



Panteia

Research to Progress

Research voor Beleid | EIM | NEA | IOO | Stratus | IPM



Aandacht voor arbeid in de zorg

Effectieve interventies met het oog op werkhervatting voor zieke werknemers en arbeidsongeschikten

Eindrapport

Een onderzoek in opdracht van het Ministerie van Sociale Zaken
en Werkgelegenheid

Auke Witkamp, Marcia van Oploo, Lennart de Ruig

Projectnummer: C10084

Zoetermeer, 2 augustus 2013

De verantwoordelijkheid voor de inhoud berust bij Panteia. Het gebruik van cijfers en/of teksten als toelichting of ondersteuning in artikelen, scripties en boeken is toegestaan mits de bron duidelijk wordt vermeld. Vermenigvuldigen en/of openbaarmaking in welke vorm ook, alsmede opslag in een retrieval system, is uitsluitend toegestaan na schriftelijke toestemming van Panteia. Panteia aanvaardt geen aansprakelijkheid voor drukfouten en/of andere onvolkomenheden.

Inhoudsopgave

Managementsamenvatting	5
1 Inleiding	11
1.1 Aanleiding van dit onderzoek	11
1.2 Doel en onderzoeksvragen	12
1.3 Verantwoording van de onderzoeksopzet	13
2 Kosten van verzuim, arbeidsongeschiktheid en zorg	17
2.1 Kosten voor werkgevers	17
2.2 Kosten van de Ziektewet	22
2.3 Kosten van arbeidsongeschiktheid (WIA en WAO)	23
2.4 Kosten van zorg	25
2.5 Totale kosten en conclusies	27
3 Interventies en vermijdbare kosten	29
3.1 Inleiding	29
3.2 Bewezen effectieve en onderbenutte interventies die werkhervatting bespoedigen	30
3.3 Veelbelovende interventies die (nog) niet bewezen zijn en/of niet doorgerekend kunnen worden	36
3.4 Conclusie	40
4 Toepassing	45
4.1 Moeizame arbocuratieve samenwerking	45
4.2 De belangrijke rol van werkgevers	48
4.3 Conclusie	55
5 Conclusie	57
5.1 Antwoorden op de onderzoeksvragen	57
5.2 Reflectie en aanbevelingen	62
Annex A - Respondenten	67
Annex B - Bronnenlijst	69

Managementsamenvatting

Achtergrond

De relatie tussen zorg en werk is al jaren onderwerp van discussie. De discussie spitst zich toe op een aantal knelpunten in die relatie. Ten eerste is er in de zorgsector weinig aandacht voor arbeidsparticipatie en terugkeer naar werk.¹ Ten tweede worden richtlijnen en kosteneffectieve interventies die kunnen helpen bij herstel en terugkeer naar werk, onvoldoende ingezet.² Ten derde is er relatief weinig afstemming tussen hulpverleners uit de domeinen arbeid/sociale zekerheid enerzijds en zorg anderzijds.³

De relatie tussen zorg en werk heeft de aandacht van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW). Samen met de Ministeries van VWS en OCW is SZW bezig om de relatie tussen zorg, onderwijs en arbeid te optimaliseren. 'De focus is daar op het bezien van opties om – bijvoorbeeld door een intensievere samenwerking – werk meer centraal te stellen, de mogelijke onbedoelde en ongewenste effecten van zorg op arbeid in kaart te brengen en het inventariseren van projecten die proberen deze effecten te vermijden.'⁴ De relatie tussen de bedrijfsgezondheidszorg en de (curatieve) zorg is daarbij één van de aandachtspunten.

In dit licht heeft het Ministerie van SZW Panteia opdracht gegeven om onderzoek uit te voeren naar de relatie tussen zorg en werk. Dit rapport doet verslag van de onderzoeksresultaten. Centraal in het rapport staan vier aandoeningen ('diagnosecategorieën') die relatief veel voorkomen bij werkende mensen. Dat zijn:

- psychische klachten;
- hart- en vaatziekten;
- klachten aan het bewegingsapparaat;
- longaandoeningen.

Dit rapport geeft ten eerste een overzicht van de kosten van deze vier aandoeningen. Daarbij kijken we naar de kosten voor werkgevers, de kosten voor uitkeringen en de zorgkosten. Ten tweede beschrijft dit rapport een aantal interventies die werkhervatting bevorderen bij zieke werknemers met deze aandoeningen. Het gaat daarbij om bewezen effectieve interventies die nog niet overal worden ingezet. We noemen ze daarom 'onderbenutte' interventies. Ten derde gaat dit rapport in op de kostenbesparingen die zouden optreden wanneer de effectieve interventies volledig worden toegepast. Het gaat daarbij om de 'bruto' besparingen, zonder rekening te houden met eventuele extra kosten die gepaard gaan met de inzet van deze interventies. En ten vierde beschrijft dit rapport de knelpunten die de toepassing van dit soort interventies in de weg staan.

¹ Ruig, L. de, M. van Oploo en M. Hollander, *Hoe meer soms minder kan zijn. Quick scan van ongewenste effecten van zorg op arbeidsparticipatie*. Panteia/Research voor Beleid, 3 september 2012.

² Gerda Jehoel-Gijsbers (red.), *Beperkt aan het werk Rapportage ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en arbeidsparticipatie*. SCP/CBS/TNO Kwaliteit van Leven, Den Haag, mei 2010

³ Inspectie Werk en Inkomen, *Samen de focus op werk. Een landelijk beeld van de samenwerking tussen professionals werk en inkomen en de gezondheidszorg*, augustus 2012.

⁴ Ministerie van SZW, Bijlage met uitkomsten en reacties per onderzoek bij aanbiedingsbrief bij onderzoeksrapportages SZW tweede kwartaal 2012, 10 oktober 2012.

Kosten van verzuim, arbeidsongeschiktheid en zorg

De totale kosten voor werkgevers, uitkeringen en zorg worden geschat op 15,5 tot 29,7 miljard euro. Psychische klachten hebben hierbinnen het grootste aandeel, gevolgd door klachten aan het bewegingsapparaat. De grote bandbreedte in deze schatting ontstaat door het gebruik van twee verschillende bronnen.¹ In de onderstaande tabel is dat te zien aan de minimumschatting (min) en de maximumschatting (max).

Kosten van verzuim, arbeidsongeschiktheid en zorg (in miljoenen euro's)

	Kosten voor werkgevers		Uitgaven aan uitkeringen	Zorgkosten		Totaal	
	min	max		min	max	min	max
Psychische klachten	1.176	2.963	3.466	3.129	11.017	7.771	17.446
Hart- en vaatziekten	57	748	557	660	1.726	1.274	3.031
Klachten bewegingsapparaat	1.781	2.500	2.411	1.085	2.562	5.277	7.473
Longaandoeningen	544	1.072	129	529	539	1.202	1.740
Totaal	4.968	5.873	6.564	5.403	15.844	15.524	29.690

Bron: RIVM, Trimbos Instituut, TNO, UWV. Bewerking Panteia

Effectieve, onderbenutte interventies

Tijdens het onderzoek is door middel van een literatuuranalyse en expertinterviews een inventarisatie gemaakt van effectieve, onderbenutte interventies die werkhervatting bespoedigen. Bij deze interventies is onderscheid gemaakt tussen interventies die bewezen effectief zijn en waarvan besparingen die bij toepassing zouden ontstaan ook zijn uit te rekenen, en interventies waarvoor er goede gronden zijn om effectiviteit te veronderstellen, maar waarbij er minder aanknopingspunten zijn om de effecten door te rekenen.

Een belangrijke conclusie hierbij is dat er relatief weinig interventies zijn die werkhervatting als uitkomstindicator hebben. Dit ondersteunt de gedachte dat er binnen de zorg weinig aandacht voor werk is. In totaal zijn vier bewezen effectieve en onderbenutte interventies gevonden die werkhervatting bespoedigen, en vier "veelbelovende" interventies. Deze staan in de tabel hieronder weergegeven (veelbelovende interventies staan cursief).

¹ Wat opvalt is de grote marge in de zorgkosten. Dat komt doordat, voor het berekenen van die kosten is gewerkt met een minimum en maximum omvang van de doelgroep op basis van beide studies die inzicht geven in ziekten onder werknemers: NEA en NEMESIS-2. De marge in de kolom "werkgevers" is kleiner, omdat het linkerbedrag daar is gebaseerd op NEA en het rechter op NEMESIS-2. De verschillen tussen de twee bronnen heffen elkaar in die optelling dus deels op.

Effectieve onderbenutte interventies en veelbelovende interventies (cursief)

	Interventies met invloed op aantal zieke werknemers	Interventies met invloed op aantal personen in uitkeringen		
		Ziektewet	WIA	WAO
Psychische klachten	Activerende begeleiding en werkgerichte behandeling bij werknemers met veelvoorkomende psychische klachten (par. 3.2.2)	<i>Snelle activering van personen in de Ziektewet met lichte psychische klachten (par. 3.3.3)</i>	Individual Placement and Support (par. 3.3.3)	
	Screening en preventie van verzuim door depressie (par. 3.2.4)			
	<i>Het voorkomen van terugval bij re-integrerende werknemers met psychische klachten (par. 3.3.2)</i>			
HVZ	Geen onderbenutte effectieve interventies gericht op werkhervatting gevonden			
KBA	Participatieve werkaanpassing bij lage rugklachten (par. 3.2.1)	<i>Re-integratie voor personen in de Ziektewet met KBA (par. 3.3.1)</i>		
Longaandoeningen	Geen onderbenutte effectieve interventies gericht op werkhervatting gevonden			

Vermijdbare kosten bij toepassing van effectieve interventies

Wat zouden deze interventies opleveren wanneer ze volledig worden toegepast? De onderstaande tabel vat deze mogelijke besparingen samen. Het blijkt dat een totale bruto besparing mogelijk is van ruim 2,6 miljard euro. Vooral een 'Activerende begeleiding en werkgerichte behandeling bij werknemers met veelvoorkomende psychische klachten' en 'Screening en preventie van verzuim door depressie' leveren potentieel veel besparingen op.

Het is belangrijk hierbij in ogenschouw te nemen dat de kwaliteit van de cijfers waarop de berekeningen zijn gebaseerd over het algemeen beperkt is. Er zijn veel aannames nodig om tot de uiteindelijke berekeningen te komen, waardoor de mogelijke besparingen met nadruk schattingen zijn.

Omdat volledige toepassing van de interventies op korte termijn onwaarschijnlijk is, worden er in de tabel drie scenario's gepresenteerd. In de laatste kolom staat de partij vermeld voor wie de besparingen optreden. In de onderste rij van deze tabel staat het totaal aan mogelijk besparingen. Daarbij moet echter opgemerkt worden dat interventies 2 en 4 deels van toepassing zijn op dezelfde doelgroep. Daarom treedt er een dubbeling op wanneer deze bedragen worden opgeteld.

Bruto vermijdbare kosten bij toepassing interventies (in miljoenen euro's)

Effectieve, onderbeteunte interventies	Omvang doelgroep	25% van de maximale besparingen (in mln)	50% van de maximale besparingen (in mln)	Geschatte besparing bij 100% toepassing (in mln)	Begunstigde partij (waar de besparingen optreden)
1. Participatieve werk-aanpassing bij lage rugklachten	383.000 ¹	€ 147	€ 293	€ 586	Werkgevers
2. Activerende begeleiding en werkgerichte behandeling bij veelvoorkomende psychische klachten	375.000 ²	€ 236	€ 471	€ 942	Werkgevers
3. Individual Placement and Support	8000 ³	€ 37	€ 73	€ 146	Overheid
4. Screening en preventie van verzuim door depressie	315.000 ⁴	€ 247	€ 494	€ 987	Werkgevers
Totaal	n/a	€ 667	€ 1.331	€ 2.661	

Knelpunten in de toepassing

De toepassing van de gevonden interventies vereist vaak samenwerking tussen verschillende actoren, waaronder voornamelijk de bedrijfsgezondheidszorg en de reguliere zorg. De afgelopen jaren is er door onderzoekers veel geschreven over knelpunten in arbocuratieve samenwerking. Deze knelpunten zijn obstakels bij het toepassen van de interventies. De volgende tabel vat de belangrijkste knelpunten samen. Ze worden daarin onderverdeeld in structurele, culturele en praktische knelpunten.

Overzicht van knelpunten

Structurele knelpunten	Culturele knelpunten	Praktische knelpunten
<ul style="list-style-type: none"> - Gescheiden financiële stromen: curatieve sector wordt vergoed door zorgverzekering, bedrijfsarts door werkgever - Samenwerking heeft voor reguliere artsen geen meerwaarde: geen prikkel voor stimuleren werkherhvatting - Uitwisseling van patiëntinfor- 	<ul style="list-style-type: none"> - Reguliere artsen hebben weinig vertrouwen in onafhankelijkheid van bedrijfsarts - Reguliere artsen hebben geen vertrouwen in deskundigheid van bedrijfsarts 	<ul style="list-style-type: none"> - Onbekendheid met richtlijnen over samenwerking - Verloop van bedrijfsartsen is hoog - Geen financiering voor tijdsinvestering voor samenwerking - Onduidelijkheid over taakafbakening

¹ Werknemers met chronische rugpijn, op basis van NEMESIS-2. Zie paragraaf 3.2.1.

² Werknemers met veelvoorkomende psychische klachten, op basis van NEMESIS-2. Zie paragraaf 3.2.2.

³ Mensen in WGA met psychische klachten die bij de juiste begeleiding weer aan het werk zouden kunnen. Zie paragraaf 3.2.3.

⁴ Werknemers met depressieve stoornis, op basis van NEMESIS-2. Zie paragraaf 3.2.4.

<p>matie kan alleen met "informed consent" van patiënt.</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Bedrijfsartsen weten de juiste zorgverlener niet te vinden om cliënten door te verwijzen, en zorgverleners weten de juiste bedrijfsarts niet te vinden - Artsen hebben weinig tijd en zijn moeilijk bereikbaar.
---	--	--

Bron: Nivel 2012, bewerkt door Panteia.

Om te bezien welke rol deze knelpunten in de praktijk spelen, zijn interviews gehouden met vijf werkgevers (grote bedrijven en branches): Philips, Shell, de Koninklijke Marine, Stichting Arbouw en Stigas. Deze tonen interessante voorbeelden van samenwerking met de reguliere zorg. Tegelijkertijd lopen ook deze werkgevers tegen de structurele, culturele en praktische knelpunten aan die hierboven worden genoemd.

Conclusies en aanbevelingen

Op basis van dit onderzoek zijn enkele overkoepelende conclusies te trekken. Ten eerste zijn er aanzienlijke besparingen te behalen wanneer de momenteel bekende effectieve interventies gericht op werkhervatting meer worden ingezet. Hoeveel er daarmee kan worden bespaard is niet met zekerheid te zeggen, maar enkele schattingen worden hierboven gegeven.

Ten tweede is er weinig aandacht voor werk binnen de reguliere zorg. Veel (sociaal)medisch onderzoek richt zich niet op de uitkomst "werkhervatting". Mede daarom zijn er minder effectieve, onderbenutte interventies gevonden dan verwacht bij aanvang van het onderzoek. Het valt te verwachten dat wanneer onderzoekers werkhervatting vaker opnemen als uitkomstindicator in hun onderzoek, dat ook zal leiden tot aanzienlijk meer effectieve interventies. Een belangrijke sleutel voor het behalen van extra besparingen ligt daarmee dus in stimuleren van aandacht voor werk binnen de reguliere zorg.

Ten derde zijn er knelpunten die toepassing van de reeds bekende interventies in de weg staan. De interventies die werkhervatting bespoedigen vereisen vaak samenwerking tussen verschillende partijen, waaronder de bedrijfsarts en reguliere artsen. Knelpunten in deze arbocuratieve samenwerking zijn grotendeels het gevolg van fundamenteel andere uitgangspunten tussen de bedrijfsgezondheidszorg en de reguliere zorg. Enkele "quick fixes" kunnen er misschien voor zorgen dat productieve samenwerking vaker op gang komt. Zo kan er bijvoorbeeld worden gedacht aan het invoeren van een intercollegiaal tarief voor informatie-uitwisseling. Daarmee kan echter niet verwacht worden dat de structurele en culturele knelpunten op korte termijn zullen verdwijnen.

Ten vierde komen productieve interventies soms niet van de grond vanwege een onduidelijke of onevenwichtige verdeling van baten en lasten over de verschillende partijen. Wanneer de kosten van een interventie bij één partij liggen – bijvoorbeeld de zorgverzekeraar – en de baten bij een ander – bijvoorbeeld de werkgever – zal de toepassing van een interventie niet duurzaam zijn. Vaker nog dan een onevenwichtige verdeling komt het echter voor dat het überhaupt moeilijk inzichtelijk te maken is wat de kosten en baten van een interventie zijn. Daarom is het belangrijk dat werkgevers en onderzoekers in hun onderzoek

naar effectieve interventies ook betrouwbare en inzichtelijke kosten-batenberekening opnemen, waarbij de kosten en baten op een realistische manier worden toegeschreven aan specifieke partijen. In sommige gevallen kan een investering voor dergelijk onderzoek de draagkracht van de betrokken actor te boven gaan, en kunnen de overheid of koepelorganisaties een bemiddelende rol spelen.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding van dit onderzoek

Hoewel het verzuim als gevolg van ziekte en arbeidsongeschiktheid de afgelopen jaren is gedaald, is dit nog altijd aanzienlijk, net als de kosten die hiermee gepaard gaan.¹ Met een steeds ouder wordende en krimpende beroepsbevolking is de preventie en het beperken van verzuim en arbeidsongeschiktheid een belangrijk onderwerp met het oog op een gezonde arbeidsmarkt en een betaalbaar vangnet in de toekomst.

Uit verschillende studies blijkt echter dat de huidige zorg en hulp voor zieke werknemers en arbeidsongeschikten niet altijd optimale effecten hebben op arbeidsparticipatie en gebruik van sociale zekerheid.² Daarbij spelen ten minste drie factoren een rol. Ten eerste is er in de zorgsector weinig aandacht voor arbeidsparticipatie en terugkeer naar werk. Ten tweede worden richtlijnen en kosteneffectieve interventies die kunnen helpen bij herstel en terugkeer naar werk, onvoldoende ingezet.³ Ten derde is er relatief weinig afstemming tussen hulpverleners uit de domeinen arbeid/sociale zekerheid enerzijds en zorg anderzijds.⁴

Voor al de geringe samenwerking tussen de curatieve zorg en de bedrijfsgezondheidszorg is al jaren onderwerp van discussie. Vanaf de jaren tachtig wijzen verschillende partijen op de noodzaak om de interactie tussen deze twee domeinen te verbeteren. Hiertoe zijn initiatieven genomen door de SER, NVAB, KNMG, LHV en VNO-NCW. Deze hebben relatief weinig resultaten opgeleverd. Zo blijkt uit de Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden (NEA) 2011 dat de behandelend arts bij 64,1 procent van de zieke werknemers niet vroeg of verzuim te maken had met het werk.⁵ Uit een recent onderzoek onder bedrijfsartsen blijkt dat zij vinden dat de samenwerking met verzekeringsartsen, accountmanagers, medisch specialisten, re-integratiebedrijven, psychiaters en huisartsen niet optimaal verloopt.⁶ Belemmeringen zijn onder andere tijdgebrek, problemen met financiering en slechte bereikbaarheid van eerstelijns professionals. Bij specifieke werkgerelateerde aandoeningen kan geringe samenwerking betekenen dat diagnoses incorrect of te laat worden gesteld, wat hoge kosten voor alle betrokkenen oplevert doordat effectieve interventies niet of te laat worden ingezet; bedrijfsartsen pleiten daarom voor de integratie van vormen van arbeidsgeneeskunde in de reguliere zorg.⁷

De schijnbaar suboptimale effecten van zorg en hulp hebben de aandacht van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW). Samen met de Ministeries van VWS en OCW is SZW bezig om de relatie tussen zorg, onderwijs en arbeid te optimaliseren. 'De focus is daar op het bezien van opties om – bijvoorbeeld door een intensievere samenwerking -

¹ 4,0 procent in 2012; CBS Statline: Ziekteverzuimpercentage (SBI) Bedrijfstakken en bedrijfsgrootte.

² Zie o.a.: Ruig, L. de, M. van Oploo en M. Hollander, *Hoe meer soms minder kan zijn. Quick scan van ongewenste effecten van zorg op arbeidsparticipatie*. Panteia/Research voor Beleid, 3 november 2012.

³ Gerda Jehoel-Gijsbers (red.), *Beperkt aan het werk Rapportage ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en arbeidsparticipatie*. SCP/CBS/TNO Kwaliteit van Leven, Den Haag, mei 2010

⁴ Inspectie Werk en Inkomen, *Samen de focus op werk. Een landelijk beeld van de samenwerking tussen professionals werk en inkomen en de gezondheidszorg*, augustus 2012.

⁵ NEA 2011, *Methodologie en globale resultaten*, Hoofddorp, 2012.

⁶ Zwart, B.C.H. de, R. Prins, J.W.J. van der Gulden, *Onderzoek naar de positie van de bedrijfsarts*, 29 juni 2011. Astri en Radboud Universiteit.

⁷ Taeke Pal c.s. "Gezondheidszorg voor werkenden moet beter", *Medisch contact* (2013) 966-969.

werk meer centraal te stellen, de mogelijke onbedoelde en ongewenste effecten van zorg op arbeid in kaart te brengen en het inventariseren van projecten die proberen deze effecten te vermijden.¹ De relatie tussen de bedrijfsgezondheidszorg en de (curatieve) zorg, en meer aandacht voor werk binnen de zorg, zijn daarbij belangrijke aandachtspunten.

1.2 Doel en onderzoeksvragen

In dit licht heeft het Ministerie van SZW Panteia de opdracht gegeven om een onderzoek uit te voeren met drie doelstellingen:

1. Inzicht geven in de grootste knelpunten bij de interactie tussen (curatieve) zorg enerzijds en bedrijfsarts en arbofunctie van UWV (bij Ziektewet, WAO en WIA) anderzijds.
2. Inzicht geven in kosteneffectieve maatregelen die kunnen bijdragen aan het oplossen van de geconstateerde knelpunten.
3. Een schatting geven van de vermijdbare kosten.

Gaandeweg is de focus van het onderzoek komen te liggen op de laatste twee onderdelen. Dit had ermee te maken dat gedurende de uitvoering van het onderzoek een overzichtsrapport van het Nivel over dit onderwerp verscheen.² Er is daarom voor gekozen om enerzijds de kosten van verzuim gestructureerd in kaart te brengen, en anderzijds onderbenutte effectieve interventies die werkhervatting bevorderen bij zieke werknemers of relevante UWV populaties, en de kostenbesparing in kaart te brengen die ontstaat wanneer deze interventies worden toegepast. Tot slot is er stil gestaan bij het krachtenveld waarbinnen deze interventies toegepast dienen te worden; arbocuratieve samenwerking en de rol van werkgevers komt hier aan de orde.

