

University of Groningen

Arbeid.

Reneman, Michiel; Beemster, Timo

Published in:
Handboek pijnrevalidatie

DOI:
[10.1007/978-90-368-2230-5_10](https://doi.org/10.1007/978-90-368-2230-5_10)

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version
Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:
2019

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

Reneman, M., & Beemster, T. (2019). Arbeid. In *Handboek pijnrevalidatie: voor de eerste-, tweede- en derdelijns gezondheidszorg* (1 redactie, blz. 119-129). Bohn, Stafleu, Van Loghum. https://doi.org/10.1007/978-90-368-2230-5_10

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.



Arbeid

M.F. Reneman en T. Beemster

Samenvatting

Mensen met chronische pijn hebben een verminderde arbeidsparticipatie. Revalidatie kan een positieve invloed hebben op het arbeidsvermogen en -participatie. In dit hoofdstuk wordt op hoofdlijnen ingegaan op de gevolgen van chronische pijn voor arbeidsparticipatie, de evidentie voor revalidatiebehandelingen die zijn gericht op het verbeteren van arbeidsparticipatie, wetenschappelijk uitdagingen en uitgangspunten voor een effectieve behandeling. Specifieke arbeidsgelateerde onderdelen van de sociale context worden besproken. Relevante wetgeving wordt kort behandeld, waarbij er wordt voornamelijk verwezen naar actuele websites. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een beschrijving van ketenpartners.

10.1 Gevolgen van chronische pijn voor arbeidsparticipatie – 120

10.2 Uitgangspunten voor behandeling – 121

10.2.1 Effectiviteit – 121

10.2.2 Werkzame principes in de arbeidsrevalidatie – 122

10.2.3 Return to Work (RTW-)coördinator – 122

10.2.4 Graded activity en geleidelijke blootstelling aan werk – 123

10.2.5 Biopsychosociale oriëntatie van de professionals – 123

10.3 Uitdagingen – 124

10.3.1 Wetenschappelijk – 124

10.3.2 Financiering – 125

10.4 Wetgeving – 125

10.5 Ketenpartners – 126

Literatuur – 127

Dit hoofdstuk richt zich op het verbeteren van de arbeidsparticipatie van werkende volwassenen met chronische pijn. Arbeidsparticipatie betreft betaald werk, en kan verwijzen naar eigen werk, aangepast werk, tijdelijk werk, terugkeer naar werk (*return to work*, RTW) en een combinatie van deze. De principes beschreven in dit hoofdstuk zijn van toepassing voor de eerste-, tweede- en derdelijnszorg. De toepassing van deze principes zal verschillen per casus en per setting. In geval van multi- of interdisciplinaire toepassing, is ervan uitgegaan dat patiënten reeds eerstelijnszorg hebben gehad of waarbij het is overwogen (meer informatie over de eerste-, tweede- en derdelijnszorg in ►H. 21). Verder is er uitgegaan van een situatie waarbij de patiënt minder dan twee jaar verzuimt – aangezien dit het meeste voorkomt – en een dienstverband heeft. In dat geval heeft de patiënt te maken met de Wet Verbetering Poortwachter (WVP; ►par. 10.4). De principes van arbeidsrevalidatie gelden ook voor werkende patiënten zonder dienstverband, bijvoorbeeld voor zzp'ers, maar de WVP geldt niet voor hen.

10.1 Gevolgen van chronische pijn voor arbeidsparticipatie

Mensen met chronische pijn hebben een verminderde arbeidsparticipatie in vergelijking met de gemiddelde Nederlandse beroepsbevolking en in vergelijking met een aantal andere chronische aandoeningen zoals diabetes, hartziekten en kanker. Een verminderde arbeidsparticipatie uit zich op drie gebieden: arbeidsverzuim, productiviteitsverlies en arbeidsongeschiktheid. De gemiddelde Nederlandse werknemer verzuimt gemiddeld 4,9 dagen per jaar, terwijl mensen met een chronische aandoening tussen de 7 en 42 dagen verzuimen (Steenbeek et al. 2010). Mensen met chronische rugklachten verzuimen gemiddeld 29 dagen per jaar (Graaf et al. 2012). Productiviteitsverlies, vaak *presenteïsme* genoemd, betekent dat iemand aanwezig is op het werk, maar door ziekte of een aandoening minder productief is. Presenteïsme komt regelmatig voor. Geschat wordt dat Nederlanders met chronische rugklachten gemiddeld 12 werkdagen per jaar verliezen door presenteïsme (Graaf et al. 2012). Van alle mensen die van het Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV) een arbeidsongeschiktheidsuitkering (WAO of WIA) ontvangen, heeft 25 % dit vanwege gevolgen van een primaire diagnose 'bewegingsapparaat'. Van de mensen die pijnrevalidatie starten heeft 48 % betaald werk (Köke et al. 2017). Bij start van de revalidatie rapporteren zij hun werkvermogen als gemiddeld 4,3 op een schaal van 0–10 (0 = niet in staat om te werken, 10 = werkvermogen in beste periode).

