



Onderzoeksprogramma **ARBEID & GEZONDHEIDSZORG**

Weergave van de resultaten

April 2015

**Arbeid
Zorg**

KPMG
cutting through complexity

PLEXUS

TNO innovation
for life

 **Maastricht University**

Onderzoeksprogramma Arbeid & Gezondheidszorg

Programma coördinator

David Ikkersheim (KPMG Plexus)

Projectleiders programma

Frans Nijhuis (Universiteit Maastricht)

Romy Steenbeek (TNO)

Femke van der Voort (KPMG Plexus)

Promovendi

Nicole Hoefsmit (Universiteit Maastricht)






Cindy Noben (Universiteit Maastricht)

Kees de Kock (Radboud Universiteit Medisch Centrum Nijmegen)

Myrthe van Vilsteren (VU medisch centrum)

Voor vragen over het onderzoeksprogramma Arbeid en Gezondheidszorg kunt u contact opnemen met Femke van der Voort: vandervoort.femke@kpmg.nl. Extra informatie over het onderzoeksprogramma is te vinden op de website www.arbeidenzorg.com.

Inhoudsopgave

	1 Achtergrond programma arbeid en gezondheidszorg	4
	2 Systemenfalen arbeid en gezondheidszorg: macropotentieel en oorzaken	8
	3 Oplossingen voor systemenfalen: arbeidsgerelateerde interventies in de zorg	12
	4 Oplossingen voor systemenfalen: geïntegreerde arbeidsgerelateerde zorg	28
	5 Conclusies	37

1

Achtergrond programma Arbeid en Gezondheidszorg

Achtergrond programma **Arbeid en Gezondheidszorg**



Instituut Gak heeft een wetenschappelijk onderzoeksprogramma op het terrein van sociale zekerheid. Met dit programma wil de stichting kennis genereren die bij kan dragen aan de ontwikkeling van de sociale zekerheid in Nederland. Eén van de wetenschappelijke studies binnen dit programma is het onderzoeksprogramma Arbeid en Gezondheidszorg

TNO, Universiteit Maastricht en KPMG Plexus zijn eind 2008 het zesjarige programma Arbeid & Gezondheidszorg gestart. De curatieve zorg en de arbozorg zijn twee gescheiden domeinen en er zijn aanwijzingen dat het systeem 'arbeid en gezondheidszorg' faalt: het collectief van actoren (overheid, verzekeraars, werkgevers, werknemers, professionals) blijkt onvoldoende in staat om de beoogde gezonde en duurzame productieve arbeidsdeelname van werkenden te bevorderen. De focus van dit programma is het analyseren en het doorbreken van dit systeemfalen. De centrale vragen in dit onderzoeksprogramma zijn verwerkt in twee thema's:

- 1 Wat zijn kenmerken en oorzaken van het systeemfalen op het gebied van arbeid en gezondheidszorg? (thema 1)
- 2 Wat zijn mogelijke oplossingen om deze knelpunten te doorbreken? (thema 2)

We starten in hoofdstuk twee van deze brochure met een samenvatting van de uitkomsten van thema 1. Deze vormen de basis voor de invulling van thema 2, het doorbreken van het systeemfalen.

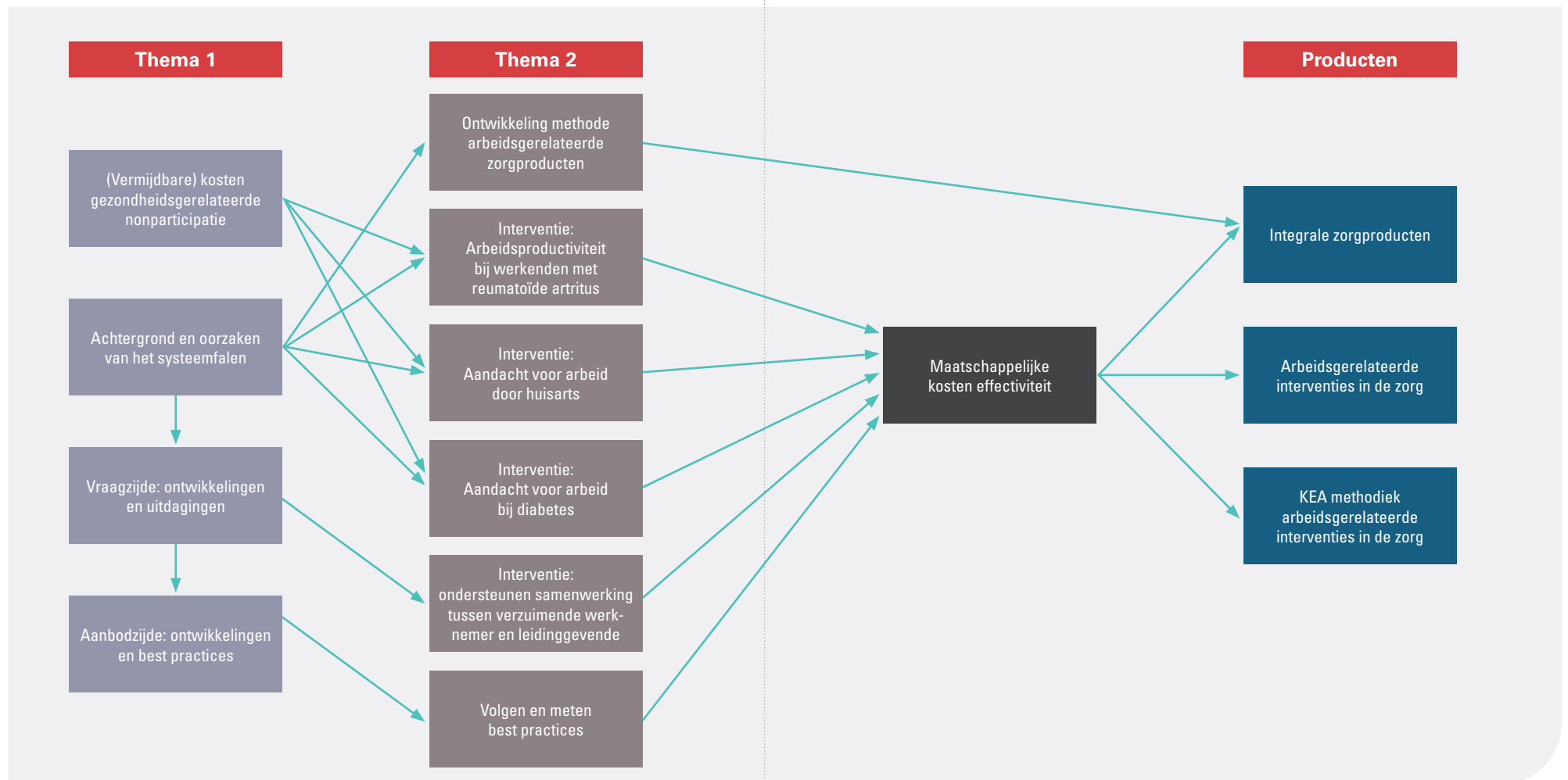
Bij het doorbreken van het systeemfalen (thema 2), richten we ons voornamelijk op de actoren (professionals, cliënt/werknemer en werkgever) en zorgproducten. In nauw overleg met betrokkenen (Instituut Gak, begeleidingscommissie, wetenschappelijke commissie) is in 2010 gekozen voor de volgende onderwerpen voor onderzoek:

- 1 Regie werknemer en werkgever
- 2 Aandacht voor arbeid in de eerste lijn
- 3 Aandacht voor arbeid in de tweede lijn
- 4 Economisch evaluatie onderzoek
- 5 Ontwikkeling van arbeidsgerelateerde zorgproducten

De eerste vier onderwerpen komen terug in hoofdstuk drie. Het vijfde onderwerp komt in hoofdstuk vier aan de orde. De uitkomsten van thema 2 dragen bij aan het doorbreken van het systeemfalen. Het zijn mogelijke

oplossingen binnen de reguliere zorg waarbij aandacht voor arbeid en duurzame inzetbaarheid centraal staat. De oplossingen zijn gericht op een integrale aanpak: de actoren worden door de oplossingen verbonden en zo in staat gesteld gezamenlijk het systeemfalen te doorbreken.