Bij aanvang van het onderzoek zijn de volgende onderzoeksvragen geformuleerd:

1. Wat zijn de grootste knelpunten bij de interactie tussen (curatieve) zorg enerzijds en bedrijfsarts en arbofunctie van UWV in de Ziektewet, WIA en WAO anderzijds?
 - a. Wat zijn de grootste knelpunten bij de interactie tussen partijen?
 - b. Wat zijn de grootste knelpunten bij het individuele handelen van partijen gericht op terugkeer naar werk en herstel van klachten (bijvoorbeeld het niet-toepassen van bewezen effectieve interventies)?
2. Welke diagnoses worden gesteld bij werknemers met langdurige/complexere gezondheidsklachten (zowel werkgerelateerd als niet-werkgerelateerd)?
3. Hoeveel werknemers verzuimen of participeren niet als gevolg van de bij vraag 2 vastgestelde diagnoses?
4. Hoeveel kosten zijn hiermee gemoeid?
 - a. Wat zijn de kosten per diagnosecategorie?
 - b. Wat zijn de kosten per knelpunt, vastgesteld bij vraag 1?
5. Welke (kosteneffectieve) interventies kunnen bijdragen aan het oplossen van de geconstateerde knelpunten?
 - a. Welke interventies kunnen de interactie tussen partijen verbeteren?

¹ Ministerie van SZW, Bijlage met uitkomsten en reacties per onderzoek bij aanbestedingsbrief bij onderzoeksrapportages SZW tweede kwartaal 2012, 10 oktober 2012.

² R.S. Batenburg, D. van Hassel en I. van der Lee, *Knelpunten in de arbocuratieve samenwerking tussen bedrijfsartsen en de eerstelijnszorg* (Nivel, Utrecht, 2012).

- b. Welke interventies kunnen zorgen voor een snellere terugkeer naar werk en een sneller herstel?
- 6. Wat zijn de kosten als deze (kosteneffectieve) interventies zouden zijn geïmplementeerd?
 - a. Wat zijn de kosten per diagnosecategorie?
 - b. Wat zijn de kosten per knelpunt, vastgesteld bij vraag 1?
- 7. Hoeveel bedragen de vermijdbare kosten (wanneer de kosten bij vraag 6 worden afgetrokken van de kosten bij vraag 4)?
- 8. Welke (kosteneffectieve) interventies gericht op de bij vraag 1 vastgestelde knelpunten leiden tot de grootste winst? Met andere woorden: waar liggen de grootste vermijdbare kosten?

De kosten per knelpunt in de arbocuratieve samenwerking (onderzoeksvraag 4b) zijn niet in kaart gebracht. De voornaamste reden hiervoor is het gebrek aan bruikbare bronnen. Over het algemeen hebben studies het kenmerk van een kosten-batenanalyse van interventies of een meer kwalitatieve beschrijving van knelpunten.

1.3 Verantwoording van de onderzoeksopzet

Dit onderzoek is gebaseerd op een uitgebreide literatuuranalyse, expertinterviews en bestudering van enkele praktijkvoorbeelden van verzuimmanagement door werkgevers.

In het rapport worden drie stappen gezet. Ten eerste zijn de huidige kosten van verzuim in kaart gebracht. Daarbij is gekeken naar drie categorieën kosten: kosten voor werkgevers als gevolg van verzuim door werknemers, kosten voor het UWV voor de Ziektewet, WAO en WIA, en de kosten van gezondheidszorg. Er wordt in dit rapport gekeken naar de kosten van, en interventies gericht op, vier ziektegroepen:

1. Psychische klachten
2. Klachten aan het bewegingsapparaat (KBA)
3. Hart- en vaatziekten (HVZ)
4. Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)

Deze diagnoses zijn in overleg met de opdrachtgever gekozen. De belangrijkste overweging hiervoor was dat deze diagnoses een belangrijk deel van het verzuim in Nederland verklaren. Psychische klachten en klachten aan het bewegingsapparaat veroorzaken samen bijvoorbeeld twee derde van de instroom in de WIA. Bovendien wordt verwacht dat er binnen deze categorieën de meeste 'winst' valt te behalen en bovendien veel onderzoek naar effectieve interventies wordt verricht. Afhankelijk van de verschillende bronnen is soms gekozen voor een vernauwing of verruiming van de doelgroep; bij cijfers over COPD wordt astma bijvoorbeeld ook vaak meegenomen. Dit wordt in hoofdstuk 2 uitgebreid toegelicht.

Een bijkomend effect van het centraal stellen van diagnosecategorieën is dat er in dit rapport geen aandacht wordt besteed aan zogeheten "somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK)", of andere klachten die verzuim veroorzaken maar niet gediagnosticeerd worden of niet door de patiënt zelf als zodanig worden herkend.

Ten tweede is een inventarisatie gemaakt van bewezen effectieve interventies die werkhervatting uit uitkomstmaat hebben en niet volledig toegepast worden. Literatuuronderzoek en expertinterviews stonden hierbij centraal. Deze interventies zijn geanalyseerd om ze te

koppelen aan de kosten van ziekte; zo wordt er gekomen tot een totaal aan vermijdbare kosten als gevolg van verzuim.

Ten derde zijn de resultaten in perspectief geplaatst van het krachtenveld waarbinnen de interventies toegepast zouden moeten worden. Daarbij spelen arbocuratieve samenwerking en de mogelijkheden van werkgevers om een goed re-integratiebeleid te voeren een grote rol.

Deze delen zullen nu achtereenvolgens gepresenteerd worden. Daarna volgt een conclusie waarin een antwoord op de onderzoeksvragen wordt geformuleerd en wordt afgesloten met enkele overstijgende reflecties en aanbevelingen.

2 Kosten van verzuim, arbeidsongeschiktheid en zorg

Dit hoofdstuk beschrijft de kosten van verzuim, arbeidsongeschiktheid en zorg als gevolg van de vier gekozen diagnosecategorieën. Er worden drie soorten kosten in kaart gebracht:

1. De kosten voor werkgevers, als gevolg van verzuim door werknemers;
2. De uitkeringskosten en uitvoeringskosten van het UWV voor de Ziektewet (ZW), Wet Arbeidsongeschiktheid (WAO) en Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen (WIA), die is opgesplitst in twee regelingen: WGA en IVA;
3. De kosten van zorg.

Er blijft daarmee nog één belangrijke categorie van kosten over die niet wordt meegenomen in dit rapport: de kosten van verzuim voor de werknemer zelf. Het gaat hierbij om moeilijk in euro's uit te drukken kosten, zoals verminderde carrièrekansen, verminderd welzijn en dergelijke.

2.1 Kosten voor werkgevers

Om de kosten van verzuim voor werkgevers in kaart te brengen zijn twee bronnen beschikbaar: de Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden (NEA) en de "Netherlands Mental Health and Incidence Study – II (NEMESIS II)". Hieronder presenteren we een afzonderlijke berekening op basis van beide bronnen, zodat we deze goed kunnen vergelijken.

2.1.1 Werkgeverskosten op basis van NEA

De NEA wordt jaarlijks door TNO en het CBS afgenomen onder de werkzame beroepsbevolking in loondienst in Nederland. Dat betekent dat de doelgroep bestaat uit personen tussen de 15-64 jaar die minimaal 12 uur betaald werk verrichten per week. Door de opzet van de enquête worden zelfstandigen niet meegenomen.

De NEA bestrijkt een groot spectrum van onderwerpen die met arbeidsomstandigheden te maken hebben, waaronder gezondheid en verzuim. In één vraag wordt uitgevraagd of de respondent "één of meer van de volgende langdurige ziekten, aandoeningen of handicaps" heeft, met als de voor dit rapport relevante opties:

- problemen met armen of handen (ook artritis, reuma, RSI)
- problemen met benen of voeten (ook artritis, reuma)
- problemen met rug en nek (ook artritis, reuma, RSI)
- psychische klachten/aandoeningen
- hart- of vaatziekten
- astma, bronchitis, emfyseem¹

¹ L.L.J. Koppes *et al.*, *Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden 2008. Methodologie en globale resultaten* (TNO, 2009), bijlage B1.

Hierbij vallen de bovenste drie opties binnen de brede categorie van klachten aan het bewegingsapparaat (KBA). De laatste optie geven we weer als "longaandoeningen".

Door gegevens uit deze vraag te combineren met de mate waarin respondenten het afgelopen jaar hebben verzuimd, en dat te vergelijken met het gemiddelde verzuim onder de gezonde werkzame beroepsbevolking, kan worden berekend hoeveel extra verzuim er ontstaat als gevolg van de gerapporteerde chronische ziekten.

Dit heeft TNO in 2010 gedaan op basis van de NEA 2008.¹ Daaruit ontstaat het volgende overzicht van kosten die ontstaan voor werkgevers als gevolg van verzuim. In de tabel hieronder is per diagnosecategorie in kaart gebracht hoeveel werknemers aangeven chronische klachten te hebben (kolom twee), en hoeveel dagen deze mensen méér dan gemiddeld verzuimen per jaar (kolom drie). In kolom vier staan de loonkosten per dag en in kolom vijf de totale werkgeverskosten van de aandoening.

Tabel 2.1 Kosten voor werkgevers door verzuim als gevolg van vier diagnosecategorieën (in mln euro's)

	Aantal werknemers met aandoening ²	Extra verzuimdagen	Loonkosten per verzuimdag ³	Totaalkosten (in mln)
Psychisch	180.024	26,7	244,75	€ 1.176
HVZ	202.527	15,1	244,75	€ 748
KBA	1.147.653	8,9	244,75	€ 2.500
Longaandoeningen	390.052	5,7	244,75	€ 544
Totaal				€ 4.968

Bron: TNO, 2010

Toelichting

Bij deze cijfers moeten twee opmerkingen worden geplaatst. Ten eerste zijn de cijfers gebaseerd op zelfrapportage. Dat betekent dat de gerapporteerde chronische ziekten niet per definitie medisch gediagnosticeerd zijn. Voor somatische aandoeningen lijken zelfrapportage en medische gegevens over het algemeen een behoorlijke overeenkomst zien⁴, maar bij psychische aandoeningen leidt zelfrapportage waarschijnlijk tot onderrapportage.⁵

¹ Romy Steenbeek et al., *Objectiveren van gezondheidsgerelateerde non-participatie en de vermijdbare bijdrage van de gezondheidszorg hieraan* (TNO, 2010).

² Gebaseerd op de prevalentie van aandoeningen zoals is gebleken uit NEA 2008, en de omvang van de Nederlandse werkzame beroepsbevolking in 2008: 7.501.000.

³ Deze waarde van loonkosten voor zieke werknemers per dag is gebaseerd op een berekening van: Romy Steenbeek et al., *Objectiveren van gezondheidsgerelateerde non-participatie en de vermijdbare bijdrage van de gezondheidszorg hieraan* (TNO, 2010), 29 en 80-81. In deze berekening zijn de kosten inbegrepen voor het doorbetalen van het loon, de vervangingskosten, productieverlies en arbodienstverlening. We hebben deze berekening overgenomen, en daarin de loonkosten geïndexeerd naar 2011.

⁴ Ron de Graaf c.s., *Verzuim door psychische en somatische aandoeningen bij werkenden. Resultaten van de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2 (NEMESIS-2)*, (Trimbos Instituut, 2011), 45.

⁵ Prevalentiecijfers van het Nationaal Kompas Volksgezondheid van het RIVM geven bijvoorbeeld aan dat er in 2007 ruim 2,1 miljoen mensen waren met enigerlei psychische ziekte, ruim tien keer zoveel als uit NEA blijkt. Daarbij moet dan wel weer worden bedacht dat NEA alleen onder de werkende beroepsbevolking wordt gehouden. Zie: <http://www.nationaalkompas.nl/>.

Ten tweede is er in deze cijfers niet gecontroleerd voor co-morbiditeit. Het komt regelmatig voor dat mensen last hebben van meer dan één chronische aandoening. Het simpelweg optellen van de verschillende categorieën leidt dan ook tot een overschatting: iemand die zowel last heeft van psychische klachten als ook van klachten aan het bewegingsapparaat wordt dan dubbel geteld. Hier moet bij de interpretatie van de resultaten rekening mee worden gehouden.

2.1.2 Kosten op basis van NEMESIS-II

NEMESIS-II is een onderzoek van het Trimbos Instituut dat psychische en somatische klachten en verzuim onder de Nederlandse bevolking in kaart brengt. Er worden twee methodes gehanteerd om dit te doen: er wordt een diagnostisch interview afgenomen om psychische klachten in kaart te brengen, en respondenten vullen een vragenlijst in om somatische klachten te inventariseren. Vervolgens wordt er gevraagd in hoeverre de respondenten in de afgelopen 30 dagen hebben verzuimd. Daarbij wordt zowel direct verzuim (het niet aanwezig zijn op werk) als indirect verzuim (het wel aanwezig zijn maar minder presteren) gemeten. Bij indirect verzuim wordt nog onderscheid gemaakt naar verminderd *kwantitatief* functioneren en verminderd *kwalitatief* functioneren.¹

NEMESIS-II wordt gehouden onder een steekproef van de gehele Nederlandse bevolking tussen de 18-64 jaar. Voor de cijfers hieronder wordt alleen gekeken naar resultaten bij dat deel van de respondenten dat betaald werk heeft van minimaal 12 uur per week, hiermee aansluitend bij definities van het CBS en daarmee ook bij de doelgroep van de NEA.²

Hieronder staat de schatting van kosten op basis van NEMESIS-2. Om deze cijfers goed te kunnen vergelijken met de cijfers op basis van de NEA hebben we dezelfde kolomstructuur gebruikt als hierboven.

¹ Ron de Graaf c.s., *Verzuim door psychische en somatische aandoeningen bij werkenden. Resultaten van de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2 (NEMESIS-2)*, (Trimbos Instituut, 2011), 17.

² Ron de Graaf c.s., *Verzuim door psychische en somatische aandoeningen bij werkenden. Resultaten van de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2 (NEMESIS-2)*, (Trimbos Instituut, 2011), 17.

Tabel 2.2 Kosten voor werkgevers door verzuim als gevolg van vier diagnosecategorïeën (in mln euro's)

	Aantal werkenden met aandoening ¹	Extra verzuimdagen ²	Loonkosten per verzuimdag ³	Totaalkosten (in mln)
Psychisch	1.223.000	9.9	244,75	€ 2.963
HVZ	585.000	0.4 ⁴	244,75	€ 57
Chronische rugpijn	383.000	19.0	244,75	€ 1.781
Longaandoeningen	398.000	11.0	244,75	€ 1.072
Totaal				€ 5.873

Bron: Trimbos Instituut, 2011

Toelichting

De diagnosecategorïeën zoals gebruikt door Trimbos verdienen een korte toelichting:

- Psychische aandoeningen omvatten: stemmingsstoornissen (depressieve stoornis, dysthymie, bipolaire stoornis), angststoornissen (paniekstoornis, agorafobie zonder paniekstoornis, sociale fobie, specifieke fobie, gegeneraliseerde angststoornis), middelenstoornissen (alcoholmisbruik, alcoholafhankelijkheid, drugsmisbruik en drugsafhankelijk) en ADHD.⁵
- In het onderzoek van Trimbos wordt in plaats van de diagnosegroep HVZ de "cardiovasculaire aandoeningen" gebruikt. Hieronder werd verstaan: ernstige hartkwaal of hartinfarct, hoge bloeddruk en beroerte of gevolgen van ervan (hersenvloeding of herseninfarct).⁶
- We hebben hier geen categorie KBA gebruikt, maar slechts chronische rugpijn. Trimbos brengt ook kosten van artritis in kaart (onder "artritis" wordt verstaan: gewrichtsslijtage (artrose) van knieën, heupen of handen en gewrichtsontsteking (chronische reuma, reumatoïde artritis) van handen of voeten). De extra verzuimdagen hiervan zijn echter niet significant (meetwaarde 0,0), en de totale geschatte kosten erg klein (bijna € 0,5 miljoen).⁷ Omdat de cijfers niet zijn op te tellen bij die van chronische rugpijn, en de kosten van verzuim door artritis verwaarloosbaar zijn, hebben we ervoor gekozen om wat betreft KBA in bovenstaande tabel alleen de kosten van chronische rugpijn op te nemen.

¹ Hierbij zijn de percentages uit kolom 3 uit de tabellen van blz 28-29 vermenigvuldigd met de totale werkende beroepsbevolking in 2008: 7.501.000. Zie: Ron de Graaf c.s., *Verzuim door psychische en somatische aandoeningen bij werkenden. Resultaten van de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2 (NEMESIS-2)*, (Trimbos Instituut, 2011), 28-29.

² Gecorrigeerd voor co-morbiditeit.

³ Ron de Graaf c.s. gebruiken in hun analyses een andere loonwaarde, gebaseerd op L. Hakkaart-van Roijen c.s., *Handleiding voor kostenonderzoek. Methoden en standaard kostprijzen voor economische evaluaties in de gezondheidszorg* (geactualiseerde versie 2010) 77. Om de gegevens in deze tabel echter zo goed mogelijk vergelijkbaar te maken met de kostenberekening op basis van NEA, gebruiken wij de loonkosten waarde zoals gebruikt door TNO, en ingeleid in paragraaf 2.2.1. Hierdoor wijken de totaalkosten in deze tabel iets af van de totaalkosten in Ron de Graaf c.s.

⁴ Niet significant.

⁵ Ron de Graaf c.s., *Verzuim door psychische en somatische aandoeningen bij werkenden. Resultaten van de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2 (NEMESIS-2)*, (Trimbos Instituut, 2011), 15-16.

⁶ Ron de Graaf c.s., *Verzuim door psychische en somatische aandoeningen bij werkenden. Resultaten van de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2 (NEMESIS-2)*, (Trimbos Instituut, 2011), 15-16.

⁷ Ron de Graaf c.s., *Verzuim door psychische en somatische aandoeningen bij werkenden. Resultaten van de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2 (NEMESIS-2)*, (Trimbos Instituut, 2011), 42.

- Longaandoeningen omvatten zowel astma als COPD (chronische bronchitis, longemfyseem).¹ De kosten van verzuim als gevolg van COPD zijn niet te isoleren, vandaar dat we de bredere categorie hebben gekozen. Deze categorie komt daardoor overeen met die van NEA.

2.1.3 Vergelijking en perspectief

Wanneer we de twee bovenstaande tabellen – de tabel met werkgeverskosten op basis van NEA en die met werkgeverskosten op basis van NEMESIS-2 – vergelijken, valt op dat er enkele aanzienlijke verschillen zijn. In totaal worden de kosten van verzuim voor werkgevers op basis van NEMESIS-2 900 miljoen euro hoger geschat dan op basis van NEA.

Het grootste verschil zit in de categorie “psychische klachten”, en dit verschil is goed verklaarbaar. Zoals hierboven al is uitgelegd is zelfrapportage een geschikt instrument voor het inventariseren van somatische klachten, maar bij psychische klachten leidt het waarschijnlijk tot een onderschatting. Trimbos heeft voor de psychische aandoeningen in plaats van zelfrapportage gebruik gemaakt van een diagnostisch interview, waardoor de prevalentie verklaarbaar hoger uitkomt. Bovendien gebruikt Trimbos daarbij een brede definitie van psychische klachten (inclusief bijvoorbeeld middenstoornissen), terwijl het mogelijk is dat respondenten van NEA een dergelijke stoornis niet als “psychische klacht” zouden zien.

Terwijl de prevalentie van psychische klachten bij Trimbos hoger ligt dan bij NEA, ligt het gemiddeld aantal extra verzuimdagen er juist lager. Dit is enerzijds te verklaren door de mogelijkheid dat bij NEA slechts degenen die ernstige psychische aandoeningen hebben dit zullen rapporteren, terwijl de “lichtere gevallen” ook bij NEMESIS-2 aan het licht zullen komen. Anderzijds ligt het waarschijnlijk lager omdat in de Trimbos-cijfers rekening is gehouden met co-morbiditeit; psychische klachten komen vaak voor samen met andere aandoeningen.

Dit laatste kan ook een deelverklaring bieden voor de andere verschillen tussen de twee tabellen verklaren wat betreft gemiddelde aantallen extra verzuimdagen. Er blijven daar echter verschillen over die onverklaarbaar zijn, zoals het feit dat het gemiddelde extra verzuim bij longaandoeningen volgens NEMESIS-2 aanmerkelijk hoger ligt dan volgens NEA. Het feit dat het gemiddelde aantal dagen extra verzuim bij rugpijn (NEMESIS-2) hoger ligt van KBA (NEA) is te verklaren: bij NEA is een bredere categorie gebruikt, met minder specifieke klachten. Hier horen bijvoorbeeld ook RSI bij, en specifieke klachten aan het bewegingsapparaat. Dat is ook de reden waarom de prevalentie daar veel hoger uitvalt.

Al met al bestaan er dermate grote verschillen dat de tabellen moeilijk met elkaar zijn te vergelijken. Dit geeft aan dat bovenstaande cijfers over kosten van verzuim voor werkgevers met wijsheid gebruikt moeten worden. Toch zijn dit, voor zover wij kunnen overzien, de twee beste beschikbare bronnen om tot een kosteninschatting voor werkgevers te komen.

¹ Ron de Graaf c.s., *Verzuim door psychische en somatische aandoeningen bij werkenden. Resultaten van de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2 (NEMESIS-2)*, (Trimbos Instituut, 2011), 15-16.

2.2 Kosten van de Ziektewet

De kosten van de Ziektewet in 2011 worden in de tabel hieronder weergegeven. Het gaat hierbij alleen om zieke uitzendkrachten, zieke werklozen en zieke werkenden wier dienstverband eindigt tijdens de ziekteperiode.¹ Overige categorieën, zoals zwangere vrouwen en 'no risk' verzekerden, zijn niet meegenomen. Zwangere vrouwen vallen namelijk buiten de diagnosecategorieën die in dit rapport centraal staan. 'No risk' verzekerden is een kleine groep werknemers waarvoor de werkgever een verzekering bij het UWV heeft afgesloten. Deze groep wordt al gedekt door de kosten voor werkgevers.

Tabel 2.3 Kosten van de Ziektewet in 2011 naar diagnosecategorie (in mln euro's)

	Afgesloten uitkeringen in 2011 ²	Gem. duur in ZW ³	Gem. daguitkering ⁴	Uitvoeringskosten p.p. ⁵	Totaalkosten (in mln) ⁶
Psychische	24.378	(475) 340	€ 56,90	€ 774	€ 490
HVZ	2.715	(506) 362	€ 56,90	€ 774	€ 58
KBA	15.945	(455) 325	€ 56,90	€ 774	€ 307
COPD	504	(507) 363	€ 56,90	€ 774	€ 11
Onbekend	93.387	(53) 38			
Totaal					€ 867

Bron: UWV, 2013

2.2.1 Toelichting

Voor de aantallen mensen in de Ziektewet uit de bovenstaande tabel zijn we uitgegaan van beëindigde uitkeringen in 2011.⁷ Van die groep is de gemiddelde arbeidsongeschiktheidsduur berekend.⁸ Die twee waarden, vermenigvuldigd met elkaar en met gemiddelde daguitkering en overheadkosten van het UWV leiden tot een totaal aan kosten voor de Ziektewet per diagnosecategorie.