De gevolgen van verzuim, presenteïsme en arbeidsongeschiktheid als gevolg van klachten aan het bewegingsapparaat leiden tot enorme maatschappelijke kosten, berekend op 4.1 miljard euro per jaar in Nederland (Steenbeek et al. 2010). Deze kosten zijn veel hoger dan bij andere chronische aandoeningen, zoals hart- en vaatziekten (1.5 miljard euro) en diabetes (680 miljoen euro) (Steenbeek et al. 2010). Naast de maatschappelijke kosten zijn de gevolgen van het niet (volledig) kunnen werken voor mensen met chronische pijn groot. Mensen hechten veel waarde aan het kunnen werken vanwege diverse redenen: werk zorgt voor een inkomen, vergroot de kwaliteit van leven, geeft de mogelijkheid om zich te ontplooiën en om sociale contacten op te bouwen, geeft structuur aan het bestaan en het gevoel maatschappelijk zinvol of nuttig bezig te zijn, en bovendien geeft werk een bepaalde sociale status. Mensen met een chronische aandoening die werken, ervaren een betere gezondheid en maken minder gebruik van zorg dan mensen met een chronische aandoening die niet werken. Verder heeft werk een positieve invloed op welzijn en herstel (Waddell et al. 2013; Willems et al. 2014). Een belangrijk behandeldoel voor mensen met chronische pijn en een verminderde arbeidsparticipatie is daarom om hun werk duurzaam te hervatten en/of vol te houden.

10.2 Uitgangspunten voor behandeling

Om redenen die in ►par. 10.1 zijn genoemd, kan het hervatten, uitbreiden of behouden van werk een behandeldoel zijn voor patiënten met chronische pijn. Wanneer de patiënt zich meldt met een primair arbeidsgericht revalidatiedoel, is arbeidsrevalidatie mogelijk een effectievere interventie dan ‘reguliere’ pijnrevalidatie. Indien er meerdere revalidatiedoelen zijn, waarvan arbeid er één is, kunnen werkzame principes uit de arbeidsrevalidatie in de pijnrevalidatie of in een andere setting (eerstelijns fysio- of oefentherapie, psychologie) worden ingebouwd. Deze principes worden in deze paragraaf beschreven.

Arbeidsrevalidatie kan worden gedefinieerd als een interventie die iemand met een gezondheidsprobleem helpt om aan het werk te blijven, of er naar terug te keren (Waddell et al. 2013). Deze definitie is van toepassing voor de eerste, tweede en derdelijn. Het ‘stepped care’-principe (►H. 21) en de WPN-classificatie (►H. 7) kunnen richting geven welke setting het meest recht doet gezien de complexiteit van de casus en de behandeldoelen van de patiënt. Zoals eerder vermeld, wordt in dit hoofdstuk uitgegaan van een situatie waarbij reeds eerstelijnszorg is geprobeerd, maar niet voldoende effectief is gebleken, of waarbij de complexiteit van de casus zodanig is dat een monodisciplinaire interventie niet toereikend is.

Een duidelijk afgebakende grens tussen arbeidsrevalidatie voor mensen met chronische pijn enerzijds en pijnrevalidatie gericht op arbeidsparticipatie anderzijds, is niet beschikbaar. De overeenkomsten zijn groter dan de verschillen. Belangrijke overeenkomsten zijn het revalidatiemodel (International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)), een biopsychosociale visie en werkwijze (multi- en interdisciplinair) in algemene zin. De (graduele) verschillen zijn: focus, verwijzers, complexiteit, wetgeving, financiering en ketenpartners (zie een uitwerking van de twee laatstgenoemde aspecten in ►par. 10.5). Met een verschil in focus wordt bedoeld dat er bij arbeidsrevalidatie een arbeidsgerelateerd hoofddoel is. Bij pijnrevalidatie kunnen er meerdere doelen zijn, op verschillende participatiedomeinen, bijvoorbeeld arbeid, sport, hobby en zelfverzorging. Met complexiteit wordt het WPN-niveau bedoeld (►H. 7).

10.2.1 Effectiviteit

Uit een systematische review over effectiviteit van pijnrevalidatie voor arbeidsparticipatie bleek dat pijnrevalidatie effectiever is dan fysiek gerichte behandelingen, maar niet effectiever is dan de gebruikelijke zorg (Kamper et al. 2015). Ook zijn er diverse reviews over arbeidsrevalidatie voor werknemers met chronische pijn aan het bewegingsapparaat, waarin er sterke aanwijzingen zijn dat de arbeidsrevalidatie voor werknemers met chronische pijn effectief is ten aanzien van arbeidsparticipatie (Airaksinen et al. 2006; Cullen et al. 2017; Hoefsmit et al. 2012; Meijer et al. 2005; Palmer et al. 2012; Vilsteren et al. 2015; Waddell et al. 2013). Uit de literatuur is niet bekend of en in welke mate er relevante verschillen zijn tussen de onderzochte populaties in pijnrevalidatie en in arbeidsrevalidatie (mogelijk is bijvoorbeeld de duur van het arbeidsverzuim bij de patiënten behandeld in de arbeidsrevalidatie aanmerkelijk korter). Hierdoor vallen niet met zekerheid conclusies omtrent effectiviteitsverschillen ten aanzien van arbeidsparticipatie tussen beide behandelingen te trekken. Wel is er is sterk bewijs dat multidisciplinaire arbeidsrevalidatie effectief is voor werkgerelateerde uitkomsten (Airaksinen et al. 2006; Waddell et al. 2013). Voor werknemers met chronische pijn met meer dan 3-6 maanden arbeidsverzuim wordt multidisciplinaire arbeidsrevalidatie aanbevolen (Airaksinen et al. 2006; Waddell et al. 2013). Jarenlang was het sterkste bewijsmateriaal afkomstig