Het gehele programma is samengevat in onderstaand figuur. In de figuur is zichtbaar gemaakt hoe de verschillende thema's, en onderdelen binnen de thema's, zich tot elkaar verhouden.



2

Systeempalen Arbeid en Gezondheidszorg: macropotentieel en oorzaken

Systeempalen Arbeid en Gezondheidszorg: macropotentieel en oorzaken



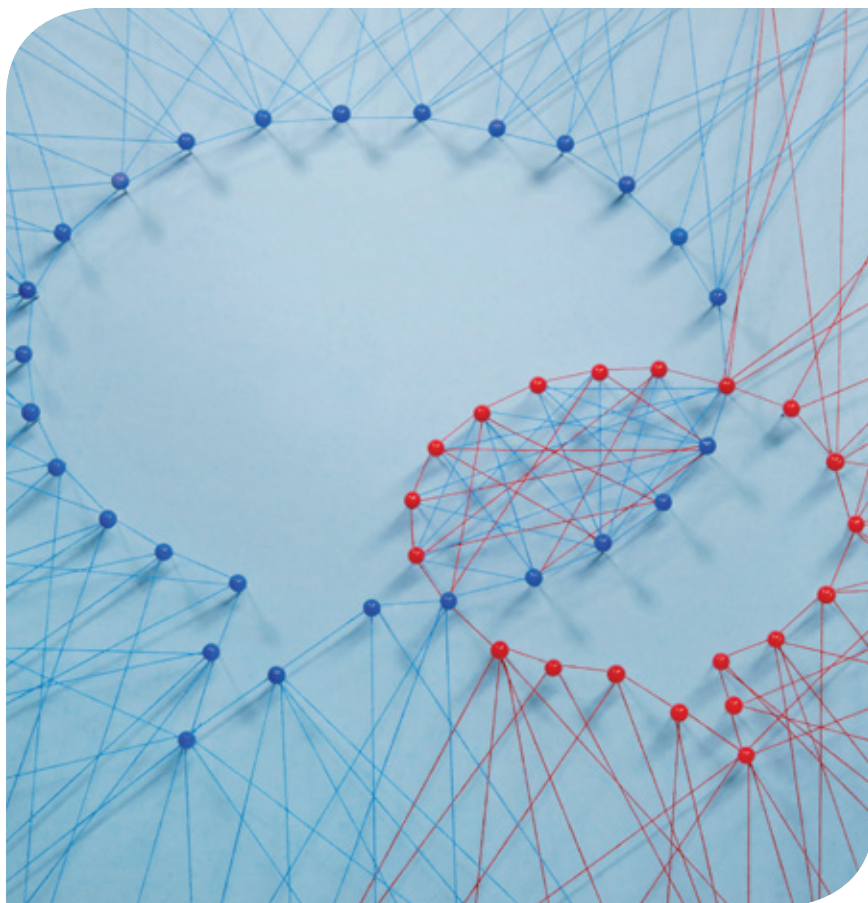
2.1 Macropotentieel van 26 miljard

De gezondheidszorg voor werknemers in Nederland is gefragmenteerd vorm gegeven. Enerzijds kennen we de reguliere (curatieve) zorg, gericht op het behandelen van lichamelijke of psychische aandoeningen van alle burgers, inclusief werknemers. Anderzijds is er bedrijfsgezondheidszorg (arbozorg), georganiseerd vanuit de werkgever en gericht op het beschermen en bevorderen van de gezondheid van werknemers in relatie tot hun werk en werkomstandigheden (arbeidsparticipatie/duurzame inzetbaarheid). Deze twee vormen van zorg worden weliswaar los en onafhankelijk van elkaar georganiseerd maar zijn niet los van elkaar te zien. De inspanningen binnen de reguliere zorg hebben immers een invloed op de duurzame inzetbaarheid (arbeidsparticipatie) van de werknemer en daarmee op de bedrijfsgezondheidszorg. Andersom heeft de situatie op de werkvloer invloed op de gezondheid van de werknemer en daarmee op de zorgvraag binnen de reguliere zorg. Deze relatie tussen de reguliere zorg en de bedrijfsgezondheidszorg omschrijft wat we bedoelen met 'arbeid en zorg'.

Uit tal van onderzoeken blijkt dat de samenwerking tussen de reguliere zorg en bedrijfsgezondheidszorg beter kan. De kosten van non-participatie worden geschat op meer dan 26 miljard euro per jaar.¹ Deze kosten komen ten laste van meerdere partijen: de gezondheidszorg/de zorgverzekeraars, de werkgevers, de verzuimverzekeraars en natuurlijk van de werknemer zelf.

¹ Romy Steenbeek, Wendela Hooftman, Goedele Geuskens, Cees Wevers (2010): 'Objectiveren van gezondheidsgerelateerde non-participatie en de vermijdbare bijdrage van de gezondheidszorg hieraan'.

Deze kosten zijn het hoogst voor kosten van de gezondheidszorg, gevolgd door presentisme, verzuim en uitval uit het arbeidsproces (alleen WIA meegerekend). In de volgende paragraaf lichten we toe welke knelpunten ten grondslag liggen aan het de niet optimale samenwerking tussen de reguliere zorg en de bedrijfsgezondheidszorg.



2.2 Oorzaken systeemfalen

Zoals reeds aangegeven, zijn er aanwijzingen dat het systeem 'gezondheidszorg en arbeid' faalt. Uit ons onderzoek zijn de volgende knelpunten naar voren gekomen²:

- De complexiteit van de marktstructuur, van de informatie over kwaliteit, van transactiekosten en de onzekerheid bij de actoren zijn oorzaken van systeemfalen.
- De kosten en baten van investeringen en activiteiten op het gebied van gezondheidszorg en arbeid zitten op verschillende niveaus en bij verschillende actoren.
- De complexiteit van het systeem zorgt voor een 'bounded rationality' bij alle actoren.
- De institutionele en organisatorische omgeving waarin de professionele dienstverlening plaatsvindt, geeft eveneens aanleiding tot systeemfalen.
- Er is te veel monodisciplinaire gerichtheid en te weinig aandacht voor arbeidsrelevante factoren bij zorgverleners.
- Vraagsturing komt onvoldoende tot zijn recht.
- Externe partijen (overheid, politiek en publiek) stellen steeds hogere eisen aan het systeem en er zijn minder middelen beschikbaar.

In de volgende hoofdstukken bespreken we de verschillende onderdelen van ons onderzoek gericht op het doorbreken van de genoemde knelpunten.

