



Richtlijn Chronisch Zieken en Werk

Achtergronddocument



Colofon

© Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid,
Academisch Medisch Centrum (AMC) 2016

Uitgave

Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid
Meibergdreef 9
1105 AZ Amsterdam

Auteurs

Drs. Marloes Vooijs
Dr. Iris van der Heide
Dr. Monique Leensen
Dr. Jan Hoving
Prof. dr. Haije Wind
Prof. dr. Monique Frings-Dresen

Werkgroep

Carin Wormsbecher, werkgever
Ernst Jurgens, bedrijfsarts, vertegenwoordiger NVAB
Heleen Post, vertegenwoordiger Patiëntenfederatie Nederland
Janny van den Heuvel, arbeidsdeskundige, vertegenwoordiger NVvA
Margot van der Doef, arbeids- en gezondheidspsycholoog
Olaf de Louwere, medisch adviseur, vertegenwoordiger GAV (tot 26-11-2015)
Quirijn van Woerdekom, vertegenwoordiger Ieder(In)
Robert van den Boogard, medisch adviseur, vertegenwoordiger GAV (tot 26-11-2015)
Viona Lapré-Utama, medisch adviseur, vertegenwoordiger GAV (vanaf 25-02-2016)
Wouter Kooloos, verzekeringsarts, vertegenwoordiger NVVG
Ynske Jansen, vertegenwoordiger Ieder(In)
Zamire Damen, huisarts, vertegenwoordiger NHG

Financiering

Deze richtlijn is tot stand gekomen met subsidie van Instituut Gak.

Vormgeving omslag

Désirée den Hartog – Staarman / Graphic Design Studio Dees

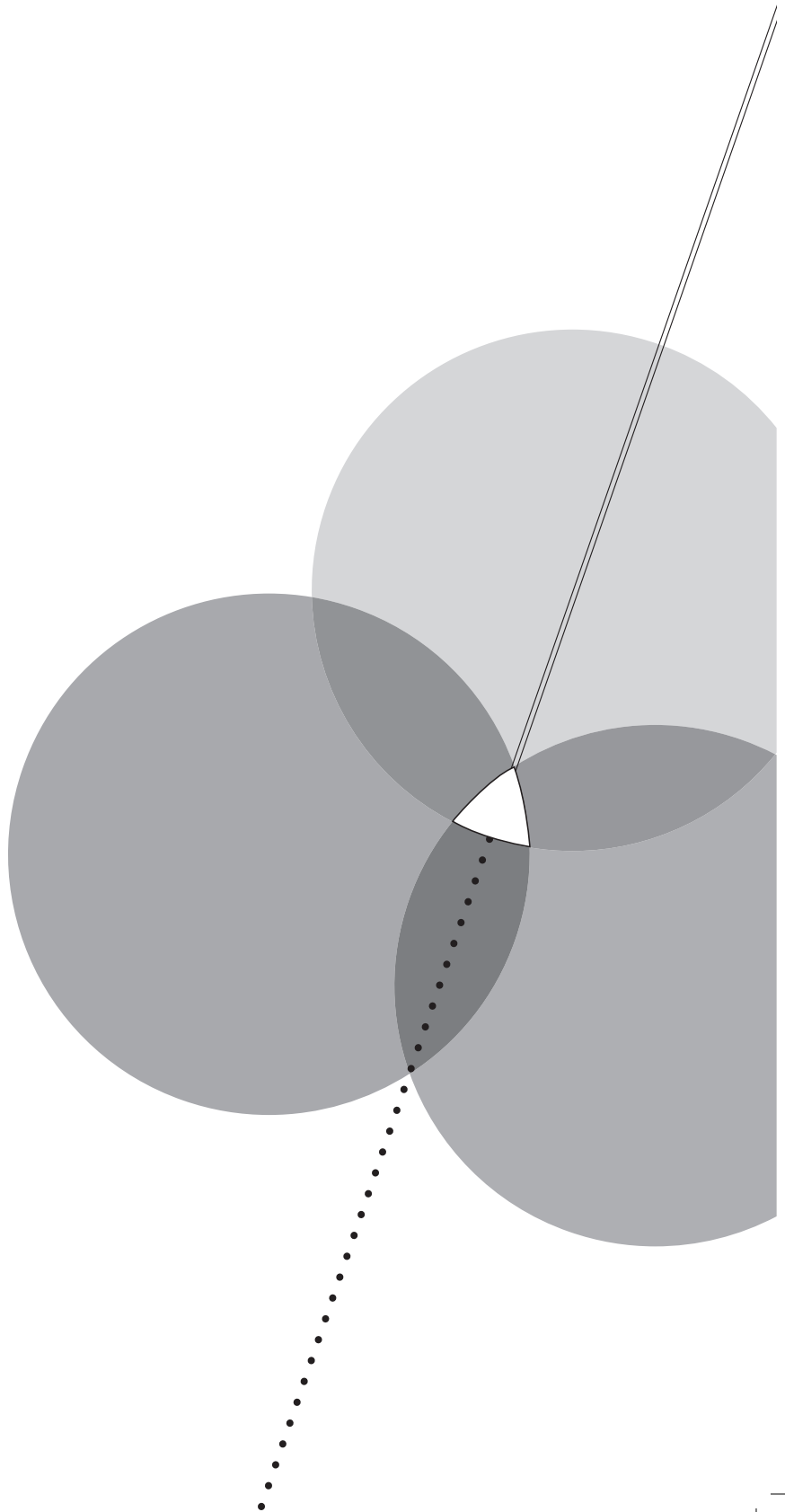
Druk

Station Drukwerk, Katwijk

ISBN: 978-94-91043-15-4

Inhoudsopgave

Algemene inleiding.....	05
Hoofdstuk 1: Probleemoriëntatie	17
1.1 Ziekte-overstijgende factoren geassocieerd met arbeidsparticipatie.....	19
1.2 Ziektespecifieke factoren geassocieerd met arbeidsparticipatie.....	38
1.3 Financiële en juridische factoren geassocieerd met arbeidsparticipatie	42
Hoofdstuk 2: Interventies.....	48
2.1 Ziekte-overstijgende interventies ter bevordering van arbeidsparticipatie	53
2.2 Ziektespecifieke interventies ter bevordering van arbeidsparticipatie.....	67
Hoofdstuk 3: Rol van de werk(zoek)ende.....	81
3.1 Ervaren belemmeringen in arbeidsparticipatie.....	86
3.2 De rol van werk(zoek)ende met een chronische aandoening.....	94
3.3 Ondersteuningsbehoefte van mensen met een chronische aandoening	103
3.4 Waarde van werk voor mensen met een chronische aandoening.....	111
Hoofdstuk 4: Samenwerking.....	125
4.1 Actoren betrokken bij arbeidsparticipatie van werk(zoek)enden met een chronische aandoening	129
4.2 Knelpunten en oplossingen in de samenwerking tussen actoren.....	134
4.3 Gedeelde besluitvorming in arbeidsgeneeskundige zorg	142
Bijlagen	153
Bijlage A: Indeling van methodologische kwaliteit van individuele studies.....	151
Bijlage B: Zoekstrategie systematisch literatuuronderzoek.....	152
Bijlage C: Evidence tabel ziekte-overstijgende factoren	155
Bijlage D: Evidence tabel ziektespecifieke factoren	163
Bijlage E: Zoekstrategie systematisch literatuuronderzoek uitgangsvraag 3 van hoofdstuk 1	169
Bijlage F: Zoekstrategie systematisch literatuuronderzoek uitgangsvraag 1 van hoofdstuk 2.....	171
Bijlage G: Evidence tabel ziekte-overstijgende interventies	174
Bijlage H: Evidence tabel ziektespecifieke interventies	178
Bijlage I: Resultaten vragenlijstonderzoek naar het belang van werk	180
Bijlage J: Samenstelling begeleidingscommissies.....	181





Algemene inleiding



Achtergrond

Uit cijfers van het Nationaal Kompas blijkt dat bijna een derde van de Nederlandse bevolking één of meerdere chronische ziekten heeft, wat neer komt neer op 5,3 miljoen mensen (3). Van deze groep heeft 35% meer dan één chronische aandoening. Van de mensen in de werkende leeftijd van 15 t/m 64 jaar, heeft 32% te kampen met een, door een arts gediagnosticeerde, chronische ziekte (3). De komende jaren wordt een stijging van het aantal mensen met een chronische ziekte verwacht, mede door de vergrijzing en door verbeterde zorg. Vroegopsporing van ziekten plus een betere behandeling leiden ertoe dat mensen langer leven met een ziekte. Bovendien krijgen aandoeningen waarvan de prognose vroeger infaust was, door betere behandelmethoden meer het karakter van een chronische aandoening. In totaal is de verwachting dat het aantal mensen met een chronische ziekte zal stijgen van 5,3 miljoen in 2011 (32% van de bevolking) naar 7 miljoen in 2030 (40%), waarbij ook het aantal mensen met twee of meer aandoeningen (multimorbiditeit) zal toenemen (4).

Door de vergrijzing en toename van de pensioenleeftijd zal ook het aantal mensen met een chronische aandoening op de arbeidsmarkt stijgen. Daarbij zien we zien ook meer jongeren met een beperking door een aandoening toetreden tot de arbeidsmarkt. Dat betekent dat chronische aandoeningen en de gevolgen daarvan voor het functioneren in werk een steeds belangrijker thema is geworden. Tegelijkertijd zien we dat aan de werkenden hoge eisen worden gesteld.

Voor een groot deel van de mensheid is werk een zeer belangrijk aspect in het leven. Werk is niet alleen van belang voor inkomen, maar ook voor zingeving en het onderhouden van sociale contacten. Werk en gezondheid zijn sterk aan elkaar gerelateerd: werk kan van invloed zijn op fysieke en mentale gezondheid, maar gezondheid is ook een voorwaarde voor arbeidsparticipatie (9). We zien dat werkenden met een chronische aandoening minder vaak betaald werk hebben dan mensen zonder een chronische aandoening of lichamelijke beperking. In 2013 had 26% van deze groep een betaalde baan voor tenminste 12 uur per week, in de algemene bevolking was dat tweederde (66%) (6). Zij werken gemiddeld minder uren per week en ze verzuimen langer (5).

Belemmeringen als gevolg van hun aandoening, zoals vermoeidheid en pijn, leiden ertoe dat mensen met een chronische aandoening moeilijkheden ervaren bij het uitvoeren van hun werk. Belemmeringen in participatie zijn voor een belangrijk deel een ziekte-overstijgend fenomeen. Zo hebben werk(zoek)enden met een chronische aandoening niet alleen te maken met de specifieke gevolgen van de aandoening zelf, maar ook met het verwerkingsproces, het ontvangen van adequate ondersteuning en het aanpassen van het werk aan wat wel mogelijk is. Het verwerven van kennis op het gebied van chronisch zieken en werk heeft de afgelopen jaren centraal gestaan in een groot aantal onderzoeken, waaruit blijkt dat belangrijke aspecten bij het behouden of hervatten van werk voor een deel niet ziektespecifiek zijn (2, 7). Echter ontbreekt het tot op heden nog aan een ziekteoverstijgende richtlijn ter ondersteuning van de beoordeling en begeleiding van werk(zoek)enden met een chronische aandoening. Het feit dat veel mensen niet één maar meerdere chronische aandoeningen hebben, waardoor ziektespecifieke richtlijnen vaak niet voldoen, onderstreept het belang van een ziekte-overstijgende richtlijn.

Verzekeringsartsen en bedrijfsartsen hebben een belangrijke taak bij het bevorderen en in stand houden van deelname aan werk van chronisch zieken. De overlap in het werkveld van deze professionals en de gemeenschappelijke taak in de zorgketen ten aanzien van behoud van werk of terugkeer naar werk, is de basis voor deze gezamenlijke, overkoepelende richtlijn voor arbeidsparticipatie van chronisch zieken. Goede samenwerking tussen beide disciplines maar ook met andere disciplines, zoals huisartsen en arbeidsdeskundigen, is een voorwaarde om te komen tot goede geneeskundige zorg voor werkenden met participatieproblemen. Deze tijd vraagt om samenwerking waarbij de gezondheid van de werkende centraal staat, wat aan de orde komt in deze multidisciplinaire richtlijn. Dat kwaliteit van zorg door bedrijfsartsen er toe doet, blijkt uit een onderzoek onder overlevers van kanker. Hieruit bleek dat er ruimte was voor verbetering van de zorg en dat wanneer zorg verbeterd was, dit leidde tot meer tevredenheid over de zorg bij zowel patiënten als artsen. Ook was er een relatie tussen terugkeer naar werk en de mate en continuïteit van zorg van bedrijfsartsen (8).

Bij de ontwikkeling van deze ziekte-overstijgende richtlijn wordt er van uitgegaan dat veel kennis al wel aanwezig is maar versnipperd en slecht toegankelijk is voor professionals in de praktijk. Deze richtlijn is bedoeld om kennis samen te vatten en te vertalen in aanbevelingen die gericht zijn op het verbeteren van de kwaliteit van zorg door professionals. Dit moet er uiteindelijk voor zorgen dat chronisch zieken voor zover mogelijk kunnen (blijven) participeren in werk. In de richtlijn zal de nadruk liggen op het ondersteunen van de rol van de werk(zoek)ende met een chronische aandoening bij behoud van werk of werkhervatting. Onder chronische aandoeningen worden zowel psychische als fysieke aandoeningen verstaan.

Doelstelling

Deze multidisciplinaire richtlijn heeft tot doel ondersteuning te bieden aan bedrijfsartsen en verzekeringsartsen bij het beoordelen en begeleiden van werk(zoek)enden met een chronische aandoening. Op basis van de wetenschappelijke inzichten en ervaringen uit de praktijk geeft de richtlijn aanbevelingen voor de dagelijkse praktijkvoering. Bedrijfsartsen en verzekeringsartsen kunnen deze richtlijn gebruiken wanneer zij te maken hebben met een werk(zoek)ende met een chronische aandoening en inzicht willen hebben in:

1. ziekte-overstijgende factoren die arbeidsparticipatie zouden kunnen bevorderen of belemmeren;
2. interventies die ingezet kunnen worden om werkbehoud of werkhervatting te bevorderen;
3. hoe zij in samenwerking met andere professionals en samen met de werk(zoek)ende zelf tot beslissingen kunnen komen met betrekking tot arbeidsparticipatie.

Doelgroep

De richtlijn is primair bedoeld voor bedrijfs- en verzekeringsartsen, zowel in dienst van UWV als particulier werkzaam, die betrokken zijn bij de begeleiding van mensen met een chronische aandoening naar of in werk. Daarnaast biedt de richtlijn informatie voor andere actoren die betrokken zijn bij de begeleiding van mensen met een chronische aandoening naar en in werk, zoals arbeidsdeskundigen, huisartsen, medisch specialisten, psychologen, jobcoaches, re-integratiedeskundigen, werkgevers en de werk(zoek)ende zelf.

Definities

Populatie: Werk(zoek)enden met een chronische aandoening die gevolgen heeft voor functioneren in werk. Hieronder worden werkende mensen, in loondienst of zelfstandig, verstaan alsook mensen die een relatie hebben tot werk, zoals mensen die zijn uitgevallen of geen werk hebben kunnen vinden wegens chronische ziekte. Mensen die niet (meer) kunnen werken vallen buiten de populatie van deze richtlijn. Ook heeft de richtlijn geen betrekking op mensen die voor het eerst toetreden tot de arbeidsmarkt omdat de problematiek die hierbij een rol speelt een heel andere achtergrond kent en onvoldoende tot zijn recht komt in deze ziekteoverstijgende richtlijn.

Chronische aandoening: Een aandoening met een ziekte duur van minimaal drie maanden waarbij een langdurig beroep op zorg en ondersteuning wordt gedaan.

Arbeidsparticipatie: Het uitvoeren van elke vorm van betaald werk waarmee loon verdiend kan worden, of het gericht zijn op werk of verzuimen van werk vanwege ziekte. In de wetenschappelijke literatuur wordt voornamelijk gepubliceerd over arbeidsparticipatie met de uitkomstmaten 'terugkeer naar werk' en 'werkbehoud'. Vrijwilligerswerk valt niet onder de definitie arbeidsparticipatie.

Ziekte-overstijgend: Factoren die niet gebonden zijn aan een specifieke ziekte of aandoening en zodoende gelden voor meerdere ziektes. Ziekte-overstijgende factoren worden als zodanig benoemd wanneer deze onderzocht zijn in ofwel een populatie met personen met verschillende diagnoses ofwel in diverse ziektespecifieke populaties waarbij steeds dezelfde factoren naar voren komen. Bij aanwijzingen voor tegengestelde effecten van een factor op arbeidsparticipatie binnen verschillende patiëntengroepen wordt de betreffende factor beschreven als ziektespecifiek.

Ziektespecifiek: Factoren die gebonden zijn aan een specifieke ziekte of aandoening.

Samenstelling werkgroep en richtlijnwerkgroep

Voor de ontwikkeling van de richtlijn zijn een projectgroep en een werkgroep samengesteld. De projectgroep is aangesteld vanuit het Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid en bestaat uit een promovenda, postdoc, senior onderzoeker/methodoloog, hoogleraar beroepsziekten en bijzonder hoogleraar sociale verzekeringsgeneeskunde. Deze projectgroep is verantwoordelijk voor het uitvoeren van het wetenschappelijk onderzoek dat ten grondslag ligt aan deze richtlijn en voor het opstellen van de richtlijnteksten.

Om zorgverlening rondom arbeidsparticipatie af te stemmen en onderlinge samenwerking te bevorderen, is de richtlijnwerkgroep multidisciplinair samengesteld; naast bedrijfsartsen, verzekeringsartsen, medisch adviseurs en arbeidsdeskundigen zijn ook huisartsen, psychologen, patiëntenvertegenwoordigers en werkgevers vertegenwoordigd in de richtlijnwerkgroep. De betreffende wetenschappelijke verenigingen en beroepsverenigingen zijn gevraagd om een werkgroeplid voor te dragen met expertise op het gebied van arbeidsparticipatie met een chronische aandoening, die gesteund wordt door de vereniging en herkenbaar is voor de achterban. Sommige leden (werkgever en psycholoog) werden op persoonlijke titel uitgenodigd voor de werkgroep.

De werkgroepleden hebben onafhankelijk gehandeld en waren gemandateerd door hun vereniging. Er zijn geen voor deze richtlijn relevante relaties van werkgroepleden met (farmaceutische) industrieën, producten of diensten gemeld, noch met enige andere relevante derde partij.

Werkwijze werkgroep

Als eerste stap in de ontwikkeling van deze richtlijn zijn er een tweetal expertmeetings georganiseerd; één met patiëntenvertegenwoordigers en één met bedrijfs- en verzekeringsartsen. Het doel van deze expertmeetings was te inventariseren welke belemmeringen men ervaarde in de begeleiding van mensen met een chronische aandoening rondom arbeidsparticipatie. De uitkomsten van de expertmeetings hebben geleid tot een overzicht van knelpunten die een rol spelen in het begeleiden van mensen met een chronische aandoening in en naar werk.

Tijdens een bijeenkomst met de werkgroep zijn deze knelpunten besproken en is vastgesteld op welke thema's de richtlijn moet focussen. Op basis hiervan zijn uitgangsvragen aan de werkgroepleden voorgelegd. Op basis van hun commentaar zijn de definitieve uitgangsvragen vastgesteld. Ter beantwoording van deze uitgangsvragen heeft de kerngroep literatuuronderzoek en aanvullend kwalitatief onderzoek uitgevoerd. Op basis van deze onderzoeksresultaten zijn de teksten voor wetenschappelijke onderbouwing geschreven en conclusies opgesteld. Deze teksten zijn in verschillende rondes aan de werkgroep voorgelegd voor commentaar. In samenspraak met de werkgroepleden werden overige overwegingen en aanbevelingen geformuleerd.

De werkgroep is in totaal vijf keer bij elkaar gekomen om de inhoud van de richtlijn vast te stellen. De richtlijn is aangeboden voor commentaar aan de beroeps- en de patientenverenigingen. Na het verwerken van het commentaar is de richtlijn door de voltallige werkgroep definitief vastgesteld en ter autorisatie aan de relevante beroepsverenigingen voorgelegd.

Wetenschappelijke onderbouwing

Literatuuronderzoek

De uitgangsvragen zijn uitgewerkt volgens de Evidence-Based Richtlijnontwikkeling (EBRO)-methode (1). De richtlijn is voor zover mogelijk gebaseerd op bewijs uit (peer-reviewed) gepubliceerd wetenschappelijk onderzoek. Hiervoor is gebruik gemaakt van zowel internationale literatuur als nationale literatuur in de vorm van bestaande mono- en multidisciplinaire richtlijnen. Voor elke uitgangsvraag werden relevante internationale artikelen gezocht door het verrichten van systematische zoekacties in relevante databases zoals de Cochrane Library, Medline, Embase, PsycINFO en Cinahl. Hiervoor werden specifieke zoekstrategieën opgesteld aan de hand van de 'Patientenpopulatie P, Interventie I, Controle C, Outcome O (PICO)-methodiek', zoals beschreven in de handleiding Evidence Based Richtlijnontwikkeling (1), welke kort zijn beschreven in de hoofdstukken over de betreffende uitgangsvraag. Daarnaast werden artikelen uit referentie-lijsten van reeds geselecteerde literatuur gehaald.