uit de groep mensen met lage rugpijn, en uit recentere gegevens blijkt dat dezelfde beginselen ook gelden voor de meeste mensen met nekpijn en klachten van nek, schouders, armen (Palmer et al. 2012; Vilsteren et al. 2015). Het is ook aangetoond dat, vanuit een maatschappelijk perspectief, arbeidsrevalidatie bij patiënten met chronische pijn een goede *return on investment* heeft, die aangeeft dat de samenleving als geheel van investeringen in arbeidsrevalidatie kan profiteren. De schattingen lopen uiteen van een verhouding van 1:4 tot 1:10; voor elke munteenheid geïnvesteerd in arbeidsrevalidatie, is het maatschappelijke rendement vier- tot tienvoudig (McAnaney en Wynne 2016). Ook in een eerstelijns setting (bedrijfsarts, arbeidsfysiotherapeut) is aangetoond dat interventies met op basis van de principes van de ‘participatieve ergonomie’ effectief en kosteneffectief zijn bij mensen met rugpijn (Lambeek et al. 2010).

10.2.2 Werkzame principes in de arbeidsrevalidatie

Omgevingsfactoren, zoals familie, werk, gezondheidszorg, wetten en regels en cultuur, kunnen een belangrijke invloed hebben op het functioneren van werkende mensen (en dus ook patiënten) (Bartys et al. 2017). Onderzoeken uit landen met andere wet- en regelgeving, een andere sociaal systeem, anders georganiseerde gezondheidszorg of andere cultuur, zijn daardoor soms beperkt of indirect generaliseerbaar naar de Nederlandse situatie. In verband met verschillen in wetgeving zijn Nederlandse studies met patiënten in dienstverband (WVP van toepassing) ook niet direct generaliseerbaar naar Nederlandse patiënten zonder dienstverband (zzp'ers). Gedetailleerde aanbevelingen over effectieve onderdelen van arbeidsrevalidatie in Nederland zijn daardoor niet te geven; werkzame principes kunnen er wel uit worden afgeleid. Het belangrijkste en overkoepelend principe is dat het gaat om zorg én werk. Alleen op arbeid gerichte zorg is op zichzelf onvoldoende effectief; ook (tijdelijke) werkaanpassingen dienen overwogen en uitgevoerd te worden. Aanpassingen kunnen nodig zijn in arbeidsvoorwaarden, -inhoud, -omstandigheden en -verhoudingen. Het is van belang dat de onderdelen zorg en werk gecoördineerd worden ingezet. Effectieve op arbeid gerichte revalidatie bestaat bij voorkeur uit drie hoofdonderdelen: op arbeid gerichte revalidatie, aangepast werk en coördinatie. Hiervan afgeleid zijn de drie toepassingsprincipes (Main et al. 2008): de aanwezigheid van een terugkeer naar het werk (RTW-)coördinator, blootstelling aan (aangepast) werk en een biopsychosociale oriëntatie van de revalidatieprofessionals.

10.2.3 Return to Work (RTW-)coördinator

Veel arbeidsrevalidatieprogramma's maken gebruik van een 'Return to Work'-coördinator; andere benamingen zijn: re-integratiebegeleider, werkcoach, casemanager, arbeidsconsulent. In de eerstelijns kan een arbeidsfysiotherapeut een dergelijke rol (mede) vervullen. Deze persoon kan dienen als spin in het web tussen de patiënt/werknemer, het werk (inclusief leidinggevende en personeelszaken), (bedrijfs)gezondheidszorg en casemanagers. De effectiviteit van de communicatie tussen de betrokken gezondheidsprofessionals en de betrokkenen vanuit de werkplek is duidelijk aangetoond (Cullen et al. 2017; Franche et al. 2005; Hamer et al. 2013; Palmer et al. 2012; Vilsteren et al. 2015). De competenties van de RTW-coördinator zijn belangrijker dan zijn professionele achtergrond. Essentieel zijn relevante kennis op het gebied van wet- en regelgeving, het kunnen beoordelen van arbeidsvaardigheden, communicatieve

vaardigheden, vaardigheden in conflicthantering en probleemoplossende vaardigheden (Gardner et al. 2010). Om arbeidsparticipatie te faciliteren voor de werkende met chronische pijn, worden deze competenties ingezet voor het samen met de patiënt opstellen, monitoren en eventueel bijsturen van een RTW-plan, voor het zorg dragen dat dit plan door alle betrokkenen wordt onderschreven, en het 'aan boord houden' van iedereen tijdens dit proces. Ook kan de RTW-coördinator een rol spelen bij de nazorg. Nazorg kan in verschillende vormen plaatsvinden, bijvoorbeeld door een (eerstelijns)ketenpartner, de bedrijfsarts, arbeidsdeskundige, re-integratie bureau, casemanager, of door de RTW-coördinator zelf. In een Noors onderzoek werden mensen gedurende een jaar na afloop van het programma een aantal keren gebeld om eventuele knelpunten te bespreken. Deze vorm van nazorg bleek in de Noorse setting gemiddeld kosteneffectief te zijn (Hara et al. 2018).