² C.W.J. Wevers, J. van Genabeek (2010): 'Meer oog voor arbeid in de gezondheidszorg. Een theoretische verkenning naar belemmeringen en mogelijke oorzaken van de 'blinde vlek' voor arbeid in de zorg'

3

Oplossingen voor systeemfalen: arbeidsgerelateerde interventies in de zorg

Oplossingen voor systeemfalen: arbeidsgerelateerde interventies in de zorg



In dit programma zijn - zoals in de inleiding aangegeven - vijf onderwerpen voor onderzoek gekozen. De eerste vier (regie werknemer en werkgever; aandacht voor arbeid in de eerste lijn; aandacht voor arbeid in de tweede lijn en economisch evaluatie onderzoek) zijn onderzocht in één project en vier promotietrajecten. De onderzoeken ten aanzien deze onderwerpen zijn als volgt vormgegeven:

- Een beter toegeruste huisarts door een op maat gemaakte training (aandacht voor arbeid in de eerste lijn)
- Een ziekte specifieke aanpak door een screeningsinstrument voor de huisarts en praktijkondersteuner (aandacht voor arbeid in de eerste lijn)
- Een geïntegreerde aanpak in een gezamenlijk programma tussen de curatieve en arbeidsgerelateerde zorg in de tweede lijn (aandacht voor arbeid in de tweede lijn)
- Een betere relatie tussen de verzuimende werknemer en zijn of haar leidinggevende, ondersteund door een interventie (regie werknemer en werkgever)

Daarbij hebben we niet alleen gekeken naar de effecten voor werkenden met gezondheidsproblemen, hun werkgevers en hun behandelaars, maar is ook een methode ontwikkeld om naar de gezondheidseconomische effecten te kijken (economisch evaluatie onderzoek).

Onderstaand is een samenvatting van de onderzoeken weergegeven.

3.1 De maatschappelijke opbrengst van een proactieve houding van huisartsen ten aanzien van werkgerelateerde problematiek

Werk krijgt in de huisartsenpraktijk niet de aandacht die het verdient

In dit project, "Huisartsenwerk," gaan we na waarom werk in de huisartsenpraktijk niet de aandacht krijgt die het verdient en hoe hierin verbetering kan worden aangebracht. Veel patiënten die de huisarts bezoeken hebben problemen met hun werk of ten gevolge van hun werk. Dat huisartsen aandacht besteden aan het werk is echter niet vanzelfsprekend. In de Nationale Studie bleek bijvoorbeeld dat het werk tijdens consulten vaak onbesproken bleef, ook als sprake was van problemen die met het werk te maken hadden. Het feit dat Nederlandse huisartsen geen rol hebben bij verzuimcontrole wordt vaak als oorzaak genoemd voor dit gebrek aan aandacht. Huisartsen in andere landen blijken echter eveneens moeite te hebben met hun taken op het gebied van werk. Dit probleem wordt inmiddels breed herkend, zowel door de overheid als de beroepsorganisaties van huisartsen. In de kernwaarden van het NHG bijvoorbeeld wordt het signaleren van werkgerelateerde problemen als belangrijke taak voor huisartsen benoemd en tegelijkertijd erkend dat er op dit punt nog veel te verbeteren valt.

ONDERZOEK NAAR EFFECTEN VAN DE TRAINING

Tweeëndertig huisartsen namen deel aan een cluster-randomised controlled trial. De interventiegroep werd getraind in 2012. Tijdens de training kregen zij kennis aangereikt over arbeid en gezondheid, genderspecten van werk en over manieren om de samenwerking met bedrijfsartsen zo goed mogelijk te laten verlopen. Ook leerden zij een proactieve en op empowerment gerichte behandeling van overspanning. In de periode van de interventie tot eind 2012 werd van ruim 700 spreekuurbezoekers met minstens 12 uur betaald werk per week een vragenlijst ontvangen. Voor de tweede meting (6 maanden) werd van ruim 300 mensen een vragenlijst ontvangen en bij de derde meting (12 maanden) van ruim 400 mensen. Primaire uitkomstmaat op patiënteniveau was de RTWSE en op huisartsenniveau het gebruik van de ICPC code Z05 (registratie werkgerelateerde problematiek) en de mate van noteren van het beroep in het dossier.

Huisartsen besteden aandacht aan werk maar dit kan beter

Huisartsen gaven in de focusgroepen aan in ruime mate aandacht te besteden aan het werk van patiënten die hun spreekuur bezoeken. Deels is dit omdat zij de context van de patiënt belangrijk vinden, deels omdat er een probleem ligt in het al dan niet geven van een werk- of verzuimadvies. Huisartsen gaven aan zich te onthouden van het doen van 'harde' uitspraken over de vraag of verzuim wel of niet geoorloofd is en vonden dit ook niet hun taak. Huisartsen geven wisselend aan dat doorwerken of hervatten van werk verantwoord is, tenzij dit gevaar op zou leveren voor de gezondheid van de patiënt. Patiënten met onbegrepen lichamelijke klachten vormen een extra uitdaging omdat zij niet altijd invoelbaar zijn voor huisartsen en bovendien vaak aanleiding geven tot langdurig verzuim. Het ontbreken van een goede samenwerking met bedrijfsartsen wordt soms als een gemis ervaren. Het registreren van werk en werkgerelateerde problemen vonden huisartsen problematisch, o.a. omdat de meeste Huisarts Informatie Systemen dit niet faciliteren. Huisartsen hadden behoefte aan meer kennis over zowel de wet- en regelgeving als over de relatie tussen specifieke beroepen en aandoeningen.

De training heeft geen effect op de gemiddelde RTWSE maar lijkt het gebruik van de code Z05 in beperkte mate te vergroten

De resultaten van de analyse laten zien dat de gemiddelde RTWSE in beide groepen bij aanvang relatief hoog was. Na de training was er geen significant verschil. Bij een groep patiënten die aangaf in het voorafgaande jaar meer dan vijf dagen te hebben verzuimd, bleek de RTWSE in de interventiegroep meer toe te nemen dan in de controlegroep (0,766 (19,4%) resp 0,005 (0,1%)). Dit verschil is zowel significant als relevant. Bovendien gaven aan het eind van de onderzoeksperiode significant meer patiënten uit de groep van huisartsen die de training hadden gevolgd aan dat zij het eens waren met de stelling: "Mijn huisarts helpt mij zelf oplossingen voor mijn problemen te vinden".

Huisartsen registreren door de training vaker werkgerelateerde problematiek

Het registratiegedrag van huisartsen is onderzocht door te kijken of zij de ICPC code voor werkgerelateerde problematiek (Z05) gebruiken. Een

opvallende bevinding is dat er zeer grote verschillen bestaan in de mate waarin deze code wordt gebruikt, ook in een groep huisartsenpraktijken waarin men gewend is zorgvuldig te registreren (N=145). De eerste resultaten (na bestudering van de registratie van 20 van de 32 huisartsen) laten zien dat het gebruik van de code Z05 na de training stijgt.

Een training helpt huisartsen een effectievere consultvoering te ontwikkelen bij problemen op het gebied van werk

Patiënten hebben behoefte aan een actievere rol van hun huisarts met betrekking tot problemen die te maken hebben met hun werk. Huisartsen zien het grote belang van werk en willen er aandacht aan geven maar missen nog handvatten om dit op een gestructureerde manier te doen. De analyse is nog in volle gang. We hopen aanwijzingen te vinden dat de onderzochte training bevordert dat huisartsen een werkstijl ontwikkelen die patiënten helpt om zelf hun gezondheidsproblemen in relatie tot werk ter hand te nemen en op te lossen.

3.2 Diabetes en werk

Diabetes en werk kunnen elkaar beïnvloeden

Diabetes en werk kunnen elkaar beïnvloeden. Verschillende factoren in het werk, zoals veel drukte op het werk, onregelmatig werken en pauzes overslaan, vormen een risico voor de diabetesregulatie. Wanneer een dieet of medicatie niet goed werkt, kunnen mensen met diabetes moe worden of problemen krijgen met de concentratie. In deze studie (mede gefinancierd door Agis/Achmea) richten we ons op diabetes mellitus type 2 (DM2), omdat deze chronische aandoening veel voorkomt en toeneemt en omdat elke DM2 patiënt twee tot vier keer per jaar wordt opgeroepen voor controle (bij een praktijkondersteuner (POH-er) en/of huisarts).