Een belangrijke kanttekening is ook al in de tabel te zien: er is een grote groep personen in de Ziektewet waarvan geen diagnose bekend is. Dat komt door een onderregistratie door verzekeringsartsen, vooral bij kortdurende Ziektewetrajecten. Pas wanneer een Ziektewetclaim langer duurt dan drie maanden zijn verzekeringsartsen namelijk verplicht om de diagnose te registreren. Dat betekent twee dingen voor onze interpretatie van de cijfers: het aantal personen in de Ziektewet per diagnosecategorie is een onderschatting, terwijl het aantal ziekdagen per persoon in deze diagnosecategorieën een overschatting is. In totaal

¹ UWV categorieën: UZK, overig flex, werklozen.

² Cijfers aangeleverd door het UWV.

³ Tussen haakjes staat de gemiddelde duur in kalenderdagen; dit is de informatie zoals aangeleverd door het UWV. Voor het berekenen van de kosten moeten uitkeringsdagen worden gebruikt. Het UWV rekent 261 kalenderdagen per jaar. Daarom zijn de aantallen tussen haakjes gedeeld door 365, en daarna vermenigvuldigd met 261 om tot de gemiddelde duur in uitkeringsdagen te komen. Aantallen zijn afgerond op hele dagen.

⁴ Dit is een gewogen gemiddelde van gemiddelde daguitkeringen van de bovengenoemde groepen van personen in de Ziektewet. Bron: <http://www.uwv.nl/overuwv/Images/StatistischeTabellen-2011.pdf>

⁵ Schatting op basis van cijfers aangeleverd door het UWV: eenmalige kosten bij instroom worden geschat op € 186, en jaarlijkse continueringskosten op € 588. Deze cijfers zijn opgeteld tot € 774.

⁶ Voor de berekening hebben we het aantal afgesloten uitkeringen vermenigvuldigd met ((gemiddelde duur in ZW gemeten in uitkeringsdagen * gemiddelde daguitkering) + uitvoeringskosten p.p.).

⁷ Cijfers aangeleverd door het UWV.

⁸ Cijfers aangeleverd door het UWV.

zullen de kosten per diagnosecategorie een onderschatting zijn omdat er nu eenmaal méér mensen in de Ziektewet zitten dan uit de cijfers per diagnosecategorie blijkt; de gemiddelde AO-duur gaat omlaag, maar de totale uitkeringen stijgen.

2.3 Kosten van arbeidsongeschiktheid (WIA en WAO)

De kosten van arbeidsongeschiktheid (WAO en WIA, waarbinnen zowel WGA als IVA) worden in de tabellen hieronder weergegeven. Terwijl we bij de Ziektewet nog stroomcijfers gebruikten, gebruiken we standcijfers om de kosten van arbeidsongeschiktheid (WIA en WAO) in kaart te brengen. Dat doen we omdat de gemiddelde arbeidsongeschiktheidsduur erg lang is en daardoor slecht hanteerbaar.¹ Bovendien zijn er voor de WAO geen stroomcijfers meer beschikbaar omdat er, doordat de WAO is vervangen door de WIA, nauwelijks meer instroom is.

De WIA is onderverdeeld in WGA (Werkhervattingsregeling Gedeeltelijk Arbeidsgeschikten) en IVA (Inkomensvoorziening Volledig Arbeidsgeschikten). Mensen in de WIA zijn ofwel 35-80 procent arbeidsongeschikt, ofwel meer dan 80 procent maar niet duurzaam arbeidsongeschikt. Mensen in de IVA zijn volledig (meer dan 80 procent) en duurzaam arbeidsongeschikt.

Tabel 2.4 Kosten van arbeidsongeschiktheid (WIA (WGA)) in 2011 naar diagnosecategorie (in mln euro's)

WIA (WGA)	Lopende uitkeringen eind 2011 ²	Gem. jaaruitkering WGA ³	Uitvoeringskosten p.p. per jaar ⁴	Totaalkosten in mln ⁵
Psychisch	43.918	€ 16.631	€ 771	€ 764
HVZ	6.128	€ 16.631	€ 771	€ 107
KBA	26.905	€ 16.631	€ 771	€ 468
Longaandoeningen	1.296	€ 16.631	€ 771	€ 23
Totaal				€ 1.362

Bron: UWV, 2013

¹ Omdat de WIA nog niet zo lang bestaat zijn bovendien slechts prognoses beschikbaar. Zo schat het UWV dat de gemiddelde duur van een WGA uitkering 11 jaar bedraagt, en van een IVA uitkering 15 jaar.

² Aantallen lopende uitkeringen per diagnosegroepen voor WGA, IVA en WAO zijn aangeleverd door het UWV.

³ Bron: UWV Januarinota 2013, p. 11. Hierin zijn de cijfers van 2011 gebruikt.

⁴ Eenmalige uitvoeringskosten bij instroom zijn € 2.319, en jaarlijkse continueringskosten zijn € 560. Wanneer we de eenmalige kosten bij instroom verdelen over de 11 jaar dat iemand gemiddeld in de WGA zit (schatting UWV), betekent dat € 211 per jaar. € 211 + € 560 = € 771.

⁵ Voor de berekening van totale kosten voor WGA, IVA en WAO hebben we het aantal lopende uitkeringen vermenigvuldigd met (gem.jaaruitkering + uitvoeringskosten p.p. per jaar).

Tabel 2.5 Kosten van arbeidsongeschiktheid (WIA (IVA)) in 2011 naar diagnosecategorie (in mln euro's)

WIA (IVA)	Lopende uitkeringen eind 2011	Gem. jaaruitkering WGA ¹	Uitvoeringskosten p.p. per jaar ²	Totaalkosten in mln
Psychisch	5.498	€ 19.791	€ 715	€ 113
HVZ	6.098	€ 19.791	€ 715	€ 125
KBA	7.649	€ 19.791	€ 715	€ 157
Longaandoeningen	1.462	€ 19.791	€ 715	€ 30
Totaal				€ 425

Bron: UWV, 2013

Tabel 2.6 Kosten van arbeidsongeschiktheid (WAO) in 2011 naar diagnosecategorie (in mln euro's)

WAO	Lopende uitkeringen eind 2011	Gem. jaaruitkering ³	Uitvoeringskosten p.p. per jaar ⁴	Totaalkosten in mln
Psychisch	152.613	€ 13.572	€ 185	€ 2.099
HVZ	18.360	€ 14.352	€ 185	€ 267
KBA	124.672	€ 11.676	€ 185	€ 1.479
Longaandoeningen	4.811	€ 13.404	€ 185	€ 65
Totaal				€ 3.910

Bron: UWV, 2013

2.3.1 Toelichting

De samenstelling van de diagnosegroepen moet kort worden toegelicht. Het UWV werkt voor de registratie van diagnoses met Cascodes.

- Voor psychische klachten is Cascode hoofdgroep P (psychische aandoeningen en gedragsstoornissen) genomen. Dit is de meest brede definitie van psychische aandoeningen.
- Voor HVZ is Cascode hoofdgroep C (ziekten van hart vaatstelsel), en daarmee ook een brede definitie genomen.
- Voor KBA is Cascode hoofdgroep L (ziekten van botspierstelsels en bindweefsels) genomen.
- Voor longaandoeningen zijn de specifieke Cascodes R612 (beroepsastma)⁵, R660 (chronische bronchitis), R661 (emfyseem), R669 (chronische obstructieve longaandoening) en R679 (astma) genomen.

De WAO is eind 2005 is vervangen door de WIA; er is daardoor nauwelijks nieuwe instroom in de WAO. Door pensionering en overlijden is er wel uitstroom. Daardoor zullen de kosten van de WAO de komende jaren aanmerkelijk dalen. De kosten van de WIA zullen daarente-

¹ Bron: UWV Januarinota 2013, p. 11. Hierin zijn de cijfers van 2011 gebruikt.

² Hier gebruiken we dezelfde cijfers als bij de uitvoeringskosten van de WGA, alleen verdelen we de eenmalige kosten bij instroom nu over de 15 jaar dat iemand gemiddeld in de IVA zit (schatting UWV).

³ Cijfers aangeleverd door UWV.

⁴ Uitvoeringskosten aangeleverd door UWV. Eenmalige kosten bij instroom zijn, hoewel aanzienlijk (€ 5.339), niet meegenomen omdat er nauwelijks meer instroom in de WAO is.

⁵ Cas staat voor "Classificatie voor Arbo en SV". Het is een systeem dat door bedrijfs- en verzekeringsartsen wordt gebruikt ter classificatie van klachten, ziekten en oorzaken, en is afgeleid van de ICD-10.

gen de komende vier tot zes jaar nog aanmerkelijk stijgen, omdat er meer instroom zal zijn dan uitstroom en de WIA dus nog niet op een stabiel maximum zit.

2.4 Kosten van zorg

Om de kosten van de zorg voor zieke werknemers, personen in de Ziektewet en arbeidsongeschikten te bepalen zijn twee tussenstappen noodzakelijk. Ten eerste moet de totale doelgroep in kaart worden gebracht. Ten tweede moeten de kosten per patiënt worden berekend. Als laatste stap kan op basis hiervan de totaalkosten van zorg voor onze doelgroep worden bepaald.

2.4.1 De totale doelgroep: optellen van prevalentiecijfers

Om tot de totale doelgroep te komen moeten de prevalentiecijfers van werkenden, personen in de Ziektewet en mensen in de WIA en WAO worden opgeteld. Deze prevalentiecijfers zijn in de vorige paragrafen al aan de orde gekomen. In de tabel hieronder zijn ze naast elkaar gezet. De één na laatste kolom bevat het totaal van de voor dit rapport relevante doelgroep. In de laatste - grijze - kolom staan ter vergelijking de prevalentiecijfers per diagnosecategorie voor de totale Nederlandse bevolking.

Dat betekent dat hierbij de prevalentiecijfers van werkenden, personen in de Ziektewet en WIA/WAO uit de voorgaande tabellen bij elkaar zijn opgeteld.

Tabel 2.7 Prevalentie van vier diagnosecategorieën voor werknemers, personen in de Ziektewet en personen in arbeidsongeschiktheidsregelingen

	Werknemers ¹	Ziektewet ²	WAO + WIA	Totale Prevalentie ³		Jaarprevalentie totale bevolking ⁴
				Min	Max	
Psychisch	180.024 1.223.000	31.724	202.029	413.777	1.456.753	2.101.800
HVZ	202.527 585.000	3.764	30.586	236.877	619.350	648.300
KBA	1.147.653 383.000	19.877	159.226	562.103	1.326.756	2.563.000
COPD ⁵	390.052 398.000	700	7.569	398.321	406.269	720.300

Bron: Trimbos Instituut, TNO

¹ Het eerste cijfers is gebaseerd op NEA, het tweede cijfer op NEMESIS-2. Zie hiervoor paragraaf 2.1.1 en 2.1.2.

² Om tot prevalentiecijfers voor de Ziektewet te komen moesten de "stroomcijfers" zoals in paragraaf 2.2 gebruikt worden omgerekend naar "standcijfers", zoals voor de overige categorieën is gebruikt. Hiervoor hebben we de afgesloten uitkeringen in 2011 vermenigvuldigd met de gemiddelde duur in kalenderdagen, en dat vervolgens gedeeld door 365 dagen (zie de tabel in paragraaf 2.2). Dit levert het gemiddelde aantal personen in de Ziektewet op voor een enkele dag in het jaar (dwz een standcijfer).

³ Wederom is hier het eerste cijfers gebaseerd op de optelling met NEA-cijfers (kolom 2) en het tweede cijfers op een optelling met NEMESIS-2 cijfers (kolom 2). Zie noot 1.

⁴ Deze cijfers zijn gebaseerd op cijfers van het Nationaal Kompas, van het RIVM, www.nationaalkompas.nl.

⁵ Net als in alle bovenstaande tabellen neemt het RIVM ook astma in deze categorie.

Toelichting

- De dikgedrukte cijfers geven de totale prevalentie weer. Dit zijn optellingen van de eerste drie kolommen. De marge die ontstaat tussen de minimale en de maximale prevalentie is het gevolg van de discrepantie tussen de NEA- en de NEMESIS-2-cijfers. Deze marge houden we hieronder ook aan bij het berekenen van de kosten.
- In de laatste kolom staat zoals gezegd, ter vergelijking, de totale jaarprevalentie van de betreffende diagnoses onder de gehele Nederlandse bevolking. Hiervoor zijn cijfers van het Nationaal Kompas van het RIVM gebruikt. Deze cijfers zullen verder niet worden gebruikt, en staan hier slechts om de door ons gebruikte cijfers in perspectief te plaatsen. Wat opvalt, is dat in alle gevallen de doelgroep voor dit rapport, zoals te verwachten, kleiner is dan de totale prevalentie. De schattingen zijn gebaseerd op een analyse van vijf huisartsregistraties.¹
- De totale prevalentie van de totale bevolking voor HVZ was niet beschikbaar. Het RIVM geeft voor die categorie alleen cijfers over ziekenhuisopnames in verband met HVZ, wat een belangrijke vernauwing van de definitie geeft. Daarom is ervoor gekozen om de totale prevalentie van "coronaire hartziekten" te gebruiken. Dit is ook een vernauwing, maar het voordeel is dat van deze groep ook de totale zorgkosten zijn te isoleren. Daarom kan in de volgende paragraaf op goede gronden de behandelkosten per persoon worden uitgerekend.

2.4.2 Behandelkosten per persoon

De tweede stap om tot de totale zorgkosten voor de doelgroep van dit rapport te komen bestaat eruit om de zorgkosten per patiënt te bepalen.

Voor het bepalen van de kosten van zorg zijn cijfers gebruikt van het RIVM die inzicht geven in de totale kosten van zorg onder de gehele Nederlandse bevolking, per diagnosecategorie.² Deze kosten zijn vervolgens gedeeld door de totale prevalentie onder de Nederlandse bevolking, zoals weergegeven in de tabel hierboven, om tot de behandelkosten per persoon te komen.

Tabel 2.8 Behandelkosten per persoon naar diagnosecategorie (in mln euro's)

	Totale zorgkosten totale bevolking (in mln)	Totale prevalentie	Behandelkosten per persoon³
Psychisch	15.895	2.101.800	€ 7.563
HVZ	1.807 ⁴	648.300	€ 2.787
KBA	4.949	2.563.000	€ 1.931
Longaandoeningen	956	720.300	€ 1.328

Bron: RIVM

¹ <http://nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/bewegingsstelsel-en-bindweefsel/reumatoide-artritis-ra/achtergronden-en-details-bij-cijfers-uit-huisartsenregistraties/>

² RIVM, Kosten van ziekten in Nederland 2007, www.kostenvanziekten.nl.

³ Kolom 2 gedeeld door kolom 3.

⁴ Hier worden de totale zorgkosten van coronaire hartziekten weergegeven, omdat ook de totale prevalentie van deze diagnose is gebruikt. Kortom: voor de behandelkosten per persoon van HVZ zijn als proxy de behandelkosten per persoon van coronaire hartziekten gebruikt.

2.4.3 Totale zorgkosten voor zieke werknemers, personen in de Ziektewet en arbeidsongeschikten

Nu zowel de totale prevalentie alsook de behandelkosten per persoon in kaart zijn gebracht, kunnen de zorgkosten worden berekend van zieke werknemers, personen in de Ziektewet en arbeidsongeschikten in de gehanteerde diagnosecategorieën. In onderstaande tabel worden deze cijfers opgebouwd. De dikgedrukte cijfers geven de schattingen van de totale zorgkosten. De laatste kolom is wederom opgenomen ter vergelijking. Deze bevat cijfers met totale zorgkosten van de totale Nederlandse bevolking tussen de 20-64 jaar.¹

Tabel 2.9 Totale zorgkosten voor zieke werknemers, personen in de Ziektewet en arbeidsongeschikten naar diagnosecategorie (in mln euro's)

	Totale prevalentie		Behandelkosten P-P. ²	Totaalkosten in mln		Kosten van zorg voor totale bevolking 20-64 jaar (in mln) ³
	Minimum	Maximum		Minimum	Maximum	
Psychisch	413.777	1.456.753	€ 7.563	€ 3.129	€ 11.017	€ 8.426
HVZ	236.877	619.350	€ 2.787	€ 660	€ 1.726	€ 2.412
KBA	562.103	1.326.756	€ 1.931	€ 1.085	€ 2.562	€ 2.595
COPD ⁴	398.321	406.269	€ 1.328	€ 529	€ 539	€ 998
Totaal				€ 5.403	€ 15.844	€ 14.431

Bron: RIVM, Trimbos Instituut, TNO

Toelichting

- Uit bovenstaande cijfers blijkt dat de totale zorgkosten voor de doelgroep van dit rapport worden geschat op tussen de 5,4 en 15,8 miljard euro. Deze grote marge is het gevolg van de grote verschillen tussen NEA en NEMESIS-2 wat betreft de prevalentie van ziekten onder werknemers.
- In de laatste kolom zijn, ter vergelijking, de totaalkosten van zorg voor de Nederlandse bevolking tussen de 20-64 opgenomen. Deze groep is naar verwachting groter dan de doelgroep voor dit rapport, omdat hier ook alle niet-werkenden bij zitten. Anderzijds zitten de werkenden de 15-20 jaar oud zijn er niet in; deze zijn wél in onze prevalentiecijfers meegenomen, als ze ten minste een betaalde baan hebben van minimaal 12 uur per week.

2.5 Totale kosten en conclusies

In de tabel hieronder worden de totale kosten van chronische ziekten weergegeven per kostendrager en per diagnosecategorie. Deze tabel is een samenvatting van de tabellen zoals hierboven weergegeven. Bij de kosten voor werkgevers, en de kosten van zorg, wordt de marge aangegeven die volgt uit de twee gehanteerde bronnen hierboven.

¹ RIVM, Kosten van ziekten in Nederland 2007, www.kostenvanziekten.nl.

² De behandelkosten verschillen in werkelijkheid sterk tussen personen. Er wordt hier gerekend met een gemiddelde.

³ Gebaseerd op RIVM, Kosten van ziekten in Nederland 2007, www.kostenvanziekten.nl.

⁴ Het RIVM neemt ook astma in deze categorie, terwijl dat in de overige tabellen niet het geval is.

Tabel 2.10 Totale kosten voor verzuim, uitkeringen en zorg naar diagnosecategorie (in mln euro's)

	Werkgevers	Sociale Zekerheid				Zorg	Totaal
		ZW	WGA	IVA	WAO		
Psychisch	1.176 – 2.963	490	764	113	2.099	3.129 – 11.017	7.771 – 17.446
HVZ	57 – 748	58	107	125	267	660 – 1.726	1.274 – 3.031
KBA	1.781 – 2.500	307	468	157	1.479	1.085 – 2.562	5.277 – 7.473
Longaan- doeningen	544 – 1.072	11	23	30	65	529 – 539	1.202 – 1.740
Totaal	4.968 – 5.873	867	1.362	425	3.910	5.403 – 15.844	15.524 – 29.690

Bron: RIVM, Trimbos Instituut, TNO, UWV, bewerkt door Panteia

Uit deze tabel volgt dat de totale kosten van ziekte, als gevolg van verzuim, arbeidongeschiktheid en zorg voor zieke werknemers, geschat worden op circa 15,5 tot 29,7 miljard euro.¹

Enkele opvallende conclusies:

- De totale kosten liggen, afhankelijk van de gehanteerde marge voor zorgkosten, redelijk evenwichtig verspreid over de verschillende kostendragers. Wanneer zorgkosten buiten beschouwing worden gelaten komen circa 60 procent van de totale kosten voor rekening van de sociale zekerheid, en 40 procent voor rekening van werkgevers. Binnen de kosten voor sociale zekerheid is vooral de WAO een belangrijke kostenpost. Zoals reeds vermeld zullen deze kosten de komende jaren afnemen, en zullen die van de WGA en IVA navent toemenen (als omstandigheden gelijk blijven).
- Wat de diagnosecategorieën betreft zitten de grootste kosten bij psychische aandoeningen en KBA. HVZ en longaandoeningen brengen kleinere kosten met zich mee, voornamelijk doordat de prevalentie lager ligt. De kosten per persoon (i.e. de extra dagen verzuim en het aantal dagen in de ziektewet) liggen bij deze laatste twee diagnosecategorieën namelijk niet lager dan voor psychische klachten en KBA.

¹ Wat opvalt is de grote marge in de zorgkosten. Dat komt doordat, voor het berekenen van die kosten is gewerkt met een minimum en maximum omvang van de doelgroep op basis van beide studies die inzicht geven in ziekten onder werknemers: NEA en NEMESIS-2. De marge in de kolom "werkgevers" is kleiner, omdat het linkerbedrag daar is gebaseerd op NEA en het rechter op NEMESIS-2. De verschillen tussen de twee bronnen heffen elkaar in die optelling dus deels op.

3 Interventies en vermijdbare kosten

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk beschrijven we een aantal interventies die effectief zijn met het oog op het bevorderen van werkhervatting, en die onderbenut zijn. Dit laatste is een belangrijke toevoeging: het onderzoek is niet bedoeld om alle bekende effectieve interventies in kaart te brengen. Interventies die reeds volledig worden toegepast zullen namelijk geen kostenbesparingen opleveren. Concreet is er gezocht naar interventies die als uitkomstmaat ofwel werkhervatting gebruiken, ofwel uitstroom uit ZW, WIA of WAO. Er is dus niet gezocht naar interventies die zich richten op de preventie van een bepaalde aandoening. Deze keuze is samen met de opdrachtgever gemaakt.

Om tot een inventarisatie te komen van effectieve, onderbenutte interventies is in hoofdstuk 1 een dubbele strategie ingezet. Enerzijds is er een uitgebreide literatuuranalyse uitgevoerd, voornamelijk in PubMed en via Google Scholar. Hierbij zijn uiteenlopende zoektermen gebruikt die specifiek betrekking hebben op de diagnosecategorieën en op werkhervatting. In PubMed is ook met “mesh terms” gezocht. Belangrijk is om te vermelden dat we ons hebben beperkt tot literatuur waarbij interventies zijn beschreven die in de Nederlandse context zijn onderzocht. Dit hebben we gedaan omdat interventies gericht op werkhervatting medeafhankelijk zijn van de specifieke institutionele context – zoals de samenwerking tussen bedrijfsgezondheidszorg en de curatieve zorg.

Anderzijds zijn er interviews gehouden met een aantal toonaangevende experts, om te waarborgen dat daadwerkelijk de belangrijkste interventies zijn gevonden. Tijdens deze interviews zijn ook de achtergronden van het onderzoek aan de orde gekomen, evenals de bredere context van arbocuratieve samenwerking, waarop we in hoofdstuk 4 dieper ingaan. In annex A staat een lijst van experts die we hebben geïnterviewd.