10.2.4 Graded activity en geleidelijke blootstelling aan werk

Volgens het tweede principe van (arbeids)revalidatie gaat de patiënt werkactiviteiten geleidelijk opstarten en/of uitbreiden. Een start- en opbouwschema komt primair tot stand in overleg tussen werknemer en leidinggevende, zo nodig daarin geadviseerd door de RTW-coördinator of de bedrijfsarts. In het schema zijn taken, uren en dagen opgenomen (Lambeek et al. 2010). Het is van belang dat iedere betrokkene de doelstelling, inhoud en timing van dit plan kent en hier actief aan bijdraagt. Overleg en afstemming tussen betrokkenen is hiervoor een vereiste (zie vorige paragraaf). Voor afstemming van revalidatie- en re-integratieplannen kan het nuttig zijn om (telefonisch) te overleggen met de bedrijfsarts (Vooijs et al. 2016), bij voorkeur met actieve deelname van de patiënt.

Het gemeenschappelijke plan voorziet in een geleidelijke voortgang van activiteiten, ongeacht de dagelijkse schommelingen in intensiteit van de pijn (►H. 16). Activiteiten kunnen betrekking hebben op oefeningen, fysieke activiteiten en sportieve activiteiten, maar ook gesimuleerde werkzaamheden. Bij voorkeur, als het werk dat toelaat, gebeurt dit op het werk in aangepaste vorm of duur (Franché et al. 2005). Dit heet 'werken op arbeidstherapeutische basis (ATB)'. Wanneer aangepast werk geen optie is, kunnen werkzaamheden gesimuleerd worden in de revalidatiesetting. Hoe snel werkopbouw kan plaatsvinden is onbekend; er zijn geen studies naar verricht en er zijn geen richtlijnen voor. Er is slechts een indicator met enige bewijskracht, en dat is de inschatting van de patiënt zelf (Verbeek et al. 2006). Dit betekent dat de werkende een inschatting maakt van inhoud en kwantiteit van het opstarten van werk en van de snelheid van opbouw van werkzaamheden. Ook in het model van de participatieve ergonomie is een centrale rol voor de werkende zelf in het proces van RTW. Deze benadering is gebleken effectief en kosteneffectief (Lambeek et al. 2010).

10.2.5 Biopsychosociale oriëntatie van de professionals

Als derde principe geldt de biopsychosociale oriëntatie van de professionals tijdens diagnostiek en behandeling (Waddell et al. 2008). Er is brede overeenstemming dat ziekte en beperkingen (in arbeid) samen kunnen hangen met biologische, psychologische en sociale dimensies: een biopsychosociaal model (►H. 6 en 8). Deze dimensies, of onderdelen daarvan, zijn vaak beschreven en afzonderlijk onderzocht. In werkelijkheid betreffen dit echter complexe interacties tussen het individu en diens omgeving, die dynamisch verlopen in

de tijd (Waddel et al. 2008). Psychologische en sociale factoren kunnen werkgerelateerd of niet-werkgerelateerd zijn. Niet (direct) aan werk gerelateerde factoren zijn elders in dit handboek uitgebreid beschreven (►H. 3, 5 en 6).

Contextuele factoren die specifiek zijn voor arbeidsgerelateerde zorg:

- Wettelijk systeem: de belangrijkste wet die betrekking heeft op alle Nederlanders die werken in een loondienstverband is de Wet Verbetering Poortwachter (WVP, ►par. 10.4). In Nederland geldt dat iedere werknemer recht heeft op (gedeeltelijke) loondoorbetaling bij ziekte. Er is beperkt bewijs dat het ontvangen van een dergelijke uitkering op zichzelf een obstakel zou vormen richting werkhervatting (Bartys et al. 2017). Er is robuust bewijs dat specifieke ongunstige kenmerken van een compensatiesysteem arbeidsparticipatie kan belemmeren: strikte en rigide systemen of toepassingen van deze systemen, de dreiging van inkomensverlies, een langzame of onbevredigend werkend *case management*, of een uitkering die even hoog of hoger is dan inkomen door werk (Bartys et al. 2017).
- Werksysteem: naast de reeds genoemde mogelijkheid voor (tijdelijk) aangepast werk passend bij de capaciteiten van de patiënt, is de rol van de leidinggevende van groot belang. Het trainen van een leidinggevende in het adequaat omgaan met een (dreigend) verzuimende medewerker kan bevorderend werken voor arbeidsparticipatie (Linton et al. 2016).
- Persoonlijke systeem: er is adequaat bewijs dat gebrek aan goede ondersteuning van een partner een obstakel kan vormen voor arbeidsparticipatie (Bartys et al. 2017).
- Gezondheidszorgsysteem: zorgprofessionals moeten worden beschouwd als een omgevingsfactor die de loop van terugkeer naar werk positief kunnen beïnvloeden. Echter het tegenovergestelde kan ook het geval zijn. De houding van de zorgverlener is ook zeer relevant, en zorgverleners moeten zich bewust zijn dat zij een belemmering kunnen vormen voor de vooruitgang in arbeidsparticipatie. Werknemers verzuimen vaker en langer wanneer artsen zelf *fear-avoidance beliefs* hebben ten aanzien van activiteiten en werk (Werner et al. 2012). Er zijn sterke aanwijzingen dat gezondheidswerkers met hoge *fear-avoidance beliefs* geassocieerd zijn met hoge *fear-avoidance beliefs* van hun patiënten; dit suggereert een nocebo-effect. Er is bovendien bewijs van matige kwaliteit dat professionals met hoge *fear-avoidance beliefs* vaker adviseren om activiteiten en werk te beperken (Darlow et al. 2012) (►H. 6).

