wil beginnen bij Bert de Jong, Karien Stronks en Carel Hulshof. Hooggeachte leden van het curatorium van de bijzondere leerstoel, heel erg bedankt dat jullie mij hebben willen voordragen voor de benoeming tot bijzonder hoogleraar Sociale Verzekeringsgeneeskunde. Heel veel dank ook aan het bestuur van Instituut Gak, het College van bestuur van de Universiteit van Amsterdam en de raad van bestuur van het AMC voor het in mij gestelde vertrouwen.

Een speciaal woord van dank wil ik richten tot Boudien Krol en Joke Selhorst. Lieve Boudien, anders dan gehoopt kun je er vandaag toch niet live bij zijn. Maar je verdient een plek in mijn dankwoord, want jij weet dat de afgelopen jaren voor mij niet makkelijk en ook wel heel spannend zijn geweest. Steeds weer gaf je mij het vertrouwen dat ik als persoon en als wetenschapper een waardevolle bijdrage lever aan de Verzekeringsgeneeskunde. Ik wil hier nogmaals benadrukken hoezeer dat mij gesteund heeft.

Lieve Joke, ik kijk terug op een zeer fijne samenwerking met jou voor onze mooie wetenschappelijke beroepsvereniging, de NVVG. Heel fijn om een écht luisterend oor te hebben, een klankbord en iemand om gewoon even stoom af te kunnen blazen als dat nodig was. Bij jou kon en kan ik altijd terecht. Een speciaal dankjewel dus ook voor jou!

Verder wil ik mijn promotoren Willem van Mechelen, Allard van der Beek en Han Anema bedanken. Alhoewel ik bij mijn sollicitatie als junior onderzoeker bij het Kenniscentrum Verzekeringsgeneeskunde in 2005 nog maar weinig wetenschappelijke output op mijn CV had staan, zagen jullie mijn potentieel en kreeg ik de kans om promotieonderzoek te doen naar een participatieve aanpak voor betere ondersteuning bij terugkeer naar werk van zieke uitzendkrachten en zieke werklozen. Met jullie hulp heb ik de basis kunnen leggen van mijn wetenschappelijke carrière.

En mijn wetenschappelijke loopbaan geef ik nu met veel plezier verder vorm, samen met het topteam van het Value@Work onderzoek. Nina, Marije, Jan, Marijke, Ersen, Carel en Philip, wat vullen we elkaar goed aan. Goede en prikkelende discussies over onze onderzoekaankpak en bijbehorende data-analyses wisselen we af met oprechte aandacht hoe het met ons allen gaat. Ik kijk met veel

plezier uit naar al het moois, dat we met het Value@Work onderzoek kunnen gaan bijdragen aan waarde gedreven verzekeringsgeneeskundige zorg in Nederland.

De vele collega's bij de afdeling Public & Occupational Health van Amsterdam UMC en het Kenniscentrum Verzekeringsgeneeskunde zijn echt te veel om op te noemen. Maar ik ben blij en trots, dat ik onderdeel kan zijn van zulke toonaangevende onderzoeksinstituten binnen de Sociale Geneeskunde.

Ook is een warm woord van dank op zijn plaats voor mijn lieve collega's van de NSPOH. In het bijzonder Eveline Thé, Harrie Veneman en Petrien Uniken Venema. Petrien, je bent nu niet meer verbonden aan de NSPOH, maar jullie drieën hebben mij echt laten voelen hoe welkom ik was als instituutsopleider verzekeringsarts. Jullie gaven mij de ruimte om mijn eigen keuzes te maken in de wetenschap dat de NSPOH een thuisbasis bood en biedt. De warme en collegiale sfeer binnen de NSPOH is heel bijzonder om te mogen ervaren.

En tot slot wil ik heel graag mijn allerdierbaarsten bedanken.

Lieve pap en mam, we hebben binnen onze familie al veel meegemaakt. En ook het Covid-19 virus heeft diepe sporen achtergelaten. Maar veerkracht en blijven zoeken naar lichtpuntjes is iets wat onze familie kenmerkt. Ik heb geleerd hoe waardevol en belangrijk het is om te genieten van de kleine dingen. Want uiteindelijk is dat toch het allerbelangrijkst. Ik hou van jullie.

Lieve Wim en Joke, het is fijn om jullie als schoonouders te hebben. Heel erg bedankt voor alle hulp en steun.

Lieve Vito, ik weet dat je supertrots op mij bent. Dankjewel voor je vertrouwen, je steun en je liefde. En ... je hulp met het maken van de PowerPoint presentatie. Je bent mijn wederhelft die mij steeds weer stimuleert om uitdagingen aan te gaan en te groeien in mijn loopbaan, maar mij ook helpt om de balans tussen werk en privé te bewaken.