De gevonden interventies vallen uiteen in twee categorieën:

1. Bewezen effectieve interventies: interventies die door middel van wetenschappelijk onderzoek (resultierend in een wetenschappelijke publicatie) effectief zijn gebleken en waarvan de kostenbesparingen vallen uit te rekenen. Dat betekent dat de resultaten zijn uitgedrukt in verminderd verzuim of snellere werkhervatting.
2. “Veelbelovende interventies”: interventies waarvoor er goede gronden zijn om effectiviteit te veronderstellen, maar waarbij minder aanknopingspunten zijn om de resultaten door te rekenen. In sommige gevallen zijn er nog geen uitkomsten bekend (bijvoorbeeld Fit 4 Work, par. 3.3.4), terwijl in andere gevallen wel uitkomsten bekend zijn maar deze niet kunnen worden uitgedrukt in de parameters van het kostenmodel zoals gepresenteerd in hoofdstuk 2 (zoals “re-integratie bij personen in de Ziektewet met KBA”, par. 3.3.1).

Deze categorieën worden in de volgende twee paragrafen achtereenvolgens behandeld. Tot slot worden conclusies getrokken over de mogelijk vermijdbare kosten bij toepassing van de bewezen effectieve interventies.

3.2 Bewezen effectieve en onderbenutte interventies die werkhervatting bespoedigen

De hierboven beschreven methodologie resulteerde in de volgende vier interventies die door middel van wetenschappelijk onderzoek (resultierend in een wetenschappelijke publicatie) effectief zijn gebleken met het oog op werkhervatting. Ze zijn hieronder toegelicht, waarbij we steeds ingaan op de doelgroep, de aard van de interventie, de resultaten en de vermijdbare kosten bij volledige toepassing.

3.2.1 Participatieve werkaanpassing bij lage rugklachten

Doelgroep

Werknemers die verzuimen als gevolg van specifieke lage rugpijn.

Aard van de interventie

Deze benadering is gebaseerd op het 'Sherbrooke model', dat is ontwikkeld in Canada. De interventie bestaat uit een beoordeling van de werklocatie van de zieke werknemer, eventuele aanpassingen in het werk en casemanagement door de bedrijfsarts (BA) waarbij alle belanghebbenden betrokken zijn: werknemer, werkgever, en huisarts (HA) en eventuele andere artsen (zoals fysiotherapeut). Omdat alle partijen erbij betrokken zijn wordt hier ook wel gesproken van geïntegreerde zorg.

In een onderzochte interventie van Lambeek *et al* wordt deze geïntegreerde behandeling gecombineerd met een 'graded activity' protocol, een tijdscontingent programma gebaseerd op cognitieve gedragsprincipes: de patiënt wordt uitgenodigd te reflecteren op zijn aangeleerde patronen en gestimuleerd om, onafhankelijk van de ontwikkeling van het klachtenniveau, door middel van een opbouwtraject weer aan het werk te gaan.

Bron

Steenstra *et al.* (2006)¹ deden onderzoek onder patiënten van 55 BAs. In dit onderzoek werd specifiek gekeken naar werknemers die 2-6 weken verzuimden als gevolg van lage rugpijn.

Lambeek (2010)² en Lambeek *et al.* (2010)³ deden onderzoek onder patiënten van vijf ziekenhuizen. Hierbij keek men naar werknemers die langer dan 12 weken klachten hadden (maar niet noodzakelijkerwijs al 12 weken verzuimden) en op het moment van de start van het onderzoek (deels) verzuimden (maar korter dan 2 jaar).

Resultaten: ziekteverzuim en kosten van zorg

Steenstra *et al* laten zien dat de geïntegreerde aanpak met werkaanpassingen leidt tot een 30 dagen snellere werkhervatting vergeleken met reguliere zorg. De meerprijs van de behandeling bedroeg € 570.

¹ Ivan Steenstra *et al.*, "Economic evaluation of a multi-stage return to work program for workers on sick-leave due to low back pain", *J Occup Rehabil.* 16(2006)557-578.

² Ludeke Lambeek, *Return to work management for chronic low back pain* (Amsterdam, 2010).

³ Ludeke Lambeek *et al.*, "Effect of integrated care for sick listed patients with chronic low back pain: economic evaluation alongside a randomised controlled trial", *BMJ* (2010) 341-348.

In het onderzoek van Lambeek et al leidt de geïntegreerde benadering tot een 68 dagen snellere werkhervatting, tegen een meerprijs in zorgkosten van € 296 vergeleken met reguliere zorg.

Mate van onderbenutting en potentiële toepassing

Volgens NEMESIS-2 zijn er in Nederland 383.000 werknemers met chronische rugpijn.¹ Uit onderzoek van BS Health Consultancy bleek dat deze interventie in 2009 in slechts 51-67 procent van de gevallen wordt toegepast.² Ze berekenen dat het volledig toepassen ervan 2,4 miljoen verzuimdagen zou besparen.³ Naar onze inschatting is dit een overschatting, omdat ook bij het niet toepassen van de richtlijn er adequate zorg kan zijn verleend. Bovendien is het waarschijnlijk dat de groep waarbij de richtlijn wel is toegepast zich meer leende voor een werkgerichte aanpak dan de andere groep. Bij gebrek aan andere bruikbare data gebruiken we deze cijfers toch.

Conclusie: vermijdbare kosten

De besparingen die zouden ontstaan bij het volledig toepassen van deze richtlijn zou daarmee uitkomen op 2,4 miljoen maal de kosten van verzuim per dag voor werkgevers: ongeveer 586 miljoen euro.⁴ In totaal lagen de kosten voor werkgevers als gevolg van KBA tussen de 1,8 en 2,4 miljard euro. Volgens de hier gehanteerde bronnen zou het volledig toepassen van deze interventie daarvan dus een substantieel deel kunnen voorkomen.

3.2.2 Activerende begeleiding en werkgerichte behandeling bij veelvoorkomende psychische klachten

Doelgroep

Werknemers die verzuimen als gevolg van veelvoorkomende psychische klachten, zoals burn-out en depressie.

Aard van de interventie

De kern van deze interventie bestaat eruit dat er tijds- en procescontingent in plaats van klachtencontingent wordt gewerkt. Dat wil zeggen: onafhankelijk van de ontwikkeling van het klachtenniveau wordt er bij werknemers met veelvoorkomende psychische klachten aangestuurd op geleidelijke activering. In het onderzoek van Van der Klink is de bedrijfsarts hierbij de case manager en houdt deze in de gaten of herstel stagneert of terugvalt. Belangrijk is ook een snelle interventie: in de eerste weken van het verzuim is er intensief contact tussen de bedrijfsarts en de werknemer.

Lagerveld en Blonk *et al* hebben een werkgerichte cognitieve therapie (W-CBT) door psychotherapeuten onderzocht. De kern van de behandeling bestond eruit om de werksituatie en werkhervatting als onderwerp ter sprake te brengen tijdens de normale cognitieve therapie.

Bron

¹ Zie paragraaf 2.1.2.

² BS Health Consultancy, Effectiviteit van arbocuratieve zorg tegen het licht. Onderzoek naar de invloed en werkwijze van arbocuratieve zorg (2009).

³ Idem, 64.

⁴ 2,4 miljoen verzuimdagen, maal de kosten voor werkgevers per verzuimdag (€ 244,75).

Van der Klink *et al* (2003)¹ onderzochten deze methode onder werknemers van de toenmalige PTT. Lagerveld en Blonk *et al* (2012)² onderzochten deze methode onder patiënten van psychotherapeuten van vier grootstedelijke GGZ-instellingen.

Resultaten: ziekteverzuim en kosten van zorg

Het onderzoek van Lagerveld en Blonk laat zien dat W-CBT de verzuimperiode met gemiddeld 65 werkdagen bekort wordt vergeleken met normale cognitieve therapie (dat wil zeggen: de tijd tot volledige werkhervatting is 65 dagen korter). Het traject van partiële werkhervatting start 12 dagen eerder. In beide groepen was bijna iedereen na een jaar weer volledig aan het werk, dus het heeft geen invloed op instroom in Ziektewet of WIA. De kosten van de interventie hebben Lagerveld en Blonk niet in kaart gebracht.

Het onderzoek van Van der Klink laat zien dat de tijdscontingente activerende benadering de duur van het verzuim met 25-30 procent verkort. Verzuim was gemiddeld 21 werkdagen korter bij de interventiegroep (gecorrigeerd voor parttimers). Daar moet bij vermeld worden dat de context waarbinnen het onderzoek werd gedaan al erg goed was: reeds voor aanvang van het onderzoek presteerde het bedrijf goed in het stimuleren van werkhervatting van zieke werknemers; de gemiddelde ziekteduur was er relatief laag. Daardoor was het contrast tussen de interventiegroep en de controlegroep klein. De kosten van de interventie zijn niet in kaart gebracht. Het betrof ongeveer 25 minuten extra begeleidingstijd van de bedrijfsarts over de gehele begeleiding.

Mate van onderbenutting en potentiële toepassing

De interventie zoals beschreven is ook vastgelegd in de richtlijnen voor de verschillende beroepsgroepen (zowel in de richtlijnen voor bedrijfsartsen³ als psychologen als in de NHG standaarden voor huisartsen), voornamelijk als gevolg van het onderzoek van Van der Klink. In die zin is de interventie onderdeel geworden van het gedeelde gedachtegoed van de arbocuratieve zorg in Nederland.

Of de richtlijnen volledig worden toegepast is een ander verhaal. Onderzoek door BS Health Consultancy wees uit dat in 2008 77-85% van de bedrijfsartsen de richtlijn toepaste. Het onvolledig toepassen zou jaarlijks 2,1 miljoen extra verzuimdagen opleveren als gevolg van psychische klachten.⁴ Dit laatste cijfers is wellicht een overschatting: het kan natuurlijk zijn dat hoewel een bedrijfsarts niet de richtlijn toepast, hij wél adequate zorg verleent en bijvoorbeeld afwijkt op punten in de richtlijn die geen effect hebben op verzuim. Net als bij het vorige voorbeeld gebruiken we de cijfers toch, bij gebrek aan andere betrouwbare data.

Conclusie: vermijdbare kosten

Dit betekent dat het onvolledig toepassen van de richtlijn per jaar 513 miljoen euro aan verzuimkosten voor werkgever oplevert.⁵ Gezien het feit dat de totale kosten voor werkgevers als gevolg van psychische klachten tussen de 1,18 – 2,96 miljard liggen, is dit een hoog bedrag.

¹ J.J.L. van der Klink, *et al.*, "Reducing long term sickness absence by an activating intervention in adjustment disorders: a cluster randomised controlled design", *Occup Environ Med*, 60(2003)429-437.

² Suzanne Lagerveld en Roland Blonk, *et al.*, "Work-focused treatment of common mental disorders and return to work: a comparative outcome study", *Journal of Occupational Health Psychology*, 17(2012)220-234.

³ J.J.L. van der Klink. "Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met psychische klachten".

⁴ BS Health Consultancy, Effectiviteit van arbocuratieve zorg tegen het licht. Onderzoek naar de invloed en werkwijze van arbocuratieve zorg (2009), 64.

⁵ 2,1 miljoen verzuimdagen, maal de kosten voor werkgevers per verzuimdag (€ 244,75).

Een andere manier om de opbrengsten te berekenen is door de cijfers van Lagerveld en Blonk zelf te gebruiken. Zij berekenen dat hun interventie voor werkgevers een besparing van € 3.642 per zieke werknemer oplevert; dat schatten zij op 20 procent van de totale kosten. Wanneer we de besparing per werknemer vermenigvuldigen met het totale aantal gevonden werknemers dat aangeeft last te hebben van chronische psychische klachten komen we uit op een totale besparing tussen 656 miljoen¹ en 1,37 miljard.² Daarbij is de aanname dat de interventie vooralsnog helemaal niet wordt toegepast. Kortom: op basis van de verschillende schattingen levert het volledig toepassen van deze interventie waarschijnlijk een besparing op van 513 miljoen tot 1,37 miljard euro. In de berekening in de conclusie van dit hoofdstuk zal het gemiddelde hiervan gebruikt worden: 942 miljoen.

3.2.3 Individual Placement and Support (IPS)

Doelgroep

Patiënten met ernstige en langdurige psychische problematiek; mogelijk zonder werk, maar wel met de wens om betaald werk te verrichten.

Aard van de interventie

IPS is een model voor arbeidstoeleiding en -begeleiding waarbij mensen met ernstige en langdurige psychische aandoeningen, met de wens om betaald werk te verrichten, begeleid worden bij het vinden van regulier betaald werk. De kern van de interventie bestaat eruit dat de patiënt direct start met regulier werk, en dat eventuele trainingen en begeleiding plaatsvinden nadat de persoon is geplaatst. Arbeidsbegeleiding en zorgaanbod zijn hierbij continue geïntegreerd.

Bron

Michon *et al.* (2011)³ deden onderzoek onder patiënten van vier aanbieders van zowel ambulante als intramurale zorg in vier regio's in Nederland.

Resultaten: ziekteverzuim en kosten van zorg

Uit het promotieonderzoek van H. Michon bleek dat IPS, voor mensen in de doelgroep, effectiever was in het begeleiden naar betaald werk (18 maanden na de start van het traject had 39% werk gevonden tegenover 19% in de controlegroep; degenen die werk vonden maakten gemiddeld ook meer uren). De omvang van de steekproef was echter aan de lage kant, waardoor er geen overtuigende conclusie kan worden getrokken. Het IPS traject kostte per patiënt € 366 meer dan een regulier re-integratie traject.⁴

¹ Prevalentie op basis van NEA (180.024) vermenigvuldigd met besparingen per persoon (€ 3.642).

² De prevalentie op basis van NEMESIS-2 hebben we geschat op 375.050. Dit is gebaseerd op het aantal mensen met "enigerlei stemmingsstoornis", wat een subgroep is van het totaal met psychische aandoeningen. Deze totaalcategorie is gebruikt in de tabellen in hoofdstuk 2. Het percentage werkenden met stemmingsstoornis wordt in NEMESIS-2 geschat op 5,0 procent, wat overeenkomt met 375.050. Zie: Ron de Graaf c.s., *Verzuim door psychische en somatische aandoeningen bij werkenen. Resultaten van de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2 (NEMESIS-2)*, (Trimbos Instituut, 2011), 28.

³ Harry Michon *et al.*, *Effectiviteit van individuele plaatsing en steun in Nederland. Verslag van een gerandomiseerde gecontroleerde effectstudie* (Trimbos Instituut, 2011).

⁴ Harry Michon *et al.*, *Effectiviteit van individuele plaatsing en steun in Nederland. Verslag van een gerandomiseerde gecontroleerde effectstudie* (Trimbos Instituut, 2011), 58.

Uit buitenlandse studies naar IPS blijkt dat, onder de goede omstandigheden (e.g. gerelateerd aan arbeidsmarktomstandigheden en uitkeringsprikkels), IPS ongeveer 30-40 procent effectiever is in het toeleiden naar betaald werk dan reguliere re-integratietrajecten. 55-60 procent van de deelnemende patiënten vindt werk.

Mate van onderbenutting en potentiële toepassing

IPS zou vooral potentie kunnen hebben voor het 'stuwmeer' aan mensen met psychische klachten die momenteel als volledig arbeidsongeschikt in de WGA zitten. Naar schatting zijn er momenteel enkele duizenden (tot maximaal 10.000) mensen met psychische klachten, die met de juiste begeleiding en onder de juiste omstandigheden in de toekomst weer aan het werk kunnen.¹ Een aangepaste versie van IPS wordt momenteel onderzocht als instrument voor re-integratie van personen in de Ziektewet met psychische klachten (zie hieronder: re-integratie van personen in de Ziektewet met bewegingsapparaatklachten).

Conclusie: vermijdbare kosten

Op basis van cijfers van het UWV is het mogelijk een schatting te maken van huidige uitstroomcijfers uit de WGA voor mensen met psychische klachten.

Eind 2011 zaten er bijna 43.000 mensen in de WGA met psychische klachten als hoofddiagnose. Van deze 43.000 zijn er in 2011 2.548 uitgestroomd uit de WGA, van wie circa 60 procent vanwege een herstelmelding zijn uitgestroomd. Dit zijn er dan 1.530. Van deze groep is de helft uitgestroomd naar werk - 765 in totaal.²

Wanneer we uitgaan van een huidig 'stuwmeer' van 8.000 mensen in de WGA die met de juiste begeleiding weer aan het werk zouden kunnen, zoals door experts wordt geschat, dan kunnen we dus concluderen dat nu circa 10 procent daarvan uitstroomt naar werk. IPS heeft in Nederland resultaten laten zien van een uitstroompercentage van 40 procent. Dat is in de context waarin het UWV opereert - waarbij de cliënten geen werkgever hebben om bij terug te keren, in tegenstelling tot de cliënten die bij het onderzoek betrokken waren - waarschijnlijk te optimistisch werkgever ontbreekt. Een verdubbeling, van 10 naar 20 procent, lijkt realistischer. Daarmee zouden per jaar 765 mensen extra uitstromen uit de WGA. De kosten van de WGA per persoon blijken uit de tabel in paragraaf 2.4: bijna 17.402 euro per jaar.³ Omdat mensen gemiddeld 11 jaar in de WGA zitten kost het gehele traject 191.000 euro per persoon. Een extra uitstroom van 765 mensen per jaar zou daarom een jaarlijkse besparing van 146 miljoen euro opleveren.⁴

3.2.4 Screening en preventie van verzuim door depressie

Doelgroep

Medewerkers met een verhoogd risico op toekomstig verzuim en milde depressieve klachten. Het gaat niet om medewerkers die al verzuimen.

Aard van de interventie

¹ Bron: interview met Dhr. Kroneman, 31-1-2013. Het UWV heeft overigens in april 2012 een convenant gesloten met de GGZ om samenwerking te bevorderen. IPS wordt hierbij als één van de best practices benoemd. Zie: <http://www.ggznederland.nl/persberichten/convenant-ggz-uwv.pdf>.

² Cijfers gebaseerd op: UWV, Kwantitatieve informatie 2011, <http://www.uwv.nl/overuwv/Images/StatistischeTabellen-2011.pdf>, blz. 22-23.

³ Namelijk de (gemiddelde uitkering per jaar + de uitvoeringskosten) maal de gemiddelde AO duur.

⁴ Namelijk de kosten per persoon, maal het aantal personen dat extra kan uitstromen: 765.

Door middel van een vragenlijst worden medewerkers vroegtijdig gescreend op hoog risico op toekomstig verzuim en milde depressieve klachten. Het gaat erom mensen met relatief milde gezondheidsklachten te identificeren, die desondanks een hoger risico op langdurig verzuim hebben. Voor werknemers met een hoog risico op verzuim werd een vroegtijdige interventie ontwikkeld die voorzorg in 7 basissessies en indien nodig of wenselijk 5 aanvullende individuele sessies met een psycholoog.

Bron

Lexis et al.¹ onderzochten de effectiviteit van de screening en de preventieve interventie onder medewerkers van ABN Amro Bank in Nederland.

Resultaten: langdurig ziekteverzuim en kosten van verzuim en zorg

Zowel de screening als de preventieve interventie bleek effectief. In de interventiegroep waren mensen gemiddeld 27,5 dagen afwezig (verzuim), in de controlegroep was dat 50,8 dagen (gemeten na 12 maanden). Gemeten na 18 maanden was het 33,1 versus 62,6 dagen.² Een andere manier om het resultaat te formuleren is dat het in beide gevallen het verzuim grofweg halveerde, hetgeen een aanzienlijke kostenbesparing zou betekenen. De kosten-effectiviteit van de totale preventieve strategie is vooralsnog niet in kaart gebracht.

Mate van onderbenutting en potentiële toepassing

De preventieve strategie is onder meer geïmplementeerd bij het bedrijf waar deze ontwikkeld werd. Het oorspronkelijke screeningsinstrument (Balansmeter) is van toepassing op medewerkers werkzaam in een kantooromgeving. Om de reikwijdte en de potentiële toepassing verder te verhogen is ook een Balansmetermodule ontwikkeld en gevalideerd voor de industriële sector. Dit maakt het mogelijk de preventieve strategie ook toe te passen in de industrie. De toegepaste interventie is niet afhankelijk van de sector of de setting. De vroegtijdige interventie is inmiddels aangemeld en geregistreerd bij het Centrum Gezond Leven.

Conclusie: vermijdbare kosten

In de doelgroep bereikte de interventie een besparing van 23,3 verzuimdagen ten opzichte van de controlegroep, ofwel een halvering van het verzuim. Bij de berekening van de vermijdbare kosten gaan we ervan uit dat onder de doelgroep van werknemers met depressieve klachten ook een halvering van verzuim kan worden bereikt. Daarvoor moeten we eerst de groep werknemers met depressieve klachten zien te isoleren (in de tabellen van hoofdstuk 2 is de grotere categorie "psychische klachten" gebruikt. NEMESIS-2 biedt aanknopingspunten, omdat daar ook specifieke diagnoses worden vastgesteld. Volgens NEMESIS-2 zijn er in Nederland circa 315.000 werknemers met depressieve stoornis.³ Gemiddeld ver-

¹ Monique Lexis, *Prevention of long-term sickness absence and major depression through early intervention* (Maastricht, 2011); Lexis MA, Jansen NW, van Amelsvoort LG, Huibers MJ, Berkouwer A, Tjin A Ton G, van den Brandt PA, Kant IJ. Prediction of long-term sickness absence among employees with depressive complaints. *J Occup Rehabil.* 2012;22(2):262-269; Lexis MA, Jansen NW, Huibers MJ, van Amelsvoort LG, Berkouwer A, Tjin A Ton G, van den Brandt PA, Kant I. Prevention of long-term sickness absence and major depression in high-risk employees: a randomised controlled trial. *Occup Environ Med.* 2011 Jun;68(6):400-407.

² Lexis MA, Jansen NW, Huibers MJ, van Amelsvoort LG, Berkouwer A, Tjin A Ton G, van den Brandt PA, Kant I. Prevention of long-term sickness absence and major depression in high-risk employees: a randomised controlled trial. *Occup Environ Med.* 2011 Jun;68(6):400-407.

³ Namelijk een prevalentie van 4,2 procent, maal de werkende beroepsbevolking in 2008: 7.501.000. Zie: Ron de Graaf c.s., *Verzuim door psychische en somatische aandoeningen bij werknemers. Resultaten van de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2 (NEMESIS-2)*, (Trimbos Instituut, 2011), 28.

zuimen deze 25,6 dagen extra per jaar, en kost dat daarmee 1,97 miljard euro.¹ Wanneer dit verzuim gehalveerd kan worden levert dat bijna 987 miljoen aan besparingen op. Hierbij is geen rekening gehouden met de extra kosten die gepaard gaan met de screening en behandeling.

Hierbij moet wel de kanttekening worden geplaatst dat de interventie met name gericht is op werknemers met relatief milde klachten, terwijl de doelgroep op basis van NEMESIS-2 geen onderscheid maakt naar klachtenniveau. Mogelijk is de doelgroep dus kleiner dan bovenstaande berekening doet vermoeden. Verder moeten we ook in gedachte houden dat de prevalentiecijfers uit hoofdstuk 2.1 sterk uiteen lopen afhankelijk van welke bron gebruikt wordt (NEA of NEMESIS-2, waarbij de laatste een veel hogere prevalentie aangeeft).

