Eindrapport

Kosten en baten arbocuratieve zorg

Onderzoek op basis van praktijkvoorbeelden

Oktober 2024

SiRM. Strategies in Regulated Markets

Colofon

Projectteam

Alexander Borgstein (SiRM), Tobias Gnimavo (DSP-groep), Lotte Hogeboom (DSP-groep), Julia de Meij (SiRM) en Roderik Ponds (SiRM)

Projectleider: julia.demeij@sirm.nl

Copyright

Delen van dit rapport mogen gereproduceerd worden met de volgende bronvermelding: SiRM en DSP-groep, Kosten en baten van arbocuratieve zorg, september 2024.

Opdrachtgever

Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid

Foto voorblad

Patricia Rehe

ANP

Managementsamenvatting

Arbocuratieve zorg is zorg die plaatsvindt door de verbinding en/of samenwerking tussen de curatieve en bedrijfsgezondheidszorg. Het doel is om ziekte (mede) door of versterkt door werkgerelateerde factoren optimaal te herkennen, te behandelen en te voorkomen en om arbeidsparticipatie van werk(zoek)enden met een (chronische) aandoening te bevorderen en uitval te voorkomen. Arbocuratieve zorg draagt in potentie bij aan de kwaliteit van leven van patiënten, de (ervaren) kwaliteit van zorg en verminderen van arbeidsmarktkrapte.

Curatieve en bedrijfsgezondheidszorg zijn nu gescheiden stelsels en in de praktijk vaak gescheiden werelden. Het aanbod arbocuratieve zorg bestaat mede daardoor vooral uit diverse, veelal tijdelijke en relatief kleinschalige initiatieven. Toegang tot arbocuratieve zorg is vooral afhankelijk van de specifieke zorgverlener die een patiënt heeft. Het ministerie van SZW heeft SiRM en DSP-groep gevraagd om op basis van praktijkvoorbeelden te onderzoeken wat de maatschappelijke baten van arbocuratieve zorg zijn en of deze opwegen tegen de kosten en daarnaast succesfactoren en belemmeringen in beeld te brengen.

We hebben dertien praktijkvoorbeelden onderzocht, waarvan twaalf aantonen dat arbocuratieve zorg maatschappelijke baten oplevert, zoals een snellere terugkeer op de arbeidsmarkt. De kosten bestaan met name uit extra (tijds-)investeringen door zorgverleners uit beide stelsels. Of de baten altijd opwegen tegen de kosten is onbekend. Bij vier praktijkvoorbeelden met een berekening van kosten en baten was het saldo positief. In de andere praktijkvoorbeelden zijn de kosten en zijn de baten vaak niet uitgedrukt in euro's, waardoor dit onduidelijk is. Hierdoor is het niet mogelijk om in algemene zin te concluderen of de kosten van arbocuratieve zorg opwegen tegen de baten. Eén maatschappelijke businesscase over alle vormen van arbocuratieve zorg is daarnaast niet haalbaar en wenselijk. Arbocuratieve zorg kent hiervoor een te grote diversiteit in organisatie van deze zorg en patiëntgroepen.

Om inzichtelijk te maken of arbocuratieve zorg loont, stelden we een tentatieve maatschappelijke businesscase op voor een beknopte variant. Deze baseerden we op de verschillende varianten van arbocuratieve zorg zoals omschreven in de 'module arbeidsparticipatie voor medisch specialistische richtlijnen'. Bij de beknopte variant wegen de baten op tegen de kosten als 1 op de 10 patiënten één dag eerder aan het werk gaat. Deze vorm van arbocuratieve zorg lijkt daarmee vanuit maatschappelijk perspectief al snel lonend. Voor de uitgebreidere varianten is beter inzicht in de effectiviteit nodig voor een vergelijkbare analyse.

Alleen een positieve maatschappelijke businesscase is echter niet voldoende voor structurele arbocuratieve zorg. Daarvoor moeten de betrokken zorgverleners prikkels ervaren om samen te werken. Dat is nu door de gescheiden stelsels niet altijd het geval. De onderzochte praktijkvoorbeelden laten zien deze prikkels bijvoorbeeld wel ontstaan door (terug naar) werk expliciet te bespreken in de behandelkamer en als behandeldoel en uitkomstmaat te gebruiken.

Inhoud

Colofon **1**
Managementsamenvatting **2**

1 Aanleiding en conclusies **4**
1.1 Arbocuratieve zorg: brede vraag, versnipperd aanbod 4
1.2 Vraag aan SiRM en DSP-groep en onderzoeksmethode 8
1.3 Conclusies en aanbevelingen 8

2 Onbekend of baten arbocuratieve zorg altijd opwegen tegen kosten **10**
2.1 Arbocuratieve zorg heeft diverse maatschappelijke baten die niet altijd kwantitatief onderbouwd zijn in de praktijkvoorbeelden 12
2.2 Onbekend of de maatschappelijke baten van de onderzochte praktijkvoorbeelden structureel hoger zijn dan de kosten 17
2.3 Diversiteit arbocuratieve zorg maakt één algemene maatschappelijke businesscase niet mogelijk en wenselijk 21

3 Effectieve arbocuratieve zorg loont al snel **23**
3.1 Module arbeidsparticipatie voor richtlijnen onderscheidt verschillende varianten van structurele arbocuratieve zorg 23
3.2 Tentatieve maatschappelijke businesscase beknopte variant laat zien dat baten al snel kunnen opwegen tegen kosten 24
3.3 Maatschappelijke businesscase uitgebreidere variant vereist betere onderbouwing van effecten en kosten 27

4 Knelpunten vragen om betere prikkels voor samenwerking **28**
4.1 Knelpunten door twee gescheiden stelsels belemmeren structurele arbocuratieve zorg 28
4.2 Creëren van juiste prikkels nodig voor samenwerking tussen partijen uit beide stelsels 30

Bijlage 1 Lijst geïnterviewden **34**

Bijlage 2 Leden klankbordgroep **35**

Bijlage 3 Begrippenlijst **36**

Bijlage 4 Methoden **37**

Bijlage 5 Praktijkvoorbeelden **42**

1 Aanleiding en conclusies

1.1 Arbocuratieve zorg: brede vraag, versnipperd aanbod

Arbocuratieve zorg ligt op het snijvlak van bedrijfsgezondheidszorg[1] en curatieve zorg. Hieronder valt het ondersteunen bij arbeidsparticipatie voor mensen met een aandoening, bijvoorbeeld door terugkeer naar werk als behandeldoel te stellen en indien nodig het behandelplan daarop aan te passen. Daarnaast valt ook het herkennen en voorkomen van beroepsgerelateerde aandoeningen onder arbocuratieve zorg. In onderstaand kader staat de recent[2] geformuleerde definitie zoals gehanteerd door Nederlandse Vereniging voor Klinische Arbeidsgeneeskunde (NVKA) die ook in dit rapport wordt gebruikt.

In het arbeidsgerichte zorgmodel[3] van de NVKA wordt arbocuratieve zorg als volgt gedefinieerd:

Zorg voor werkenden, die tot stand komt door verbinding en/of samenwerking tussen de curatieve en bedrijfsgezondheidszorg en die gericht is op bundeling/integratie van expertise om:

- *ziekte (mede) als gevolg van of versterkt door werkgerelateerde factoren optimaal te herkennen, behandelen en voorkomen en*
- *om arbeidsparticipatie van werk(zoek)enden met een (chronische) aandoening te bevorderen en uitval te voorkomen.*

1.1.1 Voor miljoenen Nederlanders is arbocuratieve zorg van belang

Vrijwel iedereen in de beroepsbevolking krijgt op enig moment te maken met een meer of minder ernstige aandoening of ziekte. Ruim vier miljoen werknemers waren in 2023 minimaal één keer door ziekte afwezig op hun werk, dat komt neer op ongeveer 50% van de beroepsbevolking.[4] In de meeste gevallen (69%) is de verzuimperiode relatief kort: maximaal een week. Bij ruim 10% was het ziekteverzuim langer dan 20 werkdagen: dit betrof ruim 400.000 mensen. Bij 40.000 hiervan (1% van alle werknemers met ziekteverzuim) was het ziekteverzuim langer dan 210 werkdagen. Daarnaast heeft een meerderheid van de potentiële beroepsbevolking (alle 15 tot 75-jarigen) een chronische aandoening. In 2019 betrof dit ruim 8 miljoen mensen: 60% van de potentiële beroepsbevolking.[5] Van deze 8 miljoen mensen hadden ruim 5 miljoen een baan. Deze groep werkt gemiddeld, al dan niet door deze aandoening, minder uren per week dan werkenden zonder chronische aandoening. De werkloosheid is eveneens hoger onder mensen met een

[1] In bijlage 3 staat een begrippenlijst waar de definities van veelgebruikte termen zoals curatieve zorg en bedrijfsgezondheidszorg staan
[2] Deze definitie is in februari 2024 vastgesteld
[3] NVKA 2024: Project klinisch-arbeidsgeneeskundig zorgmodel – zie www.nvka.nl/zorgmodel
[4] CBS en TNO 2024: Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden en CBS 2024: Arbeidsdeelname - kerncijfers seizoensgecorrigeerd.
[5] CBS 2022: Vooral 45-plussers met chronische aandoening werken minder. Webpublicatie CBS 28 februari 2022

chronische aandoening dan onder mensen zonder chronische aandoening.[6] Tegelijkertijd verbeteren de behandelmethoden voor verschillende chronische aandoeningen, waardoor (blijven) werken voor steeds meer patiënten met een chronische aandoening mogelijk zal zijn.

1.1.2 Arbocuratieve zorg is belangrijk voor de patiënt door wederzijdse relatie werk en gezondheid

Gezondheid en werk hebben een sterke wederzijdse relatie. Werk heeft doorgaans een positief effect op de gezondheid en kwaliteit van leven: 90% van de werkenden beoordeelt hun gezondheid als goed of uitstekend, vergeleken met 76% van de niet-werkenden.[7] Dit verschil is deels het gevolg van een selectie-effect: door een slechtere gezondheid is het lastiger om een baan te vinden en te houden. Hierdoor is de kans groter dat niet-werkenden hun gezondheid niet als goed of uitstekend beoordelen groter dan bij werkenden. Omgekeerd vindt het CBS[8] ook een relatie tussen het niet hebben van werk en een verslechtering van de ervaren gezondheid. Werken heeft gemiddeld genomen een positieve invloed op iemands gezondheid.

Werk kan ook negatieve gezondheidseffecten hebben, zoals bij het ontstaan van beroepsziekten. In 2021 werd bij bijna 330.000 mensen een (nieuwe) arbeidsgerelateerde aandoening geregistreerd.[9] Deze kunnen ontstaan door bijvoorbeeld blootstelling aan schadelijke stoffen of hoge werkdruk. Bij burn-out gerelateerde klachten spelen naast arbeidsgerelateerde factoren ook privéomstandigheden en persoonskenmerken een rol.[10]

Voor veel mensen met gezondheidsproblemen is (kunnen) blijven werken na of tijdens een (medische) behandeling een wens.[11] Dit geeft zowel financiële zekerheid als sociale betrokkenheid en levensbetekenis.[12] Werk vormt voor veel mensen met gezondheidsproblemen een wezenlijk onderdeel van de kwaliteit van leven en daarmee een belangrijk behandeldoel. De Positieve Gezondheidsbenadering[13] sluit hierbij aan door een betekenisvol leven centraal te stellen binnen de gezondheidszorg.

Werk kan daarnaast bijdragen aan (sneller) herstel van een aandoening. Vooral bij psychische aandoeningen laten verschillende studies zien dat werk leidt tot een sneller herstel of betere behandelresultaten.[14] Binnen de ggz is mede daarom de zorgstandaard 'Arbeid als medicijn' opgesteld, om structurele aandacht voor werk tijdens diagnose en behandeling van psychische aandoeningen te stimuleren.[15]

---

[6] CBS 2022: Meting IVRPH-indicatoren 2020 - Indicatoren ten behoeve van de monitoring van het VN-verdrag handicap
[7] CBS 2020: Mensen zonder werk voelen zich minder gezond dan werkenden. Webpublicatie CBS: 3 februari 2020
[8] CBS 2020: Arbeid, flexwerk en gezondheid. Over de samenhang tussen (tijdelijk) werk en gezondheid
[9] Schatting van RIVM op basis van volksgezondheid- en zorgregistraties – via VZinfo.
[10] TNO 2020: Oorzaken, gevolgen en risicogroepen van burn-out.
[11] Zie bijvoorbeeld: Crowhter R. e.a. 2001: Vocational rehabilitation for people with severe mental illness. Cochrane Database of Systematic Reviews 2001(2). DOI: 10.1002/14651858.CD003080
[12] SCP 2010: Een baanloos bestaan. De betekenis van werk voor werklozen, arbeidsongeschikten en werkenden
[13] Zie de website van het The Institute for Positive Health: www.iph.nl. In essentie gaat positieve gezondheid om het uitgangspunt dat niet alleen de afwezigheid van ziekte en klachten het uitgangspunt is voor gezondheid maar dat dit in essentie breder is en draait om wat een betekenisvol leven voor een individu is.
[14] Zie o.a. Van Oosten A. e.a., 2023: The relationship between having a job and the outcome of brief therapy in patients with common mental disorders. BMC Psychiatry 23(910) (2023). https://doi.org/10.1186/s12888-023-05418-z en Van der Noordt, M. e.a. 2014: Health Effects of employment: a systematic review of prospective studies. Occupational and Environmental Medicine 71; p. 730-736
[15] Akwa GGZ 2024: ggz-standaard Arbeid als medicijn

1.1.3 Werk en gezondheid zijn in de praktijk gescheiden werelden

Arbocuratieve zorg vereist afstemming en samenwerking tussen zorgverleners in de curatieve zorg en professionals in de bedrijfsgezondheidszorg. Omdat deze sectoren onder verschillende stelsels vallen, elk met hun eigen wet- en regelgeving en bekostigingssysteem, verloopt de samenwerking tussen de zorgverleners soms moeizaam.

De Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) constateerde in 2017 dat de samenwerking en communicatie tussen bedrijfs-/verzekeringsartsen en artsen in de curatieve zorg al decennialang als onvoldoende wordt beschouwd.[16] Belangrijke oorzaken zijn een gebrek aan vertrouwen in elkaars professionaliteit (inclusief onafhankelijkheid) en onbekendheid met elkaars werk en deskundigheid.[17] De Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) concludeerde in 2015 dat de curatieve zorg te weinig rekening houdt met het belang van werk en participatie, door de primaire focus op het verbeteren van (fysiologische) gezondheidsuitkomsten.[18] Hierdoor verzuimen patiënten mogelijk onnodig lang van werk met negatieve gevolgen voor de patiënt en de maatschappij. De Sociaal Economische Raad (SER) constateert hiernaast in adviezen uit 2014 en 2023 dat de toegankelijkheid tot bedrijfsgezondheidszorg voor werkenden onvoldoende is.[19]

Verschillende partijen, waaronder het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), proberen de samenwerking tussen curatieve zorg en bedrijfsgezondheidszorg te stimuleren. De afgelopen tien jaar zijn er, veelal tijdelijke, initiatieven geweest om arbocuratieve zorg te verbeteren. Recentelijk introduceerde de Federatie Medisch Specialisten de Module arbeidsparticipatie voor medisch specialistische richtlijnen om aandacht voor arbeid binnen de curatieve sector te vergroten. Desondanks is goede arbocuratieve zorg voor veel patiënten eerder uitzondering dan regel.

1.1.4 Toegang tot goede arbocuratieve zorg voor patiënten is afhankelijk van toevallige aanwezigheid intrinsiek gemotiveerde individuen

Goede arbocuratieve zorg vindt nu beperkt en versnipperd plaats en bestaat vooral uit tijdelijke gefinancierde en relatief kleinschalige initiatieven. Deze initiatieven zijn vaak het resultaat van intrinsiek gemotiveerde individuele zorgverleners die bottom-up initiatieven of studies opzetten. Deze initiatieven zijn vaak gericht op specifieke aandoeningen, alleen in bepaalde regio's of bij specifieke zorgaanbieders beschikbaar, en soms alleen toegankelijk voor patiënten waarvan de betrokken bedrijfsartsen van de arbodienst van de werkgever of inkomensverzekeraar meedoen aan deze initiatieven. De toegang tot goede arbocuratieve zorg is nu vooral afhankelijk van de specifieke zorgverlener die een patiënt heeft. Hierdoor wordt de kans op goede arbocuratieve zorg voor een patiënt sterk beïnvloedt door 'toevallige factoren' als de woonplaats (en daarmee zorgaanbieders in de regio), specifieke aandoening en arbeidssituatie (werknemer, ondernemer of ZZP-er, werkzoekend).

---

[16] Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) 2017: Visiedocument 'Zorg die werkt. Naar een betere arbeidsgerichte medische zorg voor (potentieel) werkenden
[17] Nivel 2012: Knelpunten in de arbocuratieve samenwerking tussen bedrijfsartsen en eerstelijnszorg.
[18] Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving. (2015). Doorwerken en gezondheid
[19] SER 2014: Betere zorg voor werkenden en SER 2023: Naar een werkend arbostelsel voor iedereen (p. 56)

De sterke afhankelijkheid van individuele zorgverleners maakt de toegang tot arbocuratieve zorg niet alleen ongelijk, maar ook kwetsbaar op langere termijn. Als de intrinsiek gemotiveerde initiatiefnemers of de tijdelijke financiering stopt, is de kans groot dat het initiatief en daarmee de geleverde arbocuratieve zorg stopt.

De ongelijke toegang tot arbocuratieve zorg betekent ook dat de kwaliteit van zorg ongelijk is. Wel of juist geen aandacht voor werk tijdens diagnose en (keuzes voor) behandeling heeft veel invloed op de (ervaren) kwaliteit van de geleverde zorg.[20] Al in 2020 heeft, mede tegen deze achtergrond, de Tweede Kamer een motie aangenomen om klinische arbeidsgeneeskundige zorg integraal onderdeel te laten zijn van de reguliere oncologische zorg in ziekenhuizen.[21] De recent ontwikkelde arbeidsmodule voor medisch specialistische richtlijnen[22] en het klinisch-arbeidsgeneeskundig zorgmodel[23] proberen arbocuratieve zorg structureel te integreren binnen de curatieve zorg. Implementatie en uitvoering vereist investeringen in tijd en geld van individuele zorgverleners, waardoor een bepaalde afhankelijkheid van de intrinsieke motivatie om dat te doen blijft bestaan.

1.1.5 Noodzaak van goede arbocuratieve zorg neemt toe

De toenemende druk op de arbeidsmarkt, de schaarste aan zorgpersoneel en stijgende collectieve zorguitgaven maken dat de noodzaak voor goede arbocuratieve zorg toeneemt. Door vergrijzing neemt de vraag naar arbeid sneller toe dan het aanbod, wat in sommige sectoren leidt tot personeelstekorten. Sinds het vierde kwartaal van 2021 zijn er volgens het CBS structureel meer vacatures dan werkzoekenden op de Nederlandse arbeidsmarkt, met 110 vacatures tegenover 100 werkzoekenden in het eerste kwartaal van 2024.[24] Het verminderen en verkorten van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid, evenals het ondersteunen van werken en werkbehoud voor mensen met (chronische) aandoeningen, kan een bijdrage leveren aan het oplossen of verlichten van deze problematiek.