Na selectie van de meest relevante literatuur werden de artikelen beoordeeld op kwaliteit van het onderzoek met voor het betreffende onderzoekstype relevante checklists. Daarna zijn deze gegradeerd naar mate van methodologische kwaliteit. Hierbij is de indeling gebruikt volgens de EBRO systematiek, welke is weergegeven in Bijlage A. De beschrijving en de beoordeling van de verschillende relevante artikelen staan in de hoofdstukken weergegeven onder het kopje 'resultaten van internationaal literatuuronderzoek'. Het wetenschappelijke bewijs is samengevat in een of meer conclusie(s), waarbij de literatuur waarop deze is gebaseerd inclusief het niveau van bewijs is vermeld.

In sommige hoofdstukken werden de resultaten uit internationale literatuur aangevuld met bewijs uit nationale richtlijnen gericht op specifieke chronische ziekten, die aandacht besteden aan arbeidsparticipatie. Er werd specifiek in bestaande richtlijnen en protocollen gezocht omdat deze bewijs presenteren op een geaggregeerd niveau. Bestaande multi- en monodisciplinaire richtlijnen en protocollen werden verzameld uit de elektronische databases van de beroepsverenigingen NVAB en NVVG en in richtlijndatabases van de onderzoeksinstituten CBO (Diliguide) en het Trimbos instituut (GGZ-richtlijnen). Richtlijnen werden geïncludeerd wanneer ze aan de volgende criteria voldeden: de richtlijn betreft een chronische ziekte bij volwassenen in de werkende leeftijd; er staat een hoofdstuk of paragraaf over arbeid(sparticipatie) in de richtlijn; de richtlijn is Nederlandstalig en gepubliceerd in 2004 of later. Deze selectie resulteerde in 74 relevante richtlijnen en protocollen, die voor de beantwoording van verschillende uitgangsvragen geraadpleegd werden.

De resultaten afkomstig uit deze richtlijnen staan in de betreffende hoofdstukken weergegeven onder het kopje 'resultaten van nationaal literatuuronderzoek'. Het gerapporteerde niveau van bewijs van conclusies en de methodologische kwaliteit van individuele studies werd hierbij in de huidige richtlijn overgenomen. Het niveau van bewijs was immers reeds in de betreffende richtlijn beoordeeld. Een uitzondering hierop vormden echter de NVVG-protocollen waarin geen conclusies met bijbehorend niveau van bewijs waren geformuleerd. Uit deze protocollen werd relevante informatie geëxtraheerd wanneer er een referentie naar de oorspronkelijke bron vermeld werd. Op basis van tabel 1 van Bijlage A (EBRO systematiek) werd de methodologische kwaliteit van deze referenties beoordeeld.

Aanvullend kwalitatief onderzoek

Indien de verzamelde (inter)nationale literatuur onvoldoende antwoord kon geven op de uitgangsvraag, werd er aanvullend onderzoek verricht onder de betrokken doelgroep. Hierbij ging het specifiek om kwalitatief onderzoek onder werk(zoek)enden met een chronische aandoening door middel van focusgroepen en vragenlijstonderzoek. Welke uitgangsvragen met deze aanvullende methode beantwoord werden en de details van de verdere uitwerking van deze methodiek wordt in het betreffende richtlijnhoofdstuk beschreven.

Totstandkoming van de aanbevelingen

Voor het opstellen van de aanbevelingen zijn naast het wetenschappelijke bewijs uit de literatuur of uit kwalitatief onderzoek andere aspecten van belang, zoals organisatorische of maatschappelijke aspecten, patientenvoorkeuren of kosten. Deze aspecten worden behandeld na de 'conclusie' onder het kopje 'overige overwegingen'. Hierin wordt de conclusie op basis van de literatuur eventueel aangevuld met belangrijke bevindingen uit grijze literatuur en in de context van de dagelijkse praktijk geplaatst. Tevens kunnen relevante ervaringen vanuit de praktijk worden beschreven. Deze overige overwegingen worden door middel van consensus in de werkgroep vastgesteld. De uiteindelijke aanbevelingen zijn een afweging van het bewijs uit de literatuur in combinatie met deze overwegingen.

Bij aanbevelingen speelt meestal de gerapporteerde grootte van het effect gevonden in de studies een rol. Dat is in deze richtlijn niet aan de orde omdat we ons voor de beantwoording van de uitgangsvragen met name hebben gebaseerd op systematische reviews en richtlijnen. Omdat we op dit geaggregeerde niveau naar effecten hebben gekeken en niet op het niveau van individuele studies, zijn individuele effect groottes niet altijd bekend en worden daarom in deze richtlijn niet vermeld.

Patiëntenperspectief

Tijdens de ontwikkeling van de richtlijn is aandacht geschonken aan het patiëntenperspectief. In de voorbereidingsfase is een expertmeeting georganiseerd met patiëntenvertegenwoordigers om door mensen met een chronische aandoening ervaren knelpunten te inventariseren. De informatie uit deze expertmeeting heeft, tezamen met de informatie uit een expertmeeting met bedrijfs- en verzekeringsartsen, de basis gevormd voor de uitgangsvragen in deze richtlijn. Tevens hebben drie vertegenwoordigers van koepels van patiëntenorganisaties, Ieder(in) en Patiëntenfederatie Nederland, geparticipeerd in de richtlijnwerkgroep en waren zij in die hoedanigheid betrokken bij het vaststellen van de richtlijntekst en het opstellen van de overige overwegingen en aanbevelingen.

Eén hoofdstuk in deze richtlijn is in zijn geheel gewijd aan de ervaringen en de rol van de werk(zoek)ende met chronische aandoening zelf. Om antwoord te krijgen op een aantal uitgangsvragen in dit hoofdstuk is kwalitatief onderzoek uitgevoerd onder mensen met een chronische aandoening, aan het werk of op zoek naar werk. Op die manier staan de ervaringen van deze doelgroep centraal in deze richtlijn. Tot slot is de conceptrichtlijn voor commentaar en autorisatie voorgelegd aan de drie koepels van patiëntenorganisaties Ieder(in), Patiëntenfederatie en Landelijk Platform GGZ, en worden deze organisaties actief betrokken bij de implementatie van de richtlijn.

Kennisleemtes

Bij de ontwikkeling van deze richtlijn zijn we op een aantal kennisleemtes gestuit. Ten eerste is nog weinig bekend over welke factoren van invloed zijn op arbeidsparticipatie onder ZZP-ers met een chronische aandoening en bij welke interventies zij mogelijk baat zouden hebben. Het is dan ook onbekend in hoeverre de aanbevelingen die worden gedaan in deze richtlijn ook opgaan voor ZZP-ers aangezien de meeste studies zich niet richten op deze doelgroep.

In de tweede plaats geeft de literatuur nog weinig evidence voor de effectiviteit van interventies die in bepaalde omstandigheden zouden kunnen helpen om arbeidsparticipatie te bevorderen. Er is bijvoorbeeld nog weinig bekend over welke werkplekaanpassingen effectief zijn om arbeidsparticipatie onder mensen met een chronische aandoening te bevorderen (10). Daarom biedt deze richtlijn bij gebruik in de praktijk, naast een overzicht van bestaande kennis, ruimte voor professionele autonomie wanneer besluiten moeten worden genomen over in te zetten strategieën of interventies.

Ten derde ontbreekt het aan onderzoek naar de toepassing van gedeelde besluitvorming binnen de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde. Waar dit binnen de curatieve sector een thema is wat de afgelopen jaren in toenemende mate aandacht heeft gekregen, lijkt hier binnen de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde nog beperkte aandacht voor te zijn.

Implementatie en evaluatie

In de verschillende fasen van de ontwikkeling van deze richtlijn is zo veel mogelijk rekening gehouden met de implementatie van de richtlijn en de daadwerkelijk uitvoerbaarheid van de aanbevelingen. De richtlijn wordt verspreid onder alle relevante beroeps- en patientenverenigingen. Deze wordt gelanceerd tijdens een landelijk symposium voor bedrijfs- en verzekeringsartsen. Daarnaast wordt een samenvatting van de richtlijn aangeboden aan het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde en wordt in verschillende specifieke vaktijdschriften aandacht aan besteed. Aanvullend worden er een aantal afgeleide producten gemaakt voor specifieke disciplines, zoals een samenvattingskaart voor bedrijfs- en verzekeringsartsen maar ook een tool voor huisartsen en behandelaars en een patientenversie van de richtlijn met praktische tips.

Juridische betekenis van de richtlijn

Richtlijnen bevatten geen wettelijk voorschriften maar aanbevelingen die zoveel mogelijk op bewijs en consensus zijn gebaseerd, waaraan zorgverleners kunnen voldoen om kwalitatief zo goed mogelijke zorg te verlenen. Aangezien richtlijnen uitgaan van 'gemiddelde personen met een chronische aandoening' kunnen zorgverleners in individuele gevallen zo nodig afwijken van de aanbevelingen in de richtlijn. Afwijken van de richtlijn is, als de situatie van de betrokkene dat vereist, soms zelfs noodzakelijk. Wanneer er van de richtlijn wordt afgeweken, moet dit echter beargumenteerd en gedocumenteerd worden gedaan, in overleg met de betrokkene.

Herziening

Het is aan de wetenschappelijke commissies van de NVAB en de NVVG om te bepalen wanneer de richtlijn toe is aan herziening. Aan de wetenschappelijke commissies wordt gevraagd om te bepalen of deze richtlijn nog actueel is.

Opsomming van uitgangsvragen

De richtlijn is ontwikkeld op geleide van uitgangsvragen, die op hun beurt gebaseerd zijn op de knelpunten die door professionals en werk(zoek)enden worden ervaren rondom arbeidsparticipatie bij een chronische aandoening. Deze uitgangsvragen zijn in de werkgroep vastgesteld.

In deze richtlijn worden de volgende uitgangsvragen per hoofdstuk behandeld:

Hoofdstuk 1: Factoren van invloed op arbeidsparticipatie

- Welke ziekte-overstijgende factoren zijn gerelateerd aan werkbehoud en/of werkhervatting van werkenden met een chronische aandoening?
- Welke ziektespecifieke factoren zijn gerelateerd aan werkbehoud en/of werkhervatting van werkenden met een chronische aandoening?
- Welke financiële en juridische factoren spelen een rol bij werkbehoud en werkhervatting van werk(zoek)enden met een chronische aandoening?

Hoofdstuk 2: Interventies ter bevordering van arbeidsparticipatie

- Welke ziekte-overstijgende interventies gericht op het bevorderen van arbeidsparticipatie van werk(zoek)enden met een chronische aandoening zijn beschikbaar en wat is de effectiviteit hiervan?
- Welke ziektespecifieke interventies gericht op het bevorderen van arbeidsparticipatie van werk(zoek)enden met een chronische aandoening zijn beschikbaar en wat is de effectiviteit hiervan?

Hoofdstuk 3: De rol van de werk(zoek)ende met een chronische aandoening zelf

- Welke belemmeringen ervaren werk(zoek)enden met een chronische aandoening wanneer het gaat om behoud van werk of terugkeer naar werk?
- Wat kan een werkende met een chronische aandoening zelf doen (zelfmanagement) om behoud of hervatting van eigen of ander werk te bevorderen?
- Welke informatie of ondersteuning heeft een werk(zoek)ende met een chronische aandoening nodig om voldoende inzicht in het eigen functioneren te krijgen?
- Op welke manier wordt dit aangereikt en door welke partijen?
- Welk belang hechten werk(zoek)enden met een chronische aandoening aan werk?
- Welke aspecten van werk beïnvloeden de kwaliteit van het leven van werk(zoek)enden met een chronische aandoening positief dan wel negatief, volgens werk(zoek)enden met een chronische aandoening?

Hoofdstuk 4: De rol en samenwerking van betrokken actoren

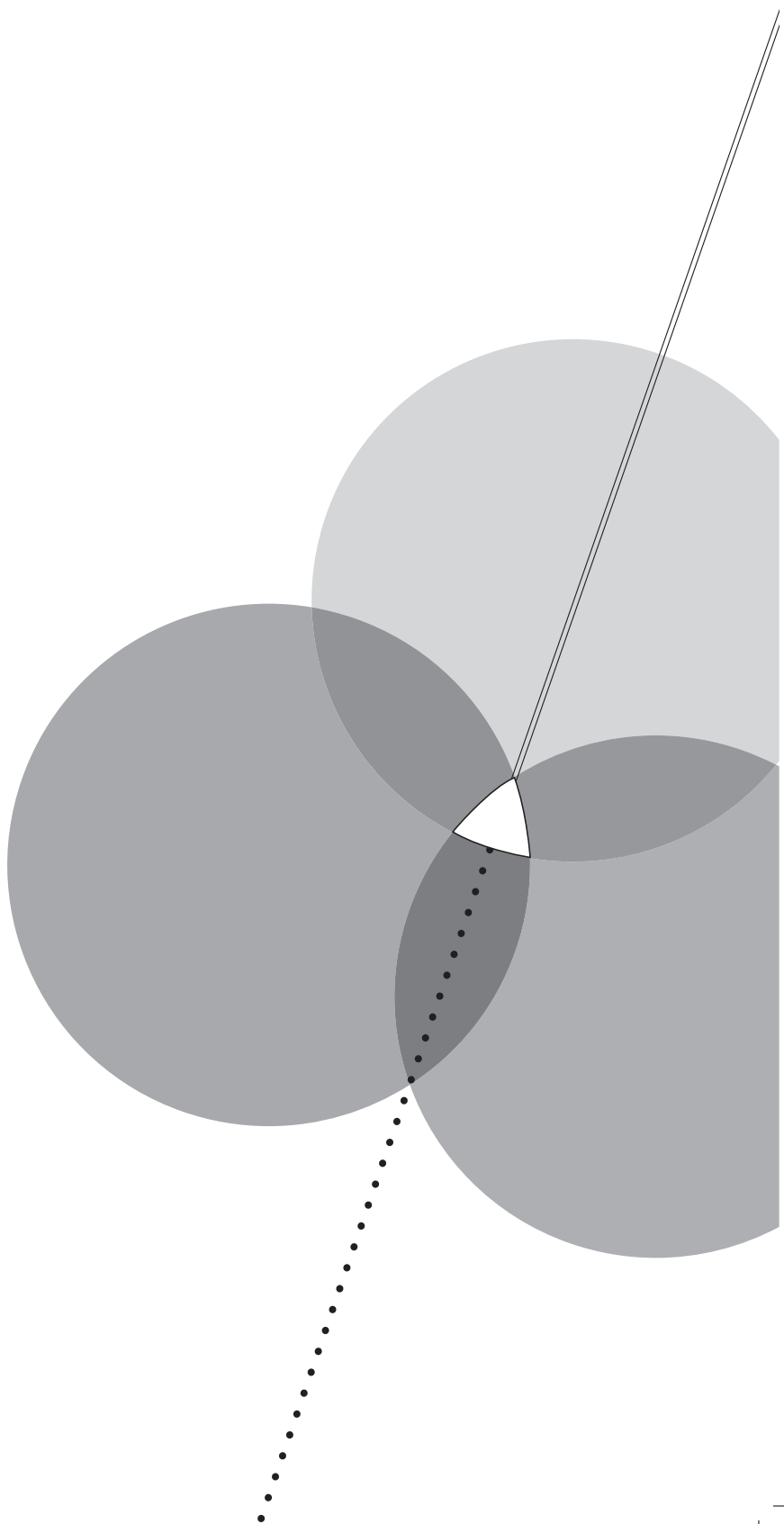
- Welke actoren zijn er betrokken bij de arbeidsparticipatie van werk(zoek)enden met een chronische aandoening en wat is hun rol?
- Ervaren de actoren knelpunten in de samenwerking; zo ja, welke?
- Welke oplossingen zien de actoren voor deze knelpunten?
- Wat hebben werk(zoek)enden met een chronische aandoening en andere actoren nodig om gezamenlijk besluiten te kunnen nemen over in te zetten interventies?

Autorisatie

De richtlijn wordt aan de NVAB en de NVVG aangeboden voor autorisatie. De richtlijn is in samenwerking met de NVAB, de NVVG, de NVvA, de NHG, GAV, Ieder(In), de Patiëntenfederatie Nederland en het Landelijk Platform GGz tot stand gekomen.

Literatuur

1. CBO. Evidence-based Richtlijnontwikkeling; Handleiding voor werkgroepleden. CBO, Utrecht, 2007.
2. Detaille SI, Heerkens YF, Engels JA, van der Gulden JW, van Dijk FJ. Common prognostic factors of work disability among employees with a chronic somatic disease: a systematic review of cohort studies. *Scand J Work Environ Health*. 2009; 35: 261-81.
3. Gijsen R, Oostrom SH van, Schellevis FC. Hoeveel mensen hebben één of meer chronische ziekten? In: Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, 2014.
4. Hoeymans N, van Loon AJM van, Berg M van den, Harbers MM, Hilderink HBM, Oers JAM van, Schoemaker CG. Een gezonder Nederland. Kernboodschappen van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014. RIVM, Bilthoven, 2014.
5. Nationaal Panel Chronisch ziekten en gehandicapten. Werk en inkomen. Tabelservice NIVEL, Utrecht, 2013.
6. Putter I de, Cozijnsen R, Rijken M. Het vergroten van arbeidsparticipatie onder mensen met een chronische ziekte of beperking: een werkwens alleen is niet voldoende. NIVEL, Utrecht, 2015.
7. Varekamp I, Krol B, van Dijk FJ. Empowering employees with chronic diseases: process evaluation of an intervention aimed at job retention. *Int Arch Occup Environ Health*. 2011;84: 35-43.
8. Verbeek J, Spelten E, Kammeijer M, Sprangers M. Return to work of cancer survivors: a prospective cohort study into the quality of rehabilitation by occupational physicians. *Occup Environ Med*. 2003; 60(5): 352-7.
9. WHO. Connecting Health and Labour; Bringing together occupational health and primary care to improve the health of working people. Executive summary of the WHO Global Conference The Hague, the Netherlands, 2012.
10. Boot CR, van den Heuvel SG, Bültmann U, de Boer AG, Koppes LL, van der Beek AJ. Work adjustments in a representative sample of employees with a chronic disease in the Netherlands. *J Occup Rehabil*. 2013 Jun;23(2):200-8. doi: 10.1007/s10926-013-9444-y.





Probleemoriëntatie

**Factoren van invloed op arbeidsparticipatie
van werk(zoek)enden met een chronische
aandoening**



Inleiding

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de verschillende factoren die een rol kunnen spelen bij het behoud van of de terugkeer naar werk. De volgende uitgangsvragen komen aan bod:

1. Welke ziekte-overstijgende factoren zijn gerelateerd aan werkbehoud en/of werkhervatting van werkenden met een chronische aandoening?
2. Welke ziektespecifieke factoren zijn gerelateerd aan werkbehoud en/of werkhervatting van werkenden met een chronische aandoening?
3. Welke financiële en juridische factoren spelen een rol bij werkbehoud en werkhervatting van werk(zoek)enden met een chronische aandoening?

Deel (blijven) nemen aan arbeid is een multifactorieel proces wanneer er sprake is van een chronische aandoening; verschillende factoren zijn van invloed op het behouden van of terugkeren naar werk. Een bedrijfs- of verzekeringsarts moet weten welke factoren allemaal een rol kunnen spelen bij arbeidsparticipatie van een individuele werk(zoek)ende met een chronische aandoening om het juiste advies te geven en hem te helpen inzicht te krijgen in zijn beperkingen en mogelijkheden. Kennis over deze factoren, zowel bevorderende als belemmerende factoren, biedt aanknopingspunten voor signalering, begeleiding, behandeling en beoordeling van werk(zoek)enden met een chronische aandoening.

Belemmeringen in participatie zijn voor een deel ziekte-overstijgend. Zo hebben werk(zoek)enden met een chronische aandoening niet alleen te maken met de specifieke gevolgen van de aandoening zelf, maar ook met o.a. het accepteren van het onvolledige herstel, het verwerkingsproces en het aanpassen van het werk aan wat wel mogelijk is. Bij adequate begeleiding van individuele werk(zoek)enden met een chronische aandoening is het daarom belangrijk dat er niet alleen aandacht aan ziektespecifieke aspecten maar ook aandacht aan ziekte-overstijgende en niet-medische aspecten besteed wordt. Het is echter niet altijd duidelijk welke factoren die participatie beïnvloeden specifiek zijn voor de onderliggende aandoening en welke aspecten een generiek karakter hebben en zodoende ook van belang kunnen zijn voor andere chronische aandoeningen.

Wanneer het gaat om specifieke aandachtspunten bij ziekten, kunnen consequenties voor arbeidsparticipatie per aandoening verschillen. Hierbij valt te denken aan de consequenties van nierdialyse voor nierpatiënten of het optreden van ochtendstijfheid bij mensen met reumatoïde artritis. Het is daarom van belang om naast ziekte-overstijgende aspecten die een rol spelen bij arbeidsparticipatie van werk(zoek)enden met een chronische aandoening oog te houden voor relevante ziektespecifieke aspecten.

1.1 Ziekte-overstijgende factoren geassocieerd met arbeidsparticipatie

Uitgangsvraag 1: Welke ziekte-overstijgende factoren zijn gerelateerd aan werkbehoud en/of werkhervatting van werkenden met een chronische aandoening?