Doel van dit project is een evaluatie van de praktische toepasbaarheid en de effectiviteit van een eerder ontwikkeld screeningsinstrument "diabetes en werk in de eerste lijn" en de bijbehorende aanpak. Doel van het instrument is het verlagen van zorggebruik en verzuim en het verbeteren van de gezondheid en het werkvermogen van werkende diabetespatiënten.



ONDERZOEK NAAR DE EFFECTEN VAN EEN SCREENINGS-INSTRUMENT 'DIABETES EN WERK'

Het screeningsinstrument is als module geprogrammeerd in het informatiesysteem van de huisarts (HIS) en bevat vragen over situaties in het werk waarvan bekend is dat ze een risico kunnen vormen voor diabetespatiënten. Op basis van de antwoorden op deze vragen wordt door de POH'er een risico inschatting gemaakt en adviseert de POH'er zelf aan de patiënt of verwijst deze naar zijn huisarts. Bij patiënten is een vragenlijst afgenomen bij de start van het onderzoek en na zes maanden.

Vijf gezondheidscentra hebben deelgenomen aan het onderzoek. Twee gezondheidscentra voerden de interventie uit (N=111 patiënten) en drie gezondheidscentra fungeerden als controlegroep (N=101 patiënten). De respons van patiënten op het verzoek een vragenlijst in te vullen is 56%. De POH'ers hebben bij 32% van de patiënten een tweede meting (of meer metingen) gedaan. Van deze patiënten heeft 66% na zes maanden een tweede vragenlijst ingevuld.

Het screeningsinstrument “Diabetes en werk” is veelbelovend

Uit dit onderzoek blijkt dat de interventie uitvoerbaar is en als nuttig wordt ervaren, mits in een korte vorm en volledig in het informatiesysteem van de huisarts geïntegreerd. Aandacht voor arbeid verhoogt de kwaliteit van de zorg. Uit de effectevaluatie blijkt geen direct effect van de interventie, vooral vanwege het lage aantal deelnemers. De evaluatie laat echter wel zien dat er bij werkende diabetespatiënten winst valt te behalen wat betreft het verlagen van zorgconsumptie en verzuim en het verhogen van werkvermogen. Alleen de signalering van mogelijke risico's lijkt onvoldoende; het moet voor de POH'er duidelijk zijn wanneer welke acties kunnen worden genomen. Als de interventie mogelijkheden biedt om indicatoren als risicofactoren op het werk, zelfregulatie en werkbelemmeringen te signaleren én aan te pakken, kan veel winst worden behaald.

3.3 Geïntegreerde zorg en participatieve werkplekinterventie bij patiënten met reumatoïde artritis

Patiënten met reumatoïde artritis (RA) kunnen door hun aandoening problemen ervaren op het werk

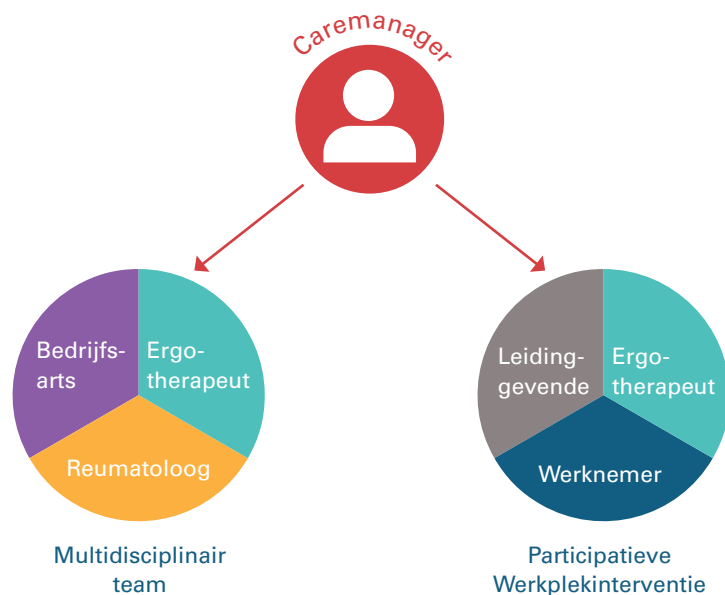
Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat patiënten met reumatoïde artritis (RA) door hun aandoening problemen kunnen ervaren op het werk. Arbeidsongeschiktheid komt vaker voor onder deze patiëntengroep dan in de algemene Nederlandse bevolking. Voor patiënten die nog wel aan het werk zijn, kunnen er problemen ontstaan om het functioneren op het werk te behouden. Wanneer patiënten wel op het werk aanwezig zijn, maar niet meer volledig kunnen functioneren, noemen we dat presenteïsme. Wij ontwikkelden een interventie programma (Care for Work) waarbij curatieve en arbeidsgerelateerde zorg geïntegreerd zijn. Care for Work is een interventieprogramma dat is ontwikkeld om functioneren op het werk te behouden en te bevorderen bij RA patiënten.



ONDERZOEK NAAR EEN GEÏNTEGREERDE AANPAK VOOR PATIËNTEN MET REUMATOÏDE ARTRITIS

De zorg die mensen met RA krijgen is gescheiden in curatieve zorg (door de reumatoloog) en arbeidsgerelateerde zorg (door bijvoorbeeld een bedrijfsarts of ergotherapeut). In de Care for Work interventie wordt getracht de twee onderdelen van zorg met elkaar te integreren. Een klinisch arbeidsgeneeskundige treedt op als care manager en zorgt voor communicatie tussen alle betrokken zorgverleners van een patiënt. Daarnaast stuurt de care manager het multidisciplinair team aan dat bestaat uit de reumatoloog, bedrijfsarts en ergotherapeut. Ook stuurt de care manager een ergotherapeut aan, die het tweede onderdeel van de Care for Work interventie uitvoert; de participatieve werkplekinterventie. Hierbij gaat de ergotherapeut op de werkplek in gesprek met de patiënt en zijn leidinggevende over aanpassingen op de werkplek. Het gaat hierbij niet alleen om aanpassingen in de werkomgeving, maar bijvoorbeeld ook aanpassingen in werktijden, uit te voeren taken, of het volgen van een cursus.

De effecten van de Care for Work interventie zijn geëvalueerd in een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek. Deelnemers werden door loting ingedeeld in een groep die alleen reguliere zorg kreeg, of een groep die de Care for Work interventie doorliep. Deelnemers aan dit onderzoek waren tussen de 18 en 64 jaar oud, hadden minimaal 8 uur per week betaald werk (in loondienst of als zelfstandig ondernemer), en rapporteerden in enige mate beperkingen in hun functioneren op het werk. Deelnemers vulden een vragenlijst in aan het begin van het onderzoek, en na 6 en 12 maanden. Aan de Care for Work studie deden 150 RA patiënten mee, waarvan 143 patiënten 12 maanden lang zijn gevolgd. De gemiddelde leeftijd was 50 jaar, en 84% was vrouw.



Verminderd functioneren op het werk en kwaliteit van leven

Patiënten met RA die verminderd functioneren op hun werk, rapporteren ook een lagere kwaliteit van leven. Met name de dimensies mentale gezondheid, rolbeperkingen door fysieke problemen, en pijn worden lager beoordeeld dan door patiënten die beter kunnen functioneren op het werk. Verminderd functioneren op het werk hangt ook samen met een slechtere mentale gezondheid, meer rolbeperkingen door fysieke problemen, behandeling met een biological, niet tevreden zijn met het werk, en meer instabiliteit op het werk.