Goede arbocuratieve zorg heeft ook voordelen voor de zorgsector zelf. Op de eerste plaats omdat de groei van de vraag naar zorg lager kan worden. Arbeidsparticipatie kan bijdragen aan het behandelresultaat en algemeen welzijn van patiënten en daardoor de toekomstige vraag naar zorg verminderen. Op de tweede plaats omdat goede arbocuratieve zorg door preventie en sneller herstel, het verzuimpercentage onder zorgpersoneel zelf kan verlagen. Dit draagt bij aan de beschikbaarheid van zorgpersoneel. In 2024 werken bijna 1,5 miljoen mensen in de zorg, die gemiddeld vaker en langer ziek zijn dan werknemers in andere sectoren.[25]

[20] ZiN 2022: Kader Passende zorg
[21] Motie van lid van de Tweede Kamer van Weyenberg c.s. 9 november 2020. Kamerstuk 35 570 XV, nr. 56
[22] FMS 2024: Module arbeidsparticipatie voor medisch specialistische richtlijnen
[23] De Nederlandse Vereniging voor Klinische Arbeidsgeneeskunde (NVKA) voert dit samen met het Kennis Instituut Medisch Specialisten (KIMS) en de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) uit in opdracht van het Ministerie van SZW.
[24] CBS 2024: Dashboard arbeidsmarkt - spanning op de arbeidsmarkt. Online publicatie – geraadpleegd in juli 2024
[25] CBS 2024: Dashboard Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (AZW). Online publicatie- geraadpleegd in juli 2024

Volgens het RIVM bedroegen de uitgaven aan zorg[26] voor (in potentie) te vermijden werkgerelateerde aandoeningen in 2018 naar schatting €1,8 miljard.[27] Deze uitgaven zijn vergelijkbaar met de zorguitgaven gerelateerd aan overgewicht[28] en milieufactoren. Goede bedrijfsgezondheidszorg en arbocuratieve zorg kan via (secundaire) preventie en meer aandacht voor werk bij medische behandelingen, deze kosten verlagen en zo de druk op collectieve uitgaven verlagen.

1.2 Vraag aan SiRM en DSP-groep en onderzoeksmethode

Het ministerie van SZW heeft tegen deze achtergrond aan SiRM en DSP-groep gevraagd om op basis van voorbeelden uit de praktijk:

- de maatschappelijke kosten en baten van arbocuratieve zorg te onderzoeken,
- daarbij de succesfactoren en belemmeringen in beeld te brengen,
- en indien mogelijk een tentatieve maatschappelijke businesscase van arbocuratieve zorg op te stellen.

Het onderzoek is tussen november 2023 en augustus 2024 uitgevoerd in vier fasen die nader worden toegelicht in bijlage 4:

1. Verkennen: deskresearch en interviews met experts. Op basis hiervan is een overzicht gemaakt van knelpunten, potentiële kosten en baten en een lijst met 42 praktijkvoorbeelden van arbocuratieve zorg opgesteld.
2. Verdiepen: deskresearch en interviews voor 13 geselecteerde praktijkvoorbeelden van arbocuratieve zorg.
3. Concluderen: werksessie met experts uit het werkveld om overkoepelende conclusies te formuleren o.b.v. de onderzochte praktijkvoorbeelden. Opstellen van een tentatieve maatschappelijke businesscase.
4. Rapporteren: opstellen van rapport over bevindingen.

Tijdens het onderzoek zijn (tussentijdse) resultaten besproken met een klankbordgroep bestaande uit experts op het gebied van arbocuratieve zorg (bijlage 2).

1.3 Conclusies en aanbevelingen

We (SiRM en DSP-groep) concluderen dat:

- Arbocuratieve zorg diverse maatschappelijke baten heeft, maar onbekend is of deze baten in algemene zin altijd opwegen tegen de kosten (hoofdstuk 2). Vrijwel alle onderzochte praktijkvoorbeelden laten maatschappelijke baten zien, zoals verbeterde mentale en fysieke gezondheid, snellere terugkeer naar werk, of hogere arbeidsdeelname. Deze baten zijn echter vaak niet in euro's vertaald (gemonetariseerd) en bovendien zijn de (additionele) kosten die nodig waren om deze baten te bereiken vaak onbekend. Voor drie van de vier onderzochte praktijkvoorbeelden, waarvan de kosten en gemonetariseerde baten wel

[26] Hier bovenop komen vanuit maatschappelijk perspectief nog de uitgaven aan arbeidsongeschiktheidsuitkeringen en ziekteverzuim
[27] Schatting van RIVM op basis van volksgezondheid- en zorgregistraties – via VZinfo.
[28] Door RIVM gedefinieerd als een BMI $\geqslant$ 25

berekend zijn, is de maatschappelijke businesscase positief. Dit biedt echter onvoldoende basis om uitspraken te doen over de structurele kosten en baten van arbocuratieve zorg als geheel.

- De diversiteit van arbocuratieve zorg op gebied van patiëntgroepen (somatisch of psychisch, chronisch of acuut/tijdelijk), de werkpositie van de patiënt, de organisatie en vereiste extra inzet van zorgverleners maakt dat zowel de kosten als de (beoogde)maatschappelijke baten sterk kunnen variëren. Eén algemene maatschappelijke businesscase is daarom niet mogelijk en bovendien niet wenselijk (hoofdstuk 2), omdat effectieve vormen van arbocuratieve zorg dan worden onderschat, en tegelijkertijd aan niet-effectieve vormen ten onrechte baten worden toegeschreven.
- Een tentatieve maatschappelijke businesscase van de meest beknopte vorm van arbocuratieve zorg, zoals voorgesteld in de arbeidsmodule voor medische richtlijnen, laat zien dat de maatschappelijke baten van effectieve arbocuratieve zorg al (heel) snel kunnen opwegen tegen kosten (hoofdstuk 3). Het structureel aanbieden van beknopte varianten van arbocuratieve zorg (bij somatische aandoeningen) lijkt daarmee vanuit maatschappelijk perspectief lonend.
- Voor meer uitgebreidere varianten van arbocuratieve zorg is nu niet te concluderen of de baten opwegen tegen de kosten: een beter beeld van de effectiviteit en de kosten is hiervoor noodzakelijk (hoofdstuk 3). Dit kan door bij initiatieven op het gebied van arbocuratieve zorg de effectiviteit structureel te meten, en deze vervolgens ook te vertalen naar maatschappelijke baten in euro's en de extra tijdsinzet van zorgverleners en andere kosten in beeld te brengen.
- Om samenwerking tussen partijen uit beide werelden te stimuleren zijn, is een positieve maatschappelijke businesscase niet voldoende. Daarvoor moeten de betrokken zorgverleners ook juiste prikkels ervaren om samen te werken (hoofdstuk 4). De geconstateerde knelpunten en praktijkvoorbeelden bieden inzicht in welke prikkels helpend kunnen zijn. Zo kan het in de curatieve zorg helpend zijn om (terug naar) werk expliciet te bespreken in de behandelkamer, en ook als behandeldoel en uitkomstmaat te gebruiken.
- Aanvullend onderzoek, waar zowel het ministerie van SZW als VWS bij betrokken zijn, kan antwoord geven op de vraag welke prikkels op welke manier tot het beste resultaat tegen de minste kosten leiden. Zodat de potentie van arbocuratieve zorg voor de patiënt en de maatschappij als geheel gerealiseerd kan worden.

2 Onbekend of baten arbocuratieve zorg altijd opwegen tegen kosten

Twaalf van de dertien onderzochte praktijkvoorbeelden laten zien dat arbocuratieve zorg maatschappelijke baten oplevert. De kosten bestaan met name uit extra (tijds-)investeringen door zorgverleners uit beide stelsels. Of de baten altijd opwegen tegen de kosten is onbekend. Bij vier praktijkvoorbeelden waar de maatschappelijke kosten en baten wel berekend zijn, bleek het saldo positief. Bij de andere praktijkvoorbeelden ontbreekt het inzicht in de kosten en zijn de baten vaak niet uitgedrukt in euro's waardoor dit onbekend is. Eén maatschappelijke businesscase over alle vormen van arbocuratieve zorg is daarnaast niet haalbaar en wenselijk door de grote diversiteit.

Om de (potentiële) meerwaarde van arbocuratieve zorg te kunnen meten is inzicht nodig in de effectiviteit en de maatschappelijke kosten en baten. Door de gevoerde interviews met experts (bijlage 1) en de onderzochte praktijkvoorbeelden (bijlage 5) zijn de belangrijkste potentiële kosten- en batenposten van arbocuratieve zorg goed in beeld.

De belangrijkste **potentiële kosten- en batenposten** van arbocuratieve zorg zijn weergeven in Figuur 1. Daarbij gaat het steeds om de *additionele* kosten en baten ten opzichte van de reguliere werkwijze in de curatieve zorg en de bedrijfsgezondheidszorg. Door de kosten en baten te kwantificeren en in euro's uit te drukken (te monetariseren), kan vervolgens inzichtelijk worden gemaakt of de baten opwegen tegen de kosten en daarmee of het vanuit maatschappelijk perspectief loont om te investeren in arbocuratieve zorg. Dit inzicht kan bovendien bijdragen aan het oplossen van vraagstukken rondom de organisatie en financiering van structurele arbocuratieve zorg.

De potentiële baten zijn afhankelijk van de patiëntgroep en hun arbeidssituatie. Ze zijn onder te verdelen in:

- baten voor of via de curatieve sector, namelijk:
  - lager beroep op curatieve zorg door kortere behandelduur, lagere recidivisme of voorkomen van toekomstige zorgvraag
  - patiënttevredenheid
  - verbeterde kwaliteit van de behandeling
- baten voor of via de arbeidsmarkt, namelijk:
  - een hogere arbeidsmarktparticipatie door
    - versneld herstel
    - voorkomen van verzuim en arbeidsongeschiktheid
    - hogere kans op werk vanuit situatie van werkloosheid
  - verhoogde arbeidsproductiviteit

Een aandachtspunt is dat niet alle baten te monetariseren zijn, zoals bijvoorbeeld patiënttevredenheid.

De potentiële kosten zijn onder te verdelen in twee categorieën, hierbij gaat het om de extra kosten die gemaakt worden ten opzichte van de reguliere werkwijze:

- (Eenmalige) investeringskosten, zoals:
  - de tijd en overige kosten voor partijen uit beide stelsels om elkaar te leren kennen
  - de tijd en overige kosten om protocollen/richtlijnen op te stellen
  - de tijd en overige kosten om de organisatie van de samenwerking vorm te geven (inclusief werkafspraken, communicatie en ICT, eventuele trainingen en opleidingen)
- Operationele kosten, zoals:
  - additionele tijdsinvesteringen van primair betrokken zorgverleners uit de curatieve sector
  - additionele tijdsinvesteringen primair betrokken zorgverleners uit de bedrijfsgezondheidszorg sector en/of re-integratie
  - additionele inzet van aanvullende zorgverleners uit:
    - de curatieve sector (o.a. klinisch arbeidsdeskundigen, fysiotherapeuten en/of adviseurs arbeid)
    - bedrijfsgezondheidszorg sector (o.a. adviseur arbeid)
    - re-integratie sector (o.a. verzekeringsarts)
    -

Kosten	Baten
Investeringskosten ❑ Ontwikkeling en implementatie richtlijnen en interventies ❑ Opleiding en training ❑ ICT (verwijsmogelijkheden, e-learnings, ...) ❑ Tijdsinvesteringen zorgverleners: leren kennen en werkafspraken maken ❑ ... **Operationele kosten** ❑ Additionele tijdsinvestering van primair betrokken zorgverleners ❑ Additionele tijdsinvestering van primair betrokken zorgverleners ❑ Additionele inzet van aanvullende zorgverleners: ❑ Curatieve sector (o.a. klinisch arbeidsdeskundigen, fysiotherapeuten en/of adviseurs arbeid) ❑ Bedrijfsgezondheidszorg sector (o.a. adviseur arbeid) ❑ Re-integratie sector (o.a. verzekeringsarts)	**Baten via curatieve sector (belanden bij patiënt, zorgverlener, en/of zorgverzekeraar)** ❑ Lager beroep op curatieve zorg door kortere behandelduur, lagere recidivisme of voorkomen toekomstige zorgvraag ❑ Patiënttevredenheid ❑ Verbeterde behandeling ❑ ... **Baten via arbeidsmarkt (belanden bij werkende, werkgever en/of uitkeringsverstrekkers)** ❑ Verhoogde arbeidsparticipatie: ❑ Versneld herstel en terugkeer naar werk bij ziekmelding ❑ Voorkomen verzuim en arbeidsongeschiktheid door preventie ❑ hogere kans op werk vanuit situatie van werkloosheid ❑ Verhoogde arbeidsproductiviteit

Legenda: Belanden bij curatieve zorg | Belanden bij bedrijfsgezondheidszorg en re-integratie | Belanden bij partijen op de arbeidsmarkt | Kunnen bij beide belanden

Figuur 1. Overzicht potentiële kosten en baten van arbocuratieve zorg binnen de curatieve zorg, bedrijfsgezondheidszorg en re-integratie en arbeidsmarkt sector. Vastgesteld op basis van interviews met zorgverleners en experts en geïncludeerde praktijkvoorbeelden.

2.1 Arbocuratieve zorg heeft diverse maatschappelijke baten die niet altijd kwantitatief onderbouwd zijn in de praktijkvoorbeelden

2.1.1 Voor alle dertien praktijkvoorbeelden worden maatschappelijke baten van arbocuratieve zorg beschreven of benoemd

Voor alle dertien onderzochte praktijkvoorbeelden (zie bijlage 5) zijn één of meerdere maatschappelijke baten van arbocuratieve zorg beschreven in studies of benoemd in interviews. Een deel van de beschreven of genoemde maatschappelijke baten is ook daadwerkelijk kwantitatief aangetoond (zie §2.1.2).

De beschreven maatschappelijke baten binnen de curatieve zorg bestaan onder andere uit: een lager beroep op zorg, hogere patiënttevredenheid en een betere kwaliteit van behandelingen. Deze voordelen komen onder andere voort uit het feit dat arbocuratieve zorg bijdraagt aan "samen beslissen".[29] Hierdoor voelt de patiënt zich meer gehoord en kan er bij de keuze voor een behandeling rekening worden gehouden met werkgerelateerde factoren. Als het werk de oorzaak van ziekte is, kan dit ook sneller geïdentificeerd worden.

Aan de kant van de arbeidsmarkt bestaan de potentiële baten uit een snellere werkhervatting, het voorkomen van verzuim, een grotere kans op werk en een hogere arbeidsproductiviteit. Arbocuratieve zorg ervoor zorgt dat de behandeling beter aansluit bij het werk van de patiënt. Ook kan preventief ingrijpen en goede begeleiding bijdragen aan voorkomen van verzuim en een snellere terugkeer naar werk.

De praktijkvoorbeelden hebben een brede diversiteit aan maatschappelijke effecten (Tabel 1). Welke baten zijn benoemd en onderzocht is sterk afhankelijk van het specifiek doel van de interventie, de vorm van arbocuratieve zorg en de doelgroep. In de onderzochte praktijkvoorbeelden rond arbocuratieve zorg voor patiënten met somatische ziektebeelden was het doel vaak versneld herstel, waarmee een snellere terugkeer op de arbeidsmarkt een belangrijke baat was. Bij de praktijkvoorbeelden die zich richten op patiënten met psychische klachten was de kans op werk een veelvoorkomende uitkomstmaat om de effecten van de arbocuratieve zorg te meten. Mensen met psychische klachten zijn vaker werkloos, waardoor een hogere kans op werk (en daardoor lagere uitgaven aan uitkeringen) een belangrijk beoogd doel was. De inzet van arbocuratieve zorg heeft daarnaast ook op andere wijze meerwaarde, zo blijkt uit interviews. Bijvoorbeeld dat zorg eenvoudig en snel op- of afgeschaald kan worden. Dit kan nodig zijn voor mensen met een psychische aandoening, wanneer er iets veranderd in de werksituatie dat stress veroorzaakt, of als medicatie wordt aangepast.

De brede diversiteit van de effecten tussen de onderzochte praktijkvoorbeelden is logischerwijs het gevolg van de variatie in patiëntgroepen en de doelen van de interventies binnen deze praktijkvoorbeelden. Deze heterogeniteit weerspiegelt daarmee ook de praktijk waarin patiënten verschillende arbeidsmarktsituaties en verschillende aandoeningen hebben (en soms multimorbide zijn). Hierbij kunnen psychische klachten ook het gevolg kunnen zijn van somatische ziektebeelden en andersom. Deze heterogeniteit maakt het tegelijkertijd moeilijk om generieke

[29] Patiëntfederatie (2023), Werk in de spreekkamer

uitspraken te doen over de effectiviteit en de maatschappelijke baten van arbocuratieve zorg als geheel.

Tabel 1. In de dertien onderzochte praktijkvoorbeelden zijn verschillende baten beschreven of benoemd en deel hiervan is ook kwantitatief onderzocht. ✓ = beschreven of benoemd ✓ = kwantitatief onderzocht

Praktijkvoorbeelden: (zie bijlage 5)	Baten curatieve sector			Baten arbeidsmarkt			
	Lager beroep op zorg	Hogere patiënt-tevreden-heid	Hogere kwaliteit behandeling	Snellere hervatting werk[30]	Voorkomen verzuim	Hogere kans op werk	Hogere-productiviteit
1: 'WABZ'		✓				✓	
2: 'IPS'						✓	
3: 'BAAN'		✓			✓		✓
4: 'BAAS'				✓			
5: 'Signaleren beroepslongziekten'	✓		✓	✓	✓		
6: 'WGB'			✓			✓	
7: 'Arbeidsrevalidatie met werkmodule'		✓		✓			
8: 'Preventie gedragstherapie'		✓	✓	✓	✓		
9: 'Eerstelijns arbeidsgerelateerde zorg'	✓	✓	✓		✓		✓
10: 'Aandacht voor werkgerelateerde problemen'		✓					
11: 'E-learning herstel na operatie'	✓	✓	✓	✓			✓
12: 'Fit-4-Work'	✓					✓	✓
13: 'Geïntegreerde zorgaanpak'					✓		✓

[30] Voor de onderzochte praktijkvoorbeelden gericht op patiënten met psychiatrische klachten is de aanpak vaak om mensen zo snel mogelijk een vorm van werk aan te bieden (o.a. bij WABZ en IPS). Snellere terugkeer naar werk is daarbij een maatschappelijke baat die niet specifiek benoemd is maar wel optreedt omdat dat de kern van de aanpak is.

2.1.2 Voor twaalf van de dertien praktijkvoorbeelden zijn een deel van de genoemde baten ook kwantitatief aangetoond

Voor de dertien onderzochte praktijkvoorbeelden zijn de genoemde potentiële baten ook (deels) kwantitatief onderzocht (Tabel 1 en 2). In twaalf van de dertien gevallen is een deel van genoemde potentiële baten ook kwantitatief aangetoond. De gebruikte uitkomstmaten om de baten te meten variëren sterk (Tabel 2) en zijn onder andere afhankelijk van de doelgroep.