Beschrijving literatuursearch systematisch literatuuronderzoek

Ter beantwoording van uitgangsvraag 1 werd een zoekstrategie opgesteld met behulp van de PICO-methodiek, waarmee in verschillende databases (PubMed, EMBASE, PsycINFO, CINAHL) op systematische wijze werd gezocht naar wetenschappelijke literatuur. De zoekcriteria werden als volgt opgesteld:

P: Mensen met een chronische aandoening

O: Werkbehoud of terugkeer naar werk

Er werd met zoekwoorden voor de brede categorie 'chronische aandoening' gezocht. De populatie werd bewust niet verder gespecificeerd naar een bepaalde diagnose omdat we ons richtten op studies die deelnemers van verschillende diagnosegroepen includeerden ten einde ziekte-overstijgende factoren voor arbeidsparticipatie te vinden. Aangezien we beogen een brede inventarisatie van factoren te maken is er vooraf geen interventie- of controle conditie gedefinieerd waardoor de 'I' en 'C' uit de PICO niet van toepassing zijn in deze zoekstrategie. De zoekactie werd gelimiteerd op een publicatiedatum na 1 januari 2004. Een volledige beschrijving van de zoekstrategie staat vermeld in Bijlage B.

Beschrijving literatuurselectie systematisch literatuuronderzoek

De verkregen titels en abstracts werden geselecteerd met inclusiecriteria die gebaseerd waren op de onderdelen van de PICO; mensen van werkende leeftijd met een chronische aandoening (P), factoren (I) geassocieerd met werkbehoud of terugkeer naar werk (O). Ook werd geselecteerd op het design van de studies, waar zowel systematische reviews, cohort onderzoek, cross-sectioneel onderzoek als case-control studies werden geïncludeerd.

Met behulp van de zoekstrategie werden in de verschillende databases 2597 unieke referenties gevonden. Na selectie bleven er 120 artikelen over waarvan de volledige tekst werd gescreend voor inclusie met aanvullende criteria: de studiepopulatie had een 'relatie met werk', gedefinieerd als het hebben van werk of werkzoekend zijn, en de associaties moesten kwantitatief in de studies zijn onderzocht. Totaal bleken vijf studies te voldoen aan alle criteria, te weten de studies van: Heijbel et al. 2006, Botticello et al. 2012, Calsbeek et al. 2005, Messmer Uccelli et al. 2009, Muehrer et al. 2011 (32-36). Na het checken van de referenties van de geïncludeerde studies werd één additionele studie gevonden die ook aan alle criteria voldeed: de studie van Baanders et al. 2002 (31).

De methodologische kwaliteit van de geïncludeerde studies werd beoordeeld door middel van het kwaliteitsinstrument MEVORECH (37). Zowel de selectie van de studies als de beoordeling van de methodologische kwaliteit werd onafhankelijk van elkaar door twee auteurs uitgevoerd.

Samenvatting van resultaten van systematisch literatuuronderzoek

In de zes geïncludeerde onderzoeken werden verschillende factoren geïdentificeerd die geassocieerd waren met werkbehoud en -hervatting. Geslacht en leeftijd kwamen in meerdere studies als gerelateerde factor naar voren. De Amerikaanse retrospectieve cohort studie van Muehrer et al. (36) en het Nederlandse cross-sectionele onderzoek van Baanders et al. (31) lieten beide een significant negatieve associatie zien van vrouwelijk geslacht met werkbehoud (OR 0,78; 95% BI 0,74-0,81). Leeftijd was geassocieerd met zowel werkbehoud als -hervatting; een leeftijd jonger dan 55 jaar was significant positief van invloed op het hervatten van werk (34: OR 2,48; 95% BI 1,43-4,31), waar een hogere leeftijd een negatieve associatie met werkbehoud liet zien; in de studie van Meuhrer et al. (36) was deze invloed zichtbaar vanaf 55 jaar en ouder (OR 0,87; 95% BI 0,82-0,93), waar dit in de studie van Baanders et al. (31) al vanaf 45 jaar gold.

Heijbel et al. (34) onderzochten in een Zweedse prospectieve cohort studie welke factoren geassocieerd zijn met de terugkeer naar werk, bij in totaal 508 personen met diverse aandoeningen zoals klachten aan het bewegingsapparaat, mentale klachten en respiratoire of cardiovasculaire aandoeningen. De resultaten van de studie gaven aan dat, naast jongere leeftijd, een eigen positieve voorspelling van terugkeer naar werk (OR 15,99; 95% BI 6,86-37,25), klachten van niet meer dan één symptoomgroep (OR 2,01; 95% BI 1,29-3,13), duur van de klachten korter dan vijf jaar (OR 1,75; 95% BI 1,12-2,72), duur van ziekteverzuim korter dan 1 jaar (OR 2,67; 95% BI 1,76-4,05), minder pijn (OR 3,73; 95% BI 1,84-7,55), minder functionele beperkingen (OR 2,70; 95% BI 1,41-5,16) en de perceptie zich welkom terug te voelen op werk (OR 1,92; 95% BI 1,23-2,99) positief geassocieerd zijn met werkhervatting (34).

Baanders et al. (31) onderzochten in een cross-sectionele studie welke factoren geassocieerd zijn met werkbehoud. De geïncludeerde studies betroffen 1266 chronisch zieken met diverse diagnoses zoals klachten aan het bewegingsapparaat, kanker, diabetes mellitus en respiratoire, neurologisch of cardiovasculaire aandoeningen. Een lagere opleiding en motorische problematiek bleken negatief geassocieerd ($p < 0.01$) met werkbehoud van chronisch zieke werkenden.

In een Amerikaanse cross-sectionele studie onderzochten Botticello et al. (32) de invloed van omgevingsfactoren op werkbehoud van mensen met een chronische aandoening, o.a. paraplegie of tetraplegie ($n=1013$). Hierbij werden regio's geassocieerd naar het percentage inwoners dat in een stedelijk gebied woont en werd op basis van het opleidingsniveau, beroep en inkomen van de inwoners een socio-economische status (SES) index per regio bepaald. Wonen in een regio met een hogere SES bleek positief geassocieerd met werkbehoud (OR 1,09; 95% BI 1,04-1,14). Stedelijk wonen vertoonde een negatieve associatie met werkbehoud, versus voorstedelijk wonen (OR 0,46; 95% BI 0,23-0,93).

Calsbeek et al. (33) onderzochten in een Nederlandse cross-sectionele studie welke factoren geassocieerd zijn met werkbehoud, bij in totaal 246 personen met inflammatoire darmziekten, chronische leverziekten en spijsverteringstoornis. De resultaten laten zien dat medicatiegebruik (OR 0,78; 95% BI 0,62-0,98) en nachtelijk toiletgebruik (OR 0,70; 95% BI 0,53-0,91) negatief geassocieerd zijn met arbeidsparticipatie van de deelnemers aan de studie.

In de cross-sectionele Europese studie uitgevoerd door Messmer Uccelli et al. (35) werden bij in totaal 1141 personen met onder andere MS factoren onderzocht en onderverdeeld in diverse categorieën. De categorieën bevorderende factoren in de werkomgeving, zoals flexibele indeling van werktijden, zittend werk en goede bereikbaarheid (OR 1,04; 95% BI 1,01-1,06), en financiële overwegingen, zoals huidig salaris en financiële stabiliteit in de toekomst (OR 1,15; 95% BI 1,07-1,23) bleken positief geassocieerd met werkbehoud van de studiepopulatie.

Ten slotte beschreven Muehrer et al. (36) in hun retrospectieve cohort studie dat de volgende factoren negatief geassocieerd zijn met werkbehoud in een groep van 102104 werkenden met een chronische aandoening: een ras anders dan het blanke ras, middelengebruik (alcohol, drugs, tabak), co-morbiditeit en onvermogen om zich voort te kunnen bewegen.

Beschrijving literatuursearch en literatuurselectie nationale richtlijnen

De systematische zoekactie in internationale literatuur naar factoren in een populatie met meerdere diagnoses werd aangevuld met resultaten vanuit nationale, ziektespecifieke, richtlijnen. Uit de richtlijndatabases van NVAB, NVVG, CBO (Dilliguide) en Trimbos (GGZ-richtlijnen) werden richtlijnen geselecteerd die zich richten op een chronische ziekte, aandacht besteden aan werk en vanaf 2004 gepubliceerd zijn. Dit leverde 74 multi- en monodisciplinaire richtlijnen en protocollen op. Hiervan besteedden 55 richtlijnen en protocollen op enige manier aandacht aan factoren van invloed op arbeidsparticipatie en in 31 waren deze factoren geassocieerd met de relevante uitkomstmaten werkbehoud en/of werkhervatting, en werd er een niveau van bewijs van bijbehorende conclusies in de richtlijn gerapporteerd.

Beschrijving methode van data extractie en data synthese nationale richtlijnen

Met behulp van een data-extractietabel werden factoren die geassocieerd waren met werkbehoud dan wel werkhervatting de richting van de associatie (positief of negatief) en de beschreven uitkomstmaat uit deze richtlijnen geëxtraheerd. Ook het gerapporteerde niveau van bewijs van conclusies en de methodologische kwaliteit van individuele studies welke in de betreffende richtlijn beoordeeld waren, werd overgenomen. Een uitzondering hierop vormden echter de NVVG-protocollen waarin geen conclusies met bijbehorend niveau van bewijs geformuleerd waren. Uit deze protocollen werd relevante informatie geëxtraheerd wanneer een referentie naar

de oorspronkelijke bron vermeld werd. Op basis van de EBRO-methode (Bijlage A) werd de methodologische kwaliteit van deze referenties beoordeeld.

De factoren uit de data-extractietabel die in meerdere richtlijnen genoemd werden, werden geclusterd. Wanneer een factor geassocieerd was met dezelfde uitkomstmaat in twee of meer verschillende ziektebeelden of diagnosegroepen, werd deze factor als ziekte-overstijgend gekwalificeerd. Wanneer een bepaalde factor geen associatie of een associatie in een andere richting vertoonde met dezelfde uitkomstmaat werd dit expliciet bij de ziektespecifieke factoren in dit hoofdstuk vermeld. Bij de rapportage van de associaties werd uitgegaan van de richting, positief dan wel negatief, die door de auteurs in de onderliggende literatuur is beschreven. Hierbij dient te worden opgemerkt dat er niet vanuit gegaan kan worden dat wanneer er sprake is van een positieve associatie met een bepaalde factor (bv jonge leeftijd), het tegenovergestelde van die factor (bv hoge leeftijd) een negatieve associatie vertoont. Werden er voor tegenovergestelde factoren, zoals in het voorbeeld jonge en hoge leeftijd positieve en negatieve associaties gevonden, dan werden beide gerapporteerd.

Bij de rapportage van conclusies werd uitgegaan van het hoogste niveau van bewijs dat in de onderhavige richtlijnen gepresenteerd werd, omdat dit analoog is aan de methode van EBRO voor het beoordelen van het niveau van bewijs voor de conclusie, waarin het hoogste kwaliteitsniveau van studies bepalend is (zie Bijlage A).

Samenvatting van resultaten van nationale richtlijnen

Om antwoord te geven op uitgangsvraag 1, werd nagegaan of de factoren genoemd in de geselecteerde richtlijnen geassocieerd waren met werkbehoud, werkhervatting of allebei. De ziekte-overstijgende factoren geassocieerd met een van deze uitkomstmaten worden hieronder beschreven en zijn opgesomd in een evidence tabel in Bijlage C.

Verschuillende sociodemografische factoren bleken van invloed op zowel het behoud als het hervatten van werk. De gevonden factoren waren voor een groot deel in overeenstemming met de resultaten uit het systematische internationale literatuuronderzoek. Zo werd het hebben van hogere leeftijd ook in meerdere richtlijnen negatief geassocieerd met arbeidsparticipatie (1-2-3-8-9-10-16-18-22-29), waar het hebben van een jongere leeftijd juist een positieve associatie vertoonde (10-11-24). Ook rapporteerden diverse richtlijnen een vergelijkbare negatieve invloed van het hebben van een lager opleidingsniveau op werkbehoud en –hervatting (8-9-12-13-22-29) als in de eerder gevonden studies. In aansluiting op deze bevinding bleek in een viertal richtlijnen een hoger opleidingsniveau positief van invloed te zijn op arbeidsparticipatie (10-11-21-26). Verder waren werkbehoud en terugkeer naar werk negatief geassocieerd met het behoren tot het vrouwelijk geslacht (2-3-8-9-10), en het deel uitmaken van een etnische minderheid (8-9-10). Ook het hebben van kinderen bleek negatief geassocieerd met werkbehoud en –hervatting (9-29). In de ene richtlijn is deze associatie alleen onderzocht onder vrouwen maar in de andere richtlijn werd er geen onderscheid gemaakt naar geslacht wat betreft deze factor. Tenslotte bleken personen uit een lagere sociale klasse minder kans te hebben om terug te keren naar hun werk (9-29).

Ook op het psychosociale vlak bleken ziekte-overstijgende factoren geassocieerd te zijn met arbeidsparticipatie van werk(zoek)enden met een chronische aandoening. Het sterkste bewijs werd gevonden voor herstelverwachting; een lage herstelverwachting van de chronisch zieke werk(zoek)ende bleek negatief geassocieerd met zowel werkbehoud als hervatting (2-8-20), waar een positieve eigen herstelverwachting positief gerelateerd was aan terugkeer naar werk (18-25). Dit ondersteunde de bevinding uit het systematische literatuuronderzoek. Ineffectieve coping was negatief geassocieerd met het behouden of hervatten van werk (16-18-22-29). Voorbeelden van ineffectieve coping zijn: catastroferen, onnodig bedrust houden of activiteiten beperken en vermijden, hulpeloosheid en zich ten onrechte geheel aanpassen aan de beperking.

Een betere motivatie om te werken vertoonde een positieve associatie met arbeidsparticipatie (9-10-18-26). Aanwezigheid van angst (1-18), emotionele disbalans (8-10) en middelengebruik, zoals een verhoogde alcoholconsumptie of gebruik van drugs, waren negatief geassocieerd met werkhervatting van werk(zoek)ende met een chronische aandoening (8-9).

Een chronische aandoening gaat in veel gevallen gepaard met lichamelijke klachten en veel mensen met een chronische aandoening hebben last van comorbiditeit. Uit het systematisch literatuuronderzoek bleek het hebben van comorbiditeit een belemmerende factor voor werkbehoud. Ook in een groot aantal richtlijnen werd dit als belemmerend voor arbeidsparticipatie gezien (1-5-8-9-13-27). Specifiek ging het dan om diabetes (10-26) en depressieve symptomen (1-8-9-18-24) die als co-morbiditeit een negatieve invloed hadden op werkhervatting. Depressieve symptomen waren ook negatief geassocieerd met werkbehoud.

Een chronische aandoening gaat vaak gepaard met vermoeidheid die negatief geassocieerd was met het behouden en hervatten van werk (1-10-21-22-25-29). Daarnaast vertoonden een slechtere algemene gezondheid (1-2) en een verminderde lichamelijke conditie (7-10-14-24) een negatieve associatie met werkhervatting. Mensen met een chronische aandoening die fysiek beter functioneerden hadden juist meer kans om hun werk te behouden of te hervatten (10-26). Ten slotte vertoonde een langere ziekteduur een negatieve associatie met werkbehoud en -hervatting (29-34) evenals de aanwezigheid van bijwerkingen van medicatie (9-11).

Als gevolg van de chronische aandoening kunnen er verschillende beperkingen in functioneren ontstaan. De aanwezigheid van deze beperkingen was negatief geassocieerd met terugkeer naar werk. Het ging dan om psychische beperkingen (7-9-11), fysieke beperkingen (1-9) of functionele beperkingen (3-21). Het hebben van cognitieve beperkingen zoals problemen met concentratie of geheugen, was negatief van invloed op zowel het behouden als het hervatten van werk (1-9-10-11-21-24-30). Ook de mate van ernst van de beperkingen had invloed op werkhervatting; wanneer er sprake was van een hogere ernst van beperkingen was dat negatief geassocieerd met terugkeer naar werk (2-3-10), evenals het hebben van meer pijn of ervaren van hogere pijnniveaus welke ook behoud van werk belemmerden (1-2-10-22-29). Dit werd ook in het systematisch literatuuronderzoek gezien.

Naast factoren gelegen in de chronisch zieke werk(zoek)ende zelf waren er ook ziekte-overstijgende factoren geassocieerd met arbeidsparticipatie die gelegen zijn in het

werk. De meest voorkomende werk-gerelateerde factor was fysiek zwaar werk, dat een negatieve invloed had op het behoud en hervatten van werk (1-2-5-6-7-13-16-18-21-22-25-29-30). Daarnaast waren onvoldoende autonomie of regelmogelijkheden in het werk belangrijke negatieve factoren geassocieerd met werkbehoud en –hervatting (8-16-22-29-30).

Andere factoren die betrekking hebben op de werkinhoud, zoals het hebben van werk met een hoge werkdruk (1-8-10) of een hoog werktempo (1-2-16), of het hebben van laaggeschoold werk (1-6), waren negatief geassocieerd met werkhervatting. Het ervaren van werkstress was negatief van invloed op zowel het behouden als het hervatten van werk (1-11-18). Aan de andere kant liet het hebben van bureauwerkzaamheden een positieve associatie zien met arbeidsparticipatie (21-24). Het hebben van parttime werk voorafgaand aan het ontstaan van de aandoening was negatief geassocieerd met terugkeer naar dat werk, voor zowel mannen als vrouwen (3-8).

Wanneer het werk aangepast werd aan de mogelijkheden of beperkingen van de werk(zoek)ende met een chronische aandoening had dat een positieve invloed op arbeidsparticipatie. Zo had het aanpassen van het werk aan functionele mogelijkheden van de werknemer een positieve invloed op werkhervatting (13-25). Ook aanpassingen aan de werkplek (4-5-10-11) en flexibele werktijden (10-21) waren positief geassocieerd met zowel werkbehoud als werkhervatting.

Tevens bleek de houding van de werkomgeving geassocieerd met arbeidsparticipatie. Zo was het ontvangen van begrip (21-28) en sociale steun (4-10-19-25-26) door collega's en leidinggevenden bevorderend voor het behouden of hervatten van werk. Aan de andere kant was het ontbreken van deze steun negatief geassocieerd met werkhervatting en –behoud (5-10-11-16-22-29) evenals het ervaren van stigmatisering of discriminatie op het werk (9-11-25).

Ten slotte kunnen verschillende omgevingsfactoren van invloed zijn op arbeidsparticipatie. Zo was niet alleen het ervaren van steun op het werk maar ook het ervaren van steun in de sociale omgeving positief geassocieerd met zowel werkbehoud als werkhervatting (1-8-10-11-23-26). Daarnaast werd gerapporteerd dat het ervaren van problemen met woon-werkverkeer werkhervatting belemmerde (1-29). Begeleiding of zorg door professionals die een stimulerende houding hadden ten aanzien van werk vertoonde een positieve associatie met werkbehoud en werkhervatting van werkenden met een chronische aandoening (4-26).