Patiënten die het Care for Work programma volgden ervaren meer steun van hun leidinggevende, maar het programma heeft geen effect op hun functioneren op het werk of hun kwaliteit van leven

Na zes maanden blijkt dat patiënten die de Care for Work interventie doorlopen hebben, meer steun van hun leidinggevende ervaren dan patiënten die alleen de reguliere zorg hebben gehad. Er blijken geen verschillen in presentisme tussen de groepen na 6 maanden. Na 12 maanden blijkt dat de Care for Work interventie geen positief effect heeft op functioneren op het werk en kwaliteit van leven.

Het Care for Work project wordt afgerond in oktober 2015. In de resterende tijd wordt nog een procesevaluatie uitgevoerd. Hierin wordt gekeken of het protocol van de Care for Work interventie goed is uitgevoerd en hoe tevreden de deelnemers waren met de interventie. Verder wordt er nog een economische evaluatie uitgevoerd.

3.4 Samenwerking tussen de verzuimende werknemer en de leidinggevende

Meer regie door verzuimde werknemer en leidinggevende nodig

Werknemers en leidinggevenden kunnen vele knelpunten voor werkhervatting tegenkomen. Meer eigen regie door verzuimende werknemers en leidinggevenden is nodig om het werkhervattingsproces adequaat te sturen. Wij onderzochten de belemmerende en bevorderende factoren om dit te doen en ontwikkelden een interventie om eigen regievoering te ondersteunen.



ONDERZOEK NAAR MEER REGIE DOOR VERZUIMENDE WERKNEMER EN LEIDINGGEVENDE

De interventie is gericht op het bevorderen van samenwerking tussen verzuimende werknemers en hun leidinggevenden (COoperation between Sick-listed employees and their Supervisors, COSS). COSS bestaat uit A) een draaiboek voor de werknemers en de leidinggevenden over wanneer elkaar te ontmoeten en wat te bespreken (het zogenaamde "spoorboekje"), B) een reguliere monitoring van de kwaliteit van de samenwerking (gebruikmakend van een assessment instrument bestaande uit vragenlijsten), en C) extra ondersteuning door de bedrijfsarts om de samenwerking te verbeteren indien nodig. De evaluatie bestond uit een procesevaluatie, een effectevaluatie en een economische evaluatie.

Vroege interventies stimuleren werkhervatting, hierbij is de omgeving van de werknemer van belang

Uit onderzoek blijkt dat vroege interventies werkhervatting faciliteren. In dit onderzoek blijkt uit een interviewstudie dat een aantal omgevingsfactoren een rol speelt bij werkhervatting. Voorbeelden van omgevingsfactoren zijn sociale steun door familie, het geloof dat werkhervatting kan bijdragen aan medisch herstel en adequate samenwerking tussen stakeholders. Een persoonlijke factor blijkt ook van belang, namelijk een positieve werknemersperceptie van de situatie (bijv. plezier hebben in het werk).

Samenwerking tussen werknemer en leidinggevende is niet optimaal door motivatie- en vertrouwensproblemen (en het ontbreken van kennis)

Uit een tweede interviewstudie blijkt dat de samenwerking tussen de verzuimende werknemer en de werkgever laag is gedurende het eerste jaar van ziekteverzuim en matig gedurende het tweede jaar. Zowel werknemers (eerste jaar) als leidinggevenden (tweede jaar) ervaren een gebrek aan motivatie om samen te werken. Meerdere factoren liggen ten grondslag aan het gebrek aan motivatie tot samenwerking: het niet ervaren van de noodzaak om samen te werken voor het bereiken van medisch herstel (werknemers, eerste jaar) of werkhervatting (leidinggevenden, tweede jaar),

het niet gestimuleerd voelen door de wetgeving (werknemers, eerste jaar), het ervaren van wantrouwen (werknemers, eerste jaar / leidinggevenden, tweede jaar) en een verschil van normen (werknemers: werkhervatting na medisch herstel / leidinggevenden: werkhervatting gedurende medisch herstel). Bovendien rapporteren werknemers en leidinggevenden een matig vermogen tot samenwerking tijdens beide verzuimjaren. Dit kan komen door onvoldoende praktische middelen/kennis (bijvoorbeeld wel tijd hebben om bijeen te komen maar een gebrek aan kennis over de wetgeving).

De COSS-interventie is veelbelovend

Vertegenwoordigers van de organisatie waar COSS is uitgevoerd staan zowel positief (bijvoorbeeld een goede match tussen de interventie en bestaand verzuimbeleid) als negatief (bijvoorbeeld een hoge intensiteit van COSS) tegenover de interventie. Verder geven de resultaten een bescheiden bereik en gebruik van COSS aan bij en door individuele werknemers en leidinggevenden. De tevredenheid met COSS varieerde tussen verschillende interventieonderdelen en situaties (bijvoorbeeld het spoorboekje werd als bruikbaar beschouwd voor werknemers met psychische klachten).

De effectevaluatie van COSS in een veldstudie (met interventie- en controlegroep) laat zien dat de interventie weliswaar geen significant effect heeft op werkhervatting, maar wel een tendens richting effectiviteit laat zien. Er zijn geen significante effecten gevonden van de interventie op kwaliteit van leven. De relatief geringe effecten komen waarschijnlijk door het lage aantal deelnemers, het lage ziekteverzuim bij de organisatie waar de interventie is uitgevoerd en de beperkte implementatie van COSS. De kosteneffectiviteitsanalyse wijst uit dat COSS in vergelijking met de reguliere ondersteuning kosteneffectief is met betrekking tot initiële werkhervatting. Vanuit organisatieperspectief gezien, resulteerde COSS in een positief rendement.

Deze studie onderstreept het belang en de uitdagingen van adequate samenwerking tussen werknemers en leidinggevenden gedurende ziekteverzuim en werkhervatting. COSS is een veelbelovende interventie. Onderzoekers van Maastricht University zijn voornemens om de interventie verder te ontwikkelen op basis van de bevindingen van onze procesevaluatie. De interventie kan vervolgens breder worden geïmplementeerd.

3.5 Investeren in interventies voor duurzame inzetbaarheid

We weten nog weinig over de gezondheidseconomische aspecten van interventies voor duurzame inzetbaarheid

Er zijn veel interventies die streven naar duurzame inzetbaarheid bij werknemers met gezondheidsproblemen. We weten echter nog weinig over de gezondheidseconomische aspecten van deze interventies. Hierdoor is het lastig om een goede afweging te maken over de inzet ervan. Een economische evaluatie geeft inzicht in de kosten en baten van een interventie en kan zodoende helpen bij keuzes over de implementatie. In dit project kijken we welke methodologische uitdagingen er zijn en interpreteren we de resultaten van economisch evaluatie onderzoek van zowel bestaande als innovatieve interventies gericht op het realiseren van duurzame inzetbaarheid van werknenden met gezondheidsproblemen.