De gemeten baten lopen variëren tussen bijvoorbeeld:

- Een afname van het aantal dagen tussen operatie en terugkeer naar werk (13 dagen eerder in geval van praktijkvoorbeeld 11: 'E-learning herstel na operatie', en 6 weken sneller in geval van praktijkvoorbeeld 4: 'BAAS'),
- Een afname van depressieklachten bij werknemers (praktijkvoorbeeld 8: 'Preventie gedragstherapie')
- Een toename van arbeidsparticipatie onder ggz-patiënten zonder werk (praktijkvoorbeeld 3: IPS).

De heterogeniteit van de uitkomstmaten en de gevonden resultaten maakt het moeilijk om generieke uitspraken te doen over wat de baten van arbocuratieve zorg als geheel zijn (zie ook §2.3). De opzet en kwaliteit van het onderzoek verschilt hierbij ook tussen de praktijkvoorbeelden. De effectiviteit van sommige interventies is onderzocht in gerandomiseerde studies, terwijl andere zijn geëvalueerd in pilotstudies waarbij er geen vergelijkingsgroep is gebruikt.

In één praktijkvoorbeeld bleek de ingezette vorm van arbocuratieve zorg op de uitkomstmaat geen enkel verschil op te leveren ten opzichte van de reguliere vorm van zorg (13: 'Geïntegreerde zorgaanpak'). In dit praktijkvoorbeeld werden twee groepen patiënten met reumatoïde artritis met elkaar vergeleken. De interventiegroep werd behandeld door een multidisciplinair team bestaande uit: bedrijfsarts, klinisch arbeidsgeneeskundige, ergotherapeut en reumatoloog, terwijl de controlegroep reguliere behandeling ontving. Er werd geen significant verschil gevonden in productiviteitsverlies op het werk tussen beide groepen

Tabel 2. Twaalf van de dertien praktijkvoorbeelden tonen kwantitatief verschillende maatschappelijke baten aan. Details per praktijkvoorbeeld zijn te vinden in bijlage 5.

Praktijkvoorbeeld	Doelgroep	Uitkomstmaten
'WABZ'	Mensen met ernstig psych. aandoeningen	Toename arbeidsparticipatie, ervaren gunstigere werkomstandigheden, betere mentale en fysieke gezondheid
'IPS'	Mensen met ernstig psych. aandoeningen	Het percentage patiënten dat werk vindt voor minimaal 12 uur per week steeg van 3,7% naar 7,5%.
'BAAN'	Patiënten met chronische nierinsufficiëntie	Ontwikkeling, inhoud en implementatie beoordeelden zorgverleners en ziekenhuismanagers respectievelijk met een 8,8 en 8,4. Patiënten oordeel was gemiddeld 8,3
'BAAS'	Patiënten die knieprothese ondergaan	Werknemers keerden na zeven weken terug naar werk, tegenover de normale 13 weken
'Signaleren beroepslongziekten'	Patiënten met vermoedelijke beroepslongziekten	80 patiënten met mogelijke beroepslongziekten werden geïdentificeerd en bewustwording zorgverleners over link tussen werk en longklachten vergrootte.
'WGB'	Mensen met depressieve of angstklachten	10 van de 15 deelnemers gingen aan het werk., Alle deelnemers stegen op participatieladder. Cliënten rapporteerden geen verbetering in psychische klachten.
'Arbeidsrevalidatie met werkmodule'	Patiënten met Subacute of chronische musko-skeletale pijn (CMP)	Snellere terug naar werk, na zes maanden is de arbeidsdeelname ook hoger. Patiënttevredenheid was hoog, verbeterd re-integratieproces.
'Preventieve gedragstherapie'	Werknemers met milde tot ernstige psychische klachten	Significante vermindering van de totale ziekteverzuimduur t.o.v. de controlegroep. Percentage langdurig ziekteverzuim niet lager. Afname depressieve klachten.
'Eerstelijns arbeidsgerelateerde zorg'	Werkenden (zelfstandig of vast contract)	Verbetering vroegtijdige signalering werkgerelateerde klachten en verhoogde bewustwording over de werk-gezondheid relatie onder eerstelijns zorgverleners.
'Aandacht voor werkgerelateerde problemen'	(Genezen) oncologische patiënten in werkzame leeftijd	89% van respondenten vond gesprek (enigszins) nuttig. Geen verband tussen gesprekken en ervaren negatieve financiële gevolgen van kanker of behandeling ervan.
'E-learning herstel na operatie'	Patiënten met buikoperatie	Patiënten keerden gemiddeld 13 dagen eerder terug naar werk in vergelijking met controlegroep
'Fit-4-Work'	Werklozen met psych. aandoeningen	Hogere kans op werk en bij werk: verbeterde mentale en fysieke gezondheid. Werk lijkt positief te zijn voor zelfwaardering, ervaren controle gebeurtenissen en geluk.
'Geïntegreerde zorgaanpak'	Patiënten met reumatoïde artritis	Geen significant verschil in productiviteitsverlies binnen werktijd tussen de twee onderzochte groepen

2.2 Onbekend of de maatschappelijke baten van de onderzochte praktijkvoorbeelden structureel hoger zijn dan de kosten

2.2.1 Geïnterviewden geven aan de maatschappelijke baten op lijken te wegen tegen kosten maar dat een kwantitatieve onderbouwing hiervoor vaak ontbreekt

Geïnterviewde experts (bijlage 1) geven aan dat de baten van arbocuratieve zorg in hun ogen gemiddeld genomen op wegen tegen de kosten. Dit geldt zowel voor geïnterviewden binnen de curatieve sector, als geïnterviewden vanuit de bedrijfsgezondheidszorg en arbeidsmarkt. Tegelijkertijd geven zij aan dat goede kwantitatieve onderbouwing voor deze conclusies vaak ontbreekt.

Ook de geïnterviewde personen die betrokken waren bij uitvoering van de praktijkvoorbeelden waren gemiddeld genomen positief over het saldo van de maatschappelijke kosten en baten van het praktijkvoorbeeld. Volgens diverse geïnterviewden overtreffen vooral de baten via de arbeidsmarkt al snel de kosten, ook al zijn de kwantitatieve inzichten hierover voor de specifieke praktijkvoorbeelden vaak niet beschikbaar. Een deel van de geïnterviewden geeft aan dat aandacht voor werk in het behandelproces als standaard onderdeel van reguliere zorg moet worden beschouwd, en niet als extra kostenpost moet worden gezien. Dit past in hun ogen bij ontwikkelingen als Passende zorg en de benadering van Positieve Gezondheid.

2.2.2 Voor de vier praktijkvoorbeelden waar de maatschappelijke kosten en baten wel berekend zijn, is het saldo positief.

Voor vier van de dertien praktijkvoorbeelden zijn de zowel kosten en gemonetariseerde baten bekend. In alle vier de praktijkvoorbeelden overstijgen de maatschappelijke baten de kosten:

- Werk als beste zorg voor patiënten met ernstige psychische ziektebeelden: tegenover elke euro aan kosten staan circa €1,10 aan baten. (praktijkvoorbeeld 1: ‘WABZ’)
- Individuele plaatsing en steun (IPS) voor patiënten met ernstige psychische ziektebeelden: tegenover elke euro aan kosten staan circa €1,50 aan baten. (praktijkvoorbeeld 2:’IPS’)
- Interdisciplinaire arbeidsrevalidatie met werkmodule voor patiënten met chronische muskoskeletale pijn: tegenover elke euro aan kosten staan circa €2 aan baten. (praktijkvoorbeeld 7: ‘Arbeidsrevalidatie met werkmodule’)
- Fit-4-work (ex-ante MKBA) voor patiënten met ernstige psychische ziektebeelden: tegenover elke euro aan kosten staan circa €2,50 aan baten. (praktijkvoorbeeld 12: ‘Fit-4-work’)

In Figuur 2 worden de kosten en baten en bij wie deze terecht komen per praktijkvoorbeeld nader toegelicht. Hieruit komt naar voren dat maatschappelijke rendement en de specifieke kosten en baten variëren per praktijkvoorbeeld.

Voor een vijfde praktijkvoorbeeld (Baas – zie Bijlage 5) wordt momenteel de kosteneffectiviteit onderzocht. Op basis van de resultaten tot nu toe is duidelijk dat deelnemende patiënten gemiddeld genomen eerder aan het werk gaan dan patiënten die een regulier zorgtraject volgen. Of de baten van deze effecten opwegen tegen de kosten wordt naar verwachting in de loop van volgend jaar (2025) duidelijk.

Categorieën	Praktijkvoorbeeld 1: WABZ	Praktijkvoorbeeld 2: IPS	Praktijkvoorbeeld 7: Arbeidsrevalidatie met werkmodule	Praktijkvoorbeeld 12: Fit-4-Work
Additionele kosten per persoon	Kosten komen terecht bij: Curatieve sector: €800 Re-integratie (UWV): €7.310	Kosten komen terecht bij: Curatieve sector: €460 Re-integratie: €323	Kosten komen terecht bij: Arbeidsmarkt (werkgever): €1.250	Kosten komen terecht bij: Re-integratie: €2.840 Arbeidsmarkt (client zelf): €220
Baten	Baten komen terecht bij: Arbeidsmarkt (inkomen client): €38 Curatieve sector: €702 Re-integratie (UWV): €7.770	Baten komen terecht bij: Re-integratie: €1.147	Baten komen terecht bij: Curatieve sector: €170 Arbeidsmarkt: €2.545	Baten komen terecht bij: Arbeidsmarkt: €7.360 Re-integratie€230
Netto saldo per persoon	+ €400	+ €364	+ €1.465	+ €4.530 exclusief de Pro Memorie posten

Figuur 2. De maatschappelijke kosten en gemonetariseerde baten variëren per praktijkvoorbeeld. Het saldo voor alle vier de praktijkvoorbeelden is positief.

2.2.3 Door ontbrekend inzicht in de kosten en het niet monetariseren van de baten blijft voor negen praktijkvoorbeelden onbekend of baten de kosten overstijgen

Voor de andere negen praktijkvoorbeelden is onbekend is of de maatschappelijke baten de kosten overstijgen. Dat heeft twee redenen: de baten zijn niet vertaald in euro's en/of de kosten zijn niet bekend. Het vertalen van baten in euro's (monetariseren) is, afhankelijk van de specifieke baten, met een aantal aannames en landelijke standaarden[31] vaak nog wel aanvullend te doen. Maar zonder inzicht in de kosten is een maatschappelijke businesscase logischerwijs niet op te stellen.

In twaalf van de dertien onderzochte praktijkvoorbeelden wordt benoemd of beschreven dat de arbocuratieve zorg in kwestie extra inzet van zorgpersoneel uit de curatieve en de bedrijfsgezondheidszorg vergt. Informatie over de kosten van deze inzet, of een specificatie van de benodigde tijdsinzet om de kosten in te schatten, ontbreekt vaak (zie Tabel 3). Daarnaast wordt in de studies over de praktijkvoorbeelden vrijwel nooit informatie gegeven over de omvang van aanvullende investeringen (in tijd of geld) die nodig waren om deze vorm van arbocuratieve zorg mogelijk te maken. De kosten zijn alleen kwantitatief in beeld gebracht voor vier praktijkvoorbeelden waar een maatschappelijke kosten-baten saldo viel te berekenen. Bij de overige negen praktijkvoorbeelden is dit niet het geval, waardoor het onbekend is of de maatschappelijke baten de kosten overstijgen.

Een mogelijke verklaring voor het ontbreken van inzicht in de kosten en gemonetariseerde baten is dat bij het vormgeven van pilots/onderzoek en bijbehorende uitkomstmaten de focus op de effectiviteit van de interventie ligt: werkt de arbocuratieve zorg beter dan de standaardbehandeling? Dat is vanuit het perspectief van betrokken zorgverleners en patiënten mogelijk de meest interessante en relevante vraag. Vanuit maatschappelijk perspectief en daarmee ook die van veel beleidsmakers is de vraag of de baten opwegen tegen kosten (als het werkt, levert het dan ook meer op dan het kost?) minstens net zo relevant. Het positieve beeld

[31] Zie bijvoorbeeld Verwey-Jonker Instituut 2022: Verkenning Maatschappelijke Prijslijst of Zorginstituut 2024: Richtlijn voor het uitvoeren van economische evaluaties in de gezondheidszorg

van geïnterviewden over het saldo van kosten en baten (§ 2.2.1), is mogelijk gebaseerd op de impliciete aanname dat dit al bekend en bewezen is of dat betere uitkomsten ook automatisch betekent dat vanuit maatschappelijk perspectief de baten de kosten overtreffen.

Tabel 3. Genoemde en gekwantificeerde kosten in praktijkvoorbeelden. ✓ = genoemd ✓ = gekwantificeerd

Praktijkvoorbeelden	Kosten investering	Kosten curatieve sector		Kosten bedrijfsgezondheidszorg		
		Extra tijd primaire zorgverleners	Inzet additionele zorgverleners	Extra tijd primaire zorgverleners	Inzet additionele zorgverleners	Re-integratie medewerkers
'WABZ'	✓	✓				✓
'IPS'	✓	✓	✓			
'BAAN'			✓			
'BAAS'		✓	✓		✓	
'Signaleren beroeps-longziekten'		✓	✓			
'WGB'		✓		✓		✓
'Arbeidsrevalidatie met werkmodule'			✓		✓	
'Preventie gedragstherapie'			✓			
'Eerstelijns arbeids-gerelateerde zorg'		✓				
'Aandacht voor werkgerelateerde problemen'						
'E-learning herstel na operatie'	✓		✓			
'Fit-4-Work'[32]		✓	✓			✓
'Geïntegreerde zorgaanpak'			✓			

[32] Organisatie van de aanpak in de grote steden verschillend, daardoor de gemaakte kosten mogelijk verschillend tussen de steden.

2.3 Diversiteit arbocuratieve zorg maakt één algemene maatschappelijke businesscase niet mogelijk en wenselijk

De diversiteit van arbocuratieve zorg maakt dat één algemene maatschappelijke businesscase voor arbocuratieve zorg niet mogelijk en wenselijk is. De dertien onderzochte praktijkvoorbeelden, en op basis van de literatuur en interviews alle vormen van arbocuratieve zorg, variëren sterk in:

- Doel interventie: variërend van preventie tot (sneller) herstel en terug naar werk.
- Aandoeningen en/of klachten patiënt: variërend van tijdelijke en chronische klachten en van somatische tot psychische aandoeningen.
- Betrokken zorgverleners en andere professionals: variërend van medische specialisten en fysiotherapeuten tot bedrijfs- en verzekeringsartsen en klinisch arbeidsgeneeskundigen.
- Type arbocuratieve zorg: variërend van aandacht voor werk tijdens behandeling tot en met alternatieve zorgpaden met verschillende multidisciplinair overleggen (MDO's) waarin zorgprofessionals uit de curatieve zorg en bedrijfsgezondheidszorg samen werken.

Deze diversiteit is in lijn met een belangrijke conclusie uit het eerste rapport[33] over de ontwikkeling van een arbeidsgericht zorgmodel: goede arbocuratieve zorg is individueel maatwerk. Hoe dit eruitziet is afhankelijk is van de specifieke aandoening, de specifieke werkcontext (o.a. kenmerken werk, type dienstverband, wel of niet zelfstandig) en persoonlijke context.[34] Het gevolg van deze diversiteit is dat de kosten en de baten verschillen tussen de vormen van arbocuratieve zorg en daarmee ook het saldo (zie ook §2.2.3)

De kosten hangen sterk samen met hoeveel extra inzet door wie moet worden geleverd. Dat varieert per aandoening: de inzet van zorgverleners voor arbocuratieve zorg is voor oncologische patiënten bijvoorbeeld anders dan voor patiënten die eenmalig een knieprothese krijgen. Ook de investeringen die nodig zijn om arbocuratieve zorg te ontwikkelen en aan te bieden variëren sterk. Het ontwikkelen van een e-learning brengt bijvoorbeeld andere investeringskosten met zich mee dan het maken van werkafspraken voor een regionaal MDO. In de onderzochte praktijkvoorbeelden die zich richtten op tijdelijke somatische klachten lagen de additionele kosten vaak in de extra inzet van andere zorgverleners in de curatieve zorg en het opzetten van andere zorgpaden. Bij de praktijkvoorbeelden die zich richtten op psychische aandoeningen lagen de additionele kosten vaak bij de extra inzet door de ggz die bekostigd werden door uitkeringsinstanties als het UWV en gemeenten.

De mogelijke baten variëren naar verwachting ook. Bij arbocuratieve zorg in de ggz is het begeleiden naar werk vaak onderdeel van de behandeling en zijn er baten door verminderd gebruik van sociale voorzieningen, zoals uitkeringen of toeslagen door gedeeltelijke, of snellere terugkeer naar werk. Bij arbocuratieve zorg voor tijdelijke somatische aandoeningen is een snellere terugkeer naar werk een belangrijk doel en ontstaan de baten ook vooral via sneller terugkeer op de arbeidsmarkt. Daarnaast variëren de baten sterk tussen ziektebeelden, leeftijd en

[33] Zie NVKA, NVAB en kennisinstituut van FMS 2024: Een arbeidsgericht zorgmodel. Rapport Fase 1: Verkenning en Onderzoek

[34] Zie hiervoor bijvoorbeeld ook: Hagendijk, M. E. e.a. (2024). Towards person-centred work-focused healthcare for people with cardiovascular disease: a qualitative exploration of patients' experiences and needs. Disability and rehabilitation. Advance online publication. https://doi.org/10.1080/09638288.2024.2344653

werkpositie van de patiënten. Het opstellen één businesscase voor de gehele arbocuratieve zorg is door diversiteit aan kosten en baten niet goed mogelijk.

Bovendien is dit ook niet wenselijk. Uit de literatuur[35] en bijvoorbeeld ook de module 'Arbeidsparticipatie voor medisch specialistische richtlijnen' blijkt dat lang niet alle vormen van arbocuratieve zorg effectief zijn. Dit komt ook naar voren in het eerdergenoemde rapport over de ontwikkeling van een arbeidsgericht zorgmodel. Uit de vijf onderzochte studies waarin de resultaten van zorgprogramma's gericht op arbeidsparticipatie van mensen met kanker werden gemeten, bleek in vier studies geen significante of relevante effecten te worden gevonden.[36] In de onderzochte praktijkvoorbeelden werden er relatief vaker positieve effecten gerapporteerd. Dit kan duiden op een selectiebias in de onderzochte praktijkvoorbeelden.

Bij het opstellen van één algemene businesscase voor arbocuratieve zorg zouden de kosten en baten van effectieve en niet-effectieve arbocuratieve zorg bij elkaar opgeteld en gemiddeld. Dit leidt tot onderschatting van de baten van effectieve arbocuratieve zorg en het ten onrechte toedichten van maatschappelijke baten aan niet-effectieve arbocuratieve zorg.

Om toch meer algemeen geldende uitspraken te kunnen doen over de maatschappelijke kosten en baten van arbocuratieve zorg, is een aanpak denkbaar waarbij vergelijkbare, effectieve vormen van arbocuratieve zorg worden samengenomen. Een mogelijk startpunt hiervoor is een indeling op basis van doelgroep en type aandoening, aangezien deze vaak samen het concrete doel van de arbocuratieve zorg bepalen. Zo is het doel van arbocuratieve zorg gericht op psychische aandoeningen vaak om patiënten te helpen werk te vinden en te behouden, waardoor ze (mede daardoor) minder intensieve ggz-zorg nodig hebben. Bij interventies voor niet-chronische somatische aandoeningen ligt de focus vaak op een versnelde terugkeer naar werk. Interventies met vergelijkbare doelgroepen en uitkomstmaten kunnen op deze manier in dezelfde maatschappelijke businesscase worden opgenomen of onderling worden vergeleken.