10.3 Uitdagingen

10.3.1 Wetenschappelijk

De uitdagingen in de arbeidsrevalidatie zijn sterk gelijkend op die in de pijnrevalidatie. Hoewel de effectiviteit van arbeidsrevalidatie is aangetoond, is de gemiddelde omvang van het effect bescheiden (Waddel et al. 2008). Dit betekent dat de gemiddelde werknemer met chronische pijn enigszins van arbeidsrevalidatie zal profiteren, maar ook dat er een grote verscheidenheid rondom dit gemiddelde is: sommigen profiteren niet of weinig, terwijl anderen volledig het werk weer kunnen hervatten. De belangrijkste uitdaging betreft het verder verhogen van de effectiviteit en efficiëntie, alsmede het correct positioneren van de principes in de keten van *stepped care*. De effectiviteit zou verbeterd kunnen worden door betere personalisatie, zodat het aangeboden programma qua inhoud en dosis past bij de persoon en zijn situatie. Theoretisch zou het gemiddelde effect moeten toenemen wanneer werknemers

die niet van deze programma's profiteren ook niet aan zo'n programma gaan beginnen, of dat zij een ander, voor hen wel werkzaam programma kunnen krijgen. Dit vereist een set diagnostische instrumenten die op individueel niveau relevante barrières kunnen diagnosticeren en werkzame behandellementen kunnen voorspellen ('wat werkt voor wie'). Betrouwbare en valide diagnostische hulpmiddelen zijn hiervoor echter momenteel beperkt beschikbaar. Een uitzondering voor een deelaspect is de Functional Capacity Evaluation (FCE), en de tiltesten in het bijzonder (Kuijer et al. 2012). Deze tests zijn betrouwbaar, op individueel niveau te interpreteren aan de arbeidsbelasting (criterium normering) (Soer et al. 2009) en hebben een relatie met functioneren in werk (Kuijer et al. 2012).

Zowel voor de pijn- als voor de arbeidsrevalidatie wordt een grote verscheidenheid aan inhoud, disciplines en dosering beschreven. Echter, de optimale onderdelen van deze elementen voor elke individuele deelnemer zijn niet bekend (Hoefsmit et al. 2012; Meijer et al. 2005; Palmer et al. 2012; Schaafsma et al. 2010; Waddell et al. 2013; Waterschoot et al. 2014). Er is momenteel geen sterk bewijs op basis waarvan aanbevelingen voor specifieke inhoud (Tulder et al. 2006) of dosering (Waterschoot et al. 2014) kan worden gegeven. Ten aanzien van de dosis blijkt uit vijf Scandinavische studies en een Franse studie dat uitgebreide programma's niet aangetoond betere resultaten behalen dan kortere programma's (Aasdahl et al. 2017; Haldorsen et al. 2002; Harris et al. 2017; Jensen et al. 2012; Moll et al. 2017; Ronzi et al. 2017; Skouen et al. 2002).

10.3.2 Financiering

Enkele effectieve elementen van arbeidsrevalidatie bevinden zich op de grens tussen *zorg* en *arbeid*, zoals de inzet van een RTW-coördinator, een werkbezoek (inclusief gesprek met werkgever, werknemer, personeelszaken en bedrijfsarts), coaching en casemanagement. Het *zorg*deel van de arbeidsrevalidatie/MSR (medisch-specialistische revalidatie) wordt door de zorgverzekeraar gefinancierd, maar aanvullende onderdelen *arbeid* meestal niet. Deze moeten dan worden gefinancierd door de werkgever, inkomensverzekeraar, of aanvullende collectiviteiten vanuit de zorgverzekering. In de praktijk komt het voor dat alleen het *zorg*deel kan worden aangeboden. Dit is zorgwekkend, aangezien het *werk*deel van de arbeidsrevalidatie als kernelement van (kosten)effectieve arbeidsrevalidatie wordt gezien (Cullen et al. 2017; Hamer et al. 2013; Palmer et al. 2012; Vilsteren et al. 2015).