Conclusies

Sociodemografische factoren

Niv 1	<p>Het hebben van een jongere leeftijd is positief geassocieerd met het behouden en hervatten van werk. Het hebben van een hogere leeftijd</p> <p><i>Richtlijnen: 1-2-3-8-9-10-11-16-18-22-24-29</i> <i>Internationaal literatuuronderzoek: Baanders et al. 2012 (31), Heijbel et al. 2006 (34), Muehrer et al. 2011 (36)</i></p>
Niv 1	<p>Vrouwelijk geslacht is negatief geassocieerd met behoud van of terugkeer naar werk van mensen met een chronische aandoening.</p> <p><i>Richtlijnen: 2-3-8-9-10</i> <i>Internationaal literatuuronderzoek: Baanders et al. 2012 (31), Muehrer et al. 2011 (36)</i></p>
Niv 1	<p>Het hebben van een lager opleidingsniveau is negatief geassocieerd met behoud van en terugkeer naar werk, waar het hebben van een hoger opleidingsniveau een positieve associatie vertoont.</p> <p><i>Richtlijnen: 8-9-10-11-13-18-21-22-26-29</i> <i>Internationaal literatuuronderzoek: Baanders et al. 2012 (31)</i></p>
Niv 3	<p>Er zijn aanwijzingen dat het behoren tot een etnische minderheid, het behoren tot een lagere sociale klasse of het hebben van kinderen negatief geassocieerd zijn met werkbehoud en -hervatting.</p> <p><i>Richtlijnen: 8-9-10-29</i> <i>Internationaal literatuuronderzoek: Muehrer et al. 2011 (36)</i></p>

Psychologische factoren

Niv 1	<p>Een lage herstelverwachting van de werk(zoek)ende en ineffectieve coping zijn negatief geassocieerd met behoud van en terugkeer naar werk.</p> <p><i>Richtlijnen: 2-8-16-18-20-22-25-29</i></p>
Niv 1	<p>Een emotionele disbalans is negatief geassocieerd met het hervatten van werk.</p> <p><i>Richtlijnen: 8-10</i></p>
Niv 2	<p>Het is aannemelijk dat een positieve herstelverwachting en een eigen positieve voorspelling van werkhervatting positief geassocieerd zijn met werkhervatting van werk(zoek)enden met een chronische aandoening. Ook is het aannemelijk dat een betere motivatie voor werk positief geassocieerd is met zowel werkbehoud als – hervatting.</p> <p><i>Richtlijnen: 2-8-18-20-25</i> <i>Internationaal literatuuronderzoek: Heijbel et al, 2006 (34)</i></p>
Niv 2	<p>Het is aannemelijk dat de aanwezigheid van angst negatief geassocieerd is met werkhervatting van werk(zoek)enden met een chronische aandoening.</p> <p><i>Richtlijnen: 1-18</i></p>
Niv 2	<p>Perceptie welkom terug te zijn op het werk is positief geassocieerd met terugkeer naar werk.</p> <p><i>Internationaal literatuuronderzoek: Heijbel et al, 2006 (34)</i></p>
Niv 3	<p>Er zijn aanwijzingen dat middelengebruik, zoals een verhoogde alcoholconsumptie of gebruik van drugs, een negatieve invloed heeft op terugkeer naar werk.</p> <p><i>Richtlijnen: 8-9</i> <i>Internationaal literatuuronderzoek: Muehrer et al, 2011 (36)</i></p>

Gezondheidstoestand

Niv 1	Het hebben van meer pijn of ervaren van hogere pijnniveaus is negatief geassocieerd met zowel werkbehoud als –hervatting. <i>Richtlijnen: 1-2-10-22-29</i>
Niv 1	Het hebben van vermoeidheidsklachten vertoont een negatieve associatie met werkbehoud en –hervatting. <i>Richtlijnen: 1-10-21-22-25-29</i>
Niv 1	De aanwezigheid van depressieve symptomen als co-morbiditeit is negatief geassocieerd met behoud van en terugkeer naar werk. <i>Richtlijnen: 1-8-9-18-24</i>
Niv 2	Het is aannemelijk dat co-morbiditeit negatief geassocieerd is met het behouden en hervatten van werk. <i>Richtlijnen: 1-5-8-9-13-27</i> <i>Internationaal literatuuronderzoek: Muehrer et al. 2011 (36)</i>
Niv 2	Het is aannemelijk dat een slechtere algemene gezondheid negatief geassocieerd is met terugkeer naar werk. Het is aannemelijk dat beter fysiek functioneren positief geassocieerd is met zowel hervatten als behouden van werk. <i>Richtlijnen: 1-2-10-26</i>
Niv 2	Het is aannemelijk dat een langere ziekteduur negatief geassocieerd is met zowel werkbehoud als –hervatting. Het is aannemelijk dt een verzuimduur korter dan een jaar positief geassocieerd is met werkhervatting in vergelijking met een verzuimduur langer dan één jaar. <i>Richtlijnen: 29</i> <i>Internationaal literatuuronderzoek: Heijbel et al. 2006 (34)</i>

Niv 3	<p>Er zijn aanwijzingen dat een verminderde fysieke conditie negatief geassocieerd is met terugkeer naar werk.</p> <p><i>Richtlijnen: 7-10-14-24</i></p>
-------	--

Niv 3	<p>Er zijn aanwijzingen dat medicijngebruik negatief geassocieerd is met werkbehoud. Ook zijn er aanwijzingen voor een negatieve invloed van bijwerkingen van medicatie op zowel werkbehoud als –hervatting.</p> <p><i>Richtlijnen: 9-11</i> <i>Internationaal literatuuronderzoek: Calsbeek et al. 2005 (33)</i></p>
-------	---

Niv 3	<p>Er zijn aanwijzingen dat medicijngebruik negatief geassocieerd is met werkbehoud. Ook zijn er aanwijzingen voor een negatieve invloed van bijwerkingen van medicatie op zowel werkbehoud als –hervatting.</p> <p><i>Richtlijnen: 9-11</i> <i>Internationaal literatuuronderzoek: Calsbeek et al. 2005 (33)</i></p>
-------	---

Beperkingen

Niv 1	<p>De aanwezigheid van cognitieve beperkingen vertoont een negatieve associatie met werkbehoud en –hervatting.</p> <p><i>Richtlijnen: 1-9-10-11-21-24-30</i></p>
-------	--

Niv 2	<p>Het is aannemelijk dat het hebben van psychische, functionele of fysieke beperkingen werkhervatting belemmert.</p> <p><i>Richtlijnen: 1-3-7-9-11-21</i> <i>Internationaal literatuuronderzoek: Baanders et al. 2005 (31)</i></p>
-------	---

Niv 2	<p>Een hogere ernst van beperkingen is negatief geassocieerd met terugkeer naar werk. Het hebben van klachten van slechts één symptoomgroep en het ervaren van minder pijn is positief geassocieerd met werkhervatting.</p> <p><i>Richtlijnen: 2-3-10</i> <i>Internationaal literatuuronderzoek: Heijbel et al. 2006 (34)</i></p>
-------	---

Niv 3	<p>Er zijn aanwijzingen dat werkenden met een chronische aandoening die immobiel zijn minder kans hebben om hun werk te behouden. Ook zijn er aanwijzingen dat nachtelijk toiletgebruik thuis negatief geassocieerd is met werkbehoud.</p> <p><i>Internationaal literatuuronderzoek: Muehrer et al. 2011 (36), Calsbeek et al. 2005 (33)</i></p>
----------	--

Werk-gerelateerde factoren

Niv 1	<p>Het hebben van fysiek zwaar werk is, net als onvoldoende regelmogelijkheden en autonomie, negatief geassocieerd met behoud van en terugkeer naar werk.</p> <p><i>Richtlijnen: 1-2-5-6-7-13-16-18-21-22-25-29-30</i></p>
-------	--

Niv 2	<p>Het is aannemelijk dat het hebben van parttime werk voorafgaand aan het ontstaan van de aandoening of het hebben van laaggeschoold werk of van werk met een hoge werkdruk of een hoog werktempo, negatief geassocieerd is met werkhervatting.</p> <p><i>Richtlijnen: 1-2-3-6-8-10-11-16-18</i></p>
-------	---

Niv 2	<p>Het is aannemelijk dat het ervaren van werkstress een negatief geassocieerd is met zowel werkbehoud als terugkeer naar werk.</p> <p><i>Richtlijnen: 1-11-18</i></p>
-------	--

Niv 2	<p>Het is aannemelijk dat het uitvoeren van bureauwerkzaamheden positief geassocieerd is met het behouden en hervatten van werk.</p> <p><i>Richtlijnen: 21-24</i></p>
-------	---

Niv 2	<p>Het is aannemelijk dat het aanpassen van het werk aan functionele mogelijkheden van de werknemer een positieve invloed heeft op werkhervatting.</p> <p><i>Richtlijnen: 13-25</i></p>
-------	---

Niv 3	<p>Er zijn aanwijzingen dat aanpassingen aan de werkplek en flexibele werktijden positief geassocieerd zijn met zowel werkbehoud als –hervatting.</p> <p><i>Richtlijnen: 4-5-10-11-21</i></p>
-------	---

Steun in werkomgeving

Niv 1	<p>Onvoldoende steun van collega's en/of leidinggevende is negatief geassocieerd met het behouden of hervatten van werk.</p> <p><i>Richtlijnen: 5-10-11-16-22-29</i></p>
-------	--

Niv 2	<p>Wanneer er wel sprake is van steun in de werksituatie en begrip van collega's en/of leidinggevende is het aannemelijk dat dat positief geassocieerd is met werkbehoud of -hervatting.</p> <p><i>Richtlijnen: 4-10-19-21-25-26-28</i></p>
-------	---

Niv 3	<p>Er zijn aanwijzingen dat stigmatisering en discriminatie in het werk t.o.v. de werknemer met een chronische aandoening negatief geassocieerd is met werkbehoud of -hervatting.</p> <p><i>Richtlijnen: 9-11-25</i></p>
-------	--

Omgevingsfactoren

Niv 1	<p>Het ervaren van steun uit de sociale omgeving is positief geassocieerd met het behouden en hervatten van werk.</p> <p><i>Richtlijnen: 1-8-10-11-23-26</i></p>
-------	--

Niv 3	<p>Er zijn aanwijzingen dat begeleiding en zorg door professionals die een stimulerende houding hebben ten aanzien van werk positief geassocieerd is met werkbehoud en werkhervatting van werkenden met een chronische aandoening.</p> <p><i>Richtlijnen: 4-26</i></p>
-------	--

Niv 3	Er zijn aanwijzingen dat het ervaren van problemen met woon-werkverkeer negatief geassocieerd is met terugkeer naar werk. <i>Richtlijnen: 1-29</i>
Niv 3	Er zijn aanwijzingen dat stedelijk wonen in vergelijking met voorstedelijk wonen negatief geassocieerd is met het behouden van werk en dat wonen in een regio met een hogere socio-economische status positief geassocieerd is met werkbehoud. <i>Richtlijnen: 9-29</i> <i>Internationaal literatuuronderzoek: Botticello et al. 2012 (32)</i>

Overige overwegingen

Ervaring van mensen met een chronische aandoening

Recentelijk is er een vragenlijstsonderzoek onder 4964 mensen met een chronische aandoening uitgevoerd waarin hun ervaringen met werk en begeleiding rondom werk en –hervatting centraal stonden. Dit onderzoek geeft inzicht in factoren die de werk(zoek)enden met een chronische aandoening als belemmerend of bevorderend voor hun werkbehoud of –hervatting ervaren (39).

Een aantal van de factoren gevonden in de literatuur wordt door deze groep ondervraagden bevestigd; het ontvangen van steun en begrip op de werkvloer helpt hen hun werk te behouden of is iets wat ze nodig hebben om terug te keren naar werk. Het gebrek aan deze steun, wat soms zelfs als tegenwerken door de werkgever of discriminatie gerapporteerd wordt, heeft hen belemmerd bij het hervatten van hun werk en/of in het uitvoeren van hun huidige baan. Eenzelfde beeld wordt gezien voor andere werk-gerelateerde factoren zoals het aanpassen van het werk op het gebied van werkplek, werktijden en werkinhoud. Deze aanpassingen hebben mensen met een chronische aandoening nodig om werk te hervatten of te behouden en het ontbreken hiervan belemmert hen hierin.

Het vragenlijstsonderzoek brengt ook een aantal aanvullende factoren aan het licht. Zowel werkenden als niet-werkenden met een chronische aandoening gaven aan dat zij inzicht in de gevolgen van hun ziekte voor het werk nodig hebben om aan het werk te kunnen komen of te blijven. Het accepteren van en kunnen omgaan met een chronische aandoening is tevens een belangrijke factor hiervoor. Bij het zoeken naar (ander) werk werd een gebrek aan banen met voldoende inkomen als gevolg van de recessie, nieuwe wetgeving en ingewikkelde procedures genoemd als belemmerende factoren.

Aan mensen met een chronische aandoening die op zoek waren naar (ander) werk is gevraagd hoe een bedrijfsarts, verzekeringsarts of medisch adviseur hen daarbij zou kunnen helpen. Hieruit blijkt dat de attitude en wijze van begeleiding van deze zorgverleners werkhervatting positief dan wel negatief kan beïnvloeden. Een

proactieve, oplossingsgerichte houding en empathische benadering van de arts zijn positief geassocieerd met werkhervatting, waar een negatieve, niet op communicatie gerichte houding negatief geassocieerd is. De houding van de bedrijfsarts, verzekeringsarts of medisch adviseur lijkt dus een belangrijke rol te kunnen spelen bij werkhervatting.

Coping

Iemand die geconfronteerd wordt met een chronisch ziekte kan te maken krijgen met verschillende belemmeringen waarmee hij of zij om moet leren gaan. Vaak spelen pijn, vermoeidheid, cognitieve beperkingen en fysieke beperkingen een rol, niet alleen bij arbeidsparticipatie maar ook in het algemeen dagelijks leven. Maar ook afhankelijkheid, verlies van werk en inkomen, verlies van rol in de maatschappij en verlies van perspectief kunnen een opgave vormen.

Iemand met een chronische aandoening kan met deze problemen op verschillende manieren omgaan. Dit wordt ook wel 'coping' genoemd. Coping is de manier waarop iemand zowel gedragsmatig, cognitief als emotioneel met een probleem omgaat. Uit de gevonden literatuur bleek ineffectieve coping negatief geassocieerd te zijn met arbeidsparticipatie. Er is echter geen vast recept voor een "effectieve coping". Daarnaast is duidelijk dat de veel gehanteerde tweedeling "actieve coping versus passieve coping" geen recht doet aan de veelheid van manieren waarop iemand met problemen omgaat.

Op basis van praktijkervaringen vindt de werkgroep het aannemelijk dat de manier waarop iemand met de genoemde problemen omgaat van invloed kan zijn op zijn kwaliteit van leven en ook op werkhervatting of werkbehoud. Welke mogelijkheden iemand ziet om zijn werkbehoud of werkhervatting positief te beïnvloeden is afhankelijk van zijn persoonlijke eigenschappen en de oorzaak en de aard van het specifieke probleem. Tevens kan de manier van omgaan met een probleem bepaald worden door persoonlijke voorkeur. Daarnaast spelen omgevingsfactoren een rol en het al dan niet kennen van voorbeelden hoe om te gaan met problemen.

Zelfstandig ondernemers

Steeds meer Nederlanders zijn als zelfstandig ondernemer actief. Onder deze groep werkenden bevinden zich vanzelfsprekend ook mensen met één of meer chronische ziekten. In de Zelfstandigen Enquête Arbeidsomstandigheden (ZEA) 2012 van TNO geeft ongeveer een derde van de zelfstandigen aan dat hij of zij een langdurige ziekte, aandoening of handicap heeft (38). Dit aandeel is iets lager dan onder werknemers (37,3%). Net als onder werknemers zijn het vaak de oudere zelfstandigen die met een chronische ziekte te maken hebben. Als het gaat om ervaren belemmeringen in het werk vertonen zelfstandigen nagenoeg dezelfde kenmerken als werknemers, het aantal mensen met een lichte of ernstige belemmering is alleen iets groter (38).

In de literatuur wordt gesteld dat het zelfstandig ondernemerschap een positief effect heeft op de gezondheid (39). De gedachte hier achter is dat ZZP'ers een actiever bestaan leiden en over het geheel genomen gezonder zijn. Dit zou te maken hebben

met de vrijheid en ruimte die zij hebben om hun werkzaamheden te verdelen over de beschikbare werktijd. Een andere studie is daar minder van overtuigd (40). De veronderstelling in deze studie is dat mensen met een goede gezondheid eerder bereid zijn risico's te nemen en daarom sneller kiezen voor het zelfstandig ondernemerschap dan mensen met een minder goede gezondheid. Het zelfstandig ondernemerschap kan in voorkomende gevallen zelfs een negatieve impact hebben op de gezondheid van het individu. Omdat zelfstandigen de volledige verantwoordelijkheid dragen voor het voortbestaan van hun onderneming, staan zij vaker onder grote druk en hebben zij meer last van stress dan werknemers die voor een baas werken. Daarnaast kan het zijn dat mensen met een chronische aandoening eerder als zelfstandige gaan werken om risico's van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid bij een werkgever weg te nemen. Verzekeringspremies dragen ze eventueel zelf af. Zo maken zij mogelijk een grotere kans op werk dan in de hoedanigheid van werknemer. De gepresenteerde cijfers (38) geven geen doorslaggevend antwoord op de vraag of het zelfstandig ondernemerschap een uitkomst of uitvlucht is. Vermoedelijk gaan alle verklaringen in elk geval ten dele op en zijn hier ook weer de individuele verschillen groot.

Maatwerk

De begeleiding van werk(zoek)enden met een chronische aandoening betreft maatwerk. Bedrijfs- en verzekeringsartsen dienen daarom rekening te houden met factoren die positief of negatief geassocieerd zijn met arbeidsparticipatie. Een deel van deze factoren is niet of moeilijk te beïnvloeden, al dienen bedrijfs- en verzekeringsartsen zich bij advisering en begeleiding bewust te zijn van de invloed van een aantal niet-modificeerbare factoren op arbeidsparticipatie van mensen met een chronische aandoening. Andere factoren kunnen aanknopingspunten bieden voor in te zetten interventies bij de begeleiding van werk(zoek)enden met een chronische aandoening. Daarbij moet niet vergeten worden dat een associatie lang niet altijd op een rechtstreeks causaal verband wijst. Door risicofactoren voor een verminderde kans op arbeidsparticipatie te herkennen, zoals een hogere leeftijd of een langere ziekteduur kunnen bedrijfsartsen of verzekeringsartsen mensen met deze kenmerken extra of andere begeleiding bieden. De ondersteuning van jonge mensen met een chronische aandoening vraagt bijvoorbeeld om een andere aanpak dan de ondersteuning van oudere mensen met een chronische aandoening. Door extra of andere begeleiding te bieden zou niet alleen werkherleving mogelijk bevorderd kunnen worden, maar zou daarnaast uitval uit werk voorkomen kunnen worden.

Werk(zoek)enden met een chronische aandoening bevinden zich soms in een spanningsveld tussen herstelbehoefte en aandrang tot werkherleving. De bedrijfsarts of verzekeringsarts zou hier rekening mee moeten houden en samen met de werk(zoek)ende de juiste balans moeten vinden tussen tijd om te herstellen en werkherleving. Dit vraagt om maatwerk.

Aanbevelingen

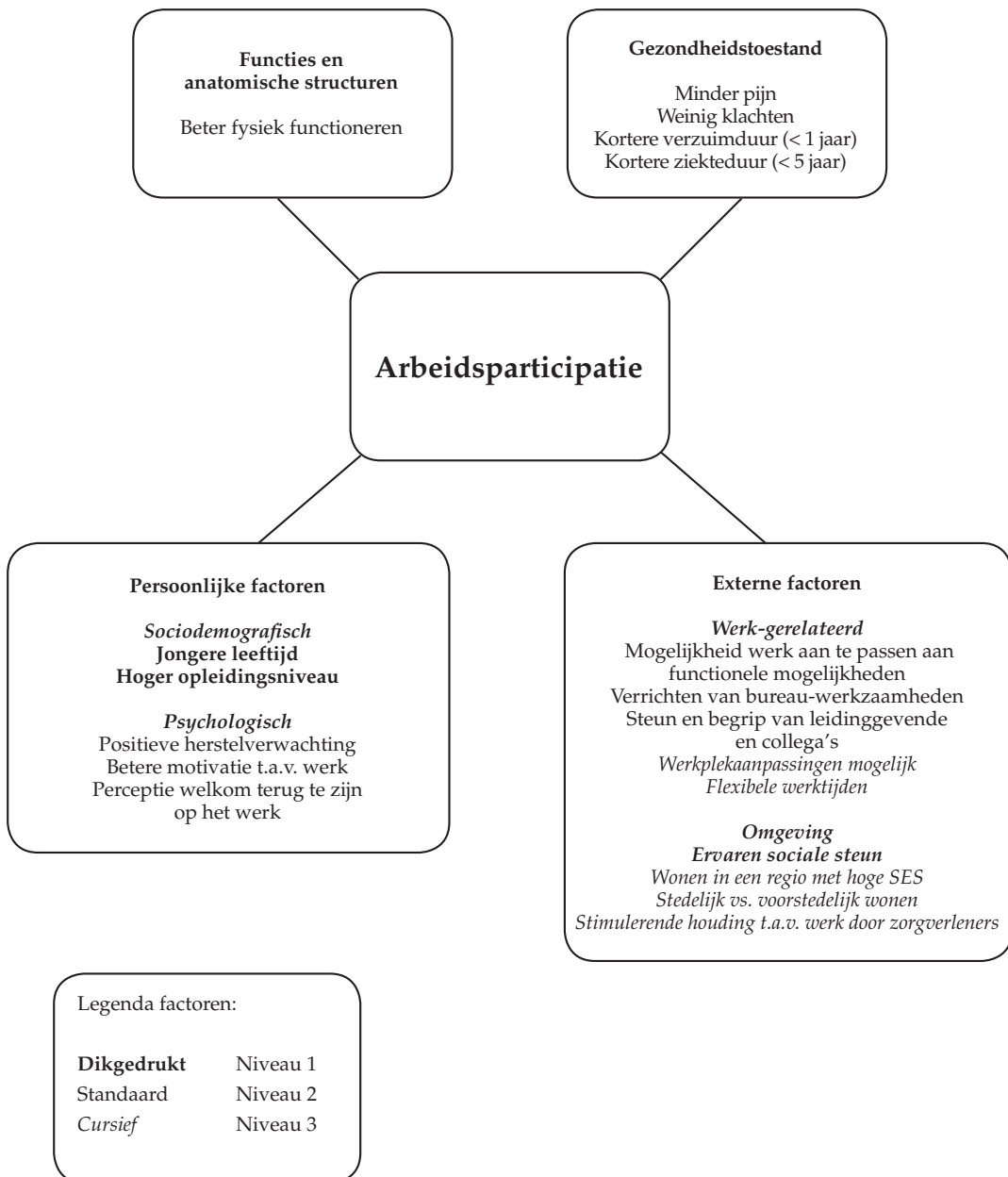
De begeleiding van werk(zoek)enden met een chronische aandoening betreft maatwerk. Om werk(zoek)enden goed te kunnen ondersteunen bij het zoeken naar of behouden van werk, is het belangrijk dat bedrijfs- of verzekeringsartsen de volgende acties ondernemen:

- Breng samen met werk(zoek)enden met een chronische aandoening factoren in kaart die arbeidsdeelname kunnen belemmeren:
 - Psychologische factoren***
 - Lage herstelverwachting
 - Ineffectieve coping
 - Verstoord emotioneel evenwicht
 - Gezondheidstoestand***
 - Co-morbiditeit, waaronder depressie
 - Hogere pijnniveaus
 - Functioneren***
 - Vermoeidheid
 - Cognitieve beperkingen
 - Werkgerelateerde factoren***
 - Fysiek zwaar werk
 - Weinig autonomie en regelmogelijkheden
 - Onvoldoende steun en begrip van leidinggevende en collega's
- Inventariseer de volgende factoren, waar in de literatuur minder evidence voor gevonden is, die arbeidsdeelname kunnen belemmeren:
 - Het hebben van angst (o.a. onzekerheid relaterend aan onzeker verloop van de ziekte)
 - Het hebben van een slechtere algemene gezondheid
 - Hogere ernst van de beperkingen
 - Psychische beperkingen
 - Functionele beperkingen
 - Fysieke beperkingen
 - Hoog werktempo
 - Hoge werkdruk
 - Onregelmatige werktijden
 - Werkstress
 - Laaggeschoold werk
 - Werkzaam zijn bij een klein bedrijf