[35] Zie bijvoorbeeld C. Lambreghts e.a. 2023: Return-to-work interventions for sick-listed employees with burnout: a systematic review. Occup Environ Med 80(9):538-544.
[36] Zie NVKA, NVAB en kennisinstituut van FMS 2024: Een arbeidsgericht zorgmodel. Rapport Fase 1: Verkenning en Onderzoek

3 Effectieve arbocuratieve zorg loont al snel

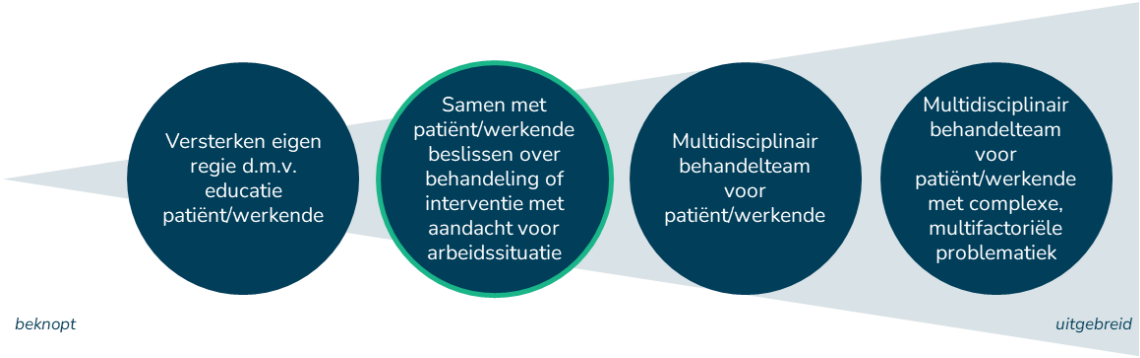
Om inzichtelijk te maken of arbocuratieve zorg kan lonen stelden we een tentatieve maatschappelijke businesscase op voor een beknopte variant. Hierbij baseerden we ons op verschillende varianten van arbocuratieve zorg uit de 'module arbeidsparticipatie voor medisch specialistische richtlijnen'. Bij de beknopte variant geldt dat als 1 op de 10 patiënten die arbocuratieve zorg ontvangt één dag eerder aan het werk gaat, de baten al opwegen tegen de kosten. Deze vorm van arbocuratieve zorg lijkt daarmee vanuit maatschappelijk perspectief al snel lonend. Voor de uitgebreidere varianten is beter inzicht in de effectiviteit nodig om een vergelijkbare tentatieve businesscase op te kunnen stellen.

3.1 Module arbeidsparticipatie voor richtlijnen onderscheidt verschillende varianten van structurele arbocuratieve zorg

In mei 2024 is de 'Arbeidsparticipatie voor medisch specialistische richtlijnen' gepubliceerd door de Federatie Medisch Specialisten (FMS).[37] Deze nieuwe module heeft als doel om kwaliteit van de medisch specialistische zorgverlening voor werkenden te verbeteren. Hiervoor reikt de module verschillende mogelijkheden aan om arbeid mee te nemen in toekomstige richtlijnen om zo bij te dragen aan het structureel organiseren en inbedden van arbocuratieve zorg.

De module beschrijft verschillende varianten van arbocuratieve zorg. In alle varianten is het versterken van de eigen regie van de werkende/patiënt, waar mogelijk, een belangrijk onderdeel. Afhankelijk van de arbeidssituatie en de aandoening die de patiënt heeft, zijn er verschillende varianten van arbocuratieve zorg voorgesteld. De meest 'beknopte' variant bestaat uit het bespreken van (consequenties voor) de arbeidssituatie bij besluitvorming over behandelopties of interventies, en indien nodig het advies te geven aan de patiënt om naar een bedrijfsarts te gaan. Meer 'uitgebreide' varianten die genoemd worden, bestaan uit het opzetten een multidisciplinair behandelteam (met mogelijk een specifiek zorgpad), waarin naast huisartsen en tweedelijns zorgverleners (msz en/of ggz) ook zorgverleners uit het werkdomein meedoen zoals een bedrijfsarts of werkgever (Figuur 3). Bij patiënten met multiproblematiek kunnen onder andere ook zorgverleners uit het sociaal domein worden betrokken.

[37] FMS 2024: Module arbeidsparticipatie voor medisch specialistische richtlijnen



Figuur 3. De module arbeidsmarktparticipatie voor medisch specialistische richtlijnen beschrijft beknopte en meer uitgebreide varianten van arbocuratieve zorg. De tweede bol van links (samen met patiënt beslissen met aandacht voor arbeidssituatie) werken we uit in de tentatieve maatschappelijke businesscase.

3.2 Tentatieve maatschappelijke businesscase beknopte variant laat zien dat baten al snel kunnen opwegen tegen kosten

We hebben ervoor gekozen om een tentatieve maatschappelijke businesscase op te stellen voor de beknopte variant van arbocuratieve zorg die in de module arbeidsparticipatie is omschreven. Concreet gaat het om bespreken van de arbeidssituatie en op basis daarvan iemand doorverwijzen naar een arbeidsgeneeskundige of stimuleren om met bedrijfsarts contact op te nemen. Hiervoor werken we met een aantal aannames om een beeld te schetsen hoe de maatschappelijke kosten en baten uitvallen voor deze beknoptere variant. Omdat de aanpak (vrijwel) uniform is voor verschillende aandoeningen en patiëntgroepen is dat voor deze variant redelijkerwijs te doen.

Voor de meer uitgebreidere varianten met een multidisciplinair behandelteam is dat veel lastiger omdat het aantal te maken aannames dan heel snel toeneemt. Bovendien is de additionele inzet van zorgverleners uit curatieve zorg en bedrijfsgezondheidszorg en daarmee de kosten sterk afhankelijk van de specifieke aandoening en patiëntgroep.

Op basis van onze aannames zijn de maatschappelijke baten van de beknopte variant naar verwachting al hoger dan de kosten als één op de tien patiënten één dag eerder gaat werken

De maatschappelijke kosten van de beknopte variant van arbocuratieve zorg schatten we op basis van de gebruikte aannames op circa €240 miljoen per jaar voor Nederland. Dit komt overeen met €40 per patiënt in de leeftijd tussen 15 en 75 jaar in de medische specialistische zorg. De gemiddelde baten voor het voorkomen van verzuim zijn €400 per dag.[38] Dat betekent dat als 1 op de 10 van deze patiënten één dag eerder weer aan het werk kan gaan, de maatschappelijke baten al hoger zijn dan de kosten. Deze conclusie is gebaseerd op een aantal aannames over kosten en effectiviteit die we hieronder toelichten. Hieronder lichten we de berekening verder toe.

[38] Sazas. https://www.sazas.nl/kennisbank/verzuim/wat-kost-ziekteverzuim-en-waaruit-bestaan-deze-kosten geraadpleegd op 5 augustus 2024

De maatschappelijke kosten zijn gebaseerd op aannames over de extra tijdsinzet van zorgverleners in de curatieve zorg en bedrijfsgezondheidszorg

Voor de kosten schatten we de extra tijdsinzet van zorgverleners in ten opzichte van reguliere zorg zonder aandacht voor arbeid. We schatten de kosten van deze extra tijdsinzet in op €240 miljoen per jaar voor Nederland. We gaan hierbij uit van de volgende invulling van arbocuratieve zorg in de medische specialistische zorg (in lijn met de module arbeidsparticipatie):

- De behandeld arts of andere zorgverlener zoals verpleegkundig specialist[39] in het ziekenhuis stelt aanvullende vragen over de werksituatie, beslist mede op basis van de antwoorden samen met patiënt over de behandeling en adviseert indien nodig om naar een bedrijfsarts te gaan of verwijst naar een andere zorgprofessional met relevante expertise zoals een klinisch arbeidsgeneeskundige.[40]
- De bedrijfsarts heeft een intake en een vervolgconsult om zo goed mogelijk met patiënt om te gaan met mogelijke consequenties voor het werk.

De extra tijdsinzet schatten wij op gemiddeld van 5 minuten extra[41] per patiënt ten opzichte van een regulier gesprek in behandelkamer (polikliniekbezoek) voor de behandelend arts en bestaat uit:

- Het stellen van een aantal aanvullende vragen[42] tijdens gesprek in de spreekkamer.
- Het in gesprek gaan met de patiënt over behandelkeuze met daarbij expliciet aandacht voor waarden, voorkeuren en mogelijke gevolgen van behandelopties van de patiënt ten aanzien arbeidsparticipatie. De behandelkeuze is, zonder aandacht voor arbeid, ook onderdeel van het gesprek.
- Het mogelijk doorverwijzen naar (en delen van informatie met) een bedrijfsarts voor die patiënten waar dat relevant is en waar een bedrijfsarts nog niet via een andere route al is betrokken.

De extra tijdsinzet voor de bedrijfsarts schatten we in op twee extra consulten, een intake en een vervolgconsult, per doorverwezen patiënt. Dit betreft de groep patiënten die in het reguliere zorgproces niet zou zijn doorverwezen. We schatten dit aandeel op 10% van alle patiënten.

Uiteindelijk gaat het met deze aannames om 5,9 miljoen polikliniekbezoeken die vijf minuten langer duren: alle eerst polikliniekbezoeken (epb's) bij patiënten tussen 15 en 75 jaar (Figuur 4). Als 10% van deze epb's geadviseerd wordt naar een bedrijfsarts te gaan en dat ook daadwerkelijk gebeurt gaat het om 400.000 extra contacten met bedrijfsartsen en 800.000 extra consulten per jaar.[43] In euro's vertaalt bedragen de maatschappelijke kosten van deze extra

[39] In de berekening van de kosten gaan we nu uit van een behandeld arts. Dit kan in de praktijk een overschatting zijn als een (groot) deel door verpleegkundig specialist wordt gedaan waarvan de kosten van tijdsinzet lager liggen.
[40] In de berekening gaan we voor nu uit dat het alleen gaat om het stimuleren van het contact opnemen met de bedrijfsarts
[41] Een polikliniekbezoek voor een nieuwe patiënt duurt 20 minuten
[42] Vragen zoals: Werkt u op dit moment of wilt u werken? Heeft u vragen of zorgen over werk? Is er al ondersteuning van een bedrijfsarts?
[43] In dit rekenvoorbeeld gaan we niet verder op de vraag of deze extra vraag naar de inzet van bedrijfsartsen ook daadwerkelijk gerealiseerd kan worden gegeven het tekort aan bedrijfsartsen. Dit laat onverlet dat dit in de praktijk wel een probleem kan zijn.

tijdsinzet €240 miljoen per jaar (bijlage 4 voor meer details over de exacte berekening), wat neerkomt op €40 per patiënt.

Figuur 4. Belangrijkste stappen in de patiëntreis en schatting van het aantal patiënten in Nederland.

Voor de maatschappelijke baten zijn we uitgegaan van het break-even punt.

Door de verscheidenheid in het type patiënt, werk, ziektebeelden en behandelopties en het ontbreken van structureel bewijs over de effectiviteit kunnen we geen schatting van de baten maken. We doen daarom de algemene aanname dat de voorgestelde beknopte vorm van arbocuratieve zorg voor (een deel van de patiënten) een positief effect heeft: ze kunnen na of tijdens behandeling sneller aan het werk of überhaupt blijven werken.

Op basis van deze aanname hebben we het break-even punt berekend. De gemiddelde maatschappelijke kosten van een dag ziekteverzuim bedragen €400. De kosten bedragen €40 per patiënt. Als één op de tien patiënten een dag eerder werkt zijn de gemiddelde baten €40 per patiënt. Dit is uiteraard een tentatieve vingeroefening. We houden bijvoorbeeld geen rekening met baten zoals de verbeterde kwaliteit van leven en eventuele lagere toekomstige zorgvraag. Maar het laat zien dat op het moment dat arbocuratieve zorg effectief is, de baten snel hoger kunnen worden dan de kosten. Het stellen van vragen over arbeid, rekening houden met arbeid in het behandelproces en advies om naar de bedrijfsarts te gaan, lijkt hiermee snel lonend.

Deze inschatting hebben we gebaseerd op de aanname dat de beschreven vorm van arbocuratieve zorg effectief is terwijl dat nu juist nog niet op structurele wijze is bewezen (zie ook §2.2.3). Bovendien is het goed denkbaar dat een deel van de beschreven activiteiten ook door andere zorgverleners (zoals klinische arbeidsgeneeskundigen, verpleegkundig specialisten, bedrijfsverpleegkundigen of praktijkondersteuners bedrijfsarts) kunnen worden uitgevoerd, waardoor de kosten lager kunnen uitvallen. Daar staat tegenover dat er mogelijk aanvullende kosten zijn omdat er aanvullende werkafspraken of trainingen moeten worden ontwikkeld.

3.3 Maatschappelijke businesscase uitgebreidere variant vereist betere onderbouwing van effecten en kosten

Voor de meer uitgebreidere varianten van arbocuratieve zorg (met bijvoorbeeld MDO's en aangepaste zorgpaden) is het niet mogelijk om een tentatieve maatschappelijke businesscase op te stellen. Maar dat is wel wenselijk voor de keuze om hier wel of niet in te investeren. Het vergt immers inzet van schaarse middelen, vooral tijd van zorgverleners, zonder dat nu duidelijk is of dit opweegt tegen de voordelen.

Het zou dan ook nuttig zijn als toekomstige studies of pilots naar arbocuratieve zorg niet alleen de effectiviteit, maar ook de kosten en baten onderzoeken. Daarbij kan als uitgangspunt Figuur 1 uit hoofdstuk 2 worden gebruikt. Inzichten uit studies en pilots over effectiviteit moeten daarnaast geëxtrapoleerd worden om zo inzicht te geven in de vraag of dit voor heel Nederland positief is, en onder welke omstandigheden. Op deze manier kunnen anderen, zonder onderzoek te herhalen, met een vergelijkbaar initiatief aan de slag in hun regio of organisatie. Subsidieverstrekkers kunnen het inzichtelijk maken van de kosten, baten en (kosten)effectiviteit, voor zowel de eigen studie of pilotsetting als voor heel Nederland, een verplicht onderdeel maken voor het verkrijgen van subsidie. Door inzichten centraal te verzamelen, kan er toegewerkt worden naar een lijst van bewezen kosteneffectieve vormen van arbocuratieve zorg.

Studies gebaseerd op een RCT hebben daarbij inhoudelijk de meeste zeggingskracht. Om praktische redenen en de noodzakelijke doorlooptijd is het in onze ogen niet wenselijk en haalbaar om een lange reeks van kleine RCT's uit te voeren. Het ligt meer voor de hand om bij de keuze voor de opzet van studies prioriteit te geven aan die patiëntgroep waar de grootste maatschappelijke baten worden verwacht. Dit kan door de te kijken welke verschillende voorgestelde vormen van arbocuratieve zorg voor welke aandoeningen, patiëntgroepen en beroepsgroepen naar verwachting relevant zijn. Voor die 'combinaties' die relatief groot zijn en/of veel maatschappelijke baten te verwachten zijn, worden dan als eerste de kosten en baten ingeschat en een advies opgesteld. Op deze manier kan er recht gedaan worden aan de variëteit van vormen van arbocuratieve zorg en wordt een lange, en dure onderzoeksperiode met veel kleine RCT's voorkomen. Op basis van de inzichten uit §3.2 zou dan al kunnen worden ingeschat dat de baten van het stellen van vragen over arbeid in de spreekkamer al zo snel de kosten overstijgen dat hiervoor geen aanvullend, diepgaand onderzoek nodig is.

4 Knelpunten vragen om betere prikkels voor samenwerking

Een positieve maatschappelijke businesscase is op zichzelf niet voldoende voor structurele arbocuratieve zorg. Daarvoor moeten de betrokken zorgverleners prikkels ervaren om samen te werken. Dat is nu door de gescheiden stelsels niet altijd het geval. De onderzochte praktijkvoorbeelden laten zien deze prikkels bijvoorbeeld ontstaan door (terug naar) werk expliciet te bespreken in de behandelkamer en als behandeldoel en uitkomstmaat te gebruiken.

Eén van de meest genoemde succesfactoren voor arbocuratieve zorg binnen de onderzochte praktijkvoorbeelden bleek de bereidheid van individuen, gebaseerd op intrinsieke motivatie, om af te wijken van de 'reguliere werkwijze', vanuit de overtuiging dat de zorg daarmee beter wordt. Concreet gaat het dan om de bereidheid van zorgverleners uit curatieve zorg en bedrijfsgezondheidszorg om extra tijd te investeren in:

- Aandacht voor werk tijdens een behandeltraject (curatieve zorg)
- Het leren kennen en samenwerken met zorgmedewerkers uit het andere stelsel (curatieve zorg en bedrijfsgezondheidszorg).
- Het organiseren van de financiële en organisatorische ondersteuning voor de initiatieven (curatieve zorg en bedrijfsgezondheidszorg).

Om arbocuratieve zorg de norm in plaats van de uitzondering te laten worden moet aandacht voor arbeid en samenwerking tussen curatieve en bedrijfsgezondheidzorg onderdeel worden van 'de reguliere werkwijze', in plaats van een afwijking ervan. Een positieve maatschappelijke businesscase van een bepaalde variant van arbocuratieve zorg betekent dat dit maatschappelijk gezien een goed idee is, maar het gebeurt alleen wanneer alle betrokken zorgverleners ook de juiste prikkels ervaren om dat te doen. Deze prikkels zijn nodig om de knelpunten die ontstaan door twee gescheiden stelsels te overbruggen.

4.1 Knelpunten door twee gescheiden stelsels belemmeren structurele arbocuratieve zorg

Arbocuratieve zorg vereist samenwerking en afstemming tussen partijen uit verschillende stelsels die lastig tot stand komt. De doelen van de verantwoordelijke ministeries van VWS en SZW en bijbehorende begrotingen zijn anders (zorg en respectievelijk arbeidsmarkt en participatie). Arbocuratieve zorg valt daarmee in het grijze gebied tussen beiden waardoor wet- en regelgeving, met de achterliggende uitgangspunten, niet is afgestemd en soms belemmerend werkt. Dit leidt tot verschillende knelpunten die structurele arbocuratieve zorg lastig maken:

- Kosten en baten vallen vaak bij verschillende partijen.
- Partijen uit beide stelsels ervaren geen prikkels voor samenwerking.

- Onbekendheid, gebrek aan onderling vertrouwen en beperkte gegevensuitwisseling.
- Onduidelijkheid over regie en terughoudendheid om regie te nemen.

Kosten en baten vallen vaak bij verschillende partijen

De kosten en baten van arbocuratieve zorg komen vaak niet bij dezelfde partijen terecht. Dit maakt het lastig om tot een goede samenwerking te komen. De kosten komen vooral bij de zorgverleners in de curatieve zorg terecht en (in mindere mate) bij zorgverleners in de bedrijfsgezondheidszorg. De baten komen vooral terecht bij de patiënten/werknemers, hun werkgevers en de partijen die (tijdelijk) de kosten dragen voor uitkeringen van mensen die niet kunnen werken (UWV, inkomens- en verzuimverzekeraars en/of gemeenten). Voor individuele partijen kan het hierdoor soms niet lonend zijn om deze kosten te dragen als de baten elders vallen terwijl maatschappelijk gezien de totale baten de kosten wel kunnen overstijgen.