ECONOMISCHE EVALUATIE VAN INZETBAARHEIDSINTERVENTIES

De betrouwbaarheid, validiteit en responsiviteit van verschillende instrumenten die gezondheidsgelateerde productiviteit meten is kritisch beoordeeld. Daarnaast is de 'uitwisselbaarheid' van zelf-gerapporteerde en administratieve instrumenten om de kosten van zorggebruik te meten bestudeerd. Vervolgens is een consistente en transparante methodologische onderzoeksopzet ontwikkeld om verschillende interventies gericht op duurzame inzetbaarheid bij werknenden met uiteenlopende gezondheidsklachten economisch te evalueren. Behandelocties in het veld van arbeid en gezondheidszorg kunnen zo eenduidiger gegarandeerd worden. Het onderzoeksdesign is breed inzetbaar zodat we tegemoet kunnen komen aan specifieke vereisten van organisaties en aanbieders. Het onderzoek beschrijft tevens de resultaten van economisch evaluatie onderzoek van verschillende bestaande en innovatieve inzetbaarheidsinterventies, allen gericht op werknenden met gezondheidsklachten.

Om veranderingen in de productiviteit van werknenden te meten zijn drie instrumenten het meest geschikt

The Work Limitations Questionnaire (WLQ) is het meest frequent geëvalueerd en lijkt het meest geschikt op basis van zijn psychometrische kenmerken. Ook de Stanford Presenteeism Scale (SPS) en de PROductivity and DISease Questionnaire (PRODISQ) leverden sterk positief bewijs voor meerdere psychometrische eigenschappen. Op basis van deze bevindingen worden de WLQ, SPS, en (in een Nederlandse context) de PRODISQ voorzichtig aanbevolen. Om besluitvorming te begeleiden wordt tevens aanbevolen ook zorgvuldige afwegingen te maken ten aanzien van de inhoud van het instrument, het doel waarvoor het wordt ingezet en de doelgroep.

Bedrijfsarts-interventies bij mentale klachten zijn kosten effectief

Economisch evaluatieonderzoek is uitgevoerd voor verschillende bestaande interventies. De eerste studie betreft een vergelijking van twee strategieën om werk-functioneren bij verpleegkundigen te bevorderen door de symptomen van psychische klachten te verminderen. Iedere verpleegkundige nam deel aan online screening voor geestelijke gezondheidsproblemen. In de 'controle groep' kregen verpleegkundigen geen feedback over de resultaten van de screening. In de 'bedrijfsarts-interventiegroep' werden screen-positieve verpleegkundigen doorverwezen naar de bedrijfsarts. In de 'e-mental health groep' kregen screen-positieve verpleegkundigen na feedback e-mental health interventies aangeboden. Uit de evaluatie blijkt dat de 'bedrijfsarts-interventiegroep' een kostenbesparing van €5.049 per verpleegkundige met zich meebrengt ten opzichte van de controlegroep. Op basis van deze resultaten kan de interventie in de praktijk worden aanbevolen. Tevens laten de resultaten van verdiepend economisch evaluatie onderzoek vanuit het perspectief van de werkgever zien dat de werkgever middels de bedrijfsarts-interventie, netto €244 tot €650 kan besparen per verpleegkundige. Binnen het tijdsbestek van een half jaar werd een positieve return-on-investment tussen €5 tot €11 per geïnvesteerde euro behaald voor de 'bedrijfsarts-interventiegroep'.

Economische evaluatie van de projecten binnen het Programma Arbeid en Gezondheidszorg laten geen eenduidig beeld zien

De innovatieve interventies binnen het programma Arbeid en Gezondheidszorg zijn ook economisch geëvalueerd. De eerste economische evaluatie beschrijft de resultaten van de interventie gericht op de verbeterde samenwerking tussen verzuimende werknemers en hun werkgevers (zie paragraaf 3.4). Na zes maanden follow-up is het verzuim bij de werknemers in de interventiegroep bijna 16 kalenderdagen lager en is ongeveer €27 per dag bespaard door de werkhervatting, in vergelijking met de controlegroep. Vanuit organisatorisch oogpunt leverde de interventie netto-voordelen aan productiviteitswinst van bijna €396 op.

De tweede economische evaluatie betreft de korte termijn resultaten van de inzetbaarheidsinterventie voor werknemers met reumatoïde artritis (zie paragraaf 3.3). Na zes maanden blijken de kosten per patiënt in de interventiegroep hoger en de effecten ten aanzien van arbeidsproductiviteit en kwaliteit van leven lager te zijn dan in de controle conditie. Momenteel wordt nog data verzameld voor de langere termijn follow-up.

In de derde economische evaluatie is het op maat gemaakte educatieve trainingsprogramma voor huisartsen geëvalueerd (zie paragraaf 3.1). Op basis van de interim-analyse na zes maanden blijken de verschillen in effectiviteit tussen de patiënten in de interventiegroep en de gebruikelijke huisartsenzorg-groep minimaal te zijn. Momenteel wordt nog data verzameld voor de langere termijn follow-up.

Economische evaluaties bieden noodzakelijke informatie ten aanzien van de implementatie van interventies gericht op duurzame inzetbaarheid

De bevindingen van dit project bieden een oplossingsrichting voor diverse methodologische uitdagingen zoals het meten van veranderingen in productiviteit en het zorggebruik van werknemers met gezondheidsklachten. Daarnaast zijn verschillende interventies in de praktijk middels economisch evaluatie onderzoek beoordeeld. Implementatie van inzetbaarheidsinterventies waarbij samenwerking centraal staat (bijvoorbeeld samenwerking tussen werknemers en zorgverleners zoals de bedrijfsarts, of samenwerking tussen de werknemers en leidinggevendenden) worden op basis van kosten effectiviteit aanbevolen. Onderzoek met langere doorlooptijd is nodig om aan te tonen of inzetbaarheidsinterventies in de eerste en tweede lijn duurzame werkhervatting op een kosteneffectieve manier ondersteunen. De aangeboden informatie in dit project ondersteunt diverse belanghebbenden (zoals onderzoekers, werknemers, werkgevers en beleidsmakers) bij het evalueren en selecteren van inzetbaarheidsinterventies ten behoeve van onderzoek en implementatie in de praktijk.

4

Oplossingen voor systeemfalen: geïntegreerde arbeidsgelateerde zorg



Oplossingen voor systeemfalen: geïntegreerde arbeidsgelateerde zorg



In dit hoofdstuk behandelen we het vijfde onderwerp van onderzoek: ontwikkeling van arbeidsgelateerde zorgproducten. Bij de ontwikkeling van arbeidsgelateerde zorgproducten richten we ons op alle actoren betrokken bij het huidige systeemfalen.

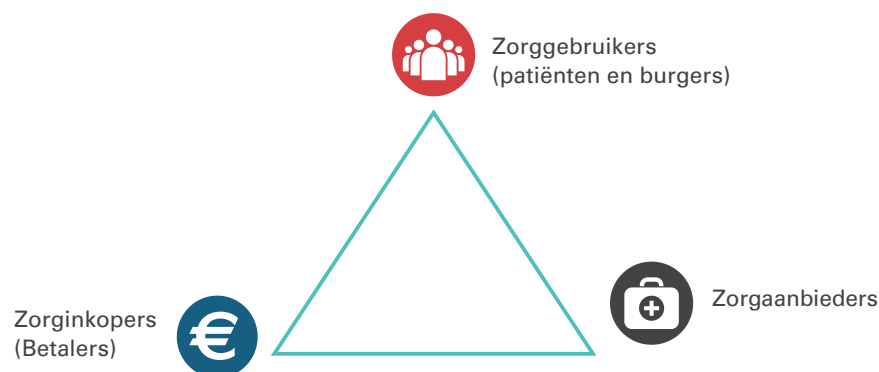
4.1 Geïntegreerde arbeidsgelateerde zorgproducten

Geïntegreerde arbeidsgelateerde zorgproducten zijn de titels op basis waarvan zorgverzekeraars en zorgaanbieders afspraken kunnen maken. Deze zorgproducten zijn oplossingen als ze structureel in de reguliere zorg ingebed kunnen worden. De producten zijn gekozen vanuit de veronderstelling dat het noodzakelijk is de verschillende actoren betrokken bij systeemfalen te verbinden en om een vehikel te hebben voor integrale en (potentieel) structurele financiering van innovatieve zorg- en ondersteuningsarrangementen om het systeemfalen te doorbreken.