3.3 Veelbelovende interventies die (nog) niet bewezen zijn en/of niet doorgerekend kunnen worden

Hieronder volgen vier interventies waarvoor er goede gronden zijn om effectiviteit te veronderstellen, maar waarbij minder aanknopingspunten zijn om de resultaten door te rekenen. In drie gevallen zijn er wel al uitkomsten bekend en gepubliceerd, maar zijn deze niet door te rekenen in het kostenmodel zoals in hoofdstuk 2 gepresenteerd. In één geval (Fit 4 Work, paragraaf 3.3.4) is de interventie nog niet effectief gebleken (omdat het project nog niet is afgerond) maar is er wel ex ante onderzoek gedaan dat op een verwachte kostenbesparing wijst. Daarom hebben we deze ook in de lijst opgenomen.

3.3.1 Re-integratie voor personen in de Ziektewet met bewegingsapparaatklachten

Doelgroep

Uitzendkrachten en werklozen die in de ziektewet zitten als gevolg van klachten aan het bewegingsapparaat.

Aard van de interventie

Deze interventie bestaat uit twee elementen: (1) De arbeidsdeskundige van het UWV stelt op een gestructureerde manier, samen met de cliënt, een plan van aanpak op. Hierbij wordt voortgebouwd op het 'consensusmodel'; de actieve rol van de cliënt is belangrijk en er moet consensus zijn tussen de behandelaar en de cliënt; een procescoach regisseert deze consensus; (2) een gesubsidieerde werkplek of werkervaringplek. De essentie hiervan was therapeutische werkhervatting binnen een passende werkomgeving; indien nodig ook op deze manier ook voor zieken zonder werkgever het 'graded activity' model worden ingezet. Deze werkplekken werden via re-integratiebureaus gevonden.

Bron

¹ 25,6 dagen extra verzuim volgt uit NEMESIS-2: Ron de Graaf c.s., *Verzuim door psychische en somatische aandoeningen bij werken. Resultaten van de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2 (NEMESIS-2)*, (Trimbos Instituut, 2011), 34. 1,97 miljard volgt uit het vermenigvuldigen van de doelgroep (315.000) met het aantal extra verzuimdagen (25,6) en de kosten per dag voor werkgevers (€ 244,75, zie hoofdstuk 2).

Vermeulen (2012)¹ deed onderzoek onder personen in de Ziektewet die, bij aanvang van de studie, tussen de twee en acht weken waren ziek gemeld als gevolg van klachten aan het bewegingsapparaat.

Resultaten: ziekteverzuim en kosten van zorg

Vermeulen zelf berekent dat de maatschappelijke baten de kosten overstijgen: netto levert elk traject gemiddeld € 2.037 op. De kosten en baten zijn daarbij echter niet evenwichtig verdeeld over de verschillende actoren: de baten liggen voornamelijk bij de werkgevers, als gevolg van winst in arbeidsproductiviteit zonder loonkosten (cliënten verrichten gesubsidieerd werk), terwijl de kosten voornamelijk bij het UWV liggen, omdat het re-integratietraject duurder is en omdat de cliënten – terwijl ze gesubsidieerd werk verrichten – gemiddeld langer in de ziektewet blijven. Dit is ook de reden dat de interventie niet in onze berekening is meegenomen; de baten ontstaan weliswaar doordat de werkhervatting wordt bespoedigd (gemiddeld 28 dagen eerder), maar het gaat daarbij om gesubsidieerde arbeid. Van de interventiegroep die geplaatst waren in een werkervaringplek kreeg uiteindelijk ruim 50 procent een arbeidsovereenkomst aangeboden.² Van de controlegroep is echter (nog) niet bekend wat de uitstroomroutes en -cijfers waren. Voor de volledige groep geldt dat er geen cijfers bekend zijn over WIA instroom. Daar zouden langere follow-up data voor nodig zijn (voor het huidige onderzoek zijn de deelnemers één jaar gevolgd). Als we alleen naar de kosten van de interventie kijken, dan liggen deze per cliënt € 2.327 hoger dan bij een regulier re-integratietraject.

Mate van onderbenutting en potentiële toepassing

Deze interventie wordt momenteel niet toegepast. De potentiële reikwijdte van deze interventie betreft in eerste instantie de circa 16.000 mensen die jaarlijks de ziektewet instromen als gevolg van klachten aan het bewegingsapparaat. Momenteel loopt er bij het VUmc echter een onderzoek dat een soortgelijke interventie onderzoekt voor personen in de Ziektewet met psychische klachten (Project SamenWERK).

3.3.2 Het voorkomen van terugval bij re-integrerende werknemers met psychische klachten

Doelgroep

Werknemers met veelvoorkomende psychische klachten die weer re-integreren na verzuim. Aan het onderzoek deelnemende bedrijfsartsen (BAs) dachten dat de interventie beter geschikt was voor hoger opgeleide patiënten.

Aard van de interventie

De aanleiding voor het ontwikkelen van deze interventie was enerzijds het feit dat veel mensen die re-integreren na verzuim door psychische klachten binnen een jaar een behoorlijke terugval ervaren. Op basis van onderzoek bij TNT ondervond ongeveer 20 procent van de werknemers die re-integreerde na verzuim door veelvoorkomende psychische klachten binnen een jaar een terugval.³ Anderzijds was er geconstateerd dat de zorg voor deze pati-

¹ Sylvia Vermeulen, *Return to work for temporary agency workers and unemployed workers, sick-listed due to musculoskeletal disorders. Cost-effectiveness of a participatory return to work program* (Amsterdam, 2012).

² Telefonisch Interview met Sylvia Vermeulen, 8-3-2013.

³ Een terugval wordt daarbij gedefinieerd als een vermindering van 30 procent of meer van het werkvermogen.

enten vaak wegvalt zodra ze weer (deels) aan het werk zijn. De interventie is erop gericht om die terugval te voorkomen. De kern van de interventie bestaat uit probleemoplossingsgerichte begeleiding door de BA na de start van de re-integratie. De werknemer inventariseert probleempunten en ontwikkelpunten waar hij/zij tegenaan loopt na terugkeer op het werk en werkt hiervoor oplossingen uit. Daarnaast wordt de werknemer voorbereid om de probleem- en ontwikkelpunten en de oplossingen te bespreken met de leidinggevende.

Bron

Arends¹ deed onderzoek naar de begeleiding van werknemers die re-integreerden na een periode van verzuim (minimaal twee weken, maximaal 1 jaar) als gevolg van psychische klachten. De interventie werd toegepast door BA's van arbodienstverlener 365/ArboNed.

Resultaten: vermijdbare terugval naar verzuim

De ontwikkelde interventie verkleint de kans op een terugval naar verzuim met 60 procent. Als er een terugval was kwam deze bovendien gemiddeld 100 dagen later.

Deze resultaten wijzen op een effectieve interventie, maar de economische analyse liet zien dat de interventie ook kostbaarder was. Daarnaast zijn de resultaten gemeten over een looptijd van 1 jaar waardoor de lange termijnconsequenties onbekend zijn. Meer onderzoek zou nodig zijn om duidelijke conclusies te kunnen trekken.

Mate van onderbenutting en potentiële toepassing

De mate van onderbenutting van terugvalpreventie volgens de NVAB-richtlijn voor bedrijfsartsen is niet helder. Begeleiding tijdens het re-integratietraject is opgenomen in de richtlijn, zij het minder uitgebreid en gestructureerd dan in de interventie van Arends. Uit de praktijk ontstond bovendien het beeld dat zorg voor patiënten vaak wegvalt op het moment dat deze weer (deels) aan het werk zijn.

De interventie van Arends kan op een brede groep worden toegepast, zowel binnen grote als kleine bedrijven en in alle sectoren. Voor het trekken van een conclusie over toepassing van de interventie in de praktijk moeten de kosten, de effecten en de implementeerbaarheid in de betreffende context nog tegen elkaar afgewogen worden.

3.3.3 Snelle activering bij mensen in de Ziektewet met lichte psychische klachten

Doelgroep

Mensen in de Ziektewet met lichte tot matige psychische of somatisch onbegrepen klachten.

Aard van de interventie

De interventie bestaat eruit om personen in de Ziektewet met lichte tot matige psychische of somatisch onbegrepen klachten te activeren. Kern van het programma is snelle activering, met daarbij intensieve begeleiding. Dit wordt gedaan door ze deel te laten nemen aan een gestructureerd, gezamenlijk sportprogramma en een arbeidstraining (werkervaringsplek), en eventueel coachingsessies. Bij zwaardere problematiek komt er in aanvulling

¹ Arends I, van der Klink JJL, Bültmann U. "Prevention of recurrent sickness absence among employees with common mental disorders: Design of a cluster-randomised controlled trial with cost-benefit and effectiveness evaluation", *BMC Public Health* 15 (2010) 132.

hierop een traject op maat. De aanleiding van het programma bestond eruit dat de WIA instroom onder deze doelgroep erg hoog was, en ook de duur van de claim (ziektewetuitkering). Bovendien hadden behandelaren onvoldoende handvatten om met deze problematiek om te gaan.

Bron

UWV Hengelo heeft een pilot uitgevoerd.¹ Sinds april 2011 zijn er 120 cliënten op bovenstaande wijze begeleid. Inmiddels is de pilot om institutionele redenen gestopt, hoewel er sporadisch nog mensen in het programma instromen en er momenteel een nieuw onderzoek naar de interventie wordt gestart, onder andere door het AMC/Coronel Instituut.

Resultaten: ziekteverzuim en kosten van zorg.

De uitkomsten van het programma zijn onduidelijk. Er is een effectevaluatie gemaakt, maar deze werd niet representatief geacht en is daarom niet gepubliceerd. Volgens direct betrokkenen lijkt het programma effectief, hoewel het nog niet lang genoeg loopt, en de doelgroep voorsnog te klein is om belangrijke conclusies aan te verbinden. Het percentage betermeldingen steeg wel met 5-6 procent, maar het was onduidelijk of deze mensen dan uitstroomden naar betaald werk of naar de WW of WWB. De kosten van het programma zelf (€750 per cliënt) liggen aanzienlijk lager dan de kosten van een standaard re-integratietraject (€ 2500 – 3500 per cliënt).

3.3.4 Fit 4 Work - Samenwerking tussen UWV, vijf gemeentelijke Diensten SoZaWe en de GGDs van de G4

Doelgroep

Mensen met een grote afstand tot de arbeidsmarkt, psychische klachten en een uitkering (onder andere WWB, WIA en ZW).

Aard van de interventie

Het idee van het project is om mensen met een grote afstand tot de arbeidsmarkt sneller uit de uitkering en op de arbeidsmarkt te krijgen. Dit geldt onder andere voor mensen in de ZW of WIA. Kern van het project is een betere afstemming tussen de verschillende diensten en aandacht voor de multiproblematiek waar de cliënten vaak mee te maken hebben. Er wordt daarbij een brug geslagen tussen zorgcomponenten en re-integratiecomponenten van de begeleiding. Elke cliënt krijgt één casemanager, die als aanspreekpunt geldt.

Bron

De beginselen van het project en de theoretische inbedding zijn vastgelegd in het 'Basisdocument Fit-4-Work'²; er is ook een ex ante maatschappelijke kosten-baten analyse (MKBA) uitgevoerd.³

Verwachte resultaten

¹ De informatie over deze interventie is gebaseerd op een telefonisch interview met Harold Vulink, UWV Manager Claim SMZ, 1-3-2013, en enkele achtergrondstukken over het project.

² Hazenoot et al, *Samenvatting basisdocument Fit-4-Work. Experiment voor een multidisciplinaire aanpak voor cliënten van het UWV, dienst SoZaWe en GGD* (z.p., z.j.).

³ Lucy Kok et al, *Fit 4 Work: een ex-ante kosten-baten analyse* (SEO Economisch Onderzoek, 2011).

Er is nog geen evaluatie van het project beschikbaar, maar wel een ex ante MKBA. In deze ex ante MKBA wordt berekend dat de maatschappelijke baten per traject circa € 4500 bedragen. De meeste van deze netto baten vallen toe aan de cliënt, en circa € 1700 aan het UWV of Gemeenten (voornamelijk door minder uitkeringslasten).¹ Hierbij is gerekend met een tijdshorizon van 4 jaar.

Mate van onderbenutting en potentiële toepassing

Sinds 1 maart 2013 is het experiment gestart met de eerste klanten; deze worden gemonitord door het Erasmus MC. In potentie is de reikwijdte van dit instrument groot, namelijk de voor dit rapport relevante groepen van personen in de Ziektewet en in de WIA.

3.4 Conclusie

3.4.1 Vermijdbare kosten bij toepassing interventies

Hierboven zijn vier bewezen effectieve interventies beschreven, en vier veelbelovende. Bij de vier bewezen effectieve interventies zijn ook berekeningen gemaakt van kosten die vermeden kunnen worden bij volledige toepassing van de interventie. Deze besparingen vloeien voor een belangrijk deel voort uit het bespoedigen van werkhervatting bij werknemers die gedurende langere tijd verzuimen. Voor een kleiner gedeelte vloeien ze voort uit snellere uitstroom van mensen uit de WGA.

In de tabel hieronder zetten staan de mogelijke besparingen op een rij. Omdat volledige toepassing van de interventies op korte termijn onwaarschijnlijk is worden er drie scenario's gepresenteerd: een toepassingsgraad van 25 procent, een toepassingsgraad van 50 procent en volledige toepassing. Daarbij komt de volledige toepassing overeen met de maximaal te behalen besparingen, zoals per interventie is uitgerekend in paragraaf 3.2.

Bij deze mogelijke besparingen is geen rekening gehouden met het feit dat volledige toepassing van de interventies ook kan leiden tot verminderde instroom in de Ziektewet of WIA, omdat de betreffende onderzoeken daar geen aanknopingspunten voor bieden. Dat neemt echter niet weg dat dat neveneffecten van het toepassen van de interventies zouden kunnen zijn. Tevens zijn mogelijke inverdieneffecten die op kunnen treden voor de overheid niet meegenomen, omdat deze moeilijk te kwantificeren zijn.

Tabel 3.1 Totale potentiële besparingen indien effectieve onderbenutte interventies worden ingezet (in mln euro's)

Effectieve, onderbenutte interventies	Omvang doelgroep	25 % van de maximale besparingen (in mln)	50 % van de maximale besparingen (in mln)	Geschatte besparing bij 100 % toepassing (in mln)
1. Participatieve werkaanpassing bij lage rugklachten	383.000 ²	€ 147	€ 293	€ 586
2. Activerende begeleiding en	375.000 ³	€ 236	€ 471	€ 942

¹ Lucy Kok et al, *Fit 4 Work: een ex-ante kosten-baten analyse* (SEO Economisch Onderzoek, 2011), 23.

² Werknemers met chronische rugpijn, op basis van NEMESIS-2. Zie paragraaf 3.2.1.

³ Werknemers met veelvoorkomende psychische klachten, op basis van NEMESIS-2. Zie paragraaf 3.2.2.

werkgerichte behandeling bij veelvoorkomende psychische klachten				
3. Individual Placement and Support	8000 ¹	€ 37	€ 73	€ 146
4. Screening en preventie van verzuim door depressie	315.000 ²	€ 247	€ 494	€ 987
Totaal³	n/a	€ 667	€ 1.331	€ 2.661

Bron: Panteia, 2013

De volgende tabel vat de methoden samen op basis waarvan de geschatte besparingen bij volledige toepassing zijn berekend. De details van de berekeningen staan in paragraaf 3.2 per interventie beschreven.

Interventie	Aanname	Onderbenutting	Omvang doelgroep	Besparing in dagen bij volledige toepassing	Besparing in euro's (mln) bij volledige toepassing
1. Rugklachten	Reductie van 30 dagen verzuim bij inzetten interventie ⁴	33-49% ⁵	BS Health Consultancy becijfert een besparing van 2,4 miljoen verzuimdagen. ⁶		€ 586
2. Psychische klachten	Reductie van 21 dagen tot 65 dagen bij inzetten interventie ⁷	15-23% voor interventie van Van der Klink ⁸ . Bij de interventie van Lagerveld en Blonk is de	BS Health Consultancy becijfert een besparing van 2,1 miljoen verzuimdagen voor de interventie van Van der Klink. ⁹ Lagerveld en Blonk berekenen een besparing van € 3.642 per zieke werknemer. De omvang van de doel-		€ 942 ¹⁰

¹ Mensen in WGA met psychische klachten die bij de juiste begeleiding weer aan het werk zouden kunnen. Zie paragraaf 3.2.3.

² Werknemers met depressieve stoornis, op basis van NEMESIS-2. Zie paragraaf 3.2.4.

³ Deze optelling levert een overschatting op omdat interventie 2 en 4 gericht zijn op een overlappende doelgroep. Deze kunnen dus niet bij elkaar worden opgeteld: er kan immers niet tweemaal bespaard worden door dezelfde persoon sneller te laten re-integreren.

⁴ Ivan Steenstra *et al.*, "Economic evaluation of a multi-stage return to work program for workers on sick-leave due to low back pain", *J Occup Rehabil.* 16(2006)557-578.

⁵ Variërend per sector. BS Health Consultancy, Effectiviteit van arbocuratieve zorg tegen het licht. Onderzoek naar de invloed en werkwijze van arbocuratieve zorg (2009), 64.

⁶ De omvang van de doelgroep blijft in de berekening van BS Health Consultancy onduidelijk. Wél wordt duidelijk dat ze berekenen dat het totaal aantal werknemers dat last heeft van lage rugklachten rond de 776.000 ligt, maar om de besparing te berekenen worden alleen werknemers meegenomen die meer dan vier weken verzuimen als gevolg van lage rugklachten. Dat lijkt ook gerechtvaardigd, omdat alleen degenen met ernstige lage rugklachten en langdurig verzuim als gevolg daarvan baat zullen hebben bij deze interventie.

⁷ De eerste voor de interventie volgens de publicatie van Van der Klink, de tweede voor de interventie volgens de publicatie van Lagerveld en Blonk.

⁸ Voor de interventie van Van der Klink, en variërend per sector. Bron: BS Health Consultancy, Effectiviteit van arbocuratieve zorg tegen het licht. Onderzoek naar de invloed en werkwijze van arbocuratieve zorg (2009), 64.

⁹ De omvang van de doelgroep blijft in de berekening van BS Health Consultancy onduidelijk. 2,1 miljoen vermijdbare verzuimdagen levert 513 miljoen aan vermijdbare kosten op.

¹⁰ Dit is het gemiddelde van de twee berekeningen. Volgens de berekening op basis van BS Health Consultancy komen de besparingen op 513 miljoen, terwijl op basis van de aannames van Lagerveld en Blonk de besparingen op maximaal 1,37 miljard uitkomen. 942 miljoen is het gemiddeld van deze twee.

		aanname dat deze nog niet wordt toegepast	groep ligt daarbij, variërend per bron, tussen de 180.00 en 375.00.		
3.IPS	Verhoging van uitstroom uit WGA naar werk van ca 10 % naar ca 20 % bij inzetten interventie	Nog niet toegepast	8000 mensen in WGA als gevolg van psychische klachten die met juiste begeleiding weer aan het werk zouden kunnen	765 mensen extra uitstroom uit WGA naar werk, per jaar	€ 146
4.Screening & preventie	Halvering verzuim (van 25,6 naar 12,8 dagen) bij inzetten interventie	Nog niet toegepast	315.000 werknemers met depressieve stoornis	4 miljoen verzuimdagen	€ 987

Hieruit volgt een aantal conclusies:

- Het optellen van deze besparingen suggereert dat de toepassing van de momenteel bekende, bewezen effectieve interventies een jaarlijkse besparing van tussen de 667 miljoen en 2,66 miljard euro op zou kunnen leveren, afhankelijk van de mate waarin de interventies worden toegepast. Zoals in voetnoot 3 wordt opgemerkt is dit echter een overschatting.
- Het overzicht maakt duidelijk dat de mogelijke besparingen voornamelijk voortkomen uit het terugdringen van verzuim van werknemers met psychische klachten en klachten aan het bewegingsapparaat, en in mindere mate door uitstroom uit de WGA te bespoedigen.
- Als we de besparingen uitsplitsen naar kostendrager dan blijkt dat het leeuwendeel aan besparingen toekomt aan werkgevers. 146 miljoen valt, op basis van bestaande kennis, te besparen door het UWV. Dat is echter wel bijna elf procent van de totale kosten voor de WGA, en daarmee een aanzienlijke besparing.

Bij het interpreteren van de resultaten moet echter wel rekening worden gehouden met het feit dat voor het doorrekenen van de effecten van deze interventies veel aannames zijn gemaakt, net zoals dat binnen de studies naar de interventies zelf is gedaan. Het gaat daarmee nadrukkelijk om een *schatting* van vermijdbare kosten. Er is meer onderzoek nodig om tot betrouwbaardere uitkomsten te komen. Ook moet er rekening worden gehouden met het feit dat de eventuele meerkosten van de interventie niet altijd meegenomen konden worden in de berekening, zoals bij interventie 4 uit bovenstaande tabel. Dat leidt tot een lichte overschatting van de potentiële besparingen: de investeringen die nodig zijn om deze besparingen te bereiken konden niet altijd worden meegenomen in de berekening. Verder is het goed om op te merken dat de aannames van verzuimreductie per persoon (tweede kolom in de tabel hierboven) hoger liggen dan het gemiddelde extra verzuim bij de betreffende diagnoses zoals in paragraaf 2.1 naar voren kwam. Dit lijkt raar maar is logisch: de interventies zijn gericht op een deel van de totale populatie van werknemers met die klachten, namelijk het deel dat langdurig verzuimt. Zo wordt een groot deel van het extra verzuim als gevolg van lage rugklachten veroorzaakt door een relatief kleine groep werknemers die langdurig verzuimen; er is tevens een aanzienlijke groep werknemers die weliswaar rugklachten hebben, maar daardoor niet of nauwelijks extra verzuimen.