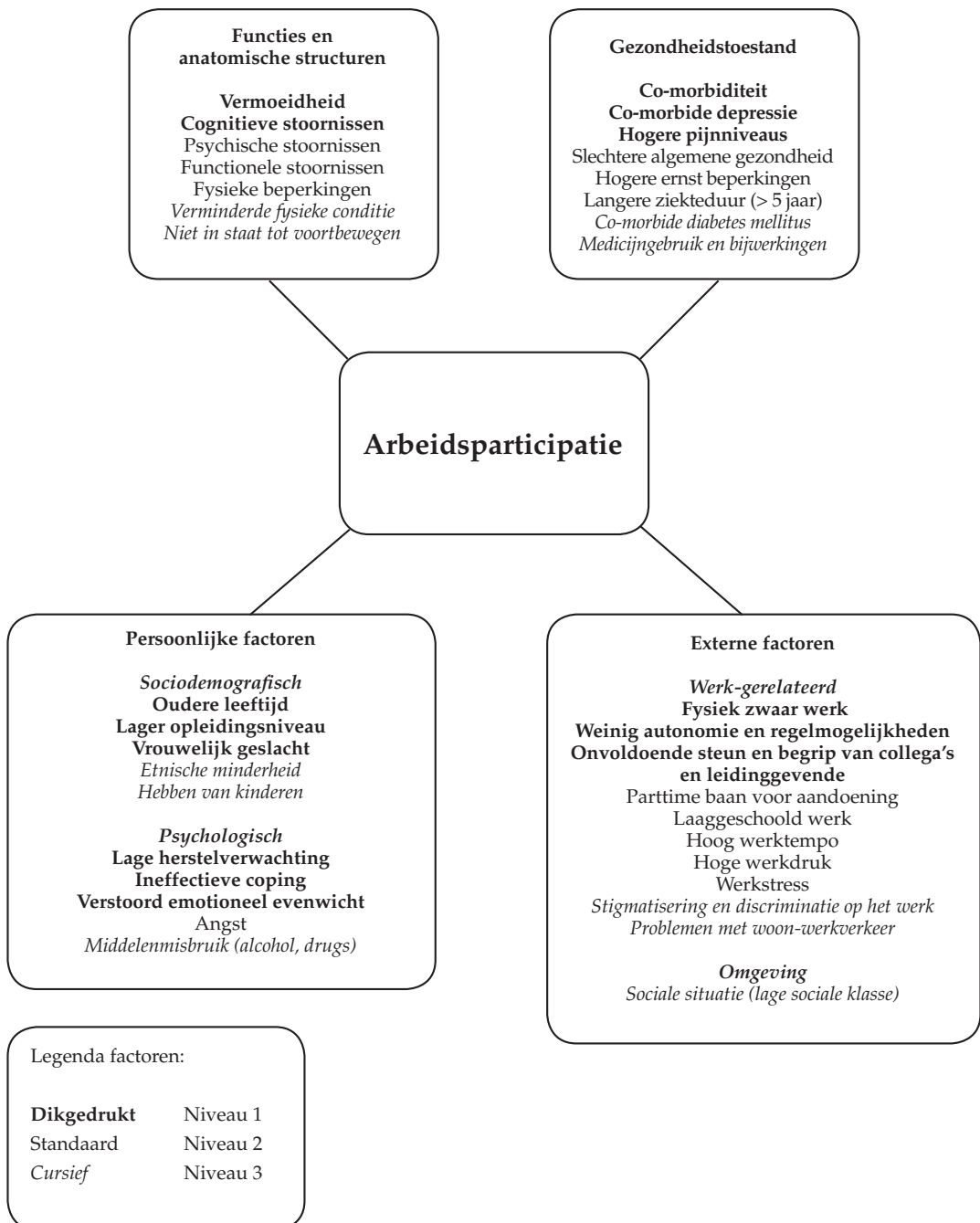
- Ga samen met de werk(zoek)ende na of belemmerende factoren verholpen of beïnvloed kunnen worden en zo ja, welke aanpak daarvoor mogelijk is en welke professionals daarbij onmisbaar zijn. Daarbij is het van belang na te gaan wat de werk(zoek)ende zelf kan doen om belemmerende factoren te verhelpen en welke ondersteuning of informatie hij/zij hierbij nodig heeft. De Leidraad Participatieve Aanpak kan hierbij ondersteuning bieden (https://www.nvab-online.nl/sites/default/files/bestanden-webpaginas/2016%20Cli%C3%ABnt%20versie%20Leidraad%20PA%20Maart%202016_definitief.pdf). Daarnaast kan de werkscan of de scan werkvermogen werkzoekenden meer inzicht bieden (<https://www.arbeidsdeskundigen.nl/kennis/document/akc/1068>; <https://werkscanonderzoek.nl/>)
- Bied de volgende risicogroepen meer begeleiding want zij hebben meer kans op uitval:
 - Ouderen
 - Vrouwen
 - Lager opgeleiden
 - Langdurig zieken (ziekteduur > 5 jaar)
 - Langdurige verzuimers (verzuimduur > 1 jaar)
 - Etnische minderheden
 - Parttime werkenden
- Besteed aandacht aan de behoefte van de werk(zoek)ende aan hersteltijd tijdens de periode van werkhervatting.

Bijlagen

Figuur 1. Factoren positief geassocieerd met arbeidsparticipatie van mensen met een chronische aandoening



Figuur 2. Factoren negatief geassocieerd met arbeidsparticipatie van mensen met een chronische aandoening



1.2 Ziektespecifieke factoren geassocieerd met arbeidsparticipatie

Uitgangsvraag 2: Welke ziektespecifieke factoren (inclusief problemen, ervaren knelpunten en oplossingen) zijn gerelateerd aan werkbehoud en/of werkhervatting van werkenden met een chronische aandoening?

Beschrijving literatuursearch en -selectie nationale literatuur

Om tot een overzicht van deze ziektespecifieke factoren van invloed op werkbehoud en -hervatting te komen werden de verzamelde nationale richtlijnen en protocollen geraadpleegd. We hebben hierbij de stap van internationaal systematisch literatuuronderzoek overgeslagen omdat de mono- en multidisciplinaire richtlijnen gericht op specifieke ziekten resultaten presenteren van reeds uitgevoerd systematisch internationaal literatuuronderzoek. Omdat hierbij gebruik gemaakt werd van de NVAB richtlijnen en NVVG protocollen zijn deze bevindingen m.b.t. ziektespecifieke factoren relevant voor de doelgroep van deze richtlijn en overzichtelijk van omvang.

Relevante richtlijnen zijn op dezelfde manier als voor uitgangsvraag 1 gezocht en geselecteerd. Factoren die slechts bij één ziekte geassocieerd bleken met werkbehoud of terugkeer naar werk, werden als ziektespecifiek aangemerkt.

Samenvatting van resultaten van nationaal literatuuronderzoek

Er zijn 17 ziekten waarvoor er specifieke factoren gevonden zijn. Om antwoord te geven op uitgangsvraag 2, werd nagegaan of de factoren genoemd in de geselecteerde richtlijnen geassocieerd waren met werkbehoud, werkhervatting of allebei. Om het overzicht op de resultaten te bewaren, zijn de gevonden factoren per ziekte en uitkomstmaat weergegeven in conclusies en niet verder beschreven.

Er werd een grote diversiteit aan factoren geassocieerd met arbeidsparticipatie gevonden die ofwel sterk samenhangen met een specifieke ziekte ofwel slechts in een specifieke ziekte onderzocht waren. Omdat een compleet overzicht van al deze factoren te ver voert om in deze richtlijn, waarin de focus op overkoepelende aspecten ligt, weer te geven, werd er voor gekozen om alleen factoren op te nemen waarvoor er een sterke mate van bewijs bestaat. Factoren met een bewijsniveau van 2 of hoger zijn daarom hieronder weergegeven. Voor een compleet overzicht van ziektespecifieke factoren verwijzen we naar de evidence tabel (Tabel D) en naar de betreffende ziektespecifieke richtlijnen.

Ischemische hartziekten

Niv 1	<p>Verminderd zelfvertrouwen geeft een verlaging van de kans op succesvolle hervatting van betaald werk</p> <p><i>Multidisciplinaire richtlijn Hartrevalidatie, 2011 (8)</i></p> <p><i>NVAB richtlijn Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met ischemische hartziekten, 2007</i></p>
-------	---

Niv 1	<p>Goede acceptatie van de ziekte geeft een hogere kans op succesvolle hervatting van betaald werk terwijl een gebrek aan motivatie voor werk de kans op werkhervatting verlaagt.</p> <p><i>Multidisciplinaire richtlijn Hartrevalidatie, 2011 (8)</i></p>
-------	--

Niv 2	<p>Het is aannemelijk dat een hogere inspanningstolerantie en het hebben van kennis over de ziekte positief gerelateerd zijn aan werkhervatting.</p> <p><i>Multidisciplinaire richtlijn Hartrevalidatie, 2011 (8)</i></p>
-------	---

Niv 2	<p>Het is aannemelijk dat het hebben van doorbetaling tijdens ziekteverlof en een naderende pensionering voor het index event een lagere kans op succesvolle werkhervatting geven evenals de aanwezigheid van angineuze klachten na het index event.</p> <p><i>Multidisciplinaire richtlijn Hartrevalidatie, 2011 (8)</i></p>
-------	---

Multipale Sclerose (MS)

Niv 2	<p>Het is aannemelijk dat een toenemende mate van beperking of een progressief ziekte type negatief geassocieerd is met werkbehoud van mensen met MS.</p> <p><i>Richtlijn Multipale Sclerose, 2012 (21)</i></p>
-------	---

Niv 2	<p>Het is aannemelijk dat een langere opleidingsduur positief geassocieerd is met werkbehoud van mensen met MS.</p> <p><i>Richtlijn Multipale Sclerose, 2012 (21)</i></p>
-------	---

Niv 2	Het is aannemelijk dat geslacht en huwelijkse staat niet geassocieerd zijn met arbeidsparticipatie van mensen met MS. <i>Richtlijn Multipele Sclerose, 2012 (21)</i>
-------	---

Kanker

Niv 2	Het is aannemelijk dat de mogelijkheid om onregelmatige diensten of nachtdiensten aan te passen positief geassocieerd is met terugkeer naar werk onder mensen met borstkanker. <i>Verzekeringsgeneeskundig protocol Borstkanker, 2007 (25)</i>
-------	---

Niet-aangeboren hersenletsel

Niv 1	Er is sprake van een negatieve associatie tussen 'langere opnameduur' (in een ziekenhuis en/of revalidatie-instelling) en terugkeer naar werk bij traumatisch hersenletsel. <i>Multidisciplinaire richtlijn Niet-aangeboren hersenletsel en arbeidsparticipatie, 2012 (10)</i>
-------	---

Beroerte

Niv 2	Het is aannemelijk dat normale spierkracht, zelfstandig kunnen lopen, het ontbreken van cognitieve stoornissen en een goede medewerking aan de revalidatie positief geassocieerd zijn met werkhervatting na een beroerte. <i>Verzekeringsgeneeskundig protocol Beroerte, 2007 (24)</i>
-------	---

Reumatoïde artritis

Niv 1	Bij werkenden met reumatoïde artritis is een hogere ziekteactiviteit negatief geassocieerd met werkbehoud. <i>Richtlijn Reumatoïde Artritis en Participatie in arbeid, 2012 (22)</i> <i>Verzekeringsgeneeskundig protocol Reumatoïde artritis, 2008 (29)</i>
-------	--

Niv 1	Een hogere mate van (ochtend)stijfheid, sombere verwachtingen met betrekking tot de terugkeer naar arbeid en een gebrek aan sociale steun is negatief geassocieerd met werkbehoud van werkenden met reumatoïde artritis. <i>Richtlijn Reumatoïde Artritis en Participatie in arbeid, 2012 (22)</i>
-------	---

Niv 1	Een hogere mate van gewrichtsschade en een hoger aantal aangedane gewrichten vertonen een negatieve associatie met werkhervatting <i>Verzekeringsgeneeskundig protocol Reumatoïde artritis, 2008 (29)</i>
-------	--

1

Overige overwegingen

De factoren die in de conclusies hierboven beschreven zijn en in de overzichtstabel in Bijlage D gepresenteerd worden, worden als ziektespecifiek aangemerkt omdat er slechts bij één diagnosegroep bewijs is gevonden voor hun associatie met arbeidsparticipatie. Het is echter goed om zich ervan bewust te zijn dat deze factoren ook bij andere aandoeningen een rol kunnen spelen bij het behouden of hervatten van werk. Daarnaast kan een factor die bij meerdere diagnosegroepen gevonden is, en daarom als ziekte-overstijgend is gekenmerkt, toch bij verschillende aandoeningen een verschillende oorzaak hebben en daarom verschillende aanpak vragen.

Aanbeveling

Houd bij de begeleiding en beoordeling van werk(zoek)enden met een chronische aandoening rekening met specifieke factoren die op basis van de onderliggende aandoening geassocieerd zijn met arbeidsparticipatie. Voorbeelden hiervan zijn een hogere ziekteactiviteit en hogere mate van ochtendstijfheid (reumatoïde artritis), de mate van inspanningstolerantie en angineuze klachten (ischemische hartziekten) of een progressieve ziekte (multipale sclerose). Voor meer details over ziektespecifieke factoren die geassocieerd zijn met arbeidsparticipatie verwijzen we naar ziektespecifieke richtlijnen.

1.3 Financiële en juridische factoren geassocieerd met arbeidsparticipatie

Uitgangsvraag 3: Welke financiële en juridische factoren spelen een rol bij werkbehoud en werkhervatting van werk(zoek)enden met een chronische aandoening?

Beschrijving literatuursearch internationale en nationale literatuur

Ter beantwoording van uitgangsvraag 3 werd een zoekstrategie opgesteld met behulp van de PICO-methodiek, waarmee in PubMed op systematische wijze werd gezocht naar wetenschappelijke literatuur. Voor relevante literatuur met betrekking tot juridische factoren werd ook de nationale database PiCarta geraadpleegd. Voor beide typen factoren werd een zoekstrategie opgesteld met de volgende componenten:

P: Mensen met een chronische aandoening

I: Juridische/financiële factoren geassocieerd met arbeidsparticipatie

O: Werkbehoud of terugkeer naar werk

Aangezien we geïnteresseerd zijn in factoren geassocieerd met arbeidsparticipatie is er vooraf geen controle conditie gedefinieerd, waardoor de 'C' uit de PICO niet van toepassing is in deze zoekstrategie. De zoekactie werd gelimiteerd tot een publicatiedatum na 1 januari 2005. Een volledige beschrijving van de zoekstrategie staat vermeld in Bijlage E.

Beschrijving literatuurselectie internationale en nationale literatuur

Met behulp van de zoekstrategie naar juridische factoren werden in totaal 116 referenties gevonden en de zoekstrategie naar financiële factoren leverde 349 referenties. De verkregen titels en abstracts werden op basis van de PICO geselecteerd; mensen in de werkende leeftijd met een chronische aandoening (P), juridische dan wel financiële factoren (I) geassocieerd met werkbehoud of terugkeer naar werk (O). Ten aanzien van de juridische factoren gold er een vierde inclusiecriteria, namelijk dat de studie betrekking moest hebben op de Nederlandse situatie, aangezien juridische factoren contextgevoelig kunnen zijn. Na deze selectie bleven er 9 artikelen over waarvan de volledige tekst werd gescreend. Na nadere bestudering bleek er één artikel m.b.t. financiële factoren te voldoen aan de gehanteerde inclusie criteria (Messmer Uccelli et al, 2009).

De systematische zoekactie in internationale literatuur werd aangevuld met resultaten vanuit nationale, ziektespecifieke, richtlijnen. Uit de richtlijndatabases van NVAB, NVVG, CBO (Dilliguide) en Trimbos (GGZ-richtlijnen), werden richtlijnen geselecteerd die zich richten op een chronische ziekte, aandacht besteedden aan werk en vanaf 2004 gepubliceerd zijn. Dit leverde 74 multi- en monodisciplinaire richtlijnen en protocollen op. Hiervan beschreven 31 richtlijnen factoren geassocieerd met werkbehoud en/of werkhervatting van mensen met een chronische ziekte en werd er niveau van bewijs van bijbehorende conclusies in de richtlijn gerapporteerd. Er werden vier richtlijnen geïdentificeerd die specifieke aandacht besteedden aan de invloed van juridische en/of financiële factoren op arbeidsparticipatie van werk(zoek)enden met een chronische ziekte.

Samenvatting uit internationale literatuur

In de cross-sectionele studie van Messmer Uccelli (2009) werd onderzocht welke factoren invloed hebben op het behouden van werk in mensen met MS. Zij vroegen deelnemers welke factoren, verdeeld over negen categorieën, volgens hen werkbehoud bevorderen of belemmeren. Eén van deze categorieën was financiële overwegingen. Hieruit bleek dat mensen met MS aan het werk blijven om hun huidige inkomen en toekomstige financiële stabiliteit te garanderen. Beleid rondom arbeidsdeelname en pensioenuitkering hadden ook invloed op de motivatie van de studiepopulatie om aan het werk te blijven.

Samenvatting uit nationale richtlijnen

In de multidisciplinaire richtlijn NAH en arbeidsparticipatie (10) werd er een uitgangsvraag opgesteld om financiële factoren geassocieerd met arbeidsparticipatie in kaart te brengen. Ondanks dat ook in deze richtlijn geen literatuur werd gevonden waarin de directe invloed van financiële factoren op arbeidsparticipatie werd onderzocht, besteedde een aantal studies wel aandacht aan dit aspect. Uit studies uitgevoerd in Nederland bleek dat het ontvangen van een uitkering belemmerend voor arbeidsparticipatie leek te werken. Mensen die na hun beroerte een uitkering ontvingen hadden angst deze te verliezen als ze weer aan het werk gingen. Anderzijds speelde het beperken van bijverdiensten als gevolg van een uitkering een rol. Ook bleek uit een kwalitatief onderzoek dat arbeidsparticipatie werd belemmerd wanneer het re-integratietraject niet werd vergoed. Internationale studies lieten zien dat mensen meer gedreven waren weer aan het werk te gaan wanneer ze financieel afhankelijk waren van werk.

In de multidisciplinaire richtlijn HIV en Arbeid (9) werd er aandacht besteed aan de rol die sociale voorzieningen spelen bij arbeidsparticipatie van mensen met HIV. Zij vonden verschillende onderzoeken waaruit bleek dat (angst voor) het verlies van een uitkering een belemmering vormde voor werkhervatting. Ondanks dat de meeste van deze onderzoeken in de VS waren uitgevoerd, achtte de projectgroep dit ook een relevante factor in de Nederlandse situatie omdat deze angst ook in Nederland bestaat; mensen die reeds een uitkering ontvangen en terug willen/moeten keren naar de werkvloer waren bang dat men niet terug kon keren op het huidige uitkeringsniveau als de re-integratie mislukte, onder andere als gevolg van onvoldoende kennis van de geldende wet- en regelgeving.

Ditzelfde werd gerapporteerd in de Multidisciplinaire richtlijn Werk en ernstige psychische aandoeningen (11); de angst om er financieel op achteruit te gaan leek bij mensen met ernstige psychische aandoeningen een negatieve rol te spelen bij arbeidsparticipatie. Ook noemden deelnemers aan focusgroepen uitgevoerd in het kader van deze richtlijn dat onzekerheid over financiële gevolgen, zoals behoud van uitkering en gevolgen voor verzekering, en onbekendheid op het gebied van wet- en regelgeving een belemmering vormden bij het behouden van een baan, evenals factoren van wet- en regelgeving zelf, zoals late goedkeuring van het UWV of financiële achteruitgang.

Conclusies

Niv 2	<p>Het is aannemelijk dat (angst voor) inkomensachteruitgang, door verlies van sociale voorzieningen/uitkering, negatief geassocieerd is met arbeidsparticipatie van mensen met een chronische aandoening.</p> <p><i>Richtlijnen: 9-10-11</i></p>
Niv 3	<p>Er zijn aanwijzingen dat werkbehoud positief beïnvloed wordt door de garantie van huidige inkomsten en toekomstige financiële stabiliteit en door beleid rondom arbeidsdeelname en pensioenuitkering.</p> <p><i>C: Messmer Uccelli et al. 2009 (35)</i></p>
Niv 4	<p>Patiënten met NAH zijn van mening dat wanneer men financieel afhankelijk is van werk, re-integratie na een beroerte bevorderd wordt.</p> <p><i>Richtlijn: 10</i></p>
Niv 4	<p>Volgens patiënten met NAH belemmert het ontvangen van een uitkering ná een beroerte hun werkhervatting door de beperking ten aanzien van bijverdiensten die daaraan gekoppeld is.</p> <p><i>Richtlijn: 10</i></p>
Niv 4	<p>Patiënten met NAH vermelden dat arbeidsparticipatie belemmerd wordt als een re-integratietraject niet wordt vergoed.</p> <p><i>Richtlijn: 10</i></p>
Niv 4	<p>Volgens werknemers met een psychische aandoening wordt werkbehoud belemmerd door aspecten van wet- en regelgeving, zoals late goedkeuring van het UWV en financiële achteruitgang.</p> <p><i>Richtlijn: 11</i></p>

Aanbevelingen

Aanbevelingen voor de praktijk

- Houd bij de begeleiding van werkenden met een chronische aandoening t.a.v. werkbehoud dan wel werkhervatting rekening met de belemmerende invloed van: het niet vergoeden van een re-integratietraject, korting van de uitkering bij bijverdiensten en onvoldoende kennis over wet- en regelgeving die kan leiden tot angst voor het verlies van inkomen of uitkering. Wanneer er geen financiering is voor een re-integratietraject blijft de bedrijfs- of verzekeringsarts de werk(zoek)ende zelf begeleiden, mogelijk kan hierbij samengewerkt worden met de HR afdeling binnen een organisatie of met de gemeente (zie: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/re-integratie/vraag-en-antwoord/hoe-kan-ik-re-integreren-en-wie-begeleidt-mij>).
- Richt de begeleiding en behandeling op verandering van het toekomstperspectief wanneer duidelijk is dat werken vanwege de aard en de ernst van de beperkingen geen reële mogelijkheid (meer) is.