4.2 Hoe komen we tot implementatie van geïntegreerde arbeidsgelateerde zorgproducten?

Het Nederlandse zorgstelsel kent drie hoofdrolspelers, afgebeeld in onderstaande 'zorgdriehoek': zorggebruikers, zorginkopers (de betalers) en zorgaanbieders.



Als we deze zorgdriehoek vertalen naar de arbeidsgelateerde zorg, bezien vanuit de reguliere zorg, kennen we de volgende drie hoofdrolspelers:

- De zorggebruikers: de werkgevers en werknenden, zij vragen om arbeidsgelateerde zorg;
- De zorginkopers: de zorgverzekeraars, zij kopen de reguliere zorg in en organiseren hiermee het aanbod;
- De zorgaanbieders: de reguliere zorgaanbieders/professionals waarmee de zorgverzekeraars afspraken maken over het aanbod.

Werkgevers kunnen via de werkgeverscollectiviteiten bij zorgverzekeraars een stevige positie innemen. Collectiviteiten zijn groepen die voor hun achterban een collectieve zorgverzekering hebben afgesloten bij de zorgverzekeraar. Collectiviteiten zijn voor een zorgverzekeraar van groot

belang omdat ze hieraan een belangrijk deel (71%) van hun verzekerde populatie ontlenen.³ Werkgevers c.q. collectiviteiten kunnen hierdoor een duidelijke vraag voor integrale zorgproducten (geïntegreerde arbeidsgelateerde zorgproducten) bij de zorgverzekeraar neerleggen.

Zorgverzekeraars zijn vervolgens gebaat bij een passend zorgaanbod voor deze groep collectief verzekerden. De manier om afspraken over de integrale zorgproducten te maken, is via de zorginkoop. Door het kiezen van een passende prestatie, bekostigingsstructuur en passende kwaliteitsmaten, heeft de verzekeraar de mogelijkheid om breder te sturen dan alleen op zorgkosten: ook de bredere maatschappelijke doelstelling van participatie kan zo worden ingevuld. Een belangrijk element in de sturing door de zorgverzekeraar is de zorginkoopspecificatie. Een zorginkoopspecificatie is een document dat door zorgverzekeraars als leidraad gebruikt wordt bij het inkopen van zorg. In de specificaties zijn minimale voorwaarden en na te streven doelen geformuleerd op het gebied van veiligheid, kwaliteit, patiëntgerichtheid en doelmatigheid. Hiermee is de zorginkoopspecificatie een middel om tot implementatie van geïntegreerde arbeidsgelateerde zorgproducten te komen.

Bovenstaande laat zien hoe de verschillende actoren van de zorgdriehoek met elkaar verbonden worden door geïntegreerde arbeidsgelateerde zorgproducten om het systeemfalen te doorbreken. De werkgever of collectiviteit is de partij die vanuit de zorggebruiker de vraag kan articuleren. De zorgverzekeraar is vervolgens de partij die de vraag moet vertalen tot inkoopspecificaties om met de zorgaanbieder afspraken te maken die aansluiten bij de behoefte van een grote groep verzekerden. De zorgverzekeraar heeft dubbel baat bij het integreren van arbeid binnen de zorginkoopspecificatie omdat hij op deze manier niet alleen stuurt op de duurzame inzetbaarheid van de werknemer (en daarmee een aantrekkelijke zorgverzekeraar is), andersom heeft duurzame inzetbaarheid ook effect op de schadelast voor de zorgverzekeraar (lagere zorgkosten). De zorgaanbieder verbindt zich via de afspraken met de zorgverzekeraar aan het leveren van passende zorg gericht op de behoefte van de desbetreffende groep.

³ KPMG Plexus (2014): 'Evaluatie Zorgverzekeringswet'

Om tot implementatie van geïntegreerde arbeidsgelateerde zorgproducten te kunnen komen, is op twee punten ondersteuning nodig. Ten eerste ondersteuning van werkgevers/collectiviteiten. Deze groep dient geholpen te worden om tot duidelijke vraagarticulatie richting de verzekeraar te komen. Vervolgens dient de zorgverzekeraar ondersteund te worden om tot betekenisvolle afspraken met zorgaanbieders te komen. In dit project hebben we een handleiding ontwikkeld die op beide punten ondersteuning biedt. De handleiding is een instrument dat de werkgever/collectiviteit helpt om de juiste vraag bij de zorgverzekeraar neer te leggen. Tevens helpt de handleiding in de gesprekken tussen zorgverzekeraar en werkgever/collectiviteit doordat het opstellen van een zorginkoopspecificatie onderdeel van de handleiding is.

4.3 Handleiding om tot afspraken over geïntegreerde arbeidsgelateerde zorgproducten te komen

De handleiding is een hulpmiddel voor werkgevers c.q. collectiviteiten om de vraag naar geïntegreerde arbeidsgelateerde zorg scherp te krijgen, deze vraag richting de zorgverzekeraar te formuleren, samen met de zorgverzekeraar te sturen hoe de actie eruit ziet en, tenslotte, de effecten van de vernieuwde zorg in kaart te (laten) brengen. De handleiding geven we vorm middels twaalf stappen. In stap negen integreren we daarbij de zorginkoopspecificatie.

In het document 'Geïntegreerde arbeidsgelateerde zorg – eindproduct' van KPMG Plexus geven we aan hoe deze stappen (aan de hand van een voorbeeld) in de praktijk gezet kunnen worden.

Onderstaand de twaalf stappen op een rij:

- 1 Maak scherp uit welke doelgroep je achterban bestaat

- 2 Laat zien hoe het huidige zorgpad eruit ziet

- 3 Maak inzichtelijk tegen welke grootste zorgproblemen deze doelgroep aanloopt

- 4 Als mogelijk, kwantificeer de problemen in termen van geld

- 5 Maak inzichtelijk welke evidence of behoefte er is om het zorgpad te verbeteren

- 6 Geef de huidige strategie van de zorgverzekeraar bij het inkopen van de relevante zorg weer

- 7 Laat zien wat de GAP is tussen de huidige zorginkoop en de wenselijke zorginkoop

- 8 Ga op basis van bovenstaande in gesprek met de zorgverzekeraar

- 9 Zorg dat de resultaten van het vernieuwde zorgaanbod zo veel mogelijk meetbaar zijn

- 10 Maak samen met de verzekeraar een plan hoe het relevante zorgaanbod te beïnvloeden is

- 11 Communiceer over de resultaten met de achterban (en zorgverzekeraar)

- 12 Blijf in gesprek met de zorgverzekeraar om ook voor de volgende jaren de stijgende lijn vast te houden!

4.4 Uitkomsten werkconferentie

Het onderzoeksprogramma is afgesloten met een werkconferentie gericht op geïntegreerde arbeidsgerelateerde zorg. Het doel van de conferentie was om partijen te stimuleren om, mede op basis van de tools en uitkomsten van het onderzoeksprogramma, het gesprek met elkaar aan te gaan en de knelpunten in de praktijk verder op te lossen. Tijdens de werkconferentie waren de verschillende stakeholders aanwezig die onderdeel zijn van het huidige systeemfalen: zorgaanbieders, (vertegenwoordiging van) werkgevers, (vertegenwoordiging van) werknemers, zorgverzekeraars en beleidsmakers (overheid).

