

Samenwerken aan preventie houdt het socialezekerheidsstelsel overeind

Het socialezekerheidsstelsel piept en kraakt. Door vergrijzing, een toename van chronische aandoeningen (mede als gevolg van een ongezonde leefstijl), multimorbiditeit en een stijgende prevalentie van psychische problematiek neemt het ziekteverzuim toe. Zonder ingrijpen zullen naar verwachting in 2060 ongeveer 700.000 mensen een WIA-uitkering ontvangen, tegenover 400.000 in 2022. Preventie is daarom een harde noodzaak. Juist de sociale geneeskunde kan hierin een sleutelrol spelen, zeker als bedrijfsartsen en verzekeringsartsen meer samenwerken. En hoe? Daarover ging de NVVG-heimmiddag op 19 juni 2026.

Tekst: Ger Dreijer

“Preventie is toch meer iets voor de huisarts of het ziekenhuis?”, opent Kiki Bok de heidag. Als bestuurslid van de NVVG is zij betrokken bij de federatieve werkgroep Preventie van de KNMG. “Hopelijk denkt de beroepsgroep daar na vanmiddag anders over”, vervolgt zij. “Want, we weten inmiddels dat niet alleen ziekte, maar ook omgevingsfactoren een grote rol spelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid.”

“Als verzekeringsartsen en bedrijfsartsen hebben juist wij een brede kijk op de medische, sociale en werksituatie van mensen. Dat is een uitstekende basis voor preventie. Hoewel minder voor de primaire preventie, het voorkomen van ziekte, dan toch zeker voor het voorkomen van langdurige uitval door het bevorderen van duurzaam herstel en participatie. Vanuit het biopsychosociale model kan de verzekeringsarts signaleren, adviseren en gericht verwijzen. Dat past naadloos binnen ons actuele beroepsprofiel. Vandaag bespreken we hoe u dat kunt doen.”

Verontrustend nicotinegebruik

Een grote ziekmakende boosdoener is nicotinegebruik. Rokers hebben een 31% hogere kans op ziekteverzuim. Vroeger dachten we aan sigaretten. Inmiddels is de explosieve groei van (verboden) alternatieven, zoals vaperen en snus, verontrustender.

“Ieder halfuur overlijdt in Nederland een vliegtuig vol mensen door nicotinegebruik”, vertelt Joris Dullaert, psycholoog en oprichter van WeQuit, een organisatie die mensen online van hun nicotineverslaving afhelpt. “Want een verslaving is het. Soms al voor kinderen van 12(!) jaar. Mede door de leuke kleurtjes en lekkere smaakjes van vapes vol verslavende toevoegingen”.

Maar er wordt toch al minder gerookt? “Ja, het percentage rokers daalde van 25,7% in 2014 naar 17,8% in 2025. Helaas vakt de daling af, terwijl het gebruik van genoemde alternatieven stijgt”, vervolgt Dullaert. “Zo komt 7,6% van de totale ziektelast door het roken. Terwijl 80% van de rokers wil stoppen en 33,9% in 2025 een serieuze poging ondernam, ontbreekt het veelal aan de ondersteuning om daarin te slagen.”

Stopadvies zorgprofessionals effectief

Een advies van een zorgprofessional blijkt één van de sterkste prikkels om te stoppen. Het verhoogt de kans op succes met 50%, als dat stopadvies op een juiste manier gebeurt. Het Very Brief Advice (VBA) is hiervoor een effectieve adviesmethode, die ook in de spreekkamer van de verzekeringsarts uitkomst kan bieden. Dullaert: “Het VBA, ontwikkeld door Maastricht University, is een eenvoudig advies. Het past in minder dan 30 seconden in ieder consult met een roker. Het bestaat uit: 1) Vraag: ‘Mag ik je wat vragen... rook je (nog)?’ 2) Vertel: ‘Mocht je willen stoppen, dan lukt dat het beste met professionele begeleiding’. 3) Verwijs warm: ‘Mag ik je gegevens delen met ...? Dan nemen zij snel contact met je op.’

Meer verwijismogelijkheden

Tijdens de voordracht van Movisie passeren meerdere verwijismogelijkheden de revue, namelijk voor sociale problematiek. Jessica de Ruijter en Gery Lammersen van dit kennisinstituut voor sociale vraagstukken, wijzen vooral op het belang van samenwerking met het sociaal domein. “Daarbij is de uitdaging uit de systeemwereld te breken en je in te leven in de leefwereld van cliënten”, oppert De Ruijter. Een hulpmiddel daarbij is het door Movisie ontwikkelde [Participatiewiel](#), dat toont hoe de formele en informele hulpverlening op elkaar aansluiten. Daarmee is het een leidraad voor integrale participatiebevordering.

“Door het hele land zijn initiatieven waarnaar kan worden verwezen”, suggereert Lammersen. Ze toont mooie voorbeelden. Zoals [Het Bruisnest](#), waar elke dag mensen ontdekken en leren wat zij nodig hebben op hun weg naar (betaald) werk. En [Quiet](#), een ontmoetingsplek voor mensen die leven in (stille) armoede. Wat ooit begon met uitgave van de Quiet 500, de tegenhanger van de Quote 500. Een magazine dat laat zien wat armoede met een mens doet. En [welzijnoprecept.nl](#), een landelijk kennisnetwerk voor mensen met psychosociale klachten.