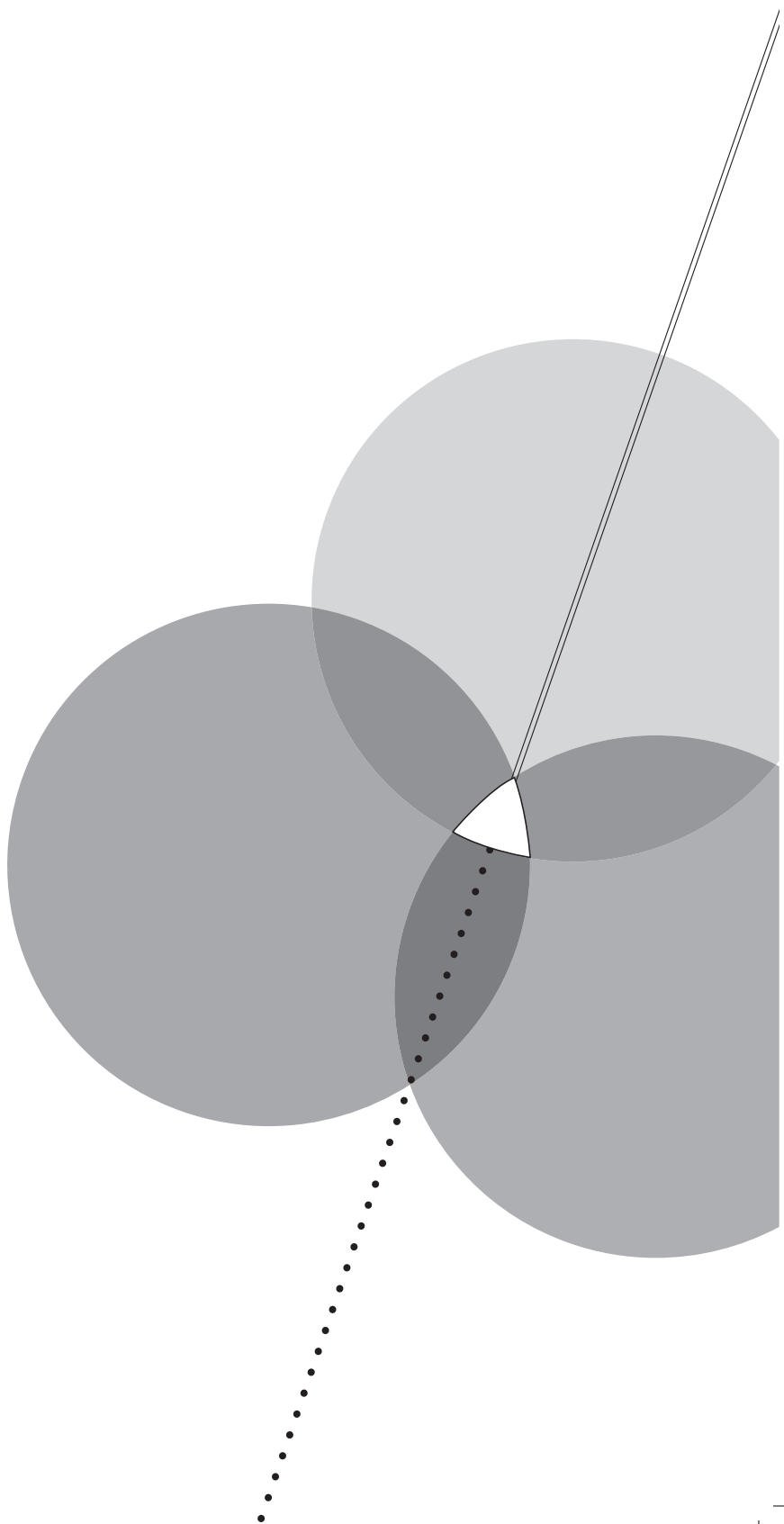
Aanbeveling voor beleid

Aandacht wordt gevraagd voor aspecten van wet- en regelgeving die nadelig – kunnen – zijn voor mensen met een chronische aandoening.

Literatuur

1. Blauwdruk Kanker en werk. Achtergronddocument. Kwaliteitsbureau NVAB, 2009, Utrecht.
2. Ketenzorgrichtlijn Aspecifieke-lage-rugklachten. Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie, 2010, Amersfoort.
3. Multidisciplinaire richtlijn Aspecifieke klachten arm, nek en/of schouder. Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie, 2012, Amersfoort.
4. Multidisciplinaire richtlijn Complex regionaal pijn syndroom type I. Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen, 2013, Utrecht.
5. Multidisciplinaire richtlijn Diagnostiek en behandeling van COPD. CBO, 2010, Utrecht.
6. Multidisciplinaire richtlijn Diagnostiek en Behandeling van mensen met Whiplash Associated Disorder I / II. Nederlandse Vereniging voor Neurologie, 2008, Utrecht.
7. Multidisciplinaire richtlijn Guillain-Barré syndroom. Vereniging Spierziekten Nederland, 2010, Baarn.
8. Multidisciplinaire richtlijn Hartrevalidatie. Revalidatiecommissie Nederlandse Vereniging Voor Cardiologie / Nederlandse Hartstichting, 2011, Utrecht.
9. Multidisciplinaire richtlijn HIV en arbeid. Slotervaart ziekenhuis, 2012, Amsterdam.
10. Multidisciplinaire richtlijn Niet-aangeboren hersenletsel en arbeidsparticipatie. Coronel instituut voor Arbeid en Gezondheid, 2012, Amsterdam.
11. Multidisciplinaire richtlijn Werk en Psychische aandoeningen (EPA). Trimbos instituut, 2013, Utrecht.
12. Multidisciplinaire Richtlijnmodule Diabetes en Arbeid. Achtergronddocument. Kwaliteitsbureau NVAB, 2011, Utrecht.
13. Richtlijn Amputatie en prothesiologie onderste extremiteit. Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen, 2012, Utrecht.
14. Richtlijn Diagnostiek en Behandeling Cystic Fibrosis. Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose, 2007, Den Bosch.
15. Richtlijn Diagnostiek en behandeling van inflammatoire darmziekten bij volwassenen. Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen, 2008, Haarlem.
16. Richtlijn Diagnostiek en behandeling van Reumatoïde Artritis. Nederlandse Vereniging voor Reumatologie, 2009, Utrecht.
17. Richtlijn Eén lijn in de eerste lijn bij overspanning en burn-out. Multidisciplinaire richtlijn overspanning en burn-out voor eerstelijns professionals. Kwaliteitsbureau NVAB, 2011, Utrecht.
18. Richtlijn Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met Ischemische hartziekten. Achtergronddocument. Kwaliteitsbureau NVAB, 2007, Utrecht.
19. Richtlijn Handelen van de bedrijfsarts bij werkenden met Psychische Problemen. Achtergronddocument. Kwaliteitsbureau NVAB, 2007, Utrecht.
20. Richtlijn Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met Rugklachten. Achtergronddocument. Kwaliteitsbureau NVAB, 2006, Utrecht.

21. Richtlijn Multipele sclerose. Nederlandse Vereniging voor Neurologie, 2012, Utrecht.
22. Richtlijn Reumatoïde artritis en participatie in arbeid. NVVG, 2012, Utrecht
23. Verzekeringsgeneeskundige protocol Artrose heup en knie. NVVG, 2008, Utrecht.
24. Verzekeringsgeneeskundig protocol Beroerte. Gezondheidsraad, 2007, Den Haag.
25. Verzekeringsgeneeskundig protocol Borstkanker. Gezondheidsraad, 2007, Den Haag.
26. Verzekeringsgeneeskundige protocol Chronische nierschade. NVVG, 2009, Utrecht.
27. Verzekeringsgeneeskundige protocol COPD. NVVG, 2008, Utrecht.
28. Verzekeringsgeneeskundig protocol Depressieve stoornis. Gezondheidsraad, 2006, Den Haag.
29. Verzekeringsgeneeskundige protocol Reumatoïde artritis. NVVG, 2008, Utrecht.
30. Verzekeringsgeneeskundige protocol Schizofrenie en verwante psychosen. NVVG, 2008, Utrecht.
31. Baanders AN, Rijken PM, Peters L. Labour participation of the chronically ill: a profile sketch. 2002, Eur J Public Health, 12:124–130.
32. Botticello AL, Chen Y, Tulsy D. Geographic variation in participation for physically disabled adults: the contribution of area economic factors to employment after spinal cord injury. 2012, Soc Sci Med, 75:1505–1513.
33. Calsbeek H, Rijken PM, Dekker J, van Berge Henegouwen GP. Disease characteristics as determinants of the labour market position of adolescents and young adults with chronic digestive disorders. 2006, Eur J Gastroenterol Hepatol, 18:203–209.
34. Heijbel B, Josephson M, Jensen I, Stark S, Vingård E. Return to work expectation predicts work in chronic musculoskeletal and behavioral health disorders: prospective study with clinical implications. 2006, J Occup Rehabil, 16:173–184.
35. Messmer Uccelli M, Specchia C, Battaglia MA, Miller DM. Factors that influence the employment status of people with multiple sclerosis: a multinational study. 2009, J Neurol 256:1989–1996.
36. Muehrer RJ, Schatell D, Witten B, Gangnon R, Becker BN, Hofmann RM. Factors affecting employment at initiation of dialysis. 2011, Clin J Am Soc Nephrol, 6:489–496
37. Shamliyan TA, Kane RL, Ansari MT, Raman G, Berman ND, Grant M, et al. Development quality criteria to evaluate nontherapeutic studies of incidence, prevalence, or risk factors of chronic diseases: pilot study of new checklists. 2011, J Clin Epidemiol, 64: 637-657.
38. Zelfstandigen Enquête Arbeidsomstandigheden, p. 61, 89. CBS / TNO, 2012,
39. Marktonderzoekcoach. Wat werkt en wat niet werkt. Zoeken, vinden en behouden van een betaalde baan voor mensen met een aandoening of beperking. Ieder(in), LPGGz, NPCF, 2015, Utrecht.





Interventies



**Interventies die arbeidsparticipatie
van werk(zoek)enden met een
chronische aandoening bevorderen**

Inleiding

Veel mensen met een chronische aandoening willen (blijven) werken. Echter, veranderingen op fysiek, cognitief of emotioneel vlak als gevolg van een chronische ziekte, of factoren die in het werk zelf gelegen zijn, kunnen het behouden van of terugkeren naar werk belemmeren. De inzet van juist gekozen interventies kan deze belemmeringen soms wegnemen en arbeidsparticipatie bevorderen.

Voor een groot deel van de chronische aandoeningen is veel bekend over voornamelijk curatieve interventies die leiden tot vermindering of stabilisatie van klachten. Over bestaande interventies gericht op terugkeer naar werk dan wel behoud van werk is minder bekend. Inzicht in de effectiviteit van deze interventies en waar mogelijk van de afzonderlijke onderdelen van deze interventies ontbreekt internationaal gezien voor veel aandoeningen. Dit betekent dat er een kennisleemte bestaat op dit gebied.

Interventies gericht op werk(behoud) en terugkeer naar werk bevatten vaak overeenkomstige strategieën of elementen, hetzij als afzonderlijke interventies of als onderdeel van een programma. De toepassing van deze overeenkomstige interventies impliceert dat deze breed toepasbaar zijn bij mensen met verschillende chronische aandoeningen (21, 57). Het kan zinvol zijn dergelijke interventies in te zetten om arbeidsparticipatie te bevorderen bij specifieke ziekten waarvoor de effectiviteit van interventies onvoldoende bewezen is, of als generieke eerste stap in begeleiding naar werk.

Het doel van dit hoofdstuk is om helder te krijgen welke interventies effectief ingezet kunnen worden ten aanzien van behoud en terugkeer naar werk van een werk(zoek)ende met een chronische aandoening. In dit hoofdstuk staan de volgende uitgangsvragen centraal:

1. Welke ziekte-overstijgende interventies gericht op het bevorderen van arbeidsparticipatie van werk(zoek)enden met een chronische aandoening zijn beschikbaar en wat is de effectiviteit hiervan?
2. Welke ziektespecifieke interventies gericht op het bevorderen van arbeidsparticipatie van werk(zoek)enden met een chronische aandoening zijn beschikbaar en wat is de effectiviteit hiervan?

Beschrijving literatuursearch en -selectie systematisch literatuuronderzoek

Ter beantwoording van de uitgangsvragen werd een zoekstrategie opgesteld met behulp van de PICO-methodiek, waarmee in verschillende databases (PubMed, EMBASE, PsycINFO, CINAHL en Cochrane Library) op systematische wijze werd gezocht naar wetenschappelijke literatuur. De zoekcriteria werden als volgt opgesteld:

I: Interventies gericht op de verbetering van werkbehoud of terugkeer naar werk

O: Werkbehoud of terugkeer naar werk

S: Systematische review of meta-analyse

Er werd zonder zoekwoorden voor de populatie (P) gezocht. Dit werd gedaan omdat veel auteurs hun onderzoek niet als ziekte-overstijgend kenmerken. Om zo sensitief mogelijk te zoeken was daarom besloten alleen te zoeken op de interventies en uitkomsten. Om die reden ontbreekt ook de controle conditie (C), aangezien we de gevonden interventies ter bevordering van werkhervatting niet met een vooraf gedefinieerde specifieke interventie of behandeling willen vergelijken.

Wat betreft studie design (S) werden alleen systematische reviews of meta-analyses geïnccludeerd. De meeste studies richtten zich namelijk op het onderzoeken van interventies in populaties met een specifieke ziekte. Wanneer dezelfde interventie in verschillende studies met onderzoekspopulaties met diverse ziekten effectief blijkt, nemen we aan dat deze niet echt ziektespecifiek is, maar effectief is in een bredere populatie. In systematische reviews worden resultaten van dergelijke studies in verschillende populaties samengevat en is het bewijs voor beschikbare ziekte-overstijgend interventies reeds gesynthetiseerd. Systematische reviews zijn een goede bron van geaggregeerde evidence voor een richtlijn die als van hogere kwaliteit dan afzonderlijke studies wordt beschouwd. De zoekactie werd gelimiteerd op een publicatiedatum na 1 januari 2004. Een volledige beschrijving van de zoekstrategie staat vermeld in Bijlage F.

Met behulp van de zoekstrategie werden in de verschillende databases 4866 referenties gevonden. Na een eerste screening van de verkregen titels en abstracts bleven 102 reviews over welke werden geselecteerd voor inclusie aan de hand van het volledige artikel. Inclusiecriteria hiervoor waren: mensen met een chronische aandoening in werkende leeftijd (P); interventies gericht op de verbetering van werkbehoud of terugkeer naar werk (I); werkbehoud of terugkeer naar werk als uitkomstmaat (O) en studie design was een systematische review of meta-analyse. In totaal bleken 30 reviews te voldoen aan alle inclusiecriteria. Na het checken van de referenties van de geïnccludeerde reviews werden twee additionele reviews gevonden die aan alle inclusiecriteria voldeden.

De methodologische kwaliteit van de geïnccludeerde reviews werd beoordeeld door middel van AMSTAR een instrument om de kwaliteit van systematische reviews te beoordelen, bestaande uit 11 criteria (57). Wanneer aan 1-4 van deze criteria was voldaan dan was sprake van een lage kwaliteit review, was aan 5-8 criteria voldaan dan was sprake van een medium kwaliteit review en voldeed een studie aan 9-11 items was het een review van hoge kwaliteit. De reviews die in deze richtlijn werden meegenomen moesten specifiek voldoen aan een tweetal methodologische criteria: a) er is systematisch naar literatuur gezocht in meerdere databases en door middel van een referentie check en de gebruikte zoekstrategie en inclusiecriteria zijn beschreven; b) de methodologische kwaliteit van geïnccludeerde studies is beoordeeld en meegenomen in de analyse en/of bij het formuleren van de conclusie. Er waren 11 reviews die niet aan deze criteria voldeden en deze werden dan ook niet verder beschreven. De resultaten van de overige 21 geïnccludeerde reviews worden in dit hoofdstuk beschreven (1-21).

Beschrijving zoeken en selecteren van nationale richtlijnen

De systematische zoekactie in internationale literatuur naar effectieve interventies ter bevordering van arbeidsparticipatie werd aangevuld met resultaten vanuit nationale, ziektespecifiekerichtlijnen. Uit de richtlijndatabases van NVAB, NVVG, CBO (Dilliguide) en Trimbos (GGZ-richtlijnen) werden richtlijnen geselecteerd die zich richten op een chronische ziekte, aandacht besteedden aan werk en vanaf 2004 gepubliceerd waren. Dit leverde 74 multi- en monodisciplinaire richtlijnen en protocollen op. Hiervan besteedden 52 richtlijnen en protocollen op enige manier aandacht aan interventies die arbeidsparticipatie bevorderen. De 28 richtlijnen waarin het effect van deze interventies op de relevante uitkomstmaten werkbehoud en/of werkhervatting werd onderzocht en een niveau van bewijs van bijbehorende conclusies in de richtlijn werd gerapporteerd, werden ter beantwoording van uitgangsvraag 1 meegenomen (22-49). Voor alle interventies die geselecteerd werden op basis van de richtlijnen, werd gecontroleerd of deze al geïnccludeerd waren op basis van de systematische review. Wanneer dit het geval was, werden ze niet meegenomen in de beschrijving van interventies.

Beschrijving methode van data extractie en data synthese

Met behulp van een data-extractietabel werden onderzochte populaties, de interventies die werkbehoud dan wel werkhervatting bevorderden, het effect van de interventie en de beschreven uitkomstmaat uit de reviews en richtlijnen geëxtraheerd. In het geval van de reviews werd tevens het aantal geïnccludeerde studies en hun design genoteerd. Op basis hiervan kon de methodologische kwaliteit van het review bepaald worden volgens de EBRO-methode. Het is belangrijk zich te realiseren dat in geval van systematische reviews deze EBRO-methode een oordeel geeft over de kwaliteit van de geïnccludeerde studies in het betreffende reviews, in tegenstelling tot de AMSTAR beoordeling die een oordeel geeft over de wijze waarop het systematische review is uitgevoerd. Het oordeel volgens AMSTAR wordt in de tekst beschreven, het oordeel volgens EBRO is terug te vinden bij de conclusies en vormt de basis voor het bepalen van het niveau van bewijs.

De EBRO-methode bepaalt de methodologische kwaliteit van een systematische review standaard op niveau A1, mits er tenminste 2 onafhankelijke studies van niveau A2 – in dit geval RCT's van voldoende kwaliteit - geïnccludeerd zijn. Wanneer dit niet het geval was, werd er voor gekozen om de kwaliteit van het systematische review naar A2- of B-niveau te verlagen, volgens onderstaand overzicht.

Methodologische kwaliteit systematisch review;

A1 – indien er tenminste 2 RCT's van voldoende kwaliteit (A2-niveau) zijn opgenomen.

A2 – indien er tenminste 2 gecontroleerde studies (B-niveaus) zijn opgenomen.

B – indien er tenminste 2 ongecontroleerde studies (C-niveau) zijn opgenomen.

In het geval van de richtlijnen werd het gerapporteerde niveau van bewijs van conclusies en de methodologische kwaliteit van individuele studies welke in de

betreffende richtlijn beoordeeld waren, overgenomen. Een uitzondering hierop vormden echter de NVVG-protocollen waarin geen conclusies met bijbehorend niveau van bewijs was geformuleerd. Uit deze protocollen werd relevante informatie geëxtraheerd wanneer er een referentie naar de oorspronkelijke bron vermeld werd. Op basis van de EBRO-methode werd de methodologische kwaliteit van deze referenties beoordeeld en het niveau van bewijs vastgesteld.

Er waren 6 reviews die populaties met meerdere diagnoses hadden geïnccludeerd en op deze manier een uitspraak konden doen over de effectiviteit van ziekte-overstijgende interventies (3, 4, 7, 8, 15, 21). Wat betreft de overige documenten werd met behulp van de data-extractietabel nagegaan of er interventies in meerdere reviews en/of richtlijnen gerapporteerd werden. Deze interventies werden geclusterd. Wanneer een interventie onderzocht was in twee of meer verschillende ziektebeelden of diagnosegroepen werd deze interventie als ziekte-overstijgend gekwalificeerd. De interventies die op deze manier geïdentificeerd zijn worden hieronder beschreven en zijn opgesomd in een evidence tabel in Bijlage G.