En last maar verre van least, lieve Evelyne, Lotte en Roos, mijn meisjes, ik weet dat ook jullie supertrots zijn dat jullie moeder nu professor is. En ik ben supertrots op jullie. Jullie energie en vrolijkheid is heerlijk. Ik geniet van jullie liefde, jullie humor en jullie creativiteit. Ik vind het heel erg leuk dat Evelyne de emotie poppetjes voor mijn presentatie vandaag heeft gemaakt. Moeder mogen zijn van drie zulke prachtige dochters is het grootste cadeau.

Ik heb gezegd.

Referenties

1. Bosma, A. R., Boot, C. R. L., Schaafsma, F. G., & Anema, J. R. (2020) Facilitators, barriers and support needs for staying at work with a chronic condition: a focus group study. *BMC Public Health*, 20(1), 201.
<https://doi.org/10.1186/s12889-020-8320-x>
2. Bosma, A. R., Boot, C. R. L., Schaafsma, F. G., Kok, G., & Anema, J. R. (2020) Development of an Intervention to Create a Supportive Work Environment for Employees with Chronic Conditions: An Intervention Mapping Approach. *J Occup Rehabil*, 30(4), 624-634.
<https://doi.org/10.1007/s10926-020-09885-z>
3. Bots, M. L., Buddeke, J., Van Dis, I., Vaartjes, I., & Visseren, F. L. J. (2015) Hart- en vaatziekten in Nederland 2015. Cijfers over heden, verleden en toekomst. (Rapport onder redactie van de 'Werkgroep Cijfers' van de Hartstichting). Hartstichting.
4. Bull, C., Byrnes, J., Hettiarachchi, R., & Downes, M. (2019) A systematic review of the validity and reliability of patient-reported experience measures. *Health Serv Res*, 54(5), 1023-1035.
<https://doi.org/10.1111/1475-6773.13187>
5. De Kock, C. A. (2020). GPs@Work (Huisartsenwerk). The role of GPs in work-related problems. Radboud Universiteit, Nijmegen.
6. De Koeijer, R., & Hazelzet, J. (2017) Wat is nodig voor duurzame implementatie van Value Based Healthcare? *Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken*, 33(2), 199-213.
7. De Visser, M., Boot, A. W. A., Werner, G. D. A., Van Riel, A., & Gijsberts, M. I. L. (2021) Kiezen voor houdbare zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak (WRR-Rapport 104). Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid.
8. De Wit M., Wind, H., Snippen, N. C., Sluiter, J. K., Hulshof, C. T. J., & Frings-Dresen, M. H. W. (2019) Physicians' Perspectives on Person-Related Factors Associated With Work Participation and Methods Used to Obtain Information About These Factors. *J Occup Environ Med*, 61(6), 499-504.
9. De Wit, M., Wind, H., Hulshof, C. T. J., & de Boer, A. G. E. M. (2019) Obtaining person-related information from employees with chronic health problems: a focus group study. *Int Arch Occup Environ Health*, 92(7), 1003-1012.
10. De Wit, M., Wind, H., Hulshof, C. T. J., & Frings-Dresen M. H. W. (2018) Person-related factors associated with work participation in employees with health problems: a systematic review. *Int Arch Occup Environ Health*, 91(5), 497-512.