10.4 Wetgeving

In dit hoofdstuk is slechts plaats voor een beschrijving op hoofdlijnen van de twee bekendste wetten rondom arbeid: de Wet verbetering poortwachter (WVP; zie ► box 1) en de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA). Voor details, uitzonderingen en updates, alsmede voor overige wetgeving, verwijzen wij naar publiek toegankelijke websites. Een selectie van deze websites:

- Ministerie voor Sociale Zaken en Werkgelegenheid: ► www.arboportaal.nl.
- UWV: ► www.uwv.nl.
- Fit for Work Nederland geeft tips, tools, en checklists voor zorgprofessionals, werknemers en werkgevers uit: ► www.fitforworknederland.nl.

Wet verbetering Poortwachter

Tekst overgenomen uit SER-rapport 'Werk: van belang voor iedereen. Een advies over werken met een chronische ziekte' (SER 2016).

'Bij ziekteverzuim is de werkgever verplicht om maximaal 104 weken het loon voor ten minste 70 % door te betalen. In die periode hebben werkgever en werknemer op grond van de *Wet verbetering poortwachter* en de *Regeling procesgang eerste en tweede ziektejaar* verschillende verplichtingen om de re-integratie te bevorderen. Zo moet de arbodienst of bedrijfsarts worden ingeschakeld bij dreigend langdurig verzuim. De arbodienst of bedrijfsarts moet binnen 6 weken na de eerste ziektedag een probleemanalyse maken en op basis daarvan een concept plan van aanpak opstellen. Dat concept gaat naar de werkgever die, samen met de werknemer, binnen 8 weken na de eerste ziektedag een definitief plan van aanpak moet maken, waarin zij afspraken maken over de activiteiten die ze zullen ondernemen om de re-integratie te bevorderen. Een casemanager ziet toe op de uitvoering daarvan. Het plan wordt in principe elke 6 weken geëvalueerd. De verslagen zijn onderdeel van het re-integratiedossier. Als duidelijk is dat de werknemer niet kan terugkeren naar de oude functie, moeten werkgever en werknemer uitkijken naar een andere functie in de organisatie. Is ook dat niet haalbaar, dan schrijft de wet voor dat gezocht moet worden naar een passende functie buiten de organisatie, de zogenaamde re-integratie in het tweede spoor. Het tweede spoor moet in elk geval worden ingezet als bij de eerstejaarsevaluatie blijkt dat er geen reëel perspectief is op de terugkeer naar het eigen werk. Bij het vormen van een oordeel hierover kan de arbodienst of bedrijfsarts worden betrokken, maar het is ook mogelijk hierover een deskundigenoordeel te vragen bij het UWV.'

Van belang voor sommige patiënten zijn private arbeidsongeschiktheidsverzekeringen (voor zzp'ers en zelfstandigen), wetten en uitvoeringsregelingen van pensioenen, cao-specifieke regelingen, transitievergoedingen, beroepsziekten, en bijstandsregelingen. Het valt buiten de doelstelling van dit handboek om dit inhoudelijk te beschrijven. Maar aangezien deze wetten relevant zijn voor de patiënten, zijn deze ook relevant voor zorgprofessionals. Zij kunnen namelijk, net als de WVP en de WIA, de voortgang van de revalidatie belemmeren of faciliteren. Een belangrijk moment in de WVP is bijvoorbeeld gelegen na 6 weken verzuim; dan dient een probleemanalyse te worden opgesteld. Bij dreigend langdurig verzuim kunnen werkgever, werknemer en bedrijfsarts overwegen gebruik te maken van een eerstelijns professionaal of multidisciplinair revalidatieteam.

In de WVP zijn de rol van de werknemer en zijn leidinggevende van groot belang, maar ook de rol van de bedrijfsarts, arbeidsdeskundigen en anderen zijn vastgelegd. De WIA komt in beeld bij het naderen van twee jaar arbeidsverzuim. De WIA is een inkomensdervingsverzekering, waarbij verlies aan inkomen tot een maximum van 70 % wordt gecompenseerd. Theoretische verdien capaciteit wordt vastgesteld door de arbeidsdeskundige, gebruikmakend van de Functionele Mogelijkheden Lijst die door de verzekeringsarts is opgesteld. Bij veel patiënten is het niet duidelijk dat de WIA niet uitsluitend te maken heeft met de beperkingen die hij of zij heeft of ervaart.

10.5 Ketenpartners

Voor een uitgebreide beschrijving van en samenwerking tussen de verschillende ketenpartners wordt verwezen naar ►H. 21. Derhalve zal in deze paragraaf alleen de bij werk betrokken ketenpartners worden besproken. Coördinatie van zorg en re-integratie vindt plaats op

macro-, meso- en microniveau. Het UWV is de instantie die op macroniveau de coördinatie uitvoert, maar komt pas bij langdurig verzuim in beeld. De bedrijfsarts en de afdeling personeelszaken voeren op mesoniveau de coördinatie. Op microniveau is leidinggevende een belangrijke actor in het ondersteunen en begeleiden van de zieke werknemer. Allen kunnen betrokken zijn bij een individuele patiënt en kunnen dus, in meer of mindere mate, ook relevante partijen zijn voor het revalidatieteam.