De zorgverleners in de bedrijfsgezondheidszorg worden gefinancierd door werkgevers en uitvoeringsinstanties (zoals UWV) en inkomens- en verzuimverzekeraars. Dit zijn de partijen die bij succesvolle arbocuratieve zorg ook de baten ontvangen. De zorgverleners in de curatieve zorg worden (indirect via zorgaanbieders) gefinancierd door zorgverzekeraars.[44] Dat betekent dat tegenover de mogelijke extra kosten voor zorgverzekeraars alleen baten staan als door arbocuratieve zorg de behandelduur van patiënten korter wordt of de toekomstige zorgvraag afneemt.

Partijen uit beide stelsels ervaren geen prikkels voor samenwerking

Partijen en zorgverleners uit beide stelsels hebben elkaar weliswaar nodig voor goede arbocuratieve zorg, maar niet om binnen hun eigen stelsel goed te kunnen functioneren. Zij ervaren geen positieve prikkel om samen arbocuratieve zorg te leveren, en geen negatieve prikkel wanneer zij dat niet doen. Ze worden niet 'afgerekend' door financiers of de eigen organisatie als zij niet samenwerken en daardoor geen arbocuratieve zorg leveren. Omgekeerd worden ze ook niet beloond door financiers of de eigen organisatie als zij dat wel doen. De extra inspanningen van individuele zorgverleners voor het leveren van arbocuratieve zorg worden, buiten directe patiënttevredenheid, niet beloond. Het gevolg is dat de intrinsieke motivatie van individuele zorgverleners en overtuiging dat cliënten en patiënten baat hebben bij arbocuratieve zorg de belangrijkste, drijfveren zijn om arbocuratieve zorg te bieden. In de praktijk blijkt dit niet voldoende om brede en duurzame arbocuratieve zorg structureel aan te bieden.

Onbekendheid, gebrek aan onderling vertrouwen en beperkte gegevensuitwisseling

Zorgverleners uit de curatieve zorg verwijzen niet altijd door naar de bedrijfsarts en stimuleren werkenden zelden zelf contact op te nemen met een bedrijfsarts. Dit komt onder andere doordat curatieve zorgverleners en bedrijfsartsen elkaar vaak niet kennen en elkaar lastig kunnen vinden. De bedrijfsarts kan zich bijvoorbeeld in een andere regio bevinden dan waar de huisarts of arts werkzaam is. Bovendien heeft een deel van de huisartsen en artsen in het ziekenhuis beperkt vertrouwen in kennis en kunde van bedrijfsartsen. Dit wordt versterkt door het beeld bij een deel van de zorgverleners in de curatieve zorg dat een deel van de aanbieders van arbodiensten (sterk)

[44] Op basis van premies en de inkomensafhankelijke bijdrage ZVW

financieel gedreven is. Werknemers weten tenslotte zelf ook niet altijd wie hun bedrijfsarts is, of dat ze er überhaupt één hebben.

Medische informatie mag alleen gedeeld worden tussen zorgverleners uit beide stelsels na toestemming van de werknemer/patiënt. Met name bij zorgverleners in de ggz verloopt dit moeizaam. Werknemers vertrouwen de bedrijfsarts niet altijd. Dit komt doordat werknemers het beeld kunnen hebben dat de bedrijfsarts aan de 'kant van de werkgever' staat, omdat de werkgever de bedrijfsarts betaalt. Werknemers vrezen dan dat de bedrijfsarts medisch gegevens deelt met de werkgever. Hierdoor zijn zij huiverig in het toestemming geven voor het delen van medische informatie. Wanneer er wel informatie wordt uitgewisseld, is er nauwelijks sprake van een 'warme overdacht' tussen zorgverleners in de curatieve zorg en bedrijfsgeneeskundige zorg. De informatie-uitwisseling vindt doorgaans per (gestandaardiseerde) brief plaats.

Werkgevers zijn volgens de Arbowet verplicht een contract af te sluiten met een bedrijfsarts, die al dan niet verbonden kan zijn aan een arbodienst. Contracten met een arbodienst worden soms voor slechts twee tot drie jaar afgesloten, waardoor de arbodienst en de bedrijfsartsen regelmatig wisselen. Daarnaast wisselen de bedrijfsartsen ook binnen een arbodienst. Werknemers zien daardoor soms meerdere bedrijfsartsen gedurende hun ziekteperiode. Voor een zorgverlener in de curatieve zorg maakt dit de samenwerking extra moeilijk. Geïnterviewden geven aan dat juist bij bedrijven die weinig wisselen van arbodienst (bijvoorbeeld bedrijven met een interne of een branchespecifieke arbodienst) en/of waar dezelfde bedrijfsarts voor langere periode verbonden is, de dienstverlening beter op maat is en de samenwerking met curatieve zorg beter verloopt. Omgekeerd geven geïnterviewden ook aan dat het binnen de curatieve zorg ontbreekt aan voldoende aandacht voor de factor arbeid en veel zorgverleners in de curatieve zorg beperkte kennis over de (wederzijdse relatie) tussen werk en (bepaalde) aandoeningen hebben. Dit hangt samen met de beperkte aandacht hiervoor bij de medische opleiding.

Onduidelijkheid over regie en terughoudendheid om regie te nemen

Hoewel meerdere partijen betrokken zijn bij arbocuratieve zorg is het onduidelijk wie de regie heeft en verantwoordelijkheid draagt voor de duurzame inzetbaarheid van werknemers met een medische aandoening. Geïnterviewden geven aan dat het belangrijk is dat er iemand de regie heeft, maar ook dat op dit moment geen van de partijen de primaire verantwoordelijkheid heeft en voelt om deze te pakken. Dit wordt versterkt door tekorten aan zorgverleners binnen zowel de curatieve zorg als bedrijfsgezondheidszorg waardoor zij weinig ruimte ervaren om dit, naast reguliere werkzaamheden, op te pakken.

4.2 Creëren van juiste prikkels nodig voor samenwerking tussen partijen uit beide stelsels

Grootschalige stelselwijzigingen om bovengenoemde knelpunten (deels) op te lossen, kosten veel tijd, geld[45] en bovendien de bestuurlijke en politieke wil om deze te realiseren. Daarbij geldt dat bij elke stelselwijziging naast voordelen ook nadelen, zoals nieuwe grijze gebieden, ontstaan. De keuze voor een eventuele stelselwijziging vergen logischerwijs zorgvuldige afweging, die een

[45] Zie bijvoorbeeld SiRM 2015: Transitiekosten van stelselwijzigingen in de zorg

lange tijd in beslag neemt. Of de voordelen (en de baten) daarvan opwegen tegen de nadelen (en de kosten) is een vraag die alleen door specifiek onderzoek naar mogelijke stelselwijzigingen te beantwoorden is. Voor de korte en middellange termijn ligt het daarom voor de hand om te kijken welke prikkels er kunnen worden gecreëerd binnen de huidige stelsels. De onderzochte praktijkvoorbeelden geven hier richting in.

4.2.1 Genoemde succesfactoren bij praktijkvoorbeelden zijn aanknopingspunten voor vormgeven juiste prikkels

Geïnterviewde personen die bij de onderzochte praktijkvoorbeelden betrokken waren identificeerden verschillende succesfactoren die aanknopingspunten bieden voor structurele arbocuratieve zorg, namelijk:

- (Terug naar) werk als expliciet behandeldoel en uitkomstmaat gebruiken.
- Expliciete wens van de patiënt of cliënt om (weer) te gaan werken.
- Structurele financiering van additionele kosten (door partijen die groot deel van de baten ontvangen).
- Bestuurlijk draagvlak en organisatorische ondersteuning voor initiatiefnemers.

We lichten hieronder elk van de genoemde succesfactoren die leiden tot positieve prikkels toe. Daarmee is dit een eerste, maar niet volledig, beeld van welke prikkels kunnen bijdragen aan het realiseren van arbocuratieve zorg.

(Terug naar) werk als expliciet behandeldoel en uitkomstmaat gebruiken

Door (terug naar) werk als één van de behandeldoelen te stellen en dit te vertalen naar een werkgerelateerde uitkomstmaat voor de geleverde zorg, wordt dit een expliciet doel van alle betrokken zorgverleners. Er ontstaat een prikkel om werk vanaf de start mee te nemen in de behandeling. Bovendien ontstaat er een prikkel om elkaars expertise te benutten. Dit was onder andere het geval voor praktijkvoorbeeld 4: ‘BAAS’ en praktijkvoorbeeld 11: ‘E-learning herstel na operatie’.

Expliciete wens van de patiënt of cliënt om (weer) te gaan werken

Als patiënten of cliënten zelf expliciet bij diagnose of het bespreken van de behandelopties (terug naar) werk als belangrijke uitkomst aangeven, geeft dit een positieve prikkel aan zorgverleners om hier aandacht aan te geven. Dit wordt verder versterkt als patiënten ook deel van de regie hiervoor willen en kunnen nemen door zelf de verbinding te maken met de bedrijfsgezondheidszorg. Dit is niet voor elke patiënt in de praktijk mogelijk, waardoor deze rol ook expliciet belegd zou kunnen worden bij bijvoorbeeld een verpleegkundig specialist. Door de sterk verbeterde toegang tot eigen medische informatie kunnen patiënten zelf bijvoorbeeld snel medische informatie delen met zorgverleners in de bedrijfsgezondheidszorg. Patiëntenverenigingen spelen ook een belangrijke rol om patiënten en zorgverleners bewust te maken dat (terug naar) werk een punt voor in de spreekkamer is.[46]

[46] Zie bijvoorbeeld het rapport Werk in de spreekkamer uit 2023 van Patiëntenfederatie Nederland.

Structurele financiering van additionele kosten (door partijen die groot deel van de baten ontvangen)

Structurele financiering van (bewezen) effectieve vormen van arbocuratieve zorg maakt dat betrokken zorgaanbieders zekerheid hebben dat hun extra inzet wordt betaald. Dit maakt dat continuïteit tot op zekere hoogte geborgd is en uitbreiding of opschaling mogelijk is. Omdat kosten en baten vaak bij verschillende partijen terecht komen is structurele financiering van de additionele kosten alleen reëel als de bijvoorbeeld de kosten van extra inzet van curatieve zorgverleners gedekt worden door financiering vanuit de partijen waar de baten terecht komen. Dit is het geval bij praktijkvoorbeeld 2: 'IPS' en praktijkvoorbeeld 6: 'WGB'. Hierin is de additionele zorginzet op gebied van re-integratie en werk onderdeel van het ggz-behandeltraject. Deze kosten worden (deels) gefinancierd door gemeenten en/of UWV, omdat bij hen bij succes ook een groot deel van de baten terechtkomen (bijlage 5). Hun uitgaven aan uitkeringen en mogelijk andere sociale voorzieningen dalen namelijk.

Bestuurlijk draagvlak en organisatorische ondersteuning voor initiatiefnemers

Bestuurlijk draagvlak en organisatorische ondersteuning door de zorgorganisatie waar initiatiefnemers werken, zorgt voor breder draagvlak binnen de organisatie. Dit maakt de extra inzet van initiatiefnemers en niet-direct bij het initiatief betrokken collega's makkelijker te organiseren en uit te leggen richting binnen de zorgorganisatie. Gezamenlijk leidt dit tot positieve prikkels voor initiatiefnemers om extra moeite te doen. Dit was in veel van de onderzochte praktijkvoorbeelden het geval. Specifieke voorbeelden zijn praktijkvoorbeeld 5: 'Signaleren beroepslongziekten' en praktijkvoorbeeld 10: 'Aandacht voor werkgerelateerde problemen'.

4.2.2 Onderzoek wat de beste manier is om succesfactoren structureel in te bedden

Prikkels tot meer en betere samenwerking voor arbocuratieve zorg kunnen op verschillende manieren worden georganiseerd. Namelijk door het introduceren van positieve of negatieve prikkels voor zorgverleners uit de curatieve zorg en de bedrijfsgezondheidszorg. Positieve prikkels geven betrokkenen een beloning (financieel of niet-financieel zoals een hogere waardering) voor het bieden van arbocuratieve zorg. Dit kan door bijvoorbeeld door:

- Financiële prikkels waardoor extra inzet voor arbocuratieve zorg leidt tot extra inkomsten voor de organisaties: bijvoorbeeld door resultaatfinanciering voor de extra inzet vanuit curatieve zorg door partijen die de baten ontvangen als patiënten sneller aan het werk gaan.
- Kwaliteitsindicatoren op te stellen (bijvoorbeeld via PREMs[47] en PROMs[48])waar aandacht voor werk expliciet onderdeel van is.
- Het belang van werk voor de (ervaren) kwaliteit van zorg door patiënten en de manieren waarop dat in behandeling een plek kan krijgen, explicieter aan bod te laten komen in opleidingen van zorgverleners. Hierdoor wordt arbocuratieve zorg een vast onderdeel van wat zorgverleners onder goede zorg verstaan.

[47] Patient Reported Experience Measure
[48] Patient Reported Outcome Measure

Negatieve prikkels bieden een ‘straf’ voor het niet bieden van arbocuratieve zorg. Dat kan bijvoorbeeld door:

- Het stellen van normen rond de rol van werk tijdens een behandeling en dat bijvoorbeeld expliciet terug laten komen bij visitaties.
- Financiële prikkels. Bijvoorbeeld, door lagere vergoeding als er niet voldaan wordt aan afgesproken minimumeisen voor arbocuratieve zorg.

De vraag welke prikkels op welke manier tot het beste resultaat tegen de minste kosten leidt, moet nader onderzocht worden. Bij een dergelijk onderzoek moeten zowel het ministerie van SZW als VWS bij betrokken zijn, omdat deze prikkels voor partijen uit beide stelsels effectief moeten zijn.

Bijlage 1 Lijst geïnterviewden

Naam	Organisatie	Doel interview
Angelique de Rijk	Maastricht Universiteit	Ophalen informatie en praktijkvoorbeelden
Annemieke Visser	UMCG	Verdieping praktijkvoorbeeld
Daniel Strijbos	Amsterdam UMC	Verdieping praktijkvoorbeeld
Desiree Dona	Radboudumc	Verdieping praktijkvoorbeeld
Dorien Verhoeven	Phrenos	Verdieping praktijkvoorbeeld
Emiel Rolink	Instituut Asbestslachtoffers	Ophalen informatie en praktijkvoorbeelden
Esther van de Laar	CZ	Ophalen informatie en praktijkvoorbeelden
Frederieke Schaafsma	Amsterdam UMC	Ophalen informatie en praktijkvoorbeelden
Hanna Kuiper-van der Valk	Franciscus Gasthuis, Wel-010	Verdieping praktijkvoorbeeld
Heleen den Besten	Long Alliantie Nederland	Verdieping praktijkvoorbeeld
Helma Cissen	Reinier van Arkel	Verdieping praktijkvoorbeeld
Johannes Anema	Amsterdam UMC	Verdieping praktijkvoorbeeld
Jos Rooijackers	Nederlands Kenniscentrum Arbeid en Longaandoeningen	Ophalen informatie en praktijkvoorbeelden
Judith van Velzen	Amsterdam UMC	Verdieping praktijkvoorbeeld
Jurriaan Penders	HumanTotalCare	Ophalen informatie en praktijkvoorbeelden
Kees de Kock	Huisarts	Ophalen informatie en praktijkvoorbeelden
Marianne Holleman	Arbeidsdeskundig Kennis Centrum	Ophalen informatie en praktijkvoorbeelden
Merel Schuring	Erasmus MC	Verdieping praktijkvoorbeeld
Michiel Reneman	UMCG	Verdieping praktijkvoorbeeld
Petra Zwolle	CZ	Ophalen informatie en praktijkvoorbeelden
Piet Vessies	Alles is gezondheid	Ophalen informatie en praktijkvoorbeelden
Ragna van Hummel	Re-turn	Ophalen informatie en praktijkvoorbeelden
Ramona Kapitein	Samenwerkende GezondheidsFondsen	Ophalen informatie en praktijkvoorbeelden
Ronald Batenburg	Nivel	Ophalen informatie en praktijkvoorbeelden
Simon Klomp	A.S.R.	Ophalen informatie en praktijkvoorbeelden
Wim Luijten	Yulius	Verdieping praktijkvoorbeeld

Bijlage 2 Leden klankbordgroep

Naam	Organisatie
Gijsbert van Lomwel	NVAB
Hanna Kuiper-van der Valk	Franciscus Gasthuis, Wel-010
Jeanette van Zee	Patiëntfederatie Nederland
Karin Kanselaar	Radboudumc
Karin Proper	RIVM
Marijke Roseboom	Ministerie SZW
Tamara Raaijmakers	Centrum Werk Gezondheid

Bijlage 3 Begrippenlijst

Begrip	Toelichting
Arbeidsgerelateerde aandoeningen / beroepsziekten	Een ziekte die is veroorzaakt of verergerd door factoren op de werkplek
Bedrijfsgezondheidszorg	Bedrijfsgezondheidszorg is gericht op het voorkomen van beroepsziekten, bedrijfsongevallen, ziekte en verzuim van werknemers
Curatieve zorg	Eerstelijns-, medisch specialistische-, paramedische en geestelijke gezondheidszorg
Epb	Eerste polikliniekbezoek
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
MDO	Multidisciplinair overleg
Ministerie van SZW	Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid
Ministerie van VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
MSZ	Medisch specialistisch zorg
PREM	Patient Reported Experience Measures. PREMs meten de ervaringen van patiënten over het zorgproces en gaan bijvoorbeeld over ervaringen met informatievoorziening, communicatie en bejegening.
PROM	Patient Reported Outcome Measures. PROMs meten de ervaren gezondheid en kwaliteit van leven van patiënten.
RCT	Randomised controlled trial, een zo zuiver mogelijke studie-opzet om een causale samenhang tussen interventie en effect aan te tonen
UWV	Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen
Werkloosheid	Aandeel mensen zonder betaald werk die wel direct beschikbaar is en actief werkzoekend

Bijlage 4 Methoden

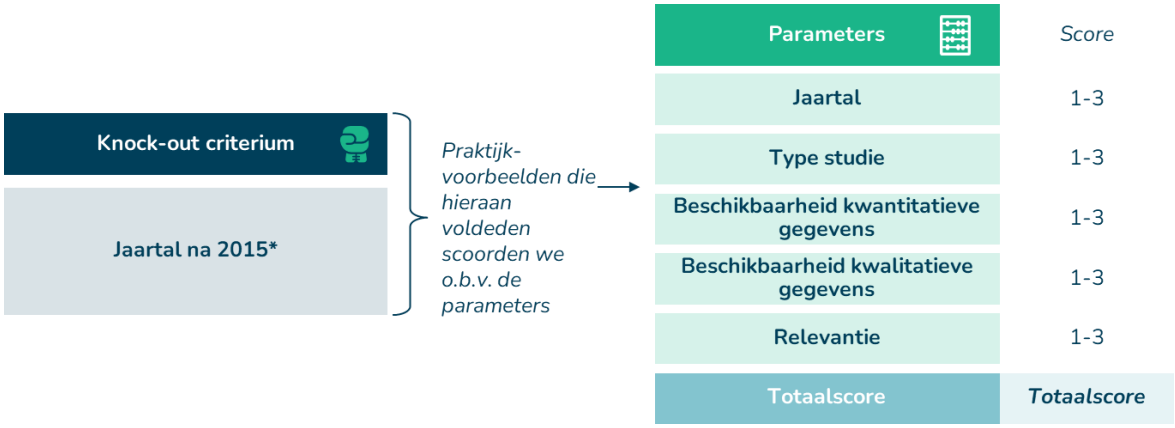
Figuur 5. Het onderzoek bestond uit vier fasen.