Tot slot moet worden vermeld dat de potentiële besparingen die ontstaan als de bovengenoemde effectieve interventies worden ingezet, niet gelijk zijn aan het totaal aan vermijdbare kosten in verband met ziekte en verzuim. Andere onderzoeken suggereren dat er ook andere bronnen van vermijdbaar verzuim zijn, zoals onjuiste of niet tijdige behandeling, medische fouten en wachtlijsten.¹

3.4.2 Overstijgende reflectie

Behalve tot een schatting van vermijdbare kosten leidt bovenstaande inventarisatie van effectieve interventies ook tot een viertal overstijgende conclusies:

1. Er zijn relatief weinig effectieve interventies met werkhervatting als uitkomst. Deels grijpt dit terug op één van de constatering die de aanleiding vormde voor dit onderzoek, namelijk dat er binnen de zorg weinig aandacht is voor werk. Dit bleek ook uit onze literatuuranalyse en interviews. Veel onderzoek heeft gezondheidsbeleving of klachtenniveau als uitkomstindicator; zelden wordt werkhervatting meegenomen.²
2. De gevonden interventies zijn betrekkelijk "eenvoudig" van aard. Dat wil zeggen, ze vereisen geen ingewikkelde medische ingrepen. Een zorgvuldig proces en aandacht voor de werksituatie staan bij de meeste interventies centraal.
3. Werkhervatting wordt in sommige gevallen als deel van de oplossing gezien. Dit is onder andere het geval bij IPS en de tijdscontingente activering bij psychische klachten. In de andere gevallen wordt werkhervatting in ieder geval niet gezien als deel van het probleem. De interventies veronderstellen, en laten dat ook zien, dat werk en gezondheid geen tegenstrijdige belangen hoeven zijn. Uit enkele van de onderzoeken die hierboven zijn beschreven volgt dat de getoetste interventies op de uitkomst "klachtenniveau" niet beter presteert dan reguliere zorg, maar op de uitkomstmaat "werkhervatting" wel aanzienlijk beter presteert. Dat laat zien dat voor het bespoedigen werkhervatting niet altijd een afname van klachtenniveau noodzakelijk is.
4. Samenwerking tussen verschillende actoren speelt een belangrijke rol. Onder andere bij de geïntegreerde zorg voor werknemers met lage rugklachten, de activerende begeleiding voor werknemers met psychische klachten en bij IPS vindt de zorgverlening plaats in een samenspel van actoren. In alle gevallen heeft de bedrijfsarts een belangrijke rol, maar ook de werkgever, reguliere artsen, eventuele re-integratiedeskundigen en natuurlijk de werknemer zelf zijn hierbij zeer belangrijk.
5. De onderzochte interventies hebben betrekking op KBA en psychische klachten. Dat is begrijpelijk gezien het feit dat deze diagnosecategorieën het grootste deel van het verzuim veroorzaken, en dus ook het grootste deel van de kosten. Onderstaand overzicht geeft weer op welke diagnosecategorieën de interventies van toepassing, en voor welke

¹ A.M. Kremer en R. Steenbeek, "Avoidable sickness absence in a Dutch working population", *Journal for Occupational Rehabilitation* (2010) 81-89.

² Dit bleek ook uit onze interviews, bijvoorbeeld met Dhr. Van der Klink. Zie ook: Roland Blonk, *Het lukt niet zonder werk. Over psychische klachten, arbeidsparticipatie en herstel*, Inaugurele rede, (Utrecht, 2006).

kostendragers ze relevant zijn. Uit het overzicht blijkt dat er voor bepaalde diagnosecategorieën geen onderbenutte effectieve interventies zijn gericht op werkhervatting.

	Werkgevers	UWV		
		Ziektewet	WIA	WAO
Psychische klachten	Activerende begeleiding en werkgerichte behandeling bij werknemers met veelvoorkomende psychische klachten (par. 3.2.2)	<i>Snelle active-ring van personen in de Ziektewet met lichte psychische klachten (par. 3.3.3)</i>	Individual Placement and Support (par. 3.3.3)	
	Screening en preventie van verzuim door depressie (par. 3.2.4)			
	<i>Het voorkomen van terugval bij re-integrerende werknemers met psychische klachten (par. 3.3.2)</i>			
		<i>Fit 4 Work (par. 3.3.4)</i>		
HVZ	Geen onderbenutte effectieve interventies gericht op werkhervatting gevonden			
KBA	Participatieve werkaanpassing bij lage rugklachten (par. 3.2.1)	<i>Re-integratie voor personen in de Ziektewet met KBA (par. 3.3.1)</i>		
Longaan-doeningen	Geen onderbenutte effectieve interventies gericht op werkhervatting gevonden			

Tabel: er zijn in totaal vier bewezen effectieve en onderbenutte interventies gevonden, en vier "veelbelovende" interventies (veelbelovende interventies staan cursief).

4 Toepassing

In het vorige hoofdstuk zijn effectieve interventies op een rij gezet, en is een schatting gemaakt van de besparingen die de toepassing daarvan op kan leveren. Daarbij is verondersteld dat artsen - zowel in de bedrijfsgeneeskundige als in de curatieve sector - de interventies daadwerkelijk gaan toepassen. Er is echter aanleiding om te veronderstellen dat er aanzienlijke knelpunten zijn die de toepassing in de weg staan.

Dit hoofdstuk zal daarom ingaan op de toepassing van deze interventies. Daarbij zal niet meer worden gekeken naar de specifieke interventies, maar worden ingezoomd op het krachtenveld waarbinnen deze toegepast zouden moeten worden. Daartoe wordt eerst stilgestaan bij obstakels die arbocuratieve samenwerking belemmeren. Vervolgens zal worden gekeken naar de rol van bedrijven bij het toepassen van de interventies en de moeilijkheden daarbij. Daarbij worden vijf voorbeelden uitgediept van bedrijven en branches die op een bijzondere manier vorm geven aan hun samenwerking met bedrijfsgeneeskundige en curatieve zorg. Daaruit blijkt dat er ook bij deze bedrijven en branches, die vaak worden genoemd als interessante voorbeelden, sprake is van knelpunten die de toepassing van effectieve interventies in de weg kunnen staan.

4.1 Moeizame arbocuratieve samenwerking

Het systeem is in Nederland zo ingericht dat de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde de rol heeft om in het zorgtraject aandacht te besteden aan participatie en werk. Dit vereist nauwe samenwerking tussen bedrijfsgeneeskundige zorg en curatieve zorg: arbocuratieve samenwerking. Deze samenwerking is belangrijk bij een aantal van de hierboven beschreven interventies, waar de bedrijfsarts als casemanager fungeert in een traject waarbij meerdere partijen betrokken zijn, waaronder de curatieve zorg. Er blijken echter belangrijke knelpunten te zijn in de totstandkoming van een dergelijke samenwerking. Deze knelpunten zijn de afgelopen jaren goed gedocumenteerd. Een belangrijke bijdrage hieraan is onlangs geleverd door het overzichtswerk van het Nivel.¹ Obstakels, zo blijkt, zijn zowel van structurele, culturele als praktische aard.² De volgende tabel laat de belangrijkste voorbeelden van knelpunten zien op basis van deze publicatie.

Structurele knelpunten	Culturele knelpunten	Praktische knelpunten
<ul style="list-style-type: none">- Gescheiden financiële stromen: curatieve sector wordt vergoed door zorgverzekering, bedrijfsarts door werkgever- Samenwerking heeft voor reguliere artsen geen meer-	<ul style="list-style-type: none">- Reguliere artsen hebben onvoldoende vertrouwen in onafhankelijkheid van bedrijfsartsen- Reguliere artsen hebben onvoldoende vertrouwen in	<ul style="list-style-type: none">- Onbekendheid met richtlijnen over samenwerking- Verloop onder bedrijfsartsen is hoog- Geen financiering voor tijdsinvestering voor samenwerking

¹ R.S. Batenburg, D. van Hassel en I. van der Lee, *Knelpunten in de arbocuratieve samenwerking tussen bedrijfsartsen en de eerstelijnszorg* (Nivel, Utrecht, 2012). Zie de tabel op p 57-69 voor een handig literatuuroverzicht over arbocuratieve samenwerking in de eerste lijn.

² Hoewel dit overzichtswerk van Nivel gericht is op de samenwerking tussen de eerstelijns reguliere gezondheidszorg en de bedrijfsgezondheidszorg, lijken de conclusies grotendeels ook op te gaan voor samenwerking met tweedelijns en derdelijns zorg. Dit blijkt onder andere uit onze interviews, en uit gedocumenteerde pogingen om arbocuratieve samenwerking te stimuleren. Zie bv: M. Valk, L.D. van den Broek-Porsius *et al.*, "Arbocuratieve samenwerking tussen longarts en bedrijfsarts", *TBV*, 15 (2007) 254-258.

<p>waarde: geen prikkel voor stimuleren werkhervatting</p> <ul style="list-style-type: none"> - Uitwisseling van patiëntinformatie kan alleen met "informed consent" van patiënt. 	<p>deskundigheid van bedrijfsartsen</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Onduidelijkheid over taakafbakening - Bedrijfsartsen weten de juiste zorgverlener niet te vinden om cliënten door te verwijzen, en zorgverleners weten de bedrijfsarts ook niet te vinden - Zowel bedrijfsartsen als reguliere artsen hebben weinig tijd en zijn vaak moeilijk bereikbaar.
--	---	--

Bron: Nivel 2012¹

4.1.1 Structurele knelpunten

Bedrijfsgeneeskundige zorg in Nederland wordt betaald door werkgevers, die daarvoor contracten afsluiten met arbobedrijven. Reguliere zorg wordt vergoed door zorgverzekeraars. Deze scheiding van financiële stromen hoeft niet per definitie problematisch te zijn, wanneer de kosten en baten evenwichtig verdeeld zijn. Wanneer de kosten elders liggen dan de baten – zie de voorbeelden die in paragraaf 4.2 aan de orde zullen komen – kan het tot knelpunten in samenwerking leiden.

De gescheiden financiering wijst ook op het essentiële verschil in belangen die door de verschillende artsen worden behartigd. Artsen hebben geen financiële prikkel voor het aanleveren van informatie, of voor het bevorderen van werkhervatting. Reguliere artsen worden beoordeeld op klachtenvermindering en gezondheidsbevordering. Anema pleit er daarom – waarschijnlijk enigszins provocatief – ook voor om het bevorderen van participatie ook op te nemen in de artseneed.² In een andere publicatie laat Anema zien dat er soms ook weinig overeenstemming is in medische diagnose en oorzaken van ziekte tussen bedrijfsarts en huisarts, en dat hun behandeldoelen anders zijn.³

In dit samenspel tussen bedrijfsarts en reguliere artsen is ook de rol van de patiënt /werknemer interessant. Voor de uitwisseling van informatie, en dus voor arbocuratieve samenwerking, is toestemming van de patiënt nodig. Plomp c.s. laten zien dat bedrijfsartsen en behandelend artsen zich in de praktijk vaak voegen naar het strategisch belang van de patiënt, omdat zij hun vertrouwen niet willen schaden. Werknemers zijn in theorie positief over arbocuratieve samenwerking, maar willen wel de regie erover houden en in geval van een dreigend conflict met de bedrijfsarts zoeken ze steun bij hun behandelend arts.⁴

4.1.2 Culturele knelpunten

Onderzoek van Noks Nauta toont een veelgehoord cultureel knelpunt aan waarom arbocuratieve samenwerking zelden van de grond komt: binnen de curatieve sector heerst een su-

¹ Gebaseerd op: R.S. Batenburg, D. van Hassel en I. van der Lee, *Knelpunten in de arbocuratieve samenwerking tussen bedrijfsartsen en de eerstelijnszorg* (Nivel, Utrecht, 2012).

² J.R. Anema, "Sociale geneeskunde: de brug tussen curatie en participatie" (2010).

³ Anema c.s. "Medical care of employees long-term sick listed due to mental health problems: a cohort study to describe and compare the care of the occupational physician and the general practitioner", *J Occup Rehabil* (2006) 41-52.

⁴ H.N. Plomp, "Patiënten over arbocuratieve samenwerking", *NTVG* (2011) 155.

perioriteitsgevoel ten opzichte van bedrijfsartsen.¹ De overwegende opinie onder huisartsen is "je alleen bedrijfsarts wordt als je echt niet weet wat je anders moet", of als je alleen aan structuur en regelmaat hecht. Kortom: er zijn belangrijke statusverschillen binnen de zorg die samenwerking in de weg staan. Dit zou nog belangrijker zijn onder medisch specialisten. Het onderzoek van Nauta toont, weinig verrassend, ook aan dat bedrijfsartsen zich wél gelijkwaardig voelen met huisartsen.

Anema beargumenteert bovendien dat binnen de curatieve zorg werk ook als extra belastende factor of potentiële bedreiging van de gezondheid kan worden gezien.² Daar heerst het beeld dat er eerst behandeld dient te worden om het klachtniveau af te laten nemen, en dat werkhervatting daarvan een logisch gevolg zal zijn. Vergelijkbare culturele factoren zouden een rol spelen tussen verzekeringsartsen en de curatieve sector.³

4.1.3 Praktische knelpunten

Veelgehoorde praktische knelpunten gaan over tijdgebrek – samenwerken kost nou eenmaal tijd – en de afwezigheid van een financiële vergoeding voor de tijd die wordt geïnvesteerd in samenwerking.⁴ Talloze onderzoeken laten zien dat deze knelpunten samenwerking bemoeilijken. Het vaak wisselen van bedrijfsartsen maakt dat huisartsen de bedrijfsarts niet kennen, en vice versa. Het is moeilijk om contactgegevens te vinden, en wanneer deze wel voorhanden zijn is het lastig om artsen tijdens kantooruren aan de telefoon te krijgen.⁵ Ook wordt regelmatig genoemd dat de taakverdeling tussen de verschillende artsen onduidelijk is.⁶ Reden te meer om informatie uit te wisselen, maar dat blijkt dus niet eenvoudig.

4.1.4 Initiatieven om arbocuratieve samenwerking te bevorderen hebben wisselende successen

Ondanks deze knelpunten is er de afgelopen jaren een aantal initiatieven geweest met als doel de arbocuratieve samenwerking te verbeteren. Zo is er onder andere een pilot uitgevoerd die bedoeld was om samenwerking tussen bedrijfsartsen en longartsen tot stand te brengen; de aanleiding was dat bedrijfsartsen COPD onvoldoende herkennen, en daarom niet genoeg naar longartsen verwijzen. Een pilot om dat te verbeteren mislukte echter grotendeels. De oorzaak hiervan werd enerzijds gezocht in de cultuur binnen de arbodienst (bedrijfsartsen waren te zeer gericht op het tevreden stellen van hun klanten; ze waren onvoldoende gericht op verbetering van het eigen professionele handelen; ze waren te zeer gericht op verzuim, en niet op preventie), en anderzijds in de structuur (het vakinhoudelijk handelen van de bedrijfsarts werd te weinig geëvalueerd; er is gebrek aan inbedding van de arbeidsgeneeskunde binnen reguliere zorg).⁷

¹ Noks Nauta, *Een vertrouwenskwestie. Over het samenwerken van huisartsen en bedrijfsartsen* (2004).

² J.R. Anema, "De bedrijfsarts: dokter zonder patiëntenzorg?", *NTVG* (2012) 156.

³ Op basis van expertinterviews.

⁴ Buijs c.s. *Structurele samenwerkingsrelaties tussen bedrijfsartsen en eerstelijnsprofessionals: een quick scan* (TNO 2012).

⁵ Bv. Venema c.s. "Samenwerking tussen huisartsen en bedrijfsartsen: longitudinaal onderzoek naar aanleiding van regionale samenwerkingsprojecten" (2005).

⁶ Bv. Bakker c.s. "Arbocuratieve samenwerking: de invloed van sociale wetgeving vanaf 1994", *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen* (2005) 272-278.

⁷ M. Valk, L.D. van den Broek-Porsius c.s. "Arbocuratieve samenwerking tussen longarts en bedrijfsarts", *TBV*, 15 (2007) 254-258.

Er zijn de afgelopen jaren veel initiatieven ontplooid om arbocuratieve samenwerking tot stand te brengen. De meeste onderzoeken en pilots behaalden echter niet de gewenste resultaten. Vaak liepen ze tegen bovenstaande problemen op. Voorbeelden zijn:

- Vanaf 2001 zijn er in Nederland bijvoorbeeld in 14 regio's samenwerkingsprojecten opgezet.¹
- Training om huisartsen en bedrijfsartsen samen te laten werken liet geen versnelde werkhervatting zien voor mensen met lage rugpijn. De training bestond uit een cursus van vier uur, gebaseerd op de richtlijnen. In de interventiegroep was er wel lichtelijk meer contact tussen beide beroepsgroepen, maar geen effect op werkhervatting. Mogelijk was de training niet omvangrijk genoeg.²

Tegelijkertijd zijn er initiatieven waarbij bedrijfsgeneeskundige en curatieve zorg dichterbij elkaar worden gebracht en die wél succesvol lijken. Deze zijn niet in kaart gebracht voor dit rapport, maar veel gehoorde voorbeelden zijn gezondheidscentra waarbij de verschillende functies fysiek dichterbij elkaar zitten: in één gebouw. Ook ICARA en de Maartenskliniek worden vaak genoemd. BS Health Consultancy heeft in 2008 onderzoek gedaan naar enkele effectieve voorbeelden, waar deze ook genoemd zijn.³ In de volgende paragraaf wordt stilgestaan bij vijf interessante voorbeelden die vanuit werkgevers zijn ontwikkeld.

Enkele experts twijfelen openlijk aan het belang van arbocuratieve samenwerking. Zij bepleiten dat samenwerking in algemene zin, zonder gezamenlijke doelen en uitgangspunten, weinig effect zal hebben op werkhervatting of andere relevante indicatoren. Samenwerking zal dan georganiseerd moeten worden rond een gemeenschappelijk doel. De specifieke interventies, zoals beschreven in hoofdstuk 3, kunnen een dergelijk doel bieden.

4.2 De belangrijke rol van werkgevers

In de vorige paragraaf kwam de strikte scheiding tussen de bedrijfsgeneeskunde en de curatieve zorg aan de orde. Werkgevers hebben daarin een belangrijke rol - als financier en afnemer van de bedrijfsgeneeskunde en als belanghebbende van een goede zorg voor zieke werknemers. In deze paragraaf wordt nader stilgestaan bij de rol van werkgevers. Daarbij worden eerst drie obstakels geïdentificeerd die werkgevers in de weg staan bij het uitvoeren van hun verantwoordelijkheid voor goede verzuimbegeleiding. Vervolgens worden vijf voorbeelden beschreven van bedrijven en branches die op een bijzondere manier invulling geven aan deze verantwoordelijkheid en daarbij samenwerken met de bedrijfsgeneeskundige en curatieve sector. Deze bedrijven en branches werden tijdens de expert interviews veelvuldig genoemd als "goede voorbeelden", en zijn daarna in overleg met de opdrachtgever gekozen.

4.2.1 Obstakels

1. Marktwerking leidt tot magere arbocontracten ("tientjescontracten")

¹ BS Health Consultancy, 2008, 33-36. Zie ook: Venema c.s. "Samenwerking tussen huisartsen en bedrijfsartsen: longitudinaal onderzoek naar aanleiding van regionale samenwerkingsprojecten" (2005).

² E.Faber c.s. "In a controlled trial training general practitioners and occupational physicians to collaborate did not influence sickleave of patients with low back pain", *Journal of clinical epidemiology*, 58 (2005) 75-82.

³ BS Health Consultancy, "Synergie in de keten van zorg en sociale zekerheid: utopie of realiteit?" (2008) p 48-85).

Tijdens interviews kwam meermaals naar voren dat de markt voor arbodienstverlening imperfect functioneert. Dat wil zeggen: arbobedrijven moeten hun producten zien te verkopen, en volgen daarbij de wens van de klant. De klant – werkgevers – hebben kostenminimalisering als belangrijk speerpunt. Dit resulteert in vaak magere arbocontracten, waarbinnen geen ruimte is voor effectieve dienstverlening. Bijkomend is dat het ziekteverzuim momenteel vrij laag is. Dat kan voor werkgevers een prikkel weg nemen om te investeren in verzuimpreventie en –beheersing.¹

2. Voor kleine werkgevers kunnen de investeringen hoog zijn
Tijdens interviews kwam aan de orde dat het vooral binnen de context van het MKB moeilijk kan zijn om effectieve interventies toe te passen, omdat deze gepaard gaan met investeringen die voor kleine werkgevers soms moeilijk op te brengen zijn. Bovendien kan adequaat verzuimmanagement dermate complex zijn dat het voor kleine werkgevers moeilijk is daar grip op te krijgen; wet- en regelgeving wordt ingewikkeld en voor werkgevers is het moeilijk om zelf de regie te voeren. Er zijn echter voldoende voorbeelden van MKB-ondernemers die dit op brancheniveau doen, zoals binnen de bouw of landbouw.
3. Kosten en baten van investeringen zijn niet altijd duidelijk
Een bijkomend obstakel hierbij is het feit dat de opbrengsten van een goed verzuim- en re-integratiebeleid moeilijk inzichtelijk te maken zijn. De kosten zijn daarentegen altijd direct duidelijk. Daarbij is het dus ook belangrijk dat zowel onderzoek als arbobedrijven de opbrengsten van effectieve interventies duidelijk zichtbaar maken voor werkgevers.² Werkgevers moeten op hun beurt kosten en baten inzichtelijk maken bij zorgverzekeraars; de samenwerking tussen deze partijen is uiteindelijk belangrijk voor een verzuimbeleid.³
4. Weinig aandacht voor multiproblematiek
Ook wanneer het UWV de rol van werkgever op zich neemt in het verlenen van arbozorg, zoals gebeurt met mensen in de Ziektewet, spelen structurele, culturele en praktische knelpunten een rol in het belemmeren van goede samenwerking tussen verzekeringsgeneeskunde en curatieve zorg. Een bijkomend veelgehoorde barrière in het uitrollen van effectieve interventies en bespoedigen van werkhervatting is dat er onvoldoende aandacht zou zijn voor de multiproblematiek waarmee cliënten kampen.⁴ De ingekochte interventies zijn voornamelijk gericht op het wegnemen van medische beperkingen, en zijn te weinig gericht op het oplossen van nevenproblematiek, zoals gezinsproblemen, armoede, verslaving et cetera.⁵

¹ Paul van den Broek c.s., "Synergie in de keten van zorg en sociale zekerheid: utopie of realiteit?" (Den Haag, Atos Consulting, 2008), 87. Zie: http://www.bshealth.nl/demo/articles/images/File/Synergie_in_de_keten_van_zorg_en_sociale_zekerheid_utopie_of_realiteit.pdf.

² Zie onder andere: BS Health Consultancy, 2008, 46-49.

³ Zie: Paul van den Broek c.s., "Synergie in de keten van zorg en sociale zekerheid: utopie of realiteit?" (Den Haag, Atos Consulting, 2008), 86-90 voor een uitweiding over de wisselwerking tussen werkgevers en zorgverzekeraars, de knelpunten die daarbij bestaan en oplossingsrichtingen met het oog op een beter verzuimbeleid door werkgevers.

⁴ Bij veel cliënten is er sprake van een opeenstapeling van verschillende problemen, die afzonderlijk en samen een blokkade vormen voor werkhervatting. Een voorbeeld is wanneer ziekte wordt gecombineerd met rouwverwerking of schulden. Dit onderwerp kwam ter sprake tijdens interviews met Dhr. Kroneman en Dhr. Vulink.

⁵ Zie bijvoorbeeld: B.J.C. van de Gevel, *Meer aandacht voor participatie in de eerste lijn*, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (Den Haag, 2012), 13-14.

4.2.2 Voorbeelden van verzuimmanagement door bedrijven en branches

In deze paragraaf wordt een aantal praktijkvoorbeelden toegelicht van werkgevers die een actief verzuim- en re-integratiebeleid voeren. Dit zijn voorbeelden waar door experts vaak op wordt gewezen, omdat ze interessante vormen van geïntegreerde zorg aanbieden. In drie gevallen gaat het om een grote werkgevers die samenwerken met aanbieders van reguliere zorg, of deze zorg zelfs deels geïntegreerd heeft. In twee gevallen is er sprake van een branchevereniging die branchebrede investeringen doet, vooral gericht op verzuimpreventie. De voorbeelden zijn geselecteerd in overleg met de opdrachtgever; de selectie is gebaseerd op interviews met experts. De voorbeelden dienen ter illustratie.