Het onderzoeksprogramma heeft uitgewezen dat oplossingen binnen de huidige wet- en regelgeving reeds mogelijk lijken te zijn – mits alle betrokken partijen bereid zijn om vanuit een gezamenlijke visie buiten de bestaande kaders te denken en zich willen richten op ontwikkeling en vernieuwing. Er waren drie sprekers die, allen vanuit hun eigen invalshoek, lieten zien hoe zij werken aan de oplossingen en met hun inzichten de zaal motiveerden om verder te denken dan de huidige standaard:

- Dominique Vijverberg: Algemeen Directeur Stichting IZZ (een collectief van werkgevers en werknemers in de zorg) heeft verteld met welke zorgvragen zijn achterban te maken heeft en op welke manier vanuit een collectief deze zorgvragen in samenwerking met de zorgverzekeraar opgepakt kunnen worden. De handleiding zoals eerder in dit hoofdstuk gepresenteerd heeft als leidraad voor Stichting IZZ gewerkt en inmiddels zijn de gesprekken met Coöperatie VGZ gestart. Stichting IZZ heeft de relatie tussen, en hoogte van, kosten en verzuim inzichtelijk gemaakt voor de grootste groep klachten: klachten aan het bewegingsapparaat en psychische belasting. Stichting IZZ streeft ernaar dat Coöperatie VGZ haar

inkoopbeleid voor fysiotherapie (en later ook breder: huisartsenzorg en GGZ zorg) aanpast zodat beter wordt aangesloten bij de zorgbehoefte van de IZZ achterban. Duurzame inzetbaarheid staat hierbij centraal.

- Ab Klink: Lid Raad van Bestuur Coöperatie VGZ heeft toegelicht wat vanuit het oogpunt van de zorgverzekeraar bestaande knelpunten en moeilijkheden zijn en op welke manier de zorgverzekeraar een rol kan spelen in het oplossen van deze knelpunten. Hierbij heeft de heer Klink inzichtelijk gemaakt welke beroepsgroepen de grootste hoeveelheid zorg consumeren, hierdoor is de urgentie duidelijk geworden. Ook in deze presentatie is de link met inzetbaarheid gelegd. Uitdaging voor de zorgverzekeraar is om de winst voortkomend uit betere preventie en passendere zorg, ook daadwerkelijk te incasseren. Dit betekent dat de vrij gekomen gelden (veelal binnen de tweede lijn) niet direct opgevuld mogen worden met nieuwe zorg. Deze presentatie en de presentatie van Dominique Vijverberg geven gezamenlijk weer welke potentie samenwerking tussen de vragers en de zorginkopers heeft.
- Bianca de Klerk: werkzaam bij UNETO-VNI Verzekeringen en samen met TNO en een innovatieve aanbieder van arbodienstverlening bezig om de toekomst van sectorale arbeidsgerelateerde zorg te verbeteren. De vernieuwende aanbieder van arbodienstverlening verbindt in de aanpak direct de arbozorg met de reguliere zorg door zich verantwoordelijk te maken voor de gehele keten van zorg en al direct bij ziekmelding een beoordeling te geven. Dit voorkomt dat afwezigheid overgaat in onnodig en langdurend verzuim. Mevrouw De Klerk heeft toegelicht hoe UNETO-VNI Verzekeringen arbeidsgerelateerde zorg inkoop en aanbiedt aan de leden en op welke manier dit bij kan dragen aan een lager verzuim en hogere productiviteit, een betere kwaliteit van arbeidsgerelateerde zorg en lagere kosten.

Vanuit de kennis en ervaring van het onderzoeksprogramma en na de presentaties van de sprekers, is tijdens de plenaire discussie aandacht besteed aan hoe de praktijk de knelpunten nu verder kan oplossen. De belangrijke onderwerpen/aandachtspunten die tijdens de discussie naar voren zijn gekomen:

- Integratie van reguliere zorg met arbeid blijft lastig doordat kosten en baten in verschillende systemen gemaakt worden. De oplossing kan gezocht worden in het beslechten van barrières op lokaal niveau. Het geven van de juiste financiële prikkels is en blijft hiermee een aandachtspunt.
- De bedrijfsarts wordt, ook door de huisarts, nog steeds gezien als partij van de werkgever. Deze beeldvorming werkt belemmerend voor samenwerking met huisartsen.
- Er wordt nu nog onvoldoende gebruik gemaakt van de beschikbare kennis en (bewezen effectieve) instrumenten. Deze, en preventieve activiteiten, moeten meer onder de aandacht gebracht worden.
- MKB-ers hebben een zeer beperkt contract met arbodiensten en duurzame arbeidsomstandigheden zijn daarbij geen prioriteit. Daarom is aandacht voor de inzetbaarheid binnen de reguliere zorg ook voor deze groep van belang.



Conclusies



Bijdrage programma aan oplossen systeemfalen

De focus van het gehele onderzoeksprogramma is gericht op het analyseren en doorbreken van het systeemfalen. Binnen thema 1 is het systeemfalen geanalyseerd. Vanuit de bevindingen binnen dit eerste thema is in thema 2 een samenhangend geheel van oplossingsrichtingen gepresenteerd en verder onderzocht.

Uit de onderzoeken naar arbeidsgelateerde interventies blijkt dat deze veelbelovend zijn in effectiviteit en daarmee een middel om het systeemfalen te doorbreken. Sommige evaluaties zijn nog niet helemaal afgerond waardoor de conclusies zijn gebaseerd op korte-termijn data. Economische evaluaties bieden noodzakelijke informatie ten aanzien van de implementatie van interventies gericht op duurzame inzetbaarheid. Onderzoek met langere doorlooptijd is nodig om aan te tonen of inzetbaarheidsinterventies in de eerste en tweede lijn duurzame werkhervatting op een kosteneffectieve manier ondersteunen.

Tenslotte is binnen het programma de handleiding, inclusief een praktijkvoorbeeld, opgeleverd om tot afspraken over geïntegreerde arbeidsgelateerde zorgproducten te komen. De handleiding is een hulpmiddel en geeft de verschillende actoren de benodigde handvatten teneinde gezamenlijk het systeemfalen te doorbreken door de implementatie van arbeidsgelateerde zorgproducten. De zorgproducten verbinden arbeid en zorg en zijn een concrete oplossing voor integrale en structurele financiering binnen de bestaande wet- en regelgeving (bekostiging). In potentie is de handleiding een breed in te zetten ondersteuningstool waar zowel werkgevers, collectiviteiten als zorgverzekeraars mee kunnen werken. De resultaten van het eerste praktijkvoorbeeld kunnen deze implementatie verder versnellen.



Hoewel het programma diverse handvatten heeft opgeleverd waarmee het systeemfalen kan worden aangepakt, zien we in de praktijk dat partijen nog niet vanzelfsprekend buiten de gebaande paden treden. De onderwerpen besproken tijdens de plenaire discussie van de afsluitende werkconferentie onderstrepen dit ook. Oude knelpunten worden nog steeds als obstakels naar voren gebracht. De samenwerking tussen de reguliere zorg en de arbozorg komt nog maar moeizaam op gang. Veel partijen geven aan dat oplossingen niet kunnen worden geïmplementeerd vanwege financiële silo's. Alhoewel dit natuurlijk klopt en ook strookt met onze bevindingen in thema 1 blijkt nu juist ook dat binnen 'subsystemen' veel winst is te behalen door aan de slag te gaan met de ruimte die bestaat binnen de huidige wet- en regelgeving. We verwachten daarom dat er nog een aantal (kleinschalige) innovatieve praktijkvoorbeelden nodig is om het grotere geheel te overtuigen.