We voerden het onderzoek uit in vier fasen (Figuur 5).

Fase 1: verkennen

In fase 1 voerden we deskresearch uit naar arbocuratieve zorg in Nederland, waarbij er specifieke aandacht was voor succesfactoren, belemmeringen, kosten en baten, en praktijkvoorbeelden uit de praktijk. We voerden dertien interviews met experts op het gebied van arbocuratieve zorg. Op basis van deskresearch en deze interviews stelden we een longlist met 42 praktijkvoorbeelden op. Een praktijkvoorbeeld is een rapport of artikel dat een bepaalde interventie op het gebied van arbocuratieve zorg omschrijft. Het was mogelijk dat meerdere praktijkvoorbeelden dezelfde interventie beschreven.

We beoordeelden de geschiktheid van de praktijkvoorbeelden op basis van een knock-out criterium (uitgevoerd na 2015) en specifieke parameters (jaartal, type studie, beschikbaarheid kwantitatieve en kwalitatieve gegevens en relevantie) (Figuur 6 en Figuur 7). 22 van de 42 praktijkvoorbeelden vielen af op basis van het knock-out criterium. De overige 20 praktijkvoorbeelden werden gescoord aan de hand van de parameters. De longlist met praktijkvoorbeelden en de totale score van de parameters werden voorgelegd aan de klankbordgroep. In overleg met de klankbordgroep werden vijftien praktijkvoorbeelden geselecteerd voor verdere analyse in fase 2 van het onderzoek.



Figuur 6. Geschiktheid praktijkvoorbeelden beoordeeld op basis van een knock-out criterium (publicatie na 2015) en parameters. *Als de klankbordgroep aangaf dat een praktijkvoorbeeld zeer relevant was voor verdere analyse, kon worden afgezien van het knock-outcriterium en konden praktijkvoorbeelden van voor 2015 worden meegenomen.

Aantal punten	1 Jaar	2 Type studie	3 Kwantitatieve data	4 Kwalitatieve data	5 Relevantie
3	2022-2024	Systematische review/RCT	Uitgebreid	Uitgebreid	Hoog
2	2018-2021	Observationeel/ case report	Beperkt	Beperkt	Beperkt
1	2015-2017	Overig	Geen	Geen	Laag

Figuur 7. Praktijkvoorbeelden die voldeden aan het knock-out criterium werden gescoord aan de hand van vijf parameters.

Fase 2: verdiepen

In deze fase werden 15 de geselecteerde praktijkvoorbeelden verder geanalyseerd op basis van beschikbare informatie. Twee van de vijftien praktijkvoorbeelden zijn samengevoegd met overeenkomende praktijkvoorbeelden, omdat deze dezelfde interventie beschreven. Hierdoor zijn uiteindelijk dertien praktijkvoorbeelden afzonderlijk beschreven (bijlage 5). Voor elke praktijkvoorbeeld voerden we een interview met een persoon die bij de praktijkvoorbeeld betrokken was. Op basis van de analyses en interviews werden voor elke praktijkvoorbeeld tenminste de volgende elementen verzameld: algemene beschrijving, kenmerken, kosten en baten, en implicaties en opschaling. Deze beschrijving werd voorgelegd aan de geïnterviewde ter controle van de inhoud en eventuele toevoegingen.

Fase 3: concluderen

In deze fase stelden we de overkoepelende conclusies op, deze baseerden we op de uitkomsten van de praktijkvoorbeelden. Deze conclusies werden voorgelegd in een werksessie met de geïnterviewden. Daarnaast werden de conclusies besproken met de klankbordgroep. De conclusies werden verder aangescherpt op basis van de ontvangen feedback uit de werksessie en de klankbordgroep.

We stelden een tentatieve maatschappelijke businesscase op aan de hand van de recent gepubliceerde richtlijn ‘Arbeidsparticipatie voor medisch specialistische richtlijnen’.[22]

Hierbij gingen we uit van de meest 'beknopte' variant, die bestond uit het bespreken van (consequenties voor) de arbeidssituatie bij besluitvorming over behandelopties of interventies, en indien nodig het doorverwijzen van de patiënt naar een bedrijfsarts.

We berekenden eerst het totaal aantal eerste polibezoeken onder de potentiële beroepsbevolking per jaar (5.900.000). Hiervoor maakten we gebruik van de verhouding van zorguitgaven voor mensen tussen 15 en 75 jaar ten opzichte van mensen in andere leeftijdscategorieën. Deze verhouding pasten we toe op het totaal aantal eerste polibezoeken in 2022 (Tabel 4).

Tabel 4. Het totaal aantal eerste polibezoeken onder de potentiële beroepsbevolking was 5,9 miljoen in 2022.

Eerste polibezoeken potentiële beroepsbevolking		Bron
Eerste polibezoeken	8.500.000	GIPdatabank (2022)
Verhouding zorgkosten potentiële en niet potentiële beroepsbevolking	0,7	CBS StatLine (2022)
Eerste polibezoeken potentiële beroepsbevolking	*8.500.000 * 0,7 = 5.900.000*	*Berekening*

We berekenden de potentiële extra patiënten voor bedrijfsartsen als volgt (Tabel 5):

1. We schatten het aantal huidige verwijzingen (circa 550.000) naar de bedrijfsarts op basis van de werkzame beroepsbevolking, percentage ziekteverzuim en percentage langdurig (>6 weken) verzuim.
2. We trokken het aantal huidige verwijzingen af van het totaal aantal eerste polibezoeken onder de potentiële beroepsbevolking.
3. We berekenden de extra patiënten (400.000) door de overgebleven eerste polibezoeken te vermenigvuldigen met het percentage werknemers met een vast contract en met de aanname dat 10% geadviseerd wordt om naar de bedrijfsarts.

Tabel 5. Het totaal aantal extra patiënten voor de bedrijfsartsen is 400.000.

Extra patiënten bedrijfsartsen		Bron
Werkzame beroepsbevolking	9.400.000	CBS StatLine (2022)
Ziekteverzuim	58%	VZinfo (2022)
Ziekmeldingen	*9.400.000 * 58% = 5.500.000*	*Berekening*
Langdurig ziekteverzuim (>6weken)	10%	SAZAS (2023): verzuimcijfers
Huidig aantal verwijzingen	*5.500.000 * 10% = 550.000*	*Berekening*
Eerste polibezoeken (Tabel 4) minus huidig aantal verwijzingen	*5.900.000 – 550.000 = 5.400.000*	*Berekening*
Vast contract	75%	CBS StatLine (2022)

Aanname advies om naar bedrijfsarts te gaan	10%	Aanname
Extra patiënten	*5.400.000 * 75% * 10% = 400.000*	*Berekening*

We berekenden de totale kosten voor de maatschappelijke businesscase op basis van de additionele kosten voor de extra tijd van medisch specialisten en bedrijfsartsen. De kosten voor de extra tijd van medisch specialisten berekenden we als volgt (Tabel 6):

1. We berekenden het gemiddelde uurloon (€120) van medisch specialisten op basis van het gemiddelde inkomen van vrijgevestigde medisch specialisten en medisch specialisten in loondienst, het aantal werkweken per jaar en een schatting van het aantal uren patiëntgebonden werk per week.
2. We namen aan dat een medisch specialist gemiddeld 5 min extra tijd besteedt tijdens het eerste polibezoek om de arbeidssituatie te bespreken. De totale extra tijd berekenden we door het aantal eerste polibezoeken te vermenigvuldigen met 5 minuten.
3. We berekenden de extra kosten (€60.000.000) door het aantal extra uren inzet van medisch specialisten te vermenigvuldig met het gemiddelde uurloon.

Tabel 6. De totale kosten voor de extra tijd van medisch specialisten bedragen €60 miljoen.

Kosten medisch specialisten		**Bron**
Gemiddeld inkomen	€170.000	FMS (2023): Feiten en cijfers medisch specialistische zorg
Werkweken per jaar	43	FMS (2021): Handreiking Fte model voor medisch specialisten
Uren patiëntgebonden werk per week	32	Aanname
Gemiddeld uurloon	*€170.000 ÷ 43 ÷ 32 = €120*	*Berekening*
Extra tijd in uren per jaar	*5.900.000 * 5 ÷ 60 = 490.000*	*Berekening*
Totale kosten	*490.000 * €120 = €60.000.000*	*Berekening*

De kosten voor de extra tijd van bedrijfsartsen berekenden we als volgt (Tabel 7):

- We namen aan dat patiënten die geadviseerd worden om naar de bedrijfsarts te gaan zowel een intake- als een vervolgconsult krijgen.
- We vermenigvuldigen het aantal extra patiënten (400.000) bij de bedrijfsarts met de gemiddelde kosten van een intake en vervolgconsult.

Tabel 7. De totale kosten voor de extra tijd van bedrijfsartsen bedragen €180 miljoen

Kosten bedrijfsartsen		Bron
Kosten intake consult	€300	Vitaal arbo: tarieven 2024
Kosten vervolgconsult	€150	Vitaal arbo: tarieven 2024
Totale kosten	*400.000 * (€300 + €150)* = €180.000.000	*Berekening*

We bepaalden het break-even punt in dagen door de gemiddelde kosten per patiënten te berekenen en te delen door de gemiddelde opbrengst per dag (Tabel 8). Hiermee berekenden we hoeveel dagen eerder een patiënt weer aan het werk moest gaan om de businesscase op maatschappelijk niveau break-even te laten zijn.

Tabel 8. Het break-even punt van de maatschappelijke businesscase is 0,1 dag.

Break-even point		Bron
Kosten per patiënt	(€60.000.000 + €180.000.000) ÷ 5.900.000 = €40	*Berekening*
Opbrengst per dag	€400	SAZAS (2023): verzuimcijfers
Break-even punt in dagen	*€40 ÷ €400 = 0,1*	*Berekening*

Fase 4: Rapporteren

Tijdens fase 4 stelden we een concept- en eindrapport op. Deze werd gedeeld met de opdrachtgevers en de klankbordgroep. We presenteren onze bevindingen in november op het congres Arbeid en Gezondheid.

Bijlage 5 Praktijkvoorbeelden

Praktijkvoorbeeld 1: Werk Als Beste Zorg (WABZ)	
Algemene beschrijving	**Kenmerken**
De integrale aanpak Werk als Beste Zorg (WABZ) is gericht op snelle begeleiding naar werk van mensen met psychische problematiek. Het gaat hierbij om cliënten met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA) die onder behandeling zijn van ggz en die gemotiveerd zijn om aan het werk te gaan, maar nog geen werk hebben. Twee professionals van betrokken organisaties (UWV, ggz) werken integraal samen, voeren gesprekken met de cliënt en zorgen voor een actieve bemiddeling naar werk, waarbij arbeidsmogelijkheden van een client worden gematcht met werkgevers. De cliënten met WABZ heeft na ongeveer twee jaar een vergelijkbaar niveau van arbeidsparticipatie als andere cliënten van de SDD zonder ernstige psychische aandoening. Het niveau van arbeidsparticipatie ligt dan op ca. 43%, terwijl dit bij aanvang gemiddeld 17% was (26% lager) Cliënten ervaren gunstigere werkomstandigheden, een betere mentale en fysieke gezondheid (mits de werkomstandigheden goed zijn). Cliënten voelen zich vaker geaccepteerd door collega's (98%) in vergelijking met andere cliënten die via reguliere route betaald werk hebben (74%). De persoonlijke aandacht, het inzetten van een jobcoach en het gericht zoeken naar werk bleken positieve aspecten van de WABZ methodiek.	• **Periode uitvoering interventie**: 2019 - heden • **Initiatiefnemers**: zorgverzekeraar VGZ • **Betrokken partijen**: UWV Dordrecht, ggz-organisatie Yulius, zorgverzekeraar VGZ en Sociale Dienst Drechtsteden (SDD) • **Betrokken zorgverleners (functies)**: bemiddelaar en trajectbegeleider arbeid van Yulius • **Financiering interventie**: subsidie en projectleider gefinancierd vanuit Gouden Kans ZonMW. Zorgverzekeraar; VGZ heeft gedurende 1 jaar een consulent (1 fte) gefinancierd;. Op dit moment wordt geen gebruik gemaakt van aanvullende financiering. De inzet van bij trajecten betrokken professionals wordt vergoed uit budget SDD. • **Aandoening doelgroep**: Ernstige Psychiatrische Problematiek • **Arbeidsmarktstatus doelgroep**: Werkzoekend • **Uitkomstmaat**: Arbeidsparticipatie, werkomstandigheden, mentale gezondheid en fysieke gezondheid • **Type onderzoek(en)**: Longitudinaal vragenlijstonderzoek uitgevoerd door ErasmusMC
Kosten	**Baten**
De kosten bestaan uit extra behandel- en ca. €7.310 aan extra re-integratiekosten voor een periode van drie jaar (personeels- en overige kosten) Daarnaast besteden betrokken zorgprofessionals meer tijd aan	De baten bestaan uit, kostenbesparing op de uitkering, kostenbesparing op re-integratieactiviteiten en kostenbesparing op jaarlijks zorggebruik (reductie van 45% na plaatsing op een

overleg, waarvan €800 per cliënt vergoed wordt door de zorgverzekeraar. Deze kosten komen voornamelijk terecht bij het UWV, SDD (extra kosten voor re-ïntegratie) en Yulius (extra kosten voor behandeling). Daarnaast was er eenmalige financiering vanuit de zorgverzekeraar voor inzet van een bemiddelaar (1 fte).	werkplek). en inkomen uit werk voor de cliënt. Deze baten komen voornamelijk terecht bij het UWV of de SDD (afhankelijk van de uitkering). Voor de cliënt is de netto opbrengst afhankelijk van het aantal gewerkte uren per week, en wordt de opbrengst mede bepaald door een afname van inkomsten uit de uitkering,
In de casus WABZ, over een periode van vier jaar, zijn de additionele kosten per persoon voor de Sociale Dienst/UWV €460 (re-integratie) en kosten voor de zorgverzekeraar (curatieve sector) -€98, en de baten voor de cliënt (arbeidsmarkt) €38 bedragen. Het netto saldo per persoon komt hierdoor op -€520.	
Implicaties en opschaling	
De interventie is onderdeel van de reguliere werkwijze geworden voor alle cliënten van ggz-organisatie Yulius. Ook de SDD biedt de interventie nog aan. De samenwerking tussen de twee organisatie staat op een laag pitje. Regio Twente, geïnspireerd door WABZ Drechtsteden, biedt de interventie sinds 2021 ook aan aan cliënten die in behandeling zijn bij ggz-organisaties Dimence en Mediant. Dit betreft een samenwerking met Werkplein Twente (UWV en gemeenten). Zorgverzekeraar Menzis draagt 3 jaar bij in de kosten van sleutelfiguren bij Mediant en Dimence. De succesfactoren van de interventie zijn de nauwe samenwerking tussen verschillende organisaties, de gezamenlijke visie, het centraalstellen van de client, een heldere taakverdeling en het gebruik van elkaars expertise. Een uitdaging bleek de hoge werkdruk, de financiering en ongelijke verdeling van kosten en baten.	

Praktijkvoorbeeld 2: Individuele plaatsing en steun (IPS)	
Algemene beschrijving	**Kenmerken**
Individuele Plaatsing en Steun (IPS) is een uit Amerika naar Nederland gehaalde methodiek om mensen met ernstige psychische aandoening (EPA) te helpen bij het verkrijgen en behouden van werk. Het betreft een driejarig traject. Er is ook een tweejarig traject voor mensen met Common Mental Disorders (CMD). De IPS-methodiek wordt in Nederland door 32 ggz-organisaties uitgevoerd. Het doel van IPS is om gemotiveerde cliënten snel en zonder voorafgaande training aan het werk te helpen, onder begeleiding van IPS opgeleide trajectbegeleiders vanuit de ggz (place first, train later). De methodiek wordt uitsluitend uitgevoerd door IPS gekwalificeerde zorgverleners, hier ziet Kenniscentrum Phrenos op toe. Onderzoek laat zien dat de IPS-methode bijdraagt aan snellere en duurzamere begeleiding van mensen met EPA naar werk[49]. Het percentage patiënten dat werk vindt voor minimaal 12 uur per week steeg van 3,7% naar 7,5%. Onderzoek naar de gezondheidseffecten van IPS is beperkt, het onderzoek dat er is laat geen duidelijk positief of negatief effect zien op de kwaliteit van leven, het functioneren of de mentale gezondheid van mensen.	• **Periode uitvoering interventie:** Sinds 2012 is IPS een landelijk beschikbare interventiemethodiek • **Initiatiefnemers:** Jaap van Weeghel heeft de interventie vanuit Amerika naar Nederland gebracht • **Betrokken partijen:** Kenniscentrum Phrenos UWV, SZW, en diverse onderzoeksinstellingen • **Betrokken zorgverleners (functies):** IPS-gecertificeerde ggz-behandelaren • **Financiering interventie:** UWV • **Aandoening doelgroep:** Ernstig psychische aandoeningen • **Arbeidsmarktstatus doelgroep:** Werkzoekend • **Uitkomstmaat:** Arbeidsparticipatie • **Type onderzoek(en):** Grote diversiteit aan kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeken
Kosten	**Baten**
De kosten zijn voor de zorgverzekeraar (de eerste gesprekken worden betaald vanuit de Zvw), en voor het UWV of de gemeente (afhankelijk van de uitkeringsinstantie). De kostenposten zijn de interventiekosten (opleiding van begeleiders en tijdsinvestering), zorgkosten en uitkeringskosten.	De belangrijkste maatschappelijke baten van IPS zijn besparing op uitkeringskosten, besparing op zorgkosten, verhoogde arbeidsparticipatie en verbeterde kwaliteit van leven. De baten van IPS komen terecht bij de patiënt, de werkgever, de directe omgeving van de patiënt en de gemeente en het UWV.
In de praktijkvoorbeeld IPS bedragen de additionele kosten per persoon €323 voor interventie (re-integratie) en €460 voor gezondheidszorg (curatieve sector), terwijl de baten voor sociale voorzieningen	

[49] Vukadin, Miljana, et al. "Effectiveness, cost-effectiveness and return on investment of individual placement and support compared with traditional vocational rehabilitation for individuals with severe mental illness in the Netherlands: a nationwide implementation study." *BMJ Public Health* 2.1 (2024).

(re-integratie) €1147 zijn. Dit resulteert in een netto saldo per persoon van €364. Dit betekent dat IPS per saldo €364 oplevert per persoon.
Implicaties en opschaling
Er is een aantal succesfactoren die aan de basis van de landelijke opschaling van IPS liggen. Zo is IPS een duidelijk omschreven methodiek met een praktijkhandleiding en een modeltrouwheidsschaal. Daarnaast is IPS veelvuldig onderzocht, zowel nationaal als internationaal, de interventie is langdurig (een traject duurt 2 of 3 jaar, afhankelijk van de ernst van de problematiek). Hulpverleners bieden hulp vanuit meerdere domeinen (zorg, welzijn en participatie). De methodiek hanteert een 'first place than train principe en de begeleiding van de betrokkene stopt niet bij het vinden van werk, maar wordt na het vinden van een baan voortgezet.