Voorbeeld 1 Philips BedrijfsZorg

Rond 2004 lag het ziekteverzuim binnen Philips op 5,6 procent, en was het stijgende. Ook de instroom in de was WAO erg hoog: 450 per jaar op de 30.000 medewerkers. Philips heeft daarom in 2004 Philips BedrijfsZorg (PBZ) opgericht.

Na een analyse dat één derde van het verzuim werd veroorzaakt door KBA, en één derde door psychische klachten, is voornamelijk op die vlakken extra zorg ingekocht. Bedrijfsartsen kunnen snel verwijzen naar de artsen in dit netwerk, die ook allen op werk gericht zijn. Bij het opbouwen van het netwerk is gebruik gemaakt van de contacten van de zorgverzekeraar, met wie Philips een goede band heeft. Naast fysiotherapie en psychologische hulp biedt PBZ ook de volgende diensten aan aan werknemers: coachingsgesprekken, vitaliteitsgesprekken, budgetcoach, mantelzorgcoach en in uitzonderlijke gevallen multidisciplinaire revalidatie.

Sinds 2004 is circa 300.000-400.000 euro per jaar geïnvesteerd. Naar eigen zeggen is dit een zeer goede investering geweest: drie jaar geleden is het punt bereikt waarop het ziekteverzuim (2,7% gemiddeld op 13.000 medewerkers) en de instroom in de WIA (0,15% = ca. 20 medewerkers) in hun ogen zo laag is dat de focus is verlegd naar preventie.

In dat kader richt Philips binnenkort een Health Portal in. De medewerkers kunnen daar 24/7 zelf een keuze maken uit verschillende online gezondheidsprogramma's rondom drie thema's: levensfase (worklifebalance, zingeving), leefstijl (voeding, beweging) en mentale gezondheid (werkdruk/-stress, persoonlijke ontwikkeling). Het streven is om medewerkers bewust te maken van het belang van gezondheid en vitaliteit. Verder krijgen alle medewerkers in de komende 3 jaar een health check, die bestaat uit een vragenlijst en een biometrisch onderzoek. Iedereen krijgt een gesprek met een gezondheidsadviseur, waarin wordt besproken hoe verder aan de gezondheid en vitaliteit is te werken. Afhankelijk van de uitkomsten krijgt een medewerker ook een gesprek met de bedrijfsarts.

Toch wordt ook nog gezegd dat er weinig samenwerking tussen de arbodienst van Philips en de reguliere zorg. Hierbij spelen structurele bezwaren (zoals privacy), culturele verschillen (de beperkte focus op arbeid binnen de reguliere zorg) en praktische problemen (weinig handreikingen vanuit curatieve sector, voor Philips is het lastig een netwerk op te bouwen omdat er zoveel verschillende locaties verdeeld over het land zijn) een rol.

Bron

Dhr. H. Schelbergen, Manager Labour Law & Industrial Relations Philips

Voorbeeld 2**Shell – Samenwerking met curatieve sector op lokaal niveau**

Shell kent een samenwerking met de curatieve sector waarbij op lokaal niveau contacten zijn gelegd, bijvoorbeeld met huisartsen, ziekenhuizen en andere eerstelijns zorgverleners. Het netwerk verschilt per regio, maar is voor 80-90 procent dekkend. Er zijn geen contracten gemaakt, de samenwerking verloopt op basis van wederzijds vertrouwen.

Het voordeel van dit netwerk is dat werknemers, na een verwijzing door de bedrijfsarts, snel kunnen worden geholpen; wachtlijsten kunnen worden omzeild door de goede contacten met de curatieve sector of door bemiddeling van de verzekeraar.

In het verleden had Shell artsen in dienst met een dubbele registratie (zowel bedrijfsarts als huisarts). Hoewel de geneeskundige hulp hiermee soms nog sneller was geregeld, is Shell hier bewust vanaf gestapt. Het bleek erg kostbaar en ineffectief om alle curatieve expertise zelf in huis te willen hebben. Het huidige systeem is kostenefficiënter: alleen het onderhouden van het netwerk kost tijd, maar niet zoveel dat daar een aparte functie voor is ingericht. Toch zijn de resultaten in hun ogen goed: de daling van het ziekteverzuim in een periode van 2-3 jaar van 2,4% naar 2,1% wordt aangehaald om dat te onderbouwen.

Nog altijd heeft Shell enkele curatieve diensten in huis, zoals fysiotherapie, psychologische hulp en counseling. Verder doet Shell veel aan preventie. Zo zijn er diverse interventies op de werkplek, waaronder verbetering van veiligheid, ergonomie en bedieningsgemak, ter voorkoming van ongevallen. Shell biedt een programma 'Be Well', rondom de BRAVO-thema's (Beweging, Roken, Alcohol, Voeding en Ontspanning). Ook kunnen werknemers een weerbaarheidstraining volgen, om hun psychische belastbaarheid te vergroten. Verder is op veel locaties een sportgelegenheid en worden de mogelijkheden onderzocht om dit uit te breiden naar alle locaties.

Ook Shell ondervindt nog wel eens obstakels bij de samenwerking met de curatieve sector. Zo loop de samenwerking met huisartsen soms moeizaam bij doorverwijzingen door de arbodienst naar specialistische zorg. Hier spelen zowel praktische redenen (het wordt vergeten de huisarts erbij te betrekken), als culturele redenen (imago van bedrijfsartsen bij huisartsen is niet altijd goed) mee.

Bron

Mevr. L. Verheugd, manager health services

Voorbeeld 3

Ministerie van Defensie, Koninklijke Marine – Geïntegreerde zorg

De Marine is een interessant voorbeeld van een werkgever die bedrijfsgeneeskundige en curatieve zorg heeft geïntegreerd. Zo heeft de Marine heeft een eigen gezondheidsdienst, met ziekenboegen, spreekuren, een apotheek, fysiotherapie, tandheelkunde, verbandkamer en een eigen lab. De zorg is laagdrempelig beschikbaar. Elke arts is in feite zowel huisarts als bedrijfsarts, volgens het integrale zorgmodel.

Defensie is natuurlijk ook een bijzondere situatie, waarbij aan het personeel andere eisen worden opgelegd dan bij andere werkgevers. Militairen zijn verantwoordelijk voor hun gezondheid, ze hebben de plicht om zich inzetbaar te houden. Ze krijgen onder werktijd de gelegenheid aan hun fysieke conditie te werken. Regelmatig zijn er keuringen, waaronder een jaarlijkse defensieconditieproef.

De sociaal medische dienst (SMD) heeft de verantwoordelijkheid voor zieke werknemers. De SMD heeft een sterke focus op re-integratie. De functies van militaire huisarts, algemeen arts en bedrijfsarts zijn verenigd in een Militair Zorg Team. De dienst zoekt indien terugkeer naar eigen functie (nog) niet mogelijk is, naar alternatieve werkplekken binnen defensie, om de betrokkene eerder aan het werk te helpen.

Door de integratie van bedrijfsgeneeskundige en curatieve zorg kan het zorgsysteem naar eigen inschatting effectiever worden ingezet. De Marine heeft daarom meer grip op gezondheid- of inzetbaarheidsproblematiek en verzuim. Het ziekteverzuim is circa drie procent, wat lager is dan buiten defensie. Hier spelen echter ook andere zaken een rol: defensie stelt strengere eisen, en door de aard van het werk leidt ziekte of arbeidsongeschiktheid vaker tot ontslag dan bij andere werkgevers. De laagdrempelige zorg maakt dat er onder militairen een behoorlijke medische consumptie is, maar het is aannemelijk dat de kosten hiervan worden gecompenseerd doordat er minder wordt verzuimd.

Een obstakel bij de verlening van geïntegreerde zorg kan zijn dat het een bijzondere vorm van integriteit veronderstelt: door de integratie van beide zorgfuncties kan er belangverstengeling ontstaan. Het is daarom niet duidelijk of dit model ook buiten Defensie ingezet zou kunnen worden, hoewel verschillende bedrijven in het verleden wel geïntegreerde zorg hebben geleverd.

Bron

KLTZAR J.L.M. Putters, hoofd Sociaal Medische Dienst bij de Koninklijke Marine

Voorbeeld 4

Stichting Arbouw – Preventie op brancheniveau in de bouw

De bouw is een sector met veel MKB ondernemers. Van oudsher is de sector, waarin arbeid vaak tijdelijk en mobiel was, sterk georganiseerd om werkgeversrisico's gezamenlijk af te dekken. Verplichte afdrachten in de sector worden gebruikt om Stichting Arbouw te financieren. Arbouw richt zich op drie taken: het onderzoeken van gezondheidsrisico's in de branche, informatievoorziening daarover, en het organiseren van preventieve gezondheidszorg voor werknemers in de branche.

Daartoe sluit Arbouw contracten af met arbodiensten van de aangesloten bedrijven. Deze diensten roepen werknemers op voor zogenaamde PAGO's (Periodiek Arbeidsgebonden Onderzoek), die vergoed worden door Arbouw. In 2011 zijn er 40.000 PAGOs afgenomen, en in 2012 32.500. Werknemers onder de 40 krijgen eenmaal per vier jaar een PAGO, en boven de 40 krijgen ze dat eenmaal per twee jaar. In de PAGOs worden diagnostische regels ingebouwd van belangrijke beroepsziekten en beroepsrisico's, waardoor de arbodiensten deze specifieke ziekten sneller herkennen en kunnen doorverwijzen. Wanneer uit de PAGO blijkt dat een werknemer een hoog risico heeft op een bepaalde aandoening, zoals stoflongen, dan wordt deze doorgestuurd naar een specialistisch centrum.

De resultaten zijn niet helder, hoewel de algemene overtuiging is dat deze vorm van branchebrede organisatie er sterk aan heeft bijgedragen dat verzuimcijfers in de bouw goed onder controle zijn.

Bron

Dhr. Jan Golsteijn, Hoofd bedrijfsgezondheidszorg, Stichting Arbouw

Voorbeeld 5

Stigas – Brancheorganisatie met nauwe banden met arbobedrijven

Het werk van Stigas lijkt in zekere zin op dat van Arbouw. De rol van Stigas bestaat ook uit kennisontwikkeling en informatievoorziening. Daarnaast verricht het ook preventief medisch onderzoek, maar anders dan bij Arbouw zit dat bij Stigas niet in de Cao, en moet het dus door werkgevers individueel vergoed worden. Wél heeft Stigas een preventief medisch spreekuur dat vrij toegankelijk is. Verder heeft Stigas een nauwe band met de arbobedrijven die werkzaam in de branche. Werkgevers kiezen natuurlijk zelf hun arbodienstverlener; traditioneel is een aantal arbodienstverleners echter groot in de branche, waardoor vrijwel alle werkgevers hierbij aangesloten zijn. Door de nauwe banden die Stigas hiermee onderhoudt wordt kennis snel gedeeld en kan er specifiek worden geïntervenieerd.

Een lastig punt voor Stigas is de samenwerking met zorgverzekeraars wanneer het gaat om specialistische bedrijfsgeneeskundige zorg. Bijvoorbeeld wanneer iemand met een paprika-pollenallergie naar de huisarts gaat. Deze huisarts zal de allergie niet herkennen, en behandelen voor astma of hooikoorts. De bedrijfsarts zou het daarentegen sneller herkennen, maar de zorgverzekeraar vergoedt dat niet; de werkgever moet dat betalen. Ook als daar een verwijzing naar een specialist uit volgt wordt dat niet vergoed. Stigas probeert ervoor te zorgen dat zorgverzekeraars dat vergoeden, maar dat lukt niet. Volgens Stigas zou dat voor de Zorgverzekeraars uiteindelijk ook voordelig zijn.

Een eerste stap in dit proces zou zijn om een onderzoek te doen om de opbrengsten voor zorgverzekeraars inzichtelijk te maken. Het is vooralsnog echter moeilijk om financiering voor een dergelijk onderzoek te vinden.

Bron

Dhr. Ad de Rooij, Hoofd medische zaken, Stigas

Overige voorbeelden

Het rapport "Synergie in de keten van zorg en sociale zekerheid: utopie of realiteit?" uit 2008 van Paul van den Broek c.s.¹ beschrijft onder andere negen "best practices" van initiatieven op het raakvlak van zorg en sociale zekerheid die winst opleveren in termen van verzuimreductie of productiviteitsstijging. Deze best practices zijn:

1. EMcare
2. ICARA
3. IZA Bedrijfszorgpakket
4. Philips en IAK
5. TNT, HSK en Agis
6. IBM, OHRA en NIPED
7. Winnock
8. Brancheloket Apotheken
9. Loopbaantraject Bouw en Infra

Enkele van deze voorbeelden geven goede illustraties van samenwerking tussen werkgevers en zorgverleners. Andere voorbeelden hebben betrekking op zorgverleners die bedrijfsgezondheidszorg en reguliere zorg verregaand hebben geïntegreerd.

4.2.3 Reflectie

De belangrijkste conclusie op basis van bovenstaande voorbeelden is dat zelfs bij bedrijven en branches die over het algemeen gelden als "goede voorbeelden" van verzuimbeleid en het aanbieden van geïntegreerde zorg, er belangrijke knelpunten zichtbaar zijn die samenwerking met de curatieve sector en het verlenen van goede bedrijfsgeneeskundige zorg bemoeilijken. Dit bleek onder andere uit de voorbeelden van Shell, Philips en Stigas. Daar kwamen structurele, culturele en praktische knelpunten naar voren die in paragraaf 4.1 uitgebreider zijn beschreven.²

¹ Paul van den Broek c.s., "Synergie in de keten van zorg en sociale zekerheid: utopie of realiteit?" (Den Haag, Atos Consulting, 2008). Zie: http://www.bshealth.nl/demo/articles/images/File/Synergie_in_de_keten_van_zorg_en_sociale_zekerheid_utopie_of_realiteit.pdf.

² TNO heeft in 2012 een rapport uitgebracht dat ingaat op de vraag waarom werkgevers bewezen effectieve maatregelen wel of niet nemen: Irene Houtman *et al.*, "Waarom werkgevers bewezen effectieve maatregelen wel of niet nemen: eerste resultaten van een kwalitatief onderzoek" (TNO, 2012). Hoewel de titel anders doet vermoeden, gaat het rapport vooral in op door de werkgever zelf in te zetten arbomaatregelen (zoals een Risico-Inventarisatie en -Evaluatie of trainingen om om te gaan met agressie op het werk). Toch wijst die publicatie ook op motivaties onder werkgevers die relevant zijn voor dit onderzoek, zoals dat het feit dat de baten van het inzetten van een maatregel bij dezelfde partij moeten liggen als de kosten. Zie p.4.

De voorbeelden laten echter ook zien dat het ondanks de obstakels voor bedrijven toch mogelijk is om op een innovatieve manier vorm te geven aan samenwerking met zorgaanbieders. Er ontstaan daardoor vormen van geïntegreerde zorg die specifiek zijn gericht op de voor dat bedrijf of voor die branche relevante gezondheidsproblemen. Deze vormen van samenwerking kunnen allerlei gestalten aannemen, van een verregaande integratie van bedrijfsgeneeskundige en curatieve zorg tot een samenwerking op afstand waarbij zorgverleners handvatten worden geboden om specifieke beroepsziekten te diagnosticeren.

Tot slot past hier een kanttekening: de bovenstaande paragraaf bevat slechts vijf voorbeelden, waarbij het in drie gevallen gaat om een grote werkgever met een bekende naam, en in twee gevallen om branches met een, historisch gegroeide, hoge organisatiegraad en verplichte opdrachten voor de stichtingen die zich met bedrijfsgezondheidszorg bezig houden. Dat betekent dat het voorbeelden zijn in een relatief "eenvoudige" context. In veel andere gevallen, bijvoorbeeld voor kleinere werkgevers en branches die minder sterk georganiseerd zijn, zullen de knelpunten in arbocuratieve samenwerking wellicht nog sterker gevoeld worden.

4.3 Conclusie

Dit hoofdstuk heeft de knelpunten belicht die de volledige toepassing van de in Hoofdstuk 3 gevonden interventies in de weg zullen staan. Enerzijds was dat gebaseerd op recent onderzoek naar arbocuratieve samenwerking. Daaruit blijkt dat er belangrijke structurele, culturele en praktische obstakels zijn die samenwerking tussen bedrijfsgeneeskundige en curatieve zorg bemoeilijken.

Anderzijds was dat gebaseerd op een analyse van de rol en mogelijkheden van werkgevers om als aanjager van arbocuratieve samenwerking te fungeren. Daarbij zijn allereerst vier veelgehoorde knelpunten geïdentificeerd die het voor werkgevers¹ moeilijk maken een goed verzuimbeleid te voeren. Daarna zijn vijf voorbeelden gegeven van bedrijven en branches die vaak als goede voorbeelden worden aangehaald. In al deze vijf gevallen was op een interessante manier vorm gegeven aan een samenwerking met de curatieve sector. In drie gevallen was echter ook duidelijk dat structurele, culturele en praktische knelpunten nog steeds een belangrijke rol spelen.

¹ en het UWV, wanneer zij haar rol van werkgever op zich neemt voor mensen in de Ziektewet of WIA.

5 Conclusie

In deze conclusie zal allereerst een antwoord worden gegeven op de onderzoeksvragen die in de inleiding zijn gepresenteerd. Daarna volgen enkele overstijgende reflecties en aanbevelingen.

5.1 Antwoorden op de onderzoeksvragen

1. Wat zijn de grootste knelpunten bij de interactie tussen (curatieve) zorg enerzijds en bedrijfsarts en arbofunctie van UWV in Ziektewet, WIA en WAO anderzijds?

Het meest bepalende element in de interactie tussen curatieve zorg en bedrijfsgezondheidszorg is het feit dat beide actoren verschillende doelstellingen hebben. Dit is uitgebreid aan bod gekomen in de inleiding; het feit dat reguliere artsen overwegend weinig aandacht hebben voor participatie en werk wordt vaak aangeduid als belangrijk knelpunt in de interactie. In paragraaf 4.1 zijn voorts de belangrijkste knelpunten op basis van bestaande literatuur aan de orde gekomen. Deze zijn zowel structureel, cultureel als praktisch van aard. Ze zijn samen te vatten in de volgende tabel:

Structurele knelpunten	Culturele knelpunten	Praktische knelpunten
<ul style="list-style-type: none">- Gescheiden financiële stromen: curatieve sector wordt vergoed door zorgverzekering, bedrijfsarts door werkgever- Samenwerking heeft voor reguliere artsen geen meerwaarde: geen prikkel voor stimuleren werkhervatting- Uitwisseling van patiëntinformatie kan alleen met "informed consent" van patiënt.	<ul style="list-style-type: none">- Reguliere artsen hebben onvoldoende vertrouwen in onafhankelijkheid van bedrijfsartsen- Reguliere artsen hebben onvoldoende vertrouwen in deskundigheid van bedrijfsartsen	<ul style="list-style-type: none">- Onbekendheid met richtlijnen over samenwerking- Verloop onder bedrijfsartsen is hoog- Geen financiering voor tijdsinvestering voor samenwerking- Onduidelijkheid over taakafbakening- Bedrijfsartsen weten de juiste zorgverlener niet te vinden om cliënten door te verwijzen, en zorgverleners weten de juiste bedrijfsarts niet te vinden- Zowel bedrijfsartsen als reguliere artsen hebben weinig tijd en zijn vaak moeilijk bereikbaar.

Bron: Nivel 2012¹

¹ Gebaseerd op: R.S. Batenburg, D. van Hassel en I. van der Lee, *Knelpunten in de arbocuratieve samenwerking tussen bedrijfsartsen en de eerstelijnszorg* (Nivel, Utrecht, 2012).

2. Welke diagnoses worden gesteld bij werknemers met langdurige/complexere gezondheidsklachten (zowel werkgerelateerd als niet-werkgerelateerd)?

Deze vraag is niet uitvoerig onderzocht. In overleg met de opdrachtgever is er al in een vroeg stadium voor gekozen om dit onderzoek te richten op vier diagnosecategorieën: psychische klachten, klachten aan het bewegingsapparaat, hart- en vaatziekten en COPD. Deze keuze was gebaseerd op het feit dat deze aandoeningen enerzijds veel verzuim en WIA-instroom veroorzaken, en anderzijds op de verwachting dat er bij deze aandoeningen, wanneer de juiste interventies ingezet zou worden, winst te behalen valt wat betreft snelheid van werkhervatting. Klachten aan het bewegingsapparaat en psychische klachten veroorzaken beide circa één derde van de WIA instroom¹. HVZ veroorzaakte acht procent, net als kanker. In overleg met de opdrachtgever is ervoor gekozen om niet de focussen op kanker, maar in plaats daarvan op longaandoeningen. Deze veroorzaakte slechts 3 procent van de WIA instroom, maar toch werd verwacht dat met de juiste begeleiding er wellicht meer "winst" viel te behalen onder deze doelgroep.

3. Hoeveel werknemers verzuimen of participeren niet als gevolg van de bij vraag 2 vastgestelde diagnoses?

De onderstaande tabel geeft de totaal aantallen werknemers en Ziektewet en WIA/WAO populaties weer voor de gehanteerde diagnosecategorieën. Deze tabel staat nader toegelicht in paragraaf 2.4.1. Belangrijk is om op te merken dat het om de totale prevalentie per jaar gaat. In de kolom met werknemers is een marge opgenomen; deze ontstaat doordat er twee bronnen zijn gehanteerd: NEA en NEMESIS-2. Meer informatie hierover staat in paragraaf 2.1. In ieder geval maken deze marges duidelijk dat het moeilijk is om onomstotelijk vast te stellen hoeveel werknemers verzuimen vanwege deze diagnoses.

De totalen zijn vetgedrukt, en ook daar komt de marge tot uitdrukking in een minimum- en een maximumwaarde. De laatste kolom, ten slotte, bevat de totale prevalentie onder de totale Nederlandse bevolking, en is opgenomen om de gevonden cijfers in perspectief te plaatsen.

	Werknemers ²	Ziekte- wet	WAO + WIA	Totale Prevalentie		Jaarprevalentie totale bevolking
				Min	Max	
	180.024					
Psychisch	1.223.000	31.724	202.029	413.777	1.456.753	2.101.800
	202.527					
HVZ	585.000	3.764	30.586	236.877	619.350	282.000
	1.147.653					
KBA	383.000	19.877	159.226	562.103	1.326.756	2.563.000
COPD ¹	390.052	700	7.569	398.321	406.269	720.300

¹ In 2009 werd 34 % van de WIA instroom veroorzaakt door KBA, en 32 % door psychische klachten.

² Het eerste cijfer in elke cel is gebaseerd op NEA, en het tweede op NEMESIS-2. Deze zijn ook de basis voor de gehanteerde marge in de totale prevalentie.

4. Hoeveel kosten zijn hier per diagnosecategorie mee gemoeid?

In de tabel hieronder zijn de kosten per kostendrager opgenomen. Hieruit blijkt dat de grootste kosten die met verzuim onder werknemers en arbeidsongeschiktheid gepaard gaan het gevolg zijn van kosten van medische zorg. De grote marge wat betreft zorgkosten zijn het gevolg van de verschillen tussen de twee gebruikte bronnen die inzicht geven in verzuim onder werknemers.