2.1 Ziekte-overstijgende interventies ter bevordering van arbeidsparticipatie

Uitgangsvraag 1: Welke ziekte-overstijgende interventies gericht op het bevorderen van arbeidsparticipatie van werk(zoek)enden met een chronische aandoening zijn beschikbaar en wat is de effectiviteit hiervan?

Werkgerichte interventies

Er werden vier reviews gevonden die het effect van werkaanpassingen op terugkeer naar werk onderzochten (7, 8, 15, 21). Deze werden allemaal gedaan in onderzoekspopulaties met verschillende diagnoses waarin bijvoorbeeld zowel mensen met een aandoening aan het bewegingsapparaat als mensen met een mentale stoornis of andere stoornissen vertegenwoordigd waren. Een systematische review van Gensby et al. (2014), van medium kwaliteit concludeerde dat 'workplace disability' programma's, die werden aangeboden door de werkgever en o.a. aanpassingen aan het werk omvatten, de terugkeer naar werk van mensen met een chronische ziekte bevorderden (8). Omdat dit grotendeels gebaseerd was op ongecontroleerde studies (twee non-RCT's en tien pre-post designs zonder controle) was het gevonden bewijs onvoldoende om de effectiviteit van dergelijke programma's aan te tonen.

Van Oostrom et al. (2009) onderzochten de effectiviteit van werkaanpassingen bestaande uit onder andere veranderingen aan de werkplek, de organisatie of de indeling van het werk of arbeidsvoorwaarden. De werknemer, werkgever en een arbo-professional waren altijd bij het uitvoeren van de interventie betrokken. In deze review van medium kwaliteit includeerden zij zes RCT's waaruit bleek dat dergelijke interventies gericht op het werk de kans op terugkeer naar werk in vergelijking met

gebruikelijke zorg vergrootten (21).

Ook een recente review van medium kwaliteit, uitgevoerd door Nevala et al. (2015), onderzocht interventies gericht op werk door middel van één RCT en twee cohortstudies. Deze werkgerichte interventies bestonden uit werkaanpassingen aangevuld met componenten zoals counseling, voorlichting en ondersteuning door anderen bij het uitvoeren van werk. Specifieke typen van deze interventies waaronder flexibilisering van werktijden, veranderingen in werkorganisatie, voorlichting, counseling, speciaal transport en ondersteuning van anderen, bevorderden behoud en hervatting van werk onder werkenden met een chronische aandoening (15).

Een dergelijk positief effect op terugkeer naar werk van werkgerichte interventies werd ook gevonden in een review van Franche et al. (2005). Deze review includeerde twee RCT's, één cohortstudie en twee ongecontroleerde studies en was van medium kwaliteit. De onderzochte interventies omvatten werkaanpassingen, aangevuld met verschillende overige componenten waaronder het bewerkstelligen van een vroeg contact van de werkplek met de werknemer (7).

Tevens werd in negen richtlijnen een positief effect van werkinterventies op werkhervatting of werkbehoud gerapporteerd. Aanpassingen om belasting in werk te verminderen hebben een positief effect op werkbehoud (23, 29, 39). Datzelfde geldt voor verruimde regelmogelijkheden voor wisselende inzetbaarheid (44). Aanpassingen in werktijden zoals vermindering van arbeidsduur of flexibele tijden (24, 46), ergonomische aanpassingen (43) of aanpassingen in taken (45) hebben een positief effect op werkhervatting. Dit geldt ook voor verbeteren van sociale en praktische steun op het werk door voorlichting aan de werkgever over de aandoening en gevolgen daarvan voor werk (43, 45, 48).

In drie van de vier geïncludeerde reviews (7, 15, 21) en negen richtlijnen (23, 24, 29, 39, 43, 44, 45, 46, 48) werd voldoende bewijs gerapporteerd voor een positief effect van werkaanpassingen op het behouden of hervatten van werk met een chronische aandoening.

Psychologische interventies

Arends et al. (2012) deden een Cochrane review van hoge kwaliteit naar de effectiviteit van psychologische interventies in het bevorderen van terugkeer naar werk van personen met een aanpassingsstoornis (1). Negen RCT's vergeleken cognitieve gedragstherapie en probleemoplossingstherapie met gebruikelijke zorg maar vonden geen verschillen tussen personen die deze therapieën volgden en controles in de mate van en de tijd tot volledige werkhervatting.

De Boer et al. (2011) vonden in hun review van hoge kwaliteit naar werkhervatting van kankerpatiënten geen eenduidig effect van psychologische interventies bestaande uit een combinatie van voorlichting, groepstraining en individuele counseling. Een RCT toonde geen effect aan waar twee voor-na studies wel een effect aantoonde (5). In drie richtlijnen werd cognitieve gedragstherapie als interventie ter bevordering van arbeidsparticipatie beschreven (27, 38, 39). De effectiviteit van deze behandelvorm bleek echter niet eenduidig; cognitieve gedragstherapie was niet zonder meer

effectief op werkbehoud van mensen met psychische problemen (38) en bleek ook niet effectief voor het bevorderen van werkhervatting in patiënten met CVS (27). Het inzetten van cognitieve gedragstherapie als pijn-management bij rugklachten was effectiever in bevorderen van werkhervatting dan gebruikelijke zorg door de huisarts maar even effectief als oefentherapie (39).

Er is onvoldoende bewijs voor de effectiviteit van psychologische interventies zoals cognitieve gedragstherapie of probleemoplossingstherapie ter bevordering van arbeidsparticipatie van werk(zoek)enden met een chronische aandoening.

Multidisciplinair revalidatieprogramma gericht op terugkeer naar werk

Verskillende onderzoeken rapporteerden over effectieve multidisciplinaire interventies gericht op terugkeer naar werk die bestonden uit een fysieke training gecombineerd met psychologische en/of arbeidsgezondheidskundige componenten. Een review van De Boer et al. (2011) onderzocht in een review van hoge kwaliteit verschillende soorten interventies ter bevordering van werkhervatting bij kankerpatiënten en vond in drie RCT's effectieve resultaten van multidisciplinaire interventies die bestonden uit fysieke training gecombineerd met psychologische en/of arbeidsgezondheidskundige componenten zoals voorlichting, counseling gericht op werkhervatting en training van coping vaardigheden (5).

Ook in de richtlijn Rugklachten (39) werd gerapporteerd dat een dergelijke interventie effectiever was ter bevordering van werkhervatting dan gebruikelijke zorg. In het NVVG protocol darmkanker (47) en in de blauwdruk Kanker en werk (22) werd een revalidatieprogramma bestaande uit fysieke training gecombineerd met psycho-educatie of andere vormen van mentaal coachende en psychische begeleiding aanbevolen om werkhervatting te bevorderen.

Op basis van een systematische review (5) en drie richtlijnen (22, 39, 47) kon geconcludeerd worden dat een multidisciplinair revalidatieprogramma bestaande uit fysieke training gecombineerd met psychologische en/of arbeidsgezondheidskundige componenten een positief effect hebben op het bevorderen van werkhervatting van mensen met een chronische aandoening vergeleken met gebruikelijke zorg.

Multi-componenten aanpak gericht op arbeidsparticipatie

Er zijn drie reviews die zich richten op verschillende multi-componenten interventies die in de literatuur met 'vocational rehabilitation' omschreven werden (2, 6, 10). Deze interventies kenmerken zich door een assessment van vaardigheden van de individuele werknemer en van zijn werkplek, gevolgd door vaardigheidstraining, voorlichting en counseling, werkaanpassingen, en ten slotte ondersteuning na werkhervatting. De reviews werden in verschillende populaties uitgevoerd en lieten over het algemeen positieve effecten op arbeidsparticipatie zien.

Hoving et al. (2014) includeerden in een Cochrane review van hoge kwaliteit, drie RCT's naar interventies die baanverlies tegengaan in werkenden met reumatoïde artritis. Deze interventies bestonden uit een assessment van het werk en de werknemer

om risicofactoren voor uitval te inventariseren, gevolgd door consultatie zoals advies over aanpassingen van het werk, training van vaardigheden en arbeidsgelateerde counseling. Er was bewijs dat deze interventies een effect hadden op het voorkomen van baanverlies. Auteurs concludeerden daarom dat deze interventies potentieel effectief zijn in het bevorderen van werkbehoud (10).

Een eerder uitgevoerd review van Fadyl et al. (2009) van medium kwaliteit die zich richtte op vocational rehabilitation na niet-aangeboren hersenletsel vond bewijs voor de effectiviteit van deze interventies in terugkeer naar werk (6). Het doel van deze systematische review was ook een overzicht te creëren van beschikbare interventies daarom werden studies zonder controlegroepen meegenomen. Zeven studies, vier van medium kwaliteit en drie van lage kwaliteit, onderzochten programma's bestaande uit drie opeenvolgende modules. Na een assessment werden arbeidsvaardigheden toegespitst op het individu aangeleerd, gevolgd door arbeidstraining en plaatsing in werk waarna begeleiding geboden werd. De resultaten van deze review werden in de richtlijn 'NAH en arbeidsparticipatie' (2012) beschreven.

Baldwin et al. (2011) voerden een review van medium kwaliteit uit naar dergelijke vocational rehabilitation interventies inclusief arbeidstraining en plaatsing in werk na een beroerte. Zij vonden andere studies dan die gerapporteerd door Fadyl et al. en toonden op basis van zes cohortstudies aan dat na een dergelijke interventie 20-49% van de deelnemers terugkeerde naar werk. Omdat deze review alleen ongecontroleerde cohortstudies includeerde kon geen duidelijke uitspraak over de effectiviteit van de interventies gedaan worden (2).

De multidisciplinaire richtlijn HIV en arbeid (31) rapporteerde bevindingen van een terugkeer-naar-werk programma dat bestond uit een assessment van de gezondheid van de patiënt en zijn arbeidswensen en arbeidsvaardigheden. Vervolgens werd er in samenspraak met de werknemer een rehabilitatieplan opgesteld met daarin opgenomen de benodigde arbeidsgelateerde trainingen, counseling en benodigde aanpassingen aan het werk. De conclusie van de auteurs was dat deelname aan dit programma positief kan bijdragen aan een succesvolle terugkeer naar werk van mensen met HIV.

Een multi-componenten aanpak, gerapporteerd in drie systematische reviews (2, 6, 10) en één richtlijn (31), bleek potentieel effectief in het bevorderen van werkbehoud en -hervatting.

Supported employment, inclusief Individual Placement and Support

Supported employment is het begeleiden in en naar een reguliere baan. De deelnemer wordt zo snel mogelijk in een functie geplaatst daarbij rekening houdend met zijn arbeidswensen en daarna gericht getraind in de benodigde arbeidsvaardigheden. Na plaatsing wordt er langdurige ondersteuning geboden aan de persoon en aan de werkomgeving. Individual Placement and Support (IPS) is een veelvuldig onderzochte vorm van SE, die veelal specifiek gericht is op mensen met psychiatrische aandoeningen. Deze vorm van SE is geïntegreerd met de behandeling; de trajectbegeleider maakt deel uit van een ambulante ggz-team. In drie reviews (6, 9,

13) en vijf richtlijnen (26, 32, 33, 34, 49) werd SE als een effectieve methode gezien om werk te verkrijgen of te hervatten en vervolgens te behouden. In de meeste gevallen werd SE en meer specifiek IPS onderzocht bij mensen met een mentale stoornis. Er werden positieve effecten gevonden bij mensen met niet-aangeboren hersenletsel (NAH).

Een review van medium kwaliteit uitgevoerd door Heffernan et al. (2011) rapporteerde op basis van twee RCT's en twee cohortstudies bewijs voor de effectiviteit van SE bestaande uit IPS in het bevorderen van arbeidsparticipatie van mensen met ernstige psychische aandoeningen (9). Dit werd bevestigd door de resultaten van Kinoshita et al. (2012) die in hun review van hoge kwaliteit twee dezelfde studies hadden geïnccludeerd als Heffernan et al. maar deze aanvulden met 12 nieuwe RCT's. Beide reviews lieten zien dat deelnemers aan SE sneller, vaker en langer een betaalde baan hadden in vergelijking met controles die traditionele psychologisch zorg kregen. Bovendien toonde de laatste review aan dat deze effectiviteit beter was wanneer IPS modelgetrouw werd uitgevoerd (13).

Een derde review van Fadyl et al. (2009) naar de effectiviteit van SE in het bevorderen van werkhervatting werd uitgevoerd bij mensen met NAH (6). De review was van medium kwaliteit en includeerde zes studies die zich richtten op SE, één van hoge, vier van medium en één van lage methodologische kwaliteit. Deze doelgroep werd in werk geplaatst en daarna gedurende een lange termijn begeleid door middel van training en coaching. Er was bewijs dat SE een deel van deze populatie aan het werk kreeg én hield (6).

De resultaten van deze review werden in de multidisciplinaire richtlijn NAH en arbeidsparticipatie (32) beschreven. In de overige richtlijnen, allen gericht op psychiatrische aandoeningen, bevelen SE en IPS aan als effectieve interventie om arbeidsparticipatie in deze doelgroep te vergroten (26, 33, 49). De multidisciplinaire richtlijn Werk en ernstig psychische aandoeningen (34) onderzocht de effectiviteit van een toegevoegde module 'Omgaan met werk' die in Nederland bekend staat als de Liberman-module. Het effect van deze extra vaardigheidstraining kon niet worden aangetoond.

Supported employment en meer specifiek individual placement and support is de standaard voor mensen met een psychiatrische aandoening en is in deze populatie bewezen effectief t.a.v. het verkrijgen en behouden van werk vergeleken met gebruikelijke zorg (9, 13, 26, 33, 34, 49). Bij NAH is een positief effect van SE op arbeidsparticipatie gevonden (6, 32). Dit betekent dat SE mogelijk ook voor andere aandoeningen ingezet zou kunnen worden.

Beleidsmatige interventies

Er werden twee systematische reviews gevonden naar het effect van beleidsmatige initiatieven op terugkeer naar werk van langdurig zieke mensen met verschillende chronische aandoeningen, ingevoerd in Groot-Brittannië (3, 4). De initiatieven onderzocht in het review van Clayton et al. (2011) richtten zich op de individuele werkende en bestonden uit drie categorieën: individuele ondersteuning bij het zoeken

van werk door middel van case management; financiële stimuleringsmaatregelen voor werkenden die hun werk hervatten; en ondersteuning en/of advies in het omgaan met beperkingen door de chronische ziekte in het werk (4). In deze review van medium kwaliteit werden 12 studies geïncludeerd (drie gecontroleerde cohortstudies, vijf ongecontroleerde studies en vier kwalitatieve studies) en alleen voor individuele ondersteuning bij het zoeken naar werk in de helft van de gecontroleerde studies werd een significant effect gevonden.

Bambra et al. (2005) onderzochten in hun review van lage kwaliteit maatregelen die betrekking hadden op zowel het individu (educatie en training; ondersteuning en advies bij het verkrijgen van werk; financiële ondersteuning bij transitie naar werk) als op het werk (stimuleringsmaatregelen voor werkgevers om chronisch zieken aan te nemen en het beter bereikbaar maken van de werkplek). Op basis van resultaten van 12 ongecontroleerde studies bleek een positief effect te zijn van maatregelen ter bevordering van educatie, van ondersteuning bij het verkrijgen van werk, en van financiële ondersteuning van werknemers die werk hervatten op terugkeer naar werk (3).

Omdat er slechts in een deel van de geïncludeerde gecontroleerde studies van de twee gevonden reviews effecten werden aangetoond is er sprake van onvoldoende bewijs voor het effect van overheidsinitiatieven op werkhervatting wanneer deze zich richten op individuele ondersteuning bij het zoeken naar werk en bij het omgaan met beperkingen in het werk of op financiële stimulering voor werknemers die hun werk hervatten (3, 4). Er zijn aanwijzingen voor een positief effect van een overheidsinitiatief ter bevordering van werkhervatting gericht op educatie (3).

Empowerment van de werk(zoek)ende

In drie richtlijnen werd aandacht besteed aan interventies gericht op het versterken van de werk(zoek)ende met een chronische aandoening zelf (31, 43, 44). Deze rapporteerden dat het ondersteunen van de proactieve en probleemoplossende activiteiten van de werknemer zelf zoals door training in het vragen naar werkaanpassingen of het vergroten van vermogen tot zelfmanagement door voorlichting en training een positief effect had op werkbehoud of -hervatting (43, 44). De multidisciplinaire richtlijn HIV en Arbeid (31) beschreef het positieve effect op werkhervatting van een groepsprogramma om zelfmanagement te vergroten bestaande uit formuleren van doelen en strategieën en vergroten arbeidsvaardigheden. Er zijn aanwijzingen dat interventies gericht op het empoweren van de werkende zelf een positief effect hebben op werkbehoud of werkhervatting (58).

Casemanagement

In een aantal richtlijnen werden ook aanbevelingen geformuleerd die zich richten op de wijze van begeleiding van werkenden met een chronische aandoening (6, 31, 32, 39). Case management was een specifieke vorm hiervan die in drie richtlijnen en in het review van Fadyl et al. (2009), dat focuste op mensen met NAH, als effectief werd beschreven (6). De casemanager ondersteunde de cliënt door als aanspreekpunt en bewaker van het proces van werkhervatting en daarna te fungeren. Een casemanager kan gezamenlijk met de werknemer belemmeringen voor werkhervatting inventariseren en trachten op te lossen door gericht interventies in te zetten of arbeidsgerelateerde trainingen aan te bieden. Hij kan helpen bij het opstellen van een re-integratieplan en afstemming waarborgen met andere medische, behandelvormen. Dit had een positief effect op werkhervatting (31, 32, 39).

De inzet van een casemanager die gezamenlijk met de werknemer interventies en trainingen kiest en inzet en een re-integratieplan maakt had een positief effect op werkhervatting van werkenden met een chronische aandoening.

Specifieke zorg gericht op werkhervatting

Een viertal andere richtlijnen besteedde aandacht aan een eventueel positief effect van zorg die zich specifiek richt op werkhervatting (22, 30, 37, 40). Vroegtijdige en specifieke aandacht voor werkhervatting tijdens het behandel- of revalidatieproces verbeterde re-integratie bij mensen met ischemische hartziekten (30, 37) met lumbosacraal radiculair syndroom (40) of met kanker (22). Een goede begeleiding door de bedrijfsarts die aandacht besteedde aan specifieke problemen van het werk en zorgde voor continuïteit van zorg had een positief effect op werkhervatting (22, 37).

Specifieke aandacht voor werkhervatting, vroegtijdige inzet van interventies gericht op terugkeer naar werk en goede begeleiding door de bedrijfsarts bleken het proces van werkhervatting positief te beïnvloeden.