11. Faas, J. & Knepper, S. Inleiding verzekeringsgeneeskundige beoordeling. Geraadpleegd op 5 augustus 2021, van <https://www.nvvg.nl/richtlijnen/inleiding-verzekeringsgeneeskundige-beoordeling/>
12. Federatie Medisch Specialisten en Landelijke Huisartsen Vereniging. (2019) Handreiking 'Implementatie Juiste zorg op de juiste plek'. FMS.
13. Federatie Medisch Specialisten. (2017) Visiedocument Medisch Specialist 2025. Ambitie, Vertrouwen, Samenwerken. [Visiedocument].
14. Gezondheidsraad. (2005) Beoordelen, behandelen, begeleiden. Medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Gezondheidsraad.
15. Goretti, G., Marinari, G. M., Vanni, E., & Ferrari, C. (2020) Value-based healthcare and enhanced recovery after surgery implementation in a high-volume bariatric center in Italy. *Obes Surg*, 30(7), 2519-2527. <https://doi.org/10.1007/s11695-020-04464-w>
16. Hennrikus, W. P., Waters, P. M., Bae, D. S., Virk, S. S., & Shah, A. S. (2012) Inside the value revolution at Children's Hospital Boston: time-driven activity-based costing in orthopaedic surgery. *The Harvard Orthopaedic Journal*, 14, 50-57.
17. Hermans, J., Jaarsma, D., & Reijneveld, M. Arts2040 is nu al nodig. (2021, 29 januari). Basisopleiding geneeskunde moet maatschappijgericht. *Medisch Contact*. Geraadpleegd op 29 september 2021, van <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/arts2040-is-nu-al-nodig.htm>
18. Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., van der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., Leonard, B., Lorig, K., Loureiro, M. I., Van der Meer, J. W., Schnabel, P., Smith, R., Van Weel, C., & Smid, H. (2011). How should we define health? *BMJ: British Medical Journal*, 343, [d4163]. <https://doi.org/10.1136/bmj.d4163>
19. Jansen, H., & Noordik, E. (2020) Net geregistreerd als verzekeringsarts en dan weg bij UWV. Waarom? Een kwalitatief onderzoek. *TBV - Tijdschr Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskd*, 28, 8-14.
20. Kaljouw, M., & van Vliet, K. Onder de redactie van de Commissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen. (2015) Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren. Zorginstituut Nederland.
21. Kaljouw, M. & Wijma, S. (2020) Adviesrapport Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nú. Actieplan voor het behoud van goede en toegankelijke gezondheidszorg. Nederlandse zorgautoriteit & Zorginstituut Nederland.
22. Kaplan, R. S., Witkowski, M. L., & Hohman, J. A. (2012) Schön Klinik: Measuring Cost and Value. Harvard Business School Case 112-085 [Revised December 2014].

23. Kelly, T. A. (2015) International consortium for health outcomes measurement (ICHOM). *Trials*, 16(3):O4. <https://doi.org/10.1186/1745-6215-16-S3-O4>
24. KNMG. (2017) KNMG-visiedocument Zorg die werkt. Naar een betere arbeidsgerichte medische zorg voor (potentieel) werkenden. [Visiedocument].
25. La Grouw, Y., Kee, K., Ybema, S., Taverne, H., & Boonen, L. (2019) Samen beslissen in de praktijk. *Praktijkonderzoek i.o.v. het Zorginstituut Nederland*. Equalis en de Vrije Universiteit.
26. NFU. (2020) Raamplan artsopleiding 2020. Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra.
27. Nilsson, K., Bääthe, F., Andersson, A. E., Wikström, E., & Sandoff, M. (2017) Experiences from implementing value-based healthcare at a Swedish University Hospital—a longitudinal interview study. *BMC Health Serv Res*, 17(1), 169. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2104-8>
28. Porter, M. E. (2008) Value-based health care delivery. *Ann Surg*, 248(4), 503-509. <https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e31818a43af>
29. Porter, M. E. (2010) What is value in health care? *N Engl J Med*. 363(26), 2477-2481.
30. Porter, M. E., Deerberg-Wittram, J., Feeley, T. W., & Marks, C. (2014) Martini Klinik: Prostate Cancer Care. Harvard Business School Case 714-471 [Revised June 2014].
31. Porter, M. E., Pabo, E. A., & Lee T. H. (2013) Redesigning primary care: a strategic vision to improve value by organizing around patients' needs. *Health Affairs*, 32(3), 516-525.
32. SER. (2016) Werk: van belang voor iedereen. Een advies over werken met een chronische ziekte (Rapport maart 2016). Sociaal Economische Raad.
33. Slebus, F. (2021) Stel je op als zorgprofessional. *TBV - Tijdschr Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskd*, 29, 6-7.
34. Snippen, N. C., De Vries, H. J., De Wit, M, Van der Burg-Vermeulen, S. J., Brouwer, S., & Hagedoorn, M. (2021) Assessing significant others' cognitions and behavioral responses in occupational health care for workers with a chronic disease. *Disabil Rehabil*, 43(19), 2690-2703.
35. Snippen, N. C., De Vries, H. J., Van der Burg-Vermeulen, S. J., Hagedoorn, M., & Brouwer, S. (2019) Influence of significant others on work participation of individuals with chronic diseases: a systematic review. *BMJ Open*, 9(1), e021742. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-021742>
36. Soethout, M. B. M., & van der Beek, A. J. (2021) Een carrière als sociaal geneeskundige: een optie voor de huidige geneeskundestudent? *TSG*