Binnen het domein arbeid kunnen de volgende aanbieders/ketenpartners worden onderscheiden: arbodiensten, eerstelijns zelfstandigen (huisartsen, fysiotherapeuten, oefentherapeuten, ergotherapeuten, psychologen), tweede- en derdelijns revalidatiecentra, zelfstandige behandelcentra (ZBC's), UWV (bijvoorbeeld voor persoonsgebonden voorzieningen), re-integratiebedrijven (bijvoorbeeld voor het uitvoeren van tweedespoor trajecten), gemeenten, WSW-bedrijven en Stichting MEE.

Literatuur

- Aasdahl, L., Pape, K., Vasseljen, O., Johnsen, R., Gismervik, S., Halsteinli, V., et al. (2017). Effect of inpatient multicomponent occupational rehabilitation versus less comprehensive outpatient rehabilitation on sickness absence in persons with musculoskeletal- or mental health disorders: A randomized clinical trial. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 28(1), 70–179.
- Airaksinen, O., Brox, J. I., Cedraschi, C., Hildebrandt, J., Klaber-Moffett, J., Kovacs, F., et al. (2006). Chapter 4. European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. *European Spine Journal*, 15(Suppl 2), S192–S300.
- Bartys, S., Frederiksen, P., Bendix, T., & Burton, K. (2017). System influences on work disability due to low back pain: An international evidence synthesis. *Health Policy*, 121(8), 903–912.
- Cullen, K. L., Irvin, E., Collie, A., Clay, F., Gensby, U., Jennings, P. A., et al. (2017). Effectiveness of workplace interventions in return-to-work for musculoskeletal, pain-related and mental health conditions: An update of the evidence and messages for practitioners. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 1–15.
- Darlow, B., Fullen, B. M., Dean, S., Hurley, D. A., Baxter, G. D., & Dowell, A. (2012). The association between health care professional attitudes and beliefs and the attitudes and beliefs, clinical management, and outcomes of patients with low back pain: A systematic review. *European Journal of Pain*, 16(1), 3–17.
- Franche, R. L., Cullen, K., Clarke, J., Irvin, E., Sinclair, S., & Frank, J. (2005). Workplace-based return-to-work interventions: a systematic review of the quantitative literature. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15(4), 607–631.
- Gardner, B. T., Pransky, G., Shaw, W. S., Hong, Q. N., & Loisel, P. (2010). Researcher perspectives on competencies of return-to-work coordinators. *Disability and Rehabilitation*, 32(1), 72–78.
- Graaf, R. de, Tuithof, M., Dorselaer, S. van, & Have, M. ten (2012). Comparing the effects on work performance of mental and physical disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(11), 1873–1883.
- Haldorsen, E. M., Grasdahl, A. L., Skouen, J. S., Risa, A. E., Kronholm, K., & Ursin, H. (2002). Is there a right treatment for a particular patient group? Comparison of ordinary treatment, light multidisciplinary treatment, and extensive multidisciplinary treatment for long-term sick-listed employees with musculoskeletal pain. *Pain*, 95(1–2), 49–63.
- Hamer, H., Gandhi, R., Wong, S., & Mahomed, N. N. (2013). Predicting return to work following treatment of chronic pain disorder. *Occupational Medicine (London)*, 63(4), 253–259.
- Hara, K. W., Bjørngaard, J. H., Brage, S., Borchgrevink, P. C., Halsteinli, V., Stiles, T. C., et al. (2018). Randomized controlled trial of adding telephone follow-up to an occupational rehabilitation program to increase work participation. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 28(2), 265–278.
- Harris, A., Moe, T. F., Eriksen, H. R., Tangen, T., Lie, S. A., Tveito, T. H., et al. (2017). Brief intervention, physical exercise and cognitive behavioural group therapy for patients with chronic low back pain (The CINS trial). *European Journal of Pain*, 21(8), 1397–1407.
- Hoefsmits, N., Houkes, I., & Nijhuis, F. J. (2012). Intervention characteristics that facilitate return to work after sickness absence: A systematic literature review. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 22(4), 462–477.