Kortom, er zijn (verwijs)mogelijkheden volop. Ook wanneer de verzekeringsarts een cliënt pas aan het einde van een traject ziet, is het toch belangrijk adviezen te blijven geven.

“Ik ga het proberen. Ook al heb ik het gevoel dat ik 3-0 achtersta”, zegt een deelnemer.

“Misschien kan ik er 2-1 van maken.”

How can I help?

“Daarbij helpt een hulpverlenende houding”, meent Desiree Wierper, verzekeringsarts/medisch directeur Ergatis en medisch adviseur Colbe, terwijl zij een bordje met ‘How can I help’ hoog houdt. Zo’n bordje, afgeleid van de vraag die dr. Goodwin bij herhaling stelt in de tv-serie ‘New Amsterdam’, staat op haar tafel in de spreekkamer. Zijn doel is om de bureaucratie te bestrijden en uitzonderlijke zorg te bieden. Hoe kan hij helpen?

“In mijn visie moeten we van beoordelen naar helpen. Dat kunnen wij, omdat het biopsychosociale model en de ICF ons denkkader vormen. Want het biomedische model volstaat niet. Twee cliënten met dezelfde medische aandoening kunnen totaal verschillend functioneren en een ander risico op langdurige uitval hebben. De medische diagnose verklaart vaak slechts een deel van de participatieproblemen. Juist de persoonlijke en sociale factoren zijn vaak beïnvloedbaar en daarmee aangrijpingspunten voor preventie. Het biopsychosociale model is daarom de basis voor preventie. Preventie begint niet bij de diagnose, maar bij het begrijpen van de factoren die bepalen of iemand kan blijven functioneren en participeren.”

Praktische handvatten...

Wat is daarvoor nodig? Wierper noemt 2 voorwaarden: praktische handvatten en samenwerken met andere disciplines. Zo zijn er verschillende toolkits, zoals het integraal geneeskundig onderzoek, dat in kaart brengt hoe een cliënt omgaat met zijn gezondheid. En het piramidemodel van skills.nl, onderdeel van Colbe, dat helpt stapsgewijs te bepalen en uit te voeren wat een cliënt nog wel kan. Dat werkt het best in een integrale domeinoverstijgende aanpak. Dat vraagt om intensiever samenwerken, onder meer tussen verzekeringsarts en bedrijfsarts. Daarover spreken tot slot Madelijn de Kleine, vicevoorzitter van de NVAB en Birgit Donker-Cools, voorzitter van de NVVG.

...en samenwerken

Madelijn de Kleine ziet volop mogelijkheden voor samenwerking tussen bedrijfsartsen en verzekeringsartsen. Niet alleen door samen op te trekken in de media en het debat, maar ook in de praktijk. Door al aan de voorkant in overleg te gaan over dossiers met de ICF als basis en met

een gezamenlijk instrument 'beschrijving arbeidsbelastbaarheid en re-integratiemogelijkheden' (BAR). "Wat de overdracht betreft is er ruimte voor verbetering", steekt zij de hand in eigen boezem. "En waarom doen we geen triage aan de voorkant met een gezamenlijke planning?" In de zaal ontstaat wat verwarring. Bedrijfsartsen zouden geen contact mogen opnemen met verzekeringsartsen van het UWV. Dit blijkt meer een organisatorische hobbel dan een verbod. Dat hoeft samenwerking niet in de weg te staan.

Birgit Donker-Cools signaleert tot slot te veel focus op uitstroom uit een uitkering en te weinig op re-integratie. Zij pleit voor ononderbroken re-integratie, die doorloopt na twee jaar ziekteverzuim. Donker-Cools: "Misschien wel via een regionaal re-integratieloket, vergelijkbaar met Bruisnest, dat we zojuist zagen, waar werkzoekenden met een arbeidsbeperking terecht kunnen voor multidisciplinaire begeleiding. Dat vraagt ook om een betere overdracht tussen bedrijfsarts en verzekeringsarts, bij voorkeur niet pas na twee jaar. Waarom zouden we niet eerder dan pas na een WIA-beoordeling met re-integratie beginnen? Zoals het er nu uit ziet moeten in 2030 mensen na de eerste twee jaar ziekteverzuim nog twee tot drie jaar wachten op een WIA-beoordeling. Na een triage bij de WIA-poort kan iemand veel eerder van start met re-integreren, in afwachting van een beoordeling."

Beoordeling blijft de kerntaak van de verzekeringsarts. En dat is al veel werk. Toch adviseert Donker-Cools om oog te houden voor het bredere plaatje. "Besef dat hun problematiek meerdere kanten heeft. Neem de ICF als denkkader om mensen een duwtje in de rug te geven. We kunnen in kaart brengen waar de schoen wringt en gericht doorverwijzen naar het sociaal domein. Daar zijn juist wij goed toe in staat. Zeker als sociaal geneeskundigen daarin samen optrekken."