Praktijkvoorbeeld 3: Bevorderen van duurzame arbeidsparticipatie van werkende nierpatiënten (BAAN)	
Algemene beschrijving	**Kenmerken**
De interventie, ontwikkeld via het Adapted Intervention Mapping (AIM) proces, richt zich op het integreren van arbeidsgerichte medische zorg in de behandeling van patiënten met een nierziekte. Het doel is om arbeidsgerichte zorg standaard onderdeel te laten uitmaken van de curatieve zorg en om mensen met een nierziekte te voorzien van tools om werkgerelateerde uitdagingen aan te pakken. Hierbij kan een adviseur arbeid worden ingezet. De interventie beoogt verbeterd werkvermogen, duurzame inzetbaarheid en financiële stabiliteit voor patiënten, wat kan bijdragen aan een betere gezondheid. Patiënten beoordeelden de interventie gemiddeld met een 8,3. De ontwikkeling, inhoud en implementatie van de interventie beoordeelden zorgverleners en ziekenhuismanagers respectievelijk met een 8,8 en 8,4.	• **Periode uitvoering interventie**: 2020-2022 • **Initiatiefnemers:** Afdeling Toegepast Gezondheidsonderzoek en afdeling nefrologie in het UMCG • **Betrokken partijen:** Nierpatiënten Vereniging Nederland, NVAB, NVVG, NVvA, VNO-NCW, National Network chronically ill and work, ziekenhuisexperts en Fit for Work Platform • **Betrokken zorgverleners (functies):** nefrologen, verpleegkundigen en maatschappelijk werk, verzekeringsartsen, bedrijfsartsen, arbeidsconsulent / adviseur arbeid • **Financiering interventie:** Subsidie ZonMW, Menzis • **Aandoening doelgroep:** Patiënten met chronische nierinsufficiëntie (stadium G3b-5) • **Arbeidsmarktstatus doelgroep:** Alle • **Uitkomstmaat:** Ontwikkelen en implementeren arbeidsgerichte klinische zorg • **Type onderzoek(en):** Participatief actieonderzoek
Kosten	**Baten**
De kosten van de interventie bestaan uit de standaard inzet van een adviseur arbeid. Deze kosten komen voornamelijk terecht binnen de curatieve sector.	De baten van de interventie bestaan uit meer kennis, bewustzijn, regie en handvatten om vervolgstappen te zetten voor chronische nierpatiënten. Deze baten komen voornamelijk terecht bij de patiënt en werkgever.
Met de opzet van de interventie en het onderzoek kon niet worden aangetoond of de baten hoger zijn dan de kosten.	
Implicaties en opschaling	
Een belangrijke succesfactor van het project was de voortdurende samenwerking binnen de teams, waarbij niemand uitviel en alle teamleden gedurende het hele project toegewijd waren aan het behalen van resultaten en het verbeteren van de voorlopige bevindingen. Daarnaast speelde de persoonlijke motivatie van artsen om werkgerichte zorg te verlenen een cruciale rol in het succes van het project. Echter, curatieve zorgverleners, met name nefrologen, ervaren een hoge werkdruk, waardoor ze gedwongen worden	

prioriteiten te stellen bij de behandeling van patiënten. Bovendien ervaren artsen arbeidsgerichte zorg niet per se als noodzakelijk onderdeel van hun medisch beroep, wat een obstakel vormt voor de implementatie ervan.

De interventie wordt nu standaard gebruikt binnen de afdeling nefrologie van het UMCG en het Dialyse Centrum Groningen. Daarnaast wordt de interventie in het UMCG nu ook gebruikt op de afdeling hematologie en medische oncologie met behulp van financiering vanuit Abbvie en Pfizer.

Praktijkvoorbeeld 4: Back At work After Surgery (BAAS)	
Algemene beschrijving	**Kenmerken**
De interventie omvat een alternatief zorgpad wat een betere arbocuratieve samenwerking bewerkstelligt rondom de behandeling van patiënten die een knieprothese kregen. Voor de operatie werden patiënten door de fysiotherapeut op medisch vlak in kaart gebracht en er werden werkgerelateerde (in plaats van stoornisgerelateerde) revalidatiedoelen opgesteld. Na de operatie werden de patiënten begeleid door zowel een arbeidsdeskundige als een fysiotherapeut, waarbij het herstel, op zowel medisch als arbeidsgeneeskundig vlak, regelmatig werd geëvalueerd. Deze aanpak resulteerde in een snellere terugkeer naar werk (al dan niet in een aangepaste of andere functie) voor werknemers. Uit de eerste studieresultaten bleek dat werknemers binnen de interventie gemiddeld na zeven weken weer aan het werk gingen, vergeleken met de gebruikelijke dertien weken.	• **Periode uitvoering interventie:** 2021 • **Initiatiefnemers:** Ziekenhuis Nij Smellinghe en A.S.R. • **Betrokken partijen:** Ziekenhuis Nij Smellinghe, ziekenhuis ETZ, verzekeraar A.S.R., Amsterdam UMC, UMCG, MUMC, Elabo BV, werknemers en werkgevers. • **Betrokken zorgverleners:** Arbeidsdeskundige, bedrijfsarts, fysiotherapeut en orthopedisch chirurg • **Financiering interventie:** ZonMW, subsidie A.S.R. • **Aandoening doelgroep:** Knieartrose • **Arbeidsmarktstatus doelgroep:** Vast contact (min. 8 uur per week) of zelfstandig ondernemer • **Type onderzoek:** haalbaarheid, kosten/baten analyse, effectiviteit en implementatie studie. Resultaten effectiviteit en kosten/baten analyse worden eind dit jaar (2024) verwacht. • **Uitkomstmaat:** terugkeer naar werk
Kosten	**Baten**
De additionele kosten van de interventie t.o.v. regulier zorgpad bestaan uit vervroegde en extra inzet van de fysiotherapeut, arbeidsdeskundige en bedrijfsarts. Daarnaast is er ook meer tijd nodig van curatieve zorgverleners voor overleg. Deze kosten, inclusief inzet arbeidsdeskundige, komen voornamelijk terecht bij de curatieve sector. De kosten voor vervroegde inzet van de bedrijfsarts komen terecht bij de werkgever of verzekeraar.	De baten van de interventie bestaan uit versnelde revalidatie van patiënten, wat resulteert in een vroegere terugkeer naar werk. Deze baten komen voornamelijk terecht bij de patiënt zelf, werkgever en AOV-verzekeraar of verzuimverzekeraar.
Het is nog onduidelijk of de baten hoger zijn dan de kosten. Studie naar kosten en baten loopt nog.	
Implicaties en opschaling	
De interventie leidde tot een vervolgstudie in de vorm van een multicenteronderzoek, gericht op het evalueren van de effectiviteit en kosten en baten. Binnen ziekenhuis Nij Smellinghe wordt dit zorgpad na deze zomer als standaard toegepast, met plannen om het uit te breiden naar andere aandoeningen, zoals	

heupprotheses en kankeroperaties. Een succesfactor was de opzet van de studie vanuit de curatieve zorg. Knelpunten waren het betrekken van de bedrijfsarts en de beperkte tijd van curatieve zorgverleners. Financiering vormt een uitdaging voor verdere implementatie.

Praktijkvoorbeeld 5: Signaleren beroepslongziekten	
Algemene beschrijving	**Kenmerken**
De pilot bestond uit vijf stappen: 1. E-learning voor zorgverleners over het signaleren van beroepslongziekten; 2. Huisartsen en POH stelden vier screeningsvragen over werk in de anamnese; 3. Bij vermoeden van werkgerelateerde klachten werd een arbeidsvragenlijst ingevuld en casuïstiek voorgelegd aan het MDO; 4. Het MDO besprak de casuïstiek en bepaalde vervolgstappen; 5. Terugkoppeling van advies aan de aanvrager. Dit zorgpad diende voor signalering, diagnostiek en advies, met de uiteindelijke uitvoering bij de bedrijfsarts en/of werkgever. De pilot resulteerde in het signaleren van 80 mensen met vermoedelijke werkgerelateerde problemen binnen een half jaar, wat de bewustwording bij zorgverleners over de relatie tussen werk en longklachten vergrootte. De inbreng van bedrijfsartsen en arbeidshygiënisten in het MDO bleek waardevol en verbreedde de kennis van longartsen over mogelijke oorzaken en blootstelling aan stoffen op het werk, waarbij de bedrijfsartsen fungeerden als de verbindende schakel.	• **Periode uitvoering interventie:** 2019 • **Initiatiefnemers:** Long Alliantie Nederland • **Betrokken partijen:** Cohesie en Franciscus Gasthuis & Vlietland Rotterdam • **Betrokken zorgverleners (functies):** Arbeidshygiënist, bedrijfsarts, dermatoloog, kaderhuisarts astma/COPD, KNO-arts, longarts, longconsulent, longfunctieanalist • **Financiering interventie:** Subsidie ministerie SZW • **Aandoening doelgroep:** Patiënten met vermoedelijk werkgerelateerde longziekten • **Arbeidsmarktstatus doelgroep:** werkenden en gepensioneerden • **Uitkomstmaat:** signaleren beroepslongziekten • **Type onderzoek(en):** Pilotstudie
Kosten	**Baten**
• De kosten van de interventie bestaan uit tijd van zorgverleners (KNO-arts, longarts, huisarts, bedrijfsarts), extra poli kosten, inzet arbeidshygiënist, arbeidsdeskundige longconsulent, longfunctieanalist, en longfunctieanalist. Deze kosten komen terecht bij de curatieve en arbeidssector.	De baten van de interventie bestaan uit het voorkomen van gezondheidsschade, arbeidsongeschiktheid en verslechtering gezondheid en ingang tot preventie. Deze baten komen voornamelijk terecht bij de werknemer en werkgever. Wanneer verslechtering van gezondheid wordt voorkomen door tijdige inzet van preventieve maatregelen voorkom je ook zorgkosten en eventuele maatschappelijke kosten van uitkering/bijstand.

De kosten lijken meer terecht te komen bij de curatieve sector.
Implicaties en opschaling
De succesfactoren omvatten de goede voorbereiding van zorgverleners via een e-learning, het draagvlak binnen zorgorganisaties, en de integratie in bestaande overlegstructuren. De organisatie verliep soepel dankzij betrokken coördinatoren die communicatie en coördinatie verzorgden. Echter, knelpunten zijn er ook, zoals bij sommige patiënten wantrouwen jegens bedrijfsartsen, beperkte toegang tot bedrijfsartsen voor bepaalde groepen zoals ZZP'ers, en een focus van bedrijfsartsen/werkgevers op re-integratie in plaats van preventie. Ook is er een gebrek aan invloed van curatieve zorgverleners op werkomstandigheden, wat de preventie van beroepslongziekten bemoeilijkt. De interventie is onderdeel van standaardbehandeling geworden in de vorm van het Kenniscentrum Werk En Longen- 010 (WEL-010), met behulp van een subsidie vanuit ZonMW. Structurele financiering is nodig voor verdere voortzetting en implementatie op landelijk niveau.

Praktijkvoorbeeld 6: Werkgerichte Geïntegreerde Behandelaanpak (WGB)	
Algemene beschrijving	**Kenmerken**
De werkgerichte geïntegreerde behandelaanpak (WGB) is bedoeld om mensen met angst en depressieve stoornissen naar werk te begeleiden. Het betrof primair mensen met een ziektewetuitkering, momenteel ook mensen met een WIA- of Wajong uitkering. De methode komt voort uit een landelijk samenwerkingsconvant tussen UWV en ggz Nederland op dit onderwerp. Het doel is om uitkeringsgerechtigden met een angst- of depressieve stoornis te ondersteunen bij arbeidsparticipatie door inzet van werkgerichte cognitieve gedragstherapie en geïntensiveerde samenwerking tussen het UWV en ggz-organisatie Reinier van Arkel. Het UWV heeft daarbij de re-integratieactiviteiten uitbesteed aan twee (externe) reïntegratiebedrijven. Uit de studie bleek dat 10 van de 15 deelnemers binnen 1 jaar aan het werk waren (2 hadden een betaalde baan, 8 een werkervaringsplek) en dat alle deelnemende cliënten één of meer treden waren gestegen op de participatieladder. Cliënten rapporteerden zelf nog aanzienlijke psychische klachten. Er was geen significante daling in klachten bij de studiegroep, bij de reguliere steekproef wel. Ook werd er geen significant verschil in klachtenafname vastgesteld.	• **Periode uitvoering interventie:** 2016 tot heden • **Initiatiefnemers:** Reinier van Arkel en het UWV • **Betrokken partijen:** ggz-organisatie Reinier van Arkel, UWV 's Hertogenbosch • **Betrokken zorgverleners (functies):** Verzekeringsarts, SGGZ-behandelaren, re-integratiecoach, arbeidsdeskundige • **Financiering interventie:** Eerder heette het innovatie dienstverlening, onderdeel van reguliere re-integratie budget, valt nu onder Werkfit-gelden van UWV. Ggz-behandeling wordt vergoed vanuit zorgkosten • **Aandoening doelgroep:** Psychisch • **Arbeidsmarktstatus doelgroep:** Werkzoekend • **Uitkomstmaat:** Belastbaarheid op werk en trede op de participatieladder • **Type onderzoek(en):** onderzoek naar 15 deelnemers met een looptijd van 1 jaar a.d.h.v. semigestructureerde interviews, en evaluatieverslagen, pre- en post-meting van treden op de participatieladder (zonder statische toetsing). Voor het beeld rondom verloop van psychische klachten is gebruik gemaakt van the Symptom Questionnaire (SQ), waarbij de studiegroep middels t-toets vergeleken met een referentiegroep (steekproef van 165 cliënten met vergelijkbare klachten bij dezelfde zorginstelling)
Kosten	**Baten**
De kosten voor de re-integratie worden gedragen door het UWV en/of de gemeente.	De baten zijn verbeterde participatiekansen gemeten aan de hand van de participatieladder, verminderde uitkeringskosten en een verbeterde samenwerkingsrelatie tussen UWV en RvA.

Daarnaast investeren zowel de arbeidsdeskundige, verzekeringsarts en de ggz-behandelaar tijd in de samenwerking met de ggz-instellingen.
Implicaties en opschaling
De pilot begon in 2016 met vijftien cliënten uit Den Bosch. Inmiddels hebben er zo'n honderd cliënten een werkgerichte behandeling gekregen. Ongeveer een kwart van hen heeft een baan gevonden en nog eens 50% een werkervaringsplek. De methodiek wordt op dit moment nog steeds aangeboden in de gemeente. Cliënten van Reinier van Arkel die in een andere gemeente wonen kunnen geen gebruik maken van de methodiek, omdat zij onder een andere UWV-regio vallen. Succesfactoren van de interventie zijn nauwe betrokkenheid bij de client van het UWV en de intensieve samenwerking tussen UWV en ggz (frequente afstemming en intensief persoonlijk contact). Daarbij is ook de inzet van werkgerichte cognitieve therapie een succesfactor. Cliënten hebben meer vertrouwen in het UWV, wat bijdraagt aan de re-integratiemogelijkheden.

Praktijkvoorbeeld 7: Arbeidsrevalidatie met werkmodule	
Algemene beschrijving	**Kenmerken**
De interventie bestond uit een interdisciplinair arbeidsrevalidatieprogramma. Het programma werd geleid door curatieve zorgverleners, waaronder artsen, fysiotherapeuten en psychologen, met in totaal 90 contacturen per patiënt. Patiënten ondergingen algemene fysieke oefentherapie, cognitieve gedragstherapie, educatie en ontspanningstechnieken, allen gericht op verbeteren arbeidsparticipatie. Patiënten konden daarnaast een aanvullende werkmodule ondergaan. Deze aanvullende module bestond uit 10 contacturen, met begeleiding door een terug naar werk coördinator, een case-manager / return-to-work (RTW) coördinator en een terugkeer naar werk plan, inclusief een bezoek aan de werkplek. Het beoogde doel was om patiënten sneller en effectiever terug te laten keren naar werk. De patiënttevredenheid was hoog, vooral omdat de werkmodule nu standaard onderdeel is geworden van de geleverde zorg, wat hun re-integratieproces aanzienlijk verbetert.	• **Periode uitvoering interventie**: 2014 - 2018 • **Initiatiefnemers:** Zeven revalidatiecentra in Nederland • **Betrokken partijen**: Revalidatiecentra • **Betrokken zorgverleners (functies):** Revalidatieartsen, fysiotherapeuten, psychologen, terug naar werk coördinator en werkgever • **Financiering interventie:** Arbeidsrevalidatie vanuit zorgverzekeraar, werkmodule door werkgever • **Aandoening doelgroep:** Subacute of chronische muskoskeletale pijn (CMP) • **Arbeidsmarktstatus doelgroep:** Werkende populatie (leeftijd 18-65 jaar), met en verminderde werkparticipatie (partiële of gehele ziekmelding) • **Uitkomstmaat:** Kosteneffectiviteit en return on investment • **Type onderzoek(en):** Retrospectief onderzoek
Kosten	**Baten**
De kosten van de interventie bestonden uit €5.000 voor de arbeidsrevalidatie (dit is standaard zorg), betaald door zorgverzekeraar en €1.250 voor de werkmodule, betaald door de werkgever (arbeidmarkt).	De baten van de interventie bestaan uit een snellere terugkeer naar werk, na zes maanden is de arbeidsdeelname hoger in de groep die ook de werkmodule heeft ondergaan. De werkmodule leidt tot hogere werkproductiviteit, gemiddeld €1.750 hoger. Deze baten komen voornamelijk terecht bij de patiënt en werkgever.
De kosten liggen voornamelijk aan de curatieve zorg kant, echter de werkmodule wordt betaald door de werkgever. De kosteneffectiviteit van de interventie is aangetoond. De interventie bespaart gemiddeld €71.088 per QALY. De return on investment voor de werkgever is €475 per patiënt.	
Implicaties en opschaling	

De interventie heeft geleid tot aandacht voor arbeid bij patiënten met chronische pijnklachten. Een knelpunt was het feit dat patiënten niet in aanmerking komen voor de werkmodule als de werkgever deze niet wil betalen. Dit is na deze studie aangepast; arbeidsrevalidatie wordt nu alleen nog gedaan inclusief de werkmodule. Deze interventie wordt nu standaard toegepast binnen de groep Vroege Interventies. Inmiddels is de interventie aangepast (- contacturen substantieel verminderd tot ca 50%). De werkmodule is inmiddels verhoogd in prijs.