- Jensen, C., Jensen, O. K., & Nielsen, C. V. (2012). Sustainability of return to work in sick-listed employees with low-back pain. Two-year follow-up in a randomized clinical trial comparing multidisciplinary and brief intervention. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 13, 156.
- Kamper, S. J., Apeldoorn, A. T., Chiarotto, A., Smeets, R. J., Ostelo, R. W., Guzman, J., et al. (2015). Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain: Cochrane systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal*, 350, h444.
- Köke, A. J., Smeets, R. J., Schreurs, K. M., Baalen, B. van, Haan, P. de, Remerie, S. C., et al. (2017). Dutch dataset pain rehabilitation in daily practice: Content, patient characteristics and reference data. *European Journal of Pain*, 21(3), 434–444.
- Kuijjer, P. P., Gouttebauge, V., Brouwer, S., Reneman, M. F., & Frings-Dresen, M. H. (2012). Are performance-based measures predictive of work participation in patients with musculoskeletal disorders? A systematic review. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 85(2), 109–123.
- Lambeek, L. C., Bosmans, J. E., Royen, B. J. van, Tulder, M. W. van, Mechelen, W. van, & Anema, J. R. (2010). Effect of integrated care for sick listed patients with chronic low back pain: Economic evaluation alongside a randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 341, c6414.
- Linton, S. J., Boersma, K., Traczyk, M., Shaw, W., & Nicholas, M. (2016). Early Workplace communication and problem solving to prevent back disability: Results of a randomized controlled trial among high-risk workers and their supervisors. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 26(2), 150–159.
- Main, C., Sullivan, M. J. L., & Watson, P. J. (2008). *Pain management; Practical applications of the biopsychosocial perspective in clinical and occupational settings* (2nd ed.). London: Elsevier Limited.
- McAnaney, D., & Wynne, R. (2016). *International good practice in vocational rehabilitation: Lessons for Ireland. Report*. Dublin: Work Research Centre.
- Meijer, E. M., Sluiter, J. K., & Frings-Dresen, M. H. (2005). Evaluation of effective return-to-work treatment programs for sick-listed patients with non-specific musculoskeletal complaints: A systematic review. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 78(7), 523–532.
- Moll, L. T., Jensen, O. K., Schiottz-Christensen, B., Stapelfeldt, C. M., Christiansen, D. H., Nielsen, C. V., et al. (2017). Return to work in employees on sick leave due to neck or shoulder pain: A randomized clinical trial comparing multidisciplinary and brief intervention with one-year register-based follow-up. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 28(2), 346–356.
- Palmer, K. T., Harris, E. C., Linaker, C., Barker, M., Lawrence, W., Cooper, C., et al. (2012). Effectiveness of community- and workplace-based interventions to manage musculoskeletal-related sickness absence and job loss: A systematic review. *Rheumatology (Oxford)*, 51(2), 230–242.
- Ronzi, Y., Roche-Leboucher, G., Begue, C., Dubus, V., Bontoux, L., Roquelaure, Y., et al. (2017). Efficiency of three treatment strategies on occupational and quality of life impairments for chronic low back pain patients: Is the multidisciplinary approach the key feature to success? *Clinical Rehabilitation*, 31(10), 1364–1373.
- Schaafsma, F., Schonstein, E., Whelan, K. M., Ulvestad, E., Kenny, D. T., & Verbeek, J. H. (2010). Physical conditioning programs for improving work outcomes in workers with back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1), CD001822.
- Skouen, J. S., Grasdøl, A. L., Haldorsen, E. M., & Ursin, H. (2002). Relative cost-effectiveness of extensive and light multidisciplinary treatment programs versus treatment as usual for patients with chronic low back pain on long-term sick leave: Randomized controlled study. *Spine (Phila Pa 1976)*, 27(9), 901–909.
- Sociaal-Economische Raad (2016). *Werk: Van belang voor iedereen. Een advies over werken met een chronische ziekte*.
- Soer, R., Schans, C. P. van der, Geertzen, J. H., Groothoff, J. W., Brouwer, S., Dijkstra, P. U., et al. (2009). Normative values for a functional capacity evaluation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 90(10), 1785–1794.
- Steenbeek, R., Hooftman, W., Geuskens, G., & Wevers, C. (2010). Objectiveren van gezondheidsgerelateerde nonparticipatie en de vermijdbare bijdrage van de gezondheidszorg hieraan. In TNO (Red.).
- Tulder, M. van, Becker, A., Bekkering, T., Breen, A., Real, M. T. del, Hutchinson, A., et al. (2006). Chapter 3. European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care. *European Spine Journal*, 15(Suppl 2), S169–S191.
- Verbeek, J. H. A. M., Anema, J. R., Everaert, C. P. J., Foppen, G. M., Heymans, M., Hloblil, H., et al. (2006). Richtlijn Rugklachten. In NVAB (Red.).
- Vilsteren, M. van, Oostrom, S. H. van, Vet, H. C. de, Franche, R. L., Boot, C. R., & Anema, J. R. (2015). Workplace interventions to prevent work disability in workers on sick leave. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10, CD006955.

- Vooijs, M., Heide, I. van der, Leensen, M., Hoving, J., Wind, H., & Frings-Dresen, M. (2016). Richtlijn chronisch zieken en werk. In Academisch Medisch Centrum (AMC) Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid (Red.). Amsterdam: AMC.
- Waddell, G., Burton, K., & Aylward, M. (2008). *A biopsychosocial model of sickness and disability*. (Vol. The guides newsletter).
- Waddell, G., Burton, AK., & Kendall, NAS. (2013). Vocational rehabilitation: What works, for whom, and when? In *Report for the vocational rehabilitation task group*. Londen: TSO (Ed.).
- Waterschoot, F. P., Dijkstra, P. U., Hollak, N., Vries, H. J. de, Geertzen, J. H., & Reneman, M. F. (2014). Dose or content? Effectiveness of pain rehabilitation programs for patients with chronic low back pain: A systematic review. *Pain, 155*(1), 179–189.
- Werner, E. L., Cote, P., Fullen, B. M., & Hayden, J. A. (2012). Physicians' determinants for sick-listing LBP patients: A systematic review. *Clinical Journal of Pain, 28*(4), 364–371.
- Willems, H., Timmermans, H., & Voogdt, H. (2014). Zorgmodule arbeid 1.0. Begeleiding rondom arbeidsparticipatie van chronisch zieken. In CBO (Red.). Utrecht.