Tabel 5.1 Kosten van ziekte per kostendrager, in miljoenen euro's

	Werkgevers	Sociale zekerheid	Zorg	Totaal
Psychisch	1.176 – 2.963	3.466	3.129 – 11.017	7.771 – 17.446
HVZ	57 – 748	557	660 – 1.726	1.274 – 3.031
KBA	1.781 – 2.500	2.411	1.085 – 2.562	5.277 – 7.473
Longaandoeningen	544 – 1.072	129	529 – 539	1.202 – 1.740
Totaal	4.968 – 5.873	6.564	5.403 – 15.844	15.524 – 29.690

Op basis van de tabel vallen een aantal conclusies te trekken:

- Wanneer de zorgkosten buiten beschouwing worden gelaten komt circa 60 procent van de kosten als gevolg van verzuim en arbeidsongeschiktheid voor rekening van de sociale zekerheid, en circa 40 procent voor rekening van werkgevers.
- Wat diagnosecategorieën betreft zit het leeuwendeel van de kosten bij psychische stoornissen en KBA, hoewel de schattingen vooral voor de eerste wijid uiteen lopen. HVZ en longaandoeningen brengen minder kosten met zich mee, hoewel ook daar de schattingen uiteen lopen.

De kosten voor het UWV zijn in de tabel hieronder per regeling uitgesplitst. Deze tabel laat zien dat de WAO circa 60 procent van de totale kosten van het UWV voor zijn rekening neemt. De overige 40 procent zit bij de Ziektewet en de WIA.

Tabel 5.2 Kosten voor sociale zekerheid per regeling, in miljoenen euro's.

	ZW	WGA	IVA	WAO
Psychisch	490	764	113	2.099
HVZ	58	107	125	267
KBA	307	468	157	1.479
Longaandoeningen	11	23	30	65
Totaal	867	1.362	425	3.910

¹ Net als in alle bovenstaande tabellen neemt het RIVM ook astma in deze categorie.

5. Welke (kosteneffectieve) interventies kunnen bijdragen aan het oplossen van de geconstateerde knelpunten?
- Welke interventies kunnen de interactie tussen partijen verbeteren?
 - Welke interventies kunnen zorgen voor een snellere terugkeer naar werk en een sneller herstel?

Zoals in de inleiding uitgelegd is ervoor gekozen om niet te focussen op interventies die de interactie tussen partijen verbeteren. Hier zijn kortweg drie redenen voor: ten eerste zijn er weinig interventies die als voornaamste reden "het verbeteren van arbocuratieve samenwerking" hebben. Ten tweede hebben deze, zoals toegelicht in paragraaf 4.1.4, vaak weinig effect. Ten derde wordt dat effect dan doorgaans niet uitgedrukt in verminderd verzuim, maar vooral in indicatoren die samenwerking meten. Dat wil natuurlijk niet zeggen dat deze interventies onbelangrijk zijn; ze bieden echter weinig aanknopingspunten om conclusies over vermijdbare kosten te trekken.

Daarom is de nadruk gelegd op effectieve, onderbenutte interventies die werkhervatting bespoedigen. Deze zijn beschreven in hoofdstuk 3. Bij deze interventies is onderscheid gemaakt tussen interventies die bewezen effectief zijn en waarvan besparingen die bij toepassing zouden ontstaan ook zijn uit te rekenen, en interventies waarvoor er goede gronden zijn om effectiviteit te veronderstellen, maar waarbij er minder aanknopingspunten zijn om de effecten door te rekenen.

De bewezen effectieve interventies zijn:

- Participatieve werkaanpassing bij lage rugklachten
- Activerende begeleiding en werkgerichte behandeling bij veelvoorkomende psychische klachten
- Individual Placement and Support (IPS)
- Screening en preventie van verzuim door depressie

De vier veelbelovende interventies zijn:

- Re-integratie voor personen in de Ziektewet met bewegingsapparaatklachten
- Het voorkomen van terugval bij re-integrerende werknemers
- Snelle activering bij personen in de Ziektewet met lichte psychische klachten
- Fit4Work – Samenwerking tussen UWV, Gemeentelijke SZW diensten en de zorg

6. Wat zijn de kosten als deze (kosteneffectieve) interventies zouden zijn geïmplementeerd?

- Wat zijn de kosten per diagnosecategorie?
- Wat zijn de kosten per knelpunt, vastgesteld bij vraag 1?

7. Hoeveel bedragen de vermijdbare kosten (wanneer de kosten bij vraag 6 worden afgetrokken van de kosten bij vraag 4)?

Vraag 6 wordt niet afzonderlijk beantwoord. Er is uitgerekend hoeveel van het verzuim vermijdbaar is wanneer de gevonden interventies worden toegepast. Omdat volledige toepassing onwaarschijnlijk is, is ervoor gekozen om drie scenario's te hanteren: 25 procent toepassing, 50 procent toepassing en volledige toepassing. Het hanteren van deze scena-

rio's resulteert in een marge van geschatte mogelijke besparingen van 667 miljoen tot 2,66 miljard euro. Deze cijfers zijn in de tabel hieronder weergegeven. In de tweede kolom is een schatting van de doelgroep toegevoegd waarop de verschillende interventies van toepassing zijn. De laatste kolom laat zien bij welke partij de besparingen terecht komen. Daaruit blijkt dat de meeste besparingen bij werkgevers liggen. Op termijn komen er wellicht meer besparingen voor het UWV, wanneer volledig toepassen van de interventies ook leidt tot lagere WIA instroom. De studies waarop dit rapport is gebaseerd, bieden daar echter geen kwantitatief bewijs voor.

Effectieve, onderbenutte interventies	Omvang doelgroep	25% van de maximale besparingen (in mln)	50% van de maximale besparingen (in mln)	Geschatte besparing bij 100% toepassing (in mln)	Begunstigde partij (waar de besparingen optreden)
1. Participatieve werk-aanpassing bij lage rugklachten	383.000 ¹	€ 147	€ 293	€ 586	Werkgevers
2. Activerende begeleiding en werkgerichte behandeling bij veelvoorkomende psychische klachten	375.000 ²	€ 236	€ 471	€ 942	Werkgevers
3. Individual Placement and Support	8000 ³	€ 37	€ 73	€ 146	Sociale zekerheid
4. Screening en preventie van verzuim door depressie	315.000 ⁴	€ 247	€ 494	€ 987	Werkgevers
Totaal⁵	n/a	€ 667	€ 1.331	€ 2.661	

De besparingen ontstaan hierbij door een reductie in verzuimdagen, of in het geval van IPS door een snellere uitstroom uit de WGA. De kosten van zorg zijn geen factor in onze berekeningen, omdat daarvoor geen cijfers voorhanden waren.

8. Welke (kosteneffectieve) interventies gericht op de bij vraag 1 vastgestelde knelpunten leiden tot de grootste winst? Met andere woorden: waar liggen de grootste vermijdbare kosten?

Het is duidelijk dat de grootste winst te verwachten valt door in te zetten op werkgerichte, activerende begeleiding bij werknemers met bewegingsapparaatklachten en veelvoorko-

¹ Werknemers met chronische rugpijn, op basis van NEMESIS-2. Zie paragraaf 3.2.1.

² Werknemers met veelvoorkomende psychische klachten, op basis van NEMESIS-2. Zie paragraaf 3.2.2.

³ Mensen in WGA met psychische klachten die bij de juiste begeleiding weer aan het werk zouden kunnen. Zie paragraaf 3.2.3.

⁴ Werknemers met depressieve stoornis, op basis van NEMESIS-2. Zie paragraaf 3.2.4.

⁵ Deze optelling levert een overschatting op omdat interventie 2 en 4 gericht zijn op een overlappende doelgroep. Deze kunnen dus niet bij elkaar worden opgeteld: er kan immers niet tweemaal bespaard worden door dezelfde persoon sneller te laten re-integreren.

mende psychische klachten. Dit is vooral het gevolg van het feit dat die diagnosecategorieën de hoogste prevalentie kennen. Voor de diagnoses COPD en HVZ zijn geen effectieve, onderbenutte interventies gevonden.

5.2 Reflectie en aanbevelingen

Naar aanleiding van dit onderzoek zijn er ook enkele overkoepelende conclusies te trekken.

Weinig aandacht voor werk binnen de zorg

1. Al met al ondersteunt dit onderzoek de constatering dat er binnen de reguliere zorg weinig aandacht is voor werk en werkhervatting. Bij sommige diagnoses is dit meer dan bij andere:
 - a. Bij psychische klachten en klachten aan het bewegingsapparaat is er meer aandacht voor werk dan bij hart- en vaatziekten en COPD. Dat komt waarschijnlijk doordat de eerstgenoemde ziekten het meeste verzuim genereren, en dus ook de meeste kosten. Een andere mogelijke verklaring is dat er al geruime tijd gespecialiseerde onderzoekscentra zijn die de capaciteit hebben om óók op werk te focussen.
 - b. Wat betreft COPD en andere longziekten heeft de aandacht voor werk vaak een andere bron. Het gaat dan om preventie van beroepsziekten: vormen van COPD die door werk worden veroorzaakt, zoals bakkersastma, stoflongen in de bouw of paprikapollenallergie in de glastuinbouw.

Interventies

2. Het onderzoek waarbij interventies worden getest die werkhervatting zouden moeten stimuleren levert regelmatig effectieve interventies op. De meeste van deze interventies zijn relatief "eenvoudig" van aard. De kern van de interventie bestaat er dan uit om in het behandelproces ook aandacht te besteden aan werk en werkhervatting; in sommige gevallen, zoals bij de activerende begeleiding van werknemers met psychische klachten, wordt werkhervatting zelfs als onderdeel van het herstelproces gezien. Daaruit blijkt dat werk en zorg samen kunnen gaan; dit speelt vooral bij zogenaamde "tijds- en procescontingente" benaderingen.
3. Een ander belangrijk element in de effectieve interventies is dat er samenwerking wordt vereist tussen verschillende actoren. Vaak heeft de bedrijfsarts een belangrijke rol als coördinator van dit proces, en zijn verder de reguliere zorg (voornamelijk eerstelijns), de werkgever en natuurlijk de werknemer zelf hierbij betrokken. Dit wijst op een fundamenteel punt: bij wie ligt de verantwoordelijkheid?
4. Meer aandacht voor werk binnen de reguliere zorg zal waarschijnlijk ook meer onderzoek opleveren met effectieve interventies gericht op werkhervatting. Er is wat dat betreft veel onontgonnen terrein. Medisch onderzoekers zouden de uitkomstmaat "werkhervatting" vaker mee kunnen nemen in hun onderzoek.
5. Wat de UWV populatie betreft wordt er ook onderzoek gedaan naar snellere re-integratie, voornamelijk voor de Ziektewetpopulatie. De samenwerking met werkgevers is hierbij heel belangrijk, omdat deze van nature ontbreekt bij deze groep. Daarbij moet er rekening worden gehouden met een evenwichtige verdeling van baten en lasten over de twee partijen – het UWV en de werkgevers.
6. Er is ook een interventie – Individual Placement and Support (IPS) – die potentie heeft voor de UWV populatie in de WGA met psychische klachten. Deze interventie wordt ook

gebruikt als inspiratie voor een huidig samenwerkingsproject tussen UWV, de diensten SZW en GGDs van de G4: Fit 4 Work.

Arbocuratieve samenwerking

7. Samenwerking tussen de bedrijfsarts en de reguliere zorg – die zoals gezegd belangrijk is bij veel van de gevonden effectieve interventies – wordt bemoeilijk door structurele, culturele en praktische knelpunten. De structurele knelpunten liggen voornamelijk in de financiële schotten tussen bedrijfsgeneeskunde en reguliere zorg. Culturele knelpunten liggen in statusverschillen binnen de zorg, waarbij de bedrijfsgeneeskunde minder aanzien geniet en er wordt getwijfeld aan onafhankelijkheid. Praktische knelpunten liggen voornamelijk in tijdgebrek en het niet kunnen declareren van de tijd die wordt geïnvesteerd in samenwerking of informatie-uitwisseling.
8. Waarschijnlijk vallen deze praktische knelpunten het gemakkelijkst aan te pakken. Het invoeren van een intercollegiaal tarief, dat in rekening kan worden gebracht bij informatie-uitwisseling en samenwerking, is een mogelijkheid. Wanneer praktische knelpunten zijn weggenomen slijten de culturele knelpunten op termijn wellicht vanzelf. De structurele knelpunten zijn lastig weg te nemen zonder een systeemverandering. Wél kan onzekerheid van actoren, die samenwerking in concrete gevallen in de weg staat, worden weggenomen door goed onderzoek naar de kosten en baten per partij, en goede afspraken over een evenwichtige verdeling daarvan.
9. Soms staat een onevenwichtige verdeling van kosten en baten de toepassing van een interventie in de weg, zoals blijkt bij de interventie betreffende snelle activering van mensen in de Ziektewet met lichte psychische klachten (zie par. 3.3.3). Daar liggen de kosten voornamelijk bij het UWV en de baten bij werkgevers; wanneer deze beter zouden worden verdeeld zouden beide partijen baat hebben bij de toepassing van de interventie, die daarmee een meer duurzame kans van slagen zou hebben.

De weg vooruit: kosten en baten bij de juiste partij

10. Vernieuwing kan vanuit verschillende kanten komen. De academische sector is een belangrijke bron van nieuw onderzoek, maar behandelaren, werkgevers, verzekeringsmaatschappijen en arbodiensten kunnen dat ook zijn. In alle gevallen is er echter samenwerking vereist tussen de verschillende partijen; institutionele barrières liggen deze samenwerking soms in de weg. De voorbeelden van enkele werkgevers laten zien dat de rol van zorgverzekeraars belangrijk kan zijn in het doorvoeren van effectieve innovaties. Zorgverzekeraars zijn terughoudend in het financieren van bedrijfsgeneeskundige behandeling of verwijzing naar specialisten, ook als het uiteindelijk voor zorgverzekeraars kosteneffectief lijkt te zijn. Systemische onzekerheid en angst om de deur open te zetten naar nieuwe kostenposten lijkt een rol te spelen.
11. Voor werkgevers en onderzoekers ligt er een belangrijke verantwoordelijkheid om in hun onderzoek naar effectieve interventies ook betrouwbare en inzichtelijke kosten-batenberekening op te nemen. Daarbij is het belangrijk dat wordt gekeken naar de posities van de verschillende actoren; voor het succes van de uiteindelijke implementatie is het belangrijk dat álle partijen baat hebben bij een interventie. In die zin zijn geaggregeerde maatschappelijke kosten-batenanalyses een minder geschikt instrument.
12. Dit soort kosten-batenanalyses is complex van aard en voor sommige werkgevers moeilijk om uit te voeren of te financieren. Zorgverzekeraars zijn ook terughoudend in het financieren van dergelijk onderzoek. Mogelijk ligt hier een rol voor de overheid; ook brancheorganisaties of andere tussenliggende partijen zouden die kunnen faciliteren.

De verwachting is dat wanneer dergelijk onderzoek systemische onzekerheid wegneemt bij verzekeraars en andere betrokken partijen, dit bij kan dragen aan de implementatie van effectieve interventies. Daarmee kunnen uiteindelijk aanzienlijke besparingen worden gerealiseerd.

Annex A - Respondenten

Naam	Functie / Affiliatie
Prof. Dr. L. Burdorf	Erasmus MC
Dhr. B. Cornelius	Verzekeringsarts
Dhr. H. Kroneman	Medisch Adviseur, Sociaal Medische Zaken, UWV
Dhr. H. Vulink	Manager Claim, UWV Hengelo
Mevr. I. Arends	Onderzoeker, UMCG
Dhr. J. Golsteijn	Hoofd Bedrijfsgezondheidszorg, Arbouw
Dhr. J. Rooijackers	Longarts, NKAL
Dhr. L. Elders	Bedrijfsarts
Prof. Dr. W. van Mechelen	VUmc / EMGO
Prof. Dr. J. van der Klink	UMCG
Mevr. Dr. S. Vermeulen	Verzekeringsarts en onderzoekster, VUmc / EMGO
Mevr. T. Rens	Productschap Akkerbouw
KLTZAR J.L.M. Putters	Hoofd Sociaal Medische Dienst bij de Koninklijke Marine
Dhr. H. Schelbergen	Manager Labour Law & Industrial Relations Philips
Mevr. L. Verheugd	Manager Health Services, Shell
Ad de Rooij	Hoofd Medische Zaken, Stigas

Annex B - Bronnenlijst

Literatuur

- Anema, J.R. "Sociale geneeskunde: de brug tussen curatie en participatie" (2010).
- Anema, J.R. "De bedrijfsarts: dokter zonder patiëntenzorg?", *NTVG* (2012) 156.
- Anema c.s. "Medical care of employees long-term sick listed due to mental health problems: a cohort study to describe and compare the care of the occupational physician and the general practitioner", *J Occup Rehabil* (2006) 41-52.
- Bakker c.s. "Arbocuratieve samenwerking: de invloed van sociale wetgeving vanaf 1994", *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen* (2005) 272-278.
- Batenburg, R.S., D. van Hassel en I. van der Lee, *Knelpunten in de arbocuratieve samenwerking tussen bedrijfsartsen en de eerstelijnszorg* (Nivel, Utrecht, 2012).
- Blonk, Roland, *Het lukt niet zonder werk. Over psychische klachten, arbeidsparticipatie en herstel*, Inaugurale rede, (Utrecht, 2006).
- BS Health Consultancy, Effectiviteit van arbocuratieve zorg tegen het licht. Onderzoek naar de invloed en werkwijze van arbocuratieve zorg (2009).
- Buijs c.s. *Structurele samenwerkingsrelaties tussen bedrijfsartsen en eerstelijnsprofessionals: een quick scan* (TNO 2012).
- Gevel, B.J.C. van de, *Meer aandacht voor participatie in de eerste lijn*, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (Den Haag, 2012).
- Hazenoot et al, *Samenvatting basisdocument Fit-4-Work. Experiment voor een multidisciplinaire aanpak voor cliënten van het UWV, dienst SoZaWe en GGD* (z.p., z.j.).
- Houtman, Irene et al., "Waarom werkgevers bewezen effectieve maatregelen wel of niet nemen: eerste resultaten van een kwalitatief onderzoek" (TNO, 2012)
- Inspectie Werk en Inkomen, *Samen de focus op werk. Een landelijk beeld van de samenwerking tussen professionals werk en inkomen en de gezondheidszorg*, augustus 2012.
- Jehoel-Gijsbers, Gerda (red.), *Beperkt aan het werk Rapportage ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en arbeidsparticipatie*. SCP/CBS/TNO Kwaliteit van Leven, Den Haag, mei 2010.

Klink, J.J.L. van der, *et al.*, "Reducing long term sickness absence by an activating intervention in adjustment disorders: a cluster randomised controlled design", *Occup Environ Med*, 60(2003) 429-437.

Kok *et al.* Kosten en baten van re-integratie (SEO Economisch Onderzoek, 2006).

Kok, Lucy, *et al.*, *Fit 4 Work: een ex-ante kosten-baten analyse* (SEO Economisch Onderzoek, 2011).

Koppes, L.L.J., *et al.*, *Nationale Enquete Arbeidsomstandigheden 2008. Methodologie en globale resultaten* (TNO, 2009).

Kremer, A.M., en R. Steenbeek, "Avoidable sickness absence in a Dutch working population", *Journal for Occupational Rehabilitation* (2010) 81-89.

Lagerveld, Suzanne, en Roland Blonk, *et al.*, "Work-focused treatment of common mental disorders and return to work: a comparative outcome study", *Journal of Occupational Health Psychology*, 17(2012) 220-234.

Lambeek, Ludeke, *Return to work management for chronic low back pain* (Amsterdam, 2010).

Lambeek, Ludeke, *et al.*, "Effect of integrated care for sick listed patients with chronic low back pain: economic evaluation alongside a randomised controlled trial", *BMJ* (2010) 341-348.

Lexis, Monique, *Prevention of long-term sickness absence and major depression through early intervention* (Maastricht, 2011).

Michon, Harry, *et al.*, *Effectiviteit van individuele plaatsing en steun in Nederland. Verslag van een gerandomiseerde gecontroleerde effectstudie* (Trimbos Instituut, 2011).

Ministerie van SZW, Bijlage met uitkomsten en reacties per onderzoek bij aanbiedingsbrief bij onderzoeksrapportages SZW tweede kwartaal 2012, 10 oktober 2012.

Nauta, Noks, *Een vertrouwenskwestie. Over het samenwerken van huisartsen en bedrijfsartsen* (2004).

NEA 2011, *Methodologie en globale resultaten*, Hoofddorp, 2012.

NVAB, "Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met psychische klachten".

Pal, Taeke, c.s. "Gezondheidszorg voor werkenden moet beter", *Medisch contact* (2013) 966-969.

Plomp, H.N., "Patiënten over arbocuratieve samenwerking", *NTVG* (2011).

Ruig, L. de, M. van Oploo en M. Hollander, *Hoe meer soms minder kan zijn. Quick scan van ongewenste effecten van zorg op arbeidsparticipatie*. Panteia/Research voor Beleid, 3 september 2012.

Steenbeek, Romy, *et al.*, *Objectiveren van gezondheidsgerelateerde non-participatie en de vermijdbare bijdrage van de gezondheidszorg hieraan* (TNO, 2010).

Steenstra, Ivan, *et al.*, "Economic evaluation of a multi-stage return to work program for workers on sick-leave due to low back pain", *J Occup Rehabil.* 16(2006)557-578.

Valk, M., L.D. van den Broek-Porsius *et al.*, "Arbocuratieve samenwerking tussen longarts en bedrijfsarts", *TBV*, 15 (2007) 254-258.

Venema c.s. "Samenwerking tussen huisartsen en bedrijfsartsen: longitudinaal onderzoek naar aanleiding van regionale samenwerkingsprojecten" (2005).

Vermeulen, Sylvia, *Return to work for temporary agency workers and unemployed workers, sick-listed due to musculoskeletal disorders. Cost-effectiveness of a participatory return to work program* (Amsterdam, 2012).

Zwart, B.C.H. de, R. Prins, J.W.J. van der Gulden, *Onderzoek naar de positie van de bedrijfsarts*, 29 juni 2011. Astri en Radboud Universiteit.

Aanvullende bronnen voor kosten van verzuim, arbeidsongeschiktheid en zorg

RIVM, Kosten van ziekten in Nederland 2007, www.kostenvanziekten.nl.

RIVM, Nationaal Kompas Volksgezondheid, <http://www.nationaalkompas.nl/>.

UWV Januarinota 2013.

UWV, Kwantitatieve informatie 2011, <http://www.uwv.nl/overuwv/Images/StatistischeTabellen-2011.pdf>.

Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden, 2008.

Panteia
Bredewater 26
PO BOX 7001
2701 AA Zoetermeer
The Netherlands
tel: +31 79 343 01 00
fax: +31 79 343 01 01
info@panteia.nl
www.panteia.nl