- Tijdschr Gezondheidswet, 99, 16–23. <https://doi.org/10.1007/s12508-021-00292-0>
37. Steinmann, G., Delnoij, D., Van de Bovenkamp, H., Groote, R., & Ahaus, K. (2021) Expert consensus on moving towards a value-based healthcare system in the Netherlands: a Delphi study. *BMJ Open*, 11(4), e043367. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-043367>
 38. Steinmann, G., Van de Bovenkamp, H., De Bont, A., & Delnoij, D. (2020) Redefining value: a discourse analysis on value-based health care. *BMC Health Serv Res*, 20(1), 862. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05614-7>
 39. Tas J. (2019) Het ziekenhuis van de toekomst is een digitaal netwerk. In F. Kreier & I. Verberk-Jonkers (reds.), *De dokter en digitalisering* (pp. 99-106). Springer.
 40. Taskforce Juiste Zorg op de Juiste Plek. (2018) *De Juiste Zorg op de Juiste Plek. Wie durft?* (Rapport in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2018)
 41. Trackmaven. (2016) *The Best Hashtag Strategies for Social Media*. Geraadpleegd op 16 oktober 2021 van <http://pages.trackmaven.com/rs/251-LXF-778/images/hashtag-strategies-for-social-media.pdf>
 42. ValueBased HealthCare Center Europe. *The Prize that recognizes VBHC initiatives. ValueBased HealthCare Prize 2022*. Geraadpleegd op 16 oktober, van <https://vbhcprize.com/>
 43. Van Deen, W. K., Spiro, A., Burak Ozbay, A., Skup, M., Centeno, A., Duran, N. E., Lacey, P. N., Jatulis, D., Esrailian, E., Van Oijen, M. G. H., & Hommes, D. W. The impact of value-based healthcare for inflammatory bowel diseases on healthcare utilization: a pilot study. *Eur J Gastroenterol Hepatol*, 29(3), 331-337. <https://doi.org/10.1097/MEG.0000000000000782>
 44. Van Den Berg K., Dijkman, L. M., Keus, S. H. J., Scheele, F., & Van Pampus, M. G. (2019) Value-based health care in obstetrics. *J Eval Clin Pract*, 26(1), 101-108. <https://doi.org/10.1111/jep.13208>
 45. Van der Nat, P., van Veghel, D., Daeter, E., Crijns, H., Koolen, J., Houterman, S, Soliman, M. A., De Mol, B. A., & Meetbaar Beter Study Group. (2017) Insights on value-based healthcare implementation from Dutch heart care. *International Journal of Healthcare Management*, 13(3), 189-192. <https://doi.org/10.1080/20479700.2017.1397307>
 46. Van der Wees, P. J., Verkerk, E. W., Verbiest, M. E. A., Zuidgeest, M., Bakker, C., Braspenning, J., de Boer, D., Terwee, C. B., Vajda, I., Beurskens, A., & van Dulmen, S. A. (2019) Development of a framework with tools to support the selection and implementation of patient-reported

- outcome measures. *J Patient Rep Outcomes*, 3, 75.
<https://doi.org/10.1186/s41687-019-0171-9>
47. Van der Wees, P., Abma I., Vajda I., & Verbiest-Hoppenbrouwer, M. (2016) Patiënt-gerapporteerde uitkomstmetingen: Hoe zetten we de patiënt echt centraal? *Ned Tijdschrift Evidence Based Practice*, 11(3), 17-20.
48. Van Dijk, F. J. H., & Schaufeli, W. B. (2015) Preventieve bedrijfsgezondheidszorg. Resultaten van een innoverend onderzoeks- en ontwikkelprogramma 2007-2013 (3) Slotbeschouwing, conclusies en aanbevelingen. *TBV - Tijdschr Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskd*, 23, 509-511.
49. Van Veghel, D., Marteiijn, M., & de Mol, B. (2016) First results of a national initiative to enable quality improvement of cardiovascular care by transparently reporting on patient-relevant outcomes. *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery*, 49(6), 1660-1669.
50. Vooijs, M., Van der Heide, I., Leensen, M., Hoving, J., Wind, H., & Frings-Dresen, M. (2016) Richtlijn chronisch zieken en werk. Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid, Academisch Medisch Centrum.
51. WHO-FIC Netwerk. *ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health*. Geraadpleegd op 29 september 2021, van <https://www.whofic.nl/familie-van-internationale-classificaties/referentie-classificaties/icf>
52. Zipfel, N., Horreh, B., Hulshof, C. T. J., Suman, A., de Boer, A. G. E. M., & Van der Burg-Vermeulen, S. J. (2021) Determinants for the implementation of person-centered tools for workers with chronic health conditions: a mixed-method study using the Tailored Implementation for Chronic Diseases checklist. *BMC Public Health*, 21(1), 1091.
<https://doi.org/10.1186/s12889-021-11047-6>