Praktijkvoorbeeld 8: Preventieve gedragstherapie	
Algemene beschrijving	**Kenmerken**
In deze studie is preventieve gedragstherapie ingezet bij werknemers (in dit geval werkzaam bij een bank) met een hoog risico op langdurige uitval van werk als gevolg van milde tot ernstige psychische klachten. Dit risico op uitval kwam naar voren uit een vragenlijst: 'de Balansmeter'. De inzet is gebaseerd op een combinatie van cognitieve gedragstherapie (CGT) en oplossingsgerichte therapie (PST). Bij de interventie worden deze twee vormen van therapie preventief ingezet: 10-12 sessies van ca. 45 minuten gecombineerd met huiswerkopdracht. De meeste deelnemers hadden maximaal 7 sessies nodig. De preventieve inzet van de gedragstherapie resulteerde in een significant verschil in totale ziekteverzuimduur tussen de interventie en de controlegroep. Er werd ook een niet-significant lager percentage langdurig ziekteverzuim waargenomen. Ook bleek dat de depressieve klachten in de interventietroep afnamen dankzij de inzet van de gedragstherapie.	• **Periode uitvoering interventie:** Onbekend • **Initiatiefnemers:** ABN AMRO. CAPHRI en University Maastricht • **Betrokken partijen:** ABN AMRO, Cenzo BV, CAPRHI, University Maastricht, Arbodienst Beter • **Betrokken zorgverleners (functies):** GZ-psychologen BIG (Cenzo BV) • **Financiering interventie:** De studie is gefinancierd door ZonMW en ABN AMRO in samenwerking met CAPHRI • **Aandoening doelgroep:** Psychisch • **Arbeidsmarktstatus doelgroep:** Werkzaam (in loondienst) • **Uitkomstmaat:** Ziekteverzuim en mate van depressieve klachten • **Type onderzoek(en):** Gerandomiseerde studie
Kosten	**Baten**
De belangrijkste kosten is de inzet van psychologen bij uitvoering van de therapieën. De kosten kwamen terecht bij ABN AMRO als werkgever en de investeerders.	De belangrijkste baten zijn minder ziekteverzuim en verminderde depressieve klachten. De baten komen terecht bij de werkgever en de werknemer.
Implicaties en opschaling	
Succesfactoren van de interventie zijn de preventieve inzet van de therapievormen. De interventie draagt daarmee bij aan de vermindering van uitval van werk.	

Praktijkvoorbeeld 9: Eerstelijns arbeidsgerelateerde zorg	
Algemene beschrijving	**Kenmerken**
De toegepaste interventie omvatte drie componenten die werden uitgevoerd door huisartsen, fysiotherapeuten, oefentherapeuten en psychologen. Ten eerst, een vroegtijdige signalering waarbij een protocol met vijf vragen tijdens een consult werd gebruikt om arbeidsgerelateerde gezondheidsrisico's in te schatten, geïntegreerd in het HIS-systeem. Ten tweede werden bestaande NHG-richtlijnen voor preventie en behandeling van werkgerelateerde gezondheidsklachten onder de aandacht gebracht van eerstelijns zorgverleners. Ten derde, konden zorgverleners patiënten doorverwijzen naar een in-house bedrijfsarts of arbeidsdeskundige voor multidisciplinaire behandeling, los van werkgever of verzekeraar. Nadat bleek dat in Thermion veelal sprake was van relatief hoogopgeleide patiënten met gemakkelijke toegang tot kwalitatief goede arbeidsgeneeskundige zorg, werd ook een praktijk in Deurne betrokken. Deze praktijk bediende patiënten die vaak lager geschoold waren en werkzaam bij kleinere werkgevers, zoals het MKB of als ZZP'er. Hier werd geen gebruik gemaakt van een systeem in het HIS maar via papieren formulieren de patiëntkarakteristieken en het antwoord op de vijf vragen vastgelegd. De implementatie van de interventie heeft geleid tot een verbeterde vroegtijdige signalering van werkgerelateerde klachten en heeft de bewustwording over de relatie tussen werk en gezondheid vergroot onder eerstelijns zorgverleners. Eén deelnemende huisarts was met name ook tevreden over de toegang tot de arbeidsdeskundige. Hij had weinig kennis van hun expertise en ook niet eerder naar arbeidsdeskundigen verwezen of daartoe de mogelijkheid gehad. Hij merkte dat patiënten veel baat hadden bij juist deze expertise en dat het ze ook hielp bij het zetten van de juiste	• **Periode uitvoering interventie:** 2018 - 2020 • **Initiatiefnemers:** TNO • **Betrokken partijen:** TNO, Gezondheidscentrum Thermion, Huisartsenpraktijk de Bie en de Kock (Deurne, Zuidoost Brabant), Raboud UMC en AWVN • **Betrokken zorgverleners (functies):** Huisarts, fysiotherapeut, twee arbeidsdeskundigen, oefentherapeut, psycholoog, bedrijfsarts en praktijkmanager • **Financiering interventie:** Subsidie Werk(en) is gezond van ZonMw • **Aandoening doelgroep:** Werkgerelateerde gezondheidsklachten • **Arbeidsmarktstatus doelgroep:** Werkenden (zelfstandig of vast contract) • **Uitkomstmaat:** Voorkomen of beperken van arbeidsgerelateerde ziekteverzuim en het bevorderen van de inzetbaarheid van werkenden • **Type onderzoek(en):** Pilot studie

stappen en om weer perspectief te ervaren. Patiënten waren over het algemeen positief over het consult bij de arbeidsdeskundige en geven de voorkeur aan deze consulten boven die verkregen via van hun eigen werkgever, waarbij ze zich beter geïnformeerd voelen over vervolgstappen, rechten, plichten, en het stellen van grenzen.	
Kosten	**Baten**
De kosten van de interventie bestaan uit tijd van de huisarts. Deze kosten komen voornamelijk terecht bij de curatieve sector.	De baten van de interventie bestaan uit dat patiënten mogelijk minder snel bij de huisarts terugkomen omdat zij, dankzij een betere analyse van hun probleem, sneller op de juiste plek terecht komen voor adequate behandeling. Hierdoor kan (vermijdbaar) verzuim worden voorkomen. Deze baten komen voornamelijk terecht bij de patiënt en werkgever
Implicaties en opschaling	
De interventie heeft geen vervolg gekregen na afronding van de pilot studie. Structurele financiering is nodig om aandacht voor arbeid structureel te implementeren binnen de eerstelijns zorg.	

Praktijkvoorbeeld 10: Aandacht voor werkgerelateerde problemen	
Algemene beschrijving	**Kenmerken**
De praktijkvoorbeeld bestond uit een cross-sectionele online enquête onder de achterban van patiëntorganisaties van Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties (NFK). Hierbij werd gevraagd naar de ervaringen met gesprekken over werkgerelateerde problemen met hun zorgverleners. In een retrospectieve uitvraag van de NFK is onderzocht hoe vaak deze gesprekken plaatsvonden. Uit de resultaten bleek dat bij 32% van de respondenten een dergelijk gesprek had plaatsgevonden. Er waren aanzienlijke verschillen tussen ziekenhuizen, hoewel deze verschillen niet nader zijn toegelicht. Van de respondenten vond 54% de gesprekken nuttig, 35% enigszins nuttig, en 11% niet nuttig. Er was geen statistisch significant verband tussen deze gesprekken en het ervaren van negatieve financiële gevolgen van kanker of de behandeling ervan.	• **Periode uitvoering uitvraag:** 2019 • **Initiatiefnemers:** NFK • **Betrokken partijen:** De patiëntorganisaties van NFK • **Betrokken zorgverleners (functies):** Zorgverleners betrokken bij oncologische zorg • **Financiering interventie:** Gefinancierd door NFK • **Aandoening doelgroep:** leden van de patiëntorganisatie die een vorm van kanker hebben gehad (overlevenden) en in de werkzame leeftijd waren • **Arbeidsmarktstatus doelgroep:** n.v.t. • **Uitkomstmaat:** Wel of niet een gesprek over werkgerelateerde problemen met een zorgverlener en patiënttevredenheid • **Type onderzoek(en):** Retrospectief
Kosten	**Baten**
De kosten van de interventie zijn niet onderzocht.	De baten van de interventie zijn niet onderzocht.
Implicaties en opschaling	

Praktijkvoorbeeld 11: E-learning herstel na operatie	
Algemene beschrijving	**Kenmerken**
De interventie bestond uit een gepersonaliseerd elektronisch gezondheidsprogramma (eHealth-programma) dat patiënten begeleidde bij hun herstel na een grote buikoperatie. Dit programma combineerde standaard zorg met diverse eHealth-componenten. De patiënt maakte voor de operatie een profiel aan met diens persoonlijke dagelijkse activiteiten. Er werd vervolgens een herstelplan gemaakt met wanneer welke activiteit na de operatie hervat mag worden. In het herstelplan werd rekening gehouden met het type operatie en techniek. Op deze manier werd zelfmanagement bevorderd en was ook telemonitoring mogelijk of de patiënt diens activiteiten weer volgens plan oppakt. Daarnaast omvatte het interactieve hulpmiddelen, waaronder een activity tracker die patiënten droegen om hun fysieke activiteit en herstel te monitoren. Daarnaast kregen patiënten toegang tot een website en mobiele app, die gepersonaliseerde informatie over het herstelproces, instructievideo's en adviezen op maat boden. Een belangrijke functie was de elektronische consultatiefunctionaliteit (eConsult), waarmee zorgverleners op afstand begeleiding en advies konden geven via een beveiligd communicatieplatform. Verder ontvingen patiënten gepersonaliseerde doelen en terugkoppeling om hun herstel te bevorderen en hen te motiveren actief deel te nemen aan hun eigen herstelproces. Tot slot omvatte de interventie regelmatige follow-ups, waarbij virtuele afspraken en vragenlijsten werden gebruikt om de voortgang van het herstel te volgen en indien nodig aanpassingen te maken in de zorgplannen. Het programma resulteerde in een significante verkorting van de hersteltijd, waarbij patiënten in de interventiegroep gemiddeld 13 dagen eerder terugkeerden naar hun normale activiteiten in vergelijking met de controlegroep. Er was geen	• **Periode uitvoering interventie:** 2017 • **Initiatiefnemers:** Afdeling Public & Occupational Health van het Amsterdam UMC • **Betrokken partijen:** 11 opleidingsziekenhuizen • **Betrokken zorgverleners (functies):** Chirurgen, gynaecologen en sociaal geneeskundigen • **Financiering interventie:** ZonMW • **Aandoening doelgroep:** Patiënten tussen 18-75 jaar die een laparoscopische of open colectomie of hysterectomie ondergingen • **Arbeidsmarktstatus doelgroep:** Allen • **Uitkomstmaat:** Aantal dagen tussen de operatie en terugkeer naar normale activiteiten • **Type onderzoek(en):** Gerandomiseerde studie

verschil in de frequentie van postoperatieve complicaties tussen de groepen.	
Kosten	**Baten**
De kosten van de interventie bestaan uit ontwikkeling en onderhoud van het eHealth-platform, training van zorgverleners, aanschaf van activity trackers en inzet van zorgverleners voor E-consulten. Deze kosten komen voornamelijk terecht aan de kant van de curatieve sector.	De baten van de interventie bestaan uit verkorte hersteltijd, verbetering van de kwaliteit van leven, mogelijk lagere 2e lijns gezondheidszorgkosten en vooral minder productiviteitsverlies door snellere terugkeer naar werk en minder postoperatieve consulten (Bouwsma et al. BMJ open 2016). NB deze studie (Bakker et al Lancet DH 2023) was niet gericht op snellere werkhervatting. Een deel van de patiënten had namelijk geen werk. Deze baten komen voornamelijk terecht bij de patiënten, werkgevers en inkomensverzekeraars.
De interventie lijkt kosteneffectief gezien de verkorte hersteltijd en verbeterde patiëntuitkomsten, maar dit is niet specifiek onderzocht in deze studie.	
Implicaties en opschaling	
De interventie heeft geleid tot een snellere terugkeer naar normale activiteiten, verbeterde fysieke functie, en hogere tevredenheid bij patiënten. De bevindingen suggereren dat eHealth-programma's een belangrijke rol kunnen spelen in de postoperatieve zorg door de revalidatie te versnellen en de algehele kwaliteit van leven te verbeteren. Voor een bredere implementatie is het essentieel om enkele knelpunten aan te pakken. Een van de belangrijkste uitdagingen is de integratie van het eHealth-programma met bestaande zorgsystemen. Daarnaast is er behoefte aan uitgebreide training voor zorgverleners in het gebruik van eHealth-tools, zodat zij effectief kunnen bijdragen aan het herstelproces van de patiënt. Succesfactoren van deze interventie omvatten de personalisatie van zorg, het gebruik van doelgerichte resultaten, en continue monitoring en feedback, wat bijdraagt aan een gevoel van betrokkenheid en motivatie bij patiënten. Voor de toekomst wordt aanbevolen om de eHealth-interventies verder te optimaliseren en te evalueren, en om de toepassingen uit te breiden naar andere chirurgische disciplines. Bovendien kan een bredere implementatie in de gezondheidszorg zorgen voor consistente verbeteringen in de postoperatieve zorg en het herstel, wat uiteindelijk kan leiden tot lagere gezondheidszorgkosten en een hogere patiënttevredenheid.	

Praktijkvoorbeeld 12: Fit-4-Work	
Algemene beschrijving	**Kenmerken**
Fit-4-Work is een samenwerkingsproject van de G4 steden en het UWV. Fit-4-Work is een re-integratiemethodiek ter bevordering van de duurzame arbeidsparticipatie van uitkeringsgerechtigden met psychische problematiek. Patiënten kampen met verschillende ernstige, veelal met elkaar samenhangende belemmeringen op verschillende leefgebieden, maar hebben wel het ontwikkelpotentieel om te kunnen participeren in het arbeidsproces. Het doel van Fit-4-Work is snelle toeleiding naar regulier werk. Professionals uit verschillende disciplines werken tegelijkertijd en in onderlinge samenhang aan het oplossen of hanteerbaar maken van psychische problemen én toeleiding naar regulier werk. Het grootste verschil met het reguliere traject is dat Fit-4-Work cliënten binnen 12 maanden geplaatst worden op een werkplek, waar het reguliere traject beoogt binnen 12 tot 24 maanden een plaatsing te realiseren. De integrale samenwerking werd in de vier steden op verschillende manieren vormgegeven. Fit-4-Work heeft een positieve invloed op de kans om te starten met betaald werk. Daarnaast verbetert de mentale en fysieke gezondheid bij cliënten die starten met betaald werk, in vergelijking met cliënten die werkloos blijven. Ook lijkt het starten met betaald werk een positieve invloed te hebben op de zelfwaardering, ervaren van controle over gebeurtenissen en mate van geluk.	• **Periode uitvoering interventie**: 2011 – einddatum onbekend • **Initiatiefnemers**: UWV en directeuren van de directies Sociale Zaken van de G4 gemeenten • **Betrokken partijen**: UWV, G4 gemeenten, GGD en drie externe uitvoeringsorganisaties: TRACK (onderdeel van Parnassia Groep), NCB en id Plein • **Betrokken zorgverleners (functies)**: Psychologen • **Financiering interventie**: ZonMW subsidie • **Aandoening doelgroep**: Psychisch • **Arbeidsmarktstatus doelgroep**: Werkzoekend • **Uitkomstmaat**: Mentale gezondheid, fysieke gezondheid, zelfwaardering en mastery (controle over gebeurtenissen) • **Type onderzoek(en)**: Ex-ante MKBA (SEO) en RCT (Erasmus)
Kosten	**Baten**
De kosten van een Fit-4-Work traject zijn hoger dan een regulier traject. De kosten bestaan uit de behandel- en re-integratiekosten. Daarnaast wordt er door betrokken professionals meer tijd besteedt aan overleg. Deze kosten komen voornamelijk terecht bij het de gemeenten en het UWV.	De baten bestaan uit vermindering van zorgkosten, daling in uitvoeringskosten van de uitkering, inkomsten uit werk en stijging productiviteit. Deze baten komen voornamelijk terecht bij de cliënt, het UWV of de gemeenten, zorgverzekeraar en de werkgever. In het rapport worden ook

	vrienden en familie benoemd als baat hebbende doordat zij minder zorg hebben.
De additionele kosten per persoon zijn €2840 voor gemeenten/UWV (re-integratie) en €220 voor werkgerelateerde kosten van de cliënt (arbeidsmarkt). De baten bedragen €7010 voor de werkgever, €230 voor gemeenten/UWV/overige belastingbetalers, en €350 door verstorende werking van belastingheffing. Dit resulteert in een netto saldo van €4530 per persoon per traject, exclusief de pro memorie posten.	
Implicaties en opschaling	
Ondanks dat Fit-4-Work bewezen effectief is gebleken, wordt de interventie niet meer aangeboden. Succesfactoren van de interventie waren de 'first place than train' benadering (al was dit niet voor alle deelnemers haalbaar), de integrale samenwerking tussen verschillende disciplines en de actieve werkgeversbenadering. De belangrijkste uitdagingen waren de verschillende werkwijzen van de vier steden, belemmering in de communicatie en de methodiek werd niet in alle gevallen modelgetrouw uitgevoerd.	

Praktijkvoorbeeld 13: Geïntegreerde zorgaanpak	
Algemene beschrijving	**Kenmerken**
Deze interventie bestond uit een geïntegreerde zorgaanpak voor werknemers met reumatoïde artritis (RA), waarbij een multidisciplinair team werd ingezet. Het team omvatte bedrijfsartsen, klinische arbeidsgeneeskundigen, ergotherapeuten en de reumatoloog van de patiënt. Centraal stond een participatieve aanpak waarbij gesprekken plaatsvonden tussen leidinggevende en werknemer om knelpunten op de werkplek te identificeren onder begeleiding van een ergotherapeut. De interventie moest leiden tot gezamenlijk, door de werknemer en leidinggevende, gekozen oplossingen zoals werkplekaanpassingen, waarbij de ergotherapeut de neutrale procesbegeleider was. Het hoofddoel was het voorkomen van uitval van werkende patiënten met RA. Primaire uitkomstmaten waren productiviteitsverlies tijdens werktijd, terwijl secundaire uitkomstmaten onder meer ervaren steun van de leidinggevende, kwaliteit van leven, pijn en vermoeidheid, en werkinstabiliteit omvatten. Deze RCT vond geen significant verschil op de primaire uitkomstmaat tussen test- en controlegroepen. Werknemers ervoeren wel meer steun van hun leidinggevenden, terwijl werkgevers positief reageerden op de betrokkenheid van een ergotherapeut op de werkplek. Echter, de interventie is getest op patiënten met relatief milde klachten, waardoor resultaten bij patiënten met ernstigere klachten mogelijk anders kunnen zijn. Ook bestond de onderzoeksgroep vooral uit werknemers met een goede relatie met hun leidinggevende	• **Periode uitvoering interventie:** 2017 • **Initiatiefnemers:** Onbekend • **Betrokken partijen:** Onbekend • **Betrokken zorgverleners (functies):** Bedrijfsarts, klinisch arbeidsgeneeskundige, ergotherapeut en de reumatoloog van de patiënt • **Financiering interventie:** Instituut GAK • **Aandoening doelgroep:** Patiënten met reumatoïde artritis (RA) • **Arbeidsmarktstatus doelgroep:** Betaald werk (vaste contract of zzp) • **Uitkomstmaat:** Productiviteitsverlies binnen werktijd • **Type onderzoek(en):** Gerandomiseerde studie
Kosten	**Baten**
De kosten van de interventie bestaan uit de inzet van klinisch arbeidsdeskundige en ergotherapeut. Deze kosten komen voornamelijk terecht bij de curatieve zorg.	De baten van de interventie zijn niet aangetoond.

Implicaties en opschaling
De interventie heeft geen vervolg gekregen, dit komt voornamelijk omdat effectiviteit van de interventie niet kon worden aangetoond.