Conclusies

Niv 1	<p>Er is bewijs voor een positief effect van aanpassingen in het werk zoals veranderingen aan de werkplek, -tijden, -duur, -omgeving, -voorwaarden en verandering in organisatie van werk, op het behouden of hervatten van werk met een chronische aandoening.</p> <p>Ook verruimde regelmogelijkheden en bevorderen van sociale steun op de werkplek dragen hieraan bij.</p> <p><i>A2: Nevala et al. 2015, Franche et al. 2005, Van Oostrom et al. 2009</i> <i>B: Gensby et al. 2014</i> <i>Richtlijnen: 23-24-29-39-43-44-45-46-48</i></p>
Niv 1	<p>Er is onvoldoende bewijs voor de effectiviteit van psychologische interventies zoals cognitieve gedragstherapie of probleemoplossingstherapie ter bevordering van arbeidsparticipatie van werk(zoek)enden met een chronische aandoening.</p> <p><i>A1: De Boer et al., 2011; Arends et al. 2012.</i> <i>Richtlijnen: 27-38-39</i></p>
Niv 1	<p>Multidisciplinaire interventies bestaande uit fysieke training gecombineerd met psychologische en/of arbeidsgezondheidskundige componenten hebben een positief effect op het bevorderen van werkhervatting van werk(zoek)enden met een chronische aandoening vergeleken met gebruikelijke zorg.</p> <p><i>A1: De Boer et al. 2011</i> <i>Richtlijnen: 22-39-47</i></p>
Niv 1	<p>Vocational rehabilitation' interventies bestaande uit meerdere componenten zoals een assessment van vaardigheden van de werknemer en van zijn werkplek gevolgd door vaardigheidstraining, voorlichting en counseling, werkplekaanpassingen en ondersteuning na werkhervatting, bevorderen werkbehoud of terugkeer naar werk.</p> <p><i>A1: Hoving et al, 2014; B: Fadyl et al, 2009; B: Baldwin et al, 2011</i> <i>Richtlijnen: 31-32</i></p>

Niv 1	<p>Supported employment bestaande uit plaatsing in werk, gevolgd door training en begeleiding op de werkplek is de standaard voor mensen met een psychische aandoening en is in deze populatie bewezen effectief t.a.v. het verkrijgen en behouden van werk vergeleken met gebruikelijke zorg. Ook bij NAH is een positief effect van supported employment op arbeidsparticipatie gevonden, wat impliceert dat supported employment mogelijk ook voor andere aandoeningen ingezet kan worden.</p> <p><i>A1: Kinoshita et al. 2012; A2: Heffernan et al. 2011; B: Fadyl et al. 2009</i> <i>Richtlijnen: 26-32-33-34-49</i></p>
Niv 1	<p>Een casemanager die gezamenlijk met de werknemer interventies en trainingen kiest en inzet en een re-integratieplan maakt draagt positief bij aan werkhervatting van werkenden met een chronische aandoening.</p> <p><i>A1: Fadyl et al, 2009</i> <i>Richtlijnen: 26-32-39</i></p>
Niv 2	<p>Specifieke aandacht voor werkhervatting en vroegtijdige inzet van interventies gericht op terugkeer naar werk kan het proces van werkhervatting positief beïnvloeden.</p> <p><i>Richtlijnen: 22-30-37-40</i></p>
Niv 2	<p>Er is onvoldoende bewijs voor het effect van een overheidsmaatregel ter bevordering van individuele ondersteuning bij het zoeken naar werk door middel van case management op werkhervatting.</p> <p><i>A2: Clayton et al, 2011; B: Bamba et al, 2005</i></p>
Niv 2	<p>Er is onvoldoende bewijs voor het effect van overheidsinitiatieven op werkhervatting wanneer deze zich richten op financiële stimuleringsmaatregelen voor werknemers die hun werk hervatten of op ondersteuning in het omgaan met beperkingen door de chronische ziekte in het werk.</p> <p><i>A2: Clayton et al, 2011; B: Bamba et al. 2005</i></p>



Niv 3	<p>Er zijn aanwijzingen voor een positief effect van een overheidsinitiatief ter bevordering van werkhervatting gericht op educatie.</p> <p><i>B: Bambra et al. 2005</i></p>
Niv 3	<p>Er zijn aanwijzingen dat interventies gericht op het empoweren van de werkende zelf een positief effect hebben op werkbehoud of –hervatting. Het gaat hierbij om het ondersteunen van proactieve en probleemoplossende activiteiten, zoals training in het vragen naar werkaanpassingen of het vergroten van zelfmanagement.</p> <p><i>Richtlijnen: 31-43-44</i></p>
Niv 3	<p>Er zijn aanwijzingen dat actieve begeleiding door een bedrijfsarts die aandacht besteedt aan specifieke problemen van het werk en zorgt voor continuïteit van zorg een positief effect heeft op werkhervatting.</p> <p><i>Richtlijnen: 22-37</i></p>

Overige overwegingen

Werkaanpassingen / ervaren knelpunten waarop interventies kunnen aangrijpen

De gevonden resultaten laten zien dat een effectieve ziekte-overstijgende maatregel om arbeidsparticipatie te bevorderen gaat om het aanpassen van het werk, al dan niet gecombineerd met andere interventiecomponenten. De werkgroep wil hier graag aan toevoegen dat dit bevestigd wordt in een recent vragenlijstonderzoek onder werkenden en niet-werkenden met een chronische aandoening (50); mensen met werk zeggen dat ze dit kunnen blijven doen als zij zich door leidinggevende en collega's begrepen en gesteund voelen, hun werk wordt aangepast en hun werkomgeving goed naar ze luistert en uitgaat van hun mogelijkheden. Mensen zonder werk zeggen dat zij aan de slag kunnen als hun werktijden worden aangepast, de inhoud van het werk wordt aangepast en zij zich door leidinggevend en collega's begrepen en gesteund voelen. Vanuit werk(zoek)enden met een chronische aandoening zelf komt de noodzaak naar voren om ongeacht onderliggende diagnose het werk aan te passen. Naast een verandering in werktijden, werkplek en taken en arbeidsomstandigheden benadrukken zij het belang van een goede sociale ondersteuning op het werk. De werkgroep vindt het waardevol om op basis van dit vragenlijstonderzoek (50) het overzicht van ziekte-overstijgende interventies die arbeidsparticipatie kunnen bevorderen aan te vullen met de volgende interventies:

- het bevorderen van het eigen inzicht in de gevolgen van de ziekte voor het werk
- het bevorderen van herstel of verbeteren van gezondheid onder andere door medicatie.

- het informeren van collega's en leidinggevende over de ziekte en de gevolgen daarvan voor werk
- het geven van voorlichting aan werk(zoek)enden met een chronische aandoening door een bedrijfsarts of verzekeringsarts
- het actief meedenken door een bedrijfsarts of verzekeringsarts met de werk(zoekende, bijvoorbeeld door afspraken te maken met het werk of te bemiddelen bij het vinden van een baan
- steun van andere werkende(n) met een chronische ziekte
- ondersteuning door een jobcoach

Aangrijpingspunten voor interventies en maatwerk

Veel van het bovenstaande zien we terug in de richtlijn 'Reumatoïde artritis en participatie in arbeid' (42). In deze richtlijn wordt beschreven dat het hoofddoel van de interventiestrategieën moet zijn 'het verminderen van effect van de ziekte op het leven van patiënten en het behouden of behalen van een niveau van functioneren dat persoonlijke en economische zelfstandigheid mogelijk maakt'.

Er worden drie aangrijpingspunten beschreven voor het verbeteren van functioneren waar interventies zich op kunnen richten;

1. verbeteren van gezondheidstoestand om niveau van functioneren te behouden, voornamelijk d.m.v. medicamenteuze interventies;
2. vergroten van de belastbaarheid van de persoon met een chronische aandoening, door trainen van vaardigheden, voorlichting, beïnvloeden van psychosociale factoren, verbeteren van conditie of het verstrekken van hulpmiddelen;
3. verminderen van belasting in het werk door werkaanpassingen maar ook door het verbeteren van woon-werkverkeer en sociale steun op de werkplek.

Hoewel de invulling van het eerste aspect duidelijk gerelateerd is aan de onderliggende diagnose geldt dit aanknopingspunt evenals de 2e en de 3e punten in principe voor alle aandoeningen.

Belangrijk voor de invulling van de gekozen interventiestrategie is om maatwerk te leveren. De belemmerende of bevorderende factoren die in het individuele geval een rol spelen bij arbeidsparticipatie en de voorkeur van de werk(zoek)ende met chronische aandoening zelf zijn hierbij zeer van belang. Deze factoren zijn onderdeel van de context waarin de werk(zoek)ende met een chronische aandoening zich bevindt. Door interventies gericht op het werk in te zetten, wordt rekening gehouden met de werksituatie binnen deze context.

Aanvullende ziekte-overstijgende interventies die mogelijk arbeidsparticipatie kunnen bevorderen

Naast hierboven beschreven interventies komt in de zorg steeds meer aandacht voor het inzetten van ervaringsdeskundigheid bij ondersteuning van werk(zoek)enden met een chronische aandoening en voor de bevordering van zelfmanagement en gedeelde besluitvorming. Praten over eigen ervaringen met ervaringsdeskundigen kan helpen bij de acceptatie van de chronische aandoening en bij het functioneren in de maatschappij. Ervaringsdeskundigen spreken dezelfde taal en weten als geen

ander hoe het is om de betreffende ziekte te hebben en daarmee om te moeten gaan. Het onderlinge contact is gelijkwaardig en laagdrempelig waardoor de werk(zoek)ende met chronische aandoening zich gemakkelijker durft te uiten. Een ervaringsdeskundige kan helpen bij de verwerking en het verkrijgen inzicht in het functioneren met de betreffende ziekte en bij het vergroten van zelfmanagement vaardigheden (51).

Een aantal patiëntenorganisaties en Centrum Chronisch Ziek en Werk (CCZW), het kenniscentrum over leven en werken met een chronische aandoening, bieden de mogelijkheid voor begeleiding door speciaal opgeleide ervaringsdeskundige coaches. Deze coaches bieden loopbaanbegeleiding en daarnaast helpen ze bij het leren omgaan met een aandoening (51). Het zou kunnen dat ervaringsdeskundige ondersteuning op deze manier re-integratie en werkbehoud van werk(zoek)enden met een chronische aandoening bevordert.

Een andere vorm waarop ervaringsdeskundigheid ingezet kan worden is door middel van een Peer Support Group (PSG); een groep lotgenoten met een vergelijkbare persoonlijke situatie of gemeenschappelijke eigenschappen. In eerdere studies wordt peer support bij diabetici geassocieerd met verbeteringen in de klinische, psychologische en gedragsmatige uitkomstmaten (52, 53). Ondanks dat het effect op arbeidsparticipatie nog niet is aangetoond doen deze verbeteringen vermoeden dat peer support ook op het gebied van werk tot positieve resultaten kan leiden. Dit is wel de ervaring van bedrijfsartsen. Door in een PSG is ervaringen uit te wisselen, emotionele en praktische steun te bieden en relevante informatie te delen, waren werknemers met diabetes beter in staat om hun diabetes in relatie met hun werkzaamheden te regelen, of eerder hulp te vragen. De belemmeringen die zij eerder ondervonden in het functioneren durfden zij nu wel bespreekbaar te maken bij hun leidinggevende. Op deze manier kan PSG de arbeidsparticipatie van werk(zoek)enden met diabetes bevorderen en dat zou ook voor andere chronische aandoeningen toepasbaar kunnen zijn.

Tenslotte kwam uit de multidisciplinaire richtlijn schizofrenie naar voren dat het toevoegen van ervaringsdeskundige aan multidisciplinaire behandelteams een positief effect kan hebben op onder andere maatschappelijke participatie (33).

Zelfmanagement

Een van de effecten van peer support kan het verbeteren of ondersteunen van zelfmanagement zijn. Een deel van de zorg voor mensen met een chronische aandoening wordt uitgevoerd door henzelf en hun families. Zelfmanagement in deze groep richt zich op drie aandachtsgebieden; 1) leven met de ziekte, door te leren om te gaan met de ziekte de impact daarvan; 2) het eigen aandeel in de zorg, door goed medicatiegebruik, hebben van goede leefstijl en letten op veranderingen in het ziektebeeld; en 3) het organiseren zorg- en hulpbronnen, door te weten wanneer welke professionele hulp in te schakelen (54, 55).

Van zelfmanagementondersteuning wordt verwacht dat het de gezondheid en de kwaliteit van leven van mensen met chronische ziekten kan verbeteren; een systematisch review laat zien dat het ondersteunen van zelfmanagement leidt

tot verbetering van kennis over de aandoening, houding en gedrag, klinische symptomen, kwaliteit van leven en zorggebruik (55). Ondanks dat er in deze review geen werkgerelateerde uitkomstmaten beschreven zijn, zouden deze verbeteringen op hun beurt kunnen leiden tot bevorderen van arbeidsparticipatie. Dit is in de literatuur terug te zien wanneer het effect van empowerment interventies op arbeidsparticipatie beschreven wordt (31, 43, 44, 56).

Vroegtijdige en stapsgewijze begeleiding

De begeleiding en inzet van interventies zal in de dagelijkse zorgpraktijk via het 'stepped care' principe vormgegeven worden. De intensiteit van de begeleiding wordt afgestemd op de specifieke behoefte en situatie van de individuele patiënt en wordt verhoogd bij een langere duur van de klachten of in geval van stagnatie. In het opgestelde individueel zorg- of re-integratieplan kan deze stapsgewijze aanpak opgenomen worden.

Daarnaast is het van belang om vroegtijdig aandacht aan werk te besteden en daar binnen behandelprogramma's ruimte voor te maken. Door in een vroeg stadium van de ziektebegeleiding in het werk of naar werkhervatting in te zetten kan de werk(zoek)ende met chronische aandoening tijdig voorgelicht worden over zijn ziekte en gevolgen voor werk en kunnen aanpassingen gedaan worden om de werkbelasting en belastbaarheid op elkaar af te stemmen (22, 36, 37, 42). Op die manier zou uitval mogelijk voorkomen kunnen worden. Door eventuele werkgerelateerde problemen vroegtijdig te inventariseren en aan te pakken kan stagnatie worden voorkomen. Immers hoe langer men ziek is en verzuimt, des te groter de afstand naar het werk wordtwat werkhervatting bemoeilijkt.

Aanbevelingen

Om arbeidsparticipatie van werk(zoek)enden met een chronische aandoening te bevorderen (om uitval te voorkomen of om terugkeer naar werk te bevorderen), is het belangrijk dat bedrijfsartsen en verzekeringsartsen:

- Nagaan of werkgevers en werk(zoek)enden voldoende op de hoogte zijn van de voor hen geldende regelingen, rechten en plichten.
- Ondersteuning bieden aan werk(zoek)enden bij het inlichten van hun werkgever en collega's over de gevolgen van de aandoening voor het werk, als daar behoefte aan is.
- Ondersteuning bieden bij overleg tussen de werkende en de werkgever over nodige aanpassingen in het werk of de inzet van interventies, als daar behoefte aan is. De arbeidsdeskundige kan deze ondersteunende rol ook op zich nemen.
- Werkenden en werkgevers adviseren om samen een re-integratieplan op te stellen, eventueel met behulp van een casemanager, dat aansluit bij de mogelijkheden en beperkingen van de betrokken werknemer. De arbeidsdeskundige kan deze adviserende rol ook op zich nemen. De Leidraad Participatieve Aanpak kan hierbij ondersteuning bieden.
- Samen met de werk(zoek)ende nagaan of de inzet van een jobcoach nuttig en wenselijk is.
- In overleg met de werk(zoek)ende nagaan of een multidisciplinair revalidatieprogramma ingezet kan worden om arbeidsparticipatie te bevorderen. Met inachtneming van de behoeften en voorkeuren van de werk(zoek)ende wordt de inhoud van de componenten van dit programma bepaald (bijvoorbeeld fysieke training in combinatie met psychologische en/of arbeidsgezondheidskundige componenten). Geadviseerd wordt om deze interventie in een vroeg stadium in te zetten.
- Een multi-componenten aanpak (zgn. 'vocational rehabilitation') inzetten. Deze aanpak bestaat uit een assessment van de vaardigheden van de werknemer en van zijn werkplek, gevolgd door zo nodig vaardigheidstraining, voorlichting, counseling, en werkplekaanpassingen, en eventueel ondersteuning in werk na hervatting.
- Werk(zoek)enden en werkgevers adviseren over de volgende werk-gerelateerde interventies die werkbehoud of werkhervatting kunnen bevorderen:
 - veranderingen aan de werkplek;
 - de organisatie of indeling van het werk;
 - flexibilisering of verkorting van werktijden;
 - verruimde regelmogelijkheden voor wisselende inzetbaarheid;
 - voorlichting op het werk;
 - speciaal vervoer;
 - ergonomische aanpassingen;
 - aanpassingen van werkinhoud/taken.Hier kan ook een adviserende rol voor arbeidsdeskundigen liggen.
- Werkgevers adviseren over het verbeteren van sociale en praktische steun op het werk. De arbeidsdeskundige kan deze adviserende rol ook op zich nemen.
- Werk(zoek)enden en werkgevers adviseren om onderling contact te blijven houden.
- In het geval van werk(zoek)enden met een psychiatrische aandoening 'supported employment', en meer specifiek 'individual placement and support' aanbevelen.

2.2 Ziektespecifieke interventies ter bevordering van arbeidsparticipatie

Uitgangsvraag 2: Welke ziektespecifieke interventies gericht op het bevorderen van arbeidsparticipatie van werk(zoek)enden met een chronische aandoening zijn beschikbaar en wat is de effectiviteit hiervan?

Beschrijving literatuursearch en -selectie nationale literatuur

Om tot een overzicht van ziektespecifieke interventies ter bevordering van werkbehoud en -hervatting van werk(zoek)enden met een chronische aandoening te komen werden de reeds voor uitgangsvraag 1 verzamelde systematische reviews en nationale richtlijnen en protocollen geraadpleegd. Interventies uit deze reviews en richtlijnen die bij één specifieke ziekte of diagnosegroep (zoals aandoeningen aan het bewegingsapparaat) werden onderzocht, werden als ziektespecifiek aangemerkt. De ziektespecifieke interventies die op deze manier geïdentificeerd zijn worden hieronder beschreven en zijn opgesomd in een evidence tabel in Bijlage H.

Fysieke interventies ter bevordering van arbeidsparticipatie van mensen met aandoening aan het bewegingsapparaat

Er waren vier systematische reviews die fysieke interventies gericht op mensen met chronische lage rugklachten onderzochten (11, 16, 17, 20). De onderzochte interventies bleken multidisciplinair en bestonden naast een fysieke training uit aanvullende componenten, zoals psychologische of werk-gerelateerde modules.

Schaafsma et al. (2013) onderzochten fysieke programma's van lichte en zwaardere intensiteit die geïntegreerd waren in totale zorg voor mensen met chronische lage rugklachten. Op basis van 5 RCT's vonden zij een kleine significante verbetering in de tijd tot werkhervatting in de interventiegroep vergeleken met gebruikelijke zorg (17). Een review van Kamper et al. uit 2014 vond daarentegen geen bewijs voor de effectiviteit van multidisciplinaire revalidatieprogramma's ter bevordering van werkhervatting van deze doelgroep wanneer deze werden vergeleken met gebruikelijke zorg (11). Zij includeerden zeven RCT's waarvan er drie ook in het review van Schaafsma et al. geïnccludeerd waren.

Wanneer het effect van multidisciplinaire revalidatieprogramma's op werkhervatting vergeleken werd met alleen fysieke training bleken de conclusies van beide reviews ook tegenstrijdig. Volgens Kamper et al. hadden mensen met chronische lage rugpijn die de multidisciplinaire interventie volgden meer kans hun werk te hervatten dan een groep die alleen fysieke training volgde (11). In het review van Schaafsma werd er geen verschil gevonden in werkhervatting tussen multidisciplinair programma en fysieke training alleen (17). Ook voor deze vergelijking was er sprake van 3 overlappende studies.

Van Geen et al. (2007) onderzochten het effect van multidisciplinaire training op werkhervatting van mensen met chronische lage rugpijn. De interventie bestond uit fysieke training, gecombineerd met cognitieve gedragstherapie. Drie van de vijf

RCT's die arbeidsparticipatie als uitkomstmaat hadden lieten een effect op terugkeer naar werk zien. Op basis hiervan concludeerden de auteurs dat multidisciplinaire training programma een positief effect had op werkhervatting (20).

Ook Ravenek et al. (2010) voerden een review uit naar multidisciplinaire interventies die bestonden uit een fysieke component en tenminste een psychologische, sociale en/of werk gerelateerde component. Aangezien 4 van de 12 geïncludeerde studies een effect lieten zien, concludeerden de auteurs dat er tegenstrijdig bewijs is voor de effectiviteit van dergelijke interventies t.a.v. het verbeteren van arbeidsparticipatie (16).

Er bestond veel overlap tussen de geïncludeerde studies van de verschillende reviews. Bovendien maakten de auteurs gebruik van verschillende uitkomstmaten en was er sprake van verschillende controlegroepen in de geïncludeerde studies om de multidisciplinaire interventies mee te vergelijken. Op basis van bovenstaande resultaten en rekening houdend met de bestaande overlap tussen de onderliggende studies, kon er geen eenduidige conclusie over de effectiviteit van dergelijke programma's worden getrokken.

De ketenzorghandleiding Aspecifieke lage rugklachten (23) vermeldde dat interventies die gericht zijn op werkhervatting door verbetering van lichamelijke conditie zoals graded activity en work hardening, effectief zijn in het bevorderen van terugkeer naar werk. Deze resultaten zijn grotendeels gebaseerd op een review van Schaafsma et al. uit 2009 waarvan de hierboven beschreven review een update is.

<p>Niv 1</p>	<p>Er is inconsistent bewijs voor de effectiviteit van multidisciplinaire revalidatieprogramma's voor mensen met chronische rugpijn, die bestaan uit een combinatie van fysieke training en psychologische, sociale en/of werk-gerelateerde componenten, vergeleken met gebruikelijke zorg of monodisciplinaire programma's die bestaan uit alleen fysieke training.</p> <p><i>A1: Kamper et al. 2014; Schaafsma et al. 2013; Van Geen et al. 2007</i> <i>A2: Ravenek et al. 2010</i> <i>Richtlijn: 39</i></p>
--------------	--

Multidisciplinaire re-integratieprogramma's bij aspecifieke klachten aan het bewegingsapparaat

Een vijfde review (Meijer et al, 2005) richtte zich niet specifiek op een programma met fysieke training maar at breder op werkhervattingsprogramma's bestaande uit meerdere componenten, voor mensen met aspecifieke klachten aan het bewegingsapparaat (14). In hun review includeerden zij 22 programma's waarvan er zeven effectief bleken in het bevorderen van werkhervatting in deze populatie, ten opzichte van controlepersonen. Vijf van deze programma's bevatten een fysieke component, waarvan er vier reeds in bovengenoemde reviews waren beschreven. Als we deze overlappende studies buiten beschouwing lieten, vonden de overgebleven studies dat multidisciplinaire interventies die bestonden

uit voorlichting, psychologische en werk-gerelateerde componenten effectief waren in het bevorderen van werkhervatting bij aspecifieke klachten van het bewegingsapparaat. Echter 12 studies vonden geen effect van dergelijke interventies waardoor de auteurs concludeerden dat het bewijs voor de effectiviteit ervan inconsistent was.

Niv 2	<p>Er is inconsistent bewijs dat multidisciplinaire re-integratieprogramma's, bestaande uit een combinatie van voorlichting, psychologische en werk-gerelateerde componenten, een positief effect hebben op werkhervatting van mensen met klachten aan het bewegingsapparaat.</p> <p><i>A2: Meijer et al, 2005</i></p>
-------	--

Oefentherapie en manuele therapie bij klachten aan het bewegingsapparaat

Volgens de literatuur in de multidisciplinaire richtlijn Aspecifieke klachten arm, nek en/of schouder (24) en de richtlijn Lumbosacraal radiculair syndroom (40) had oefentherapie een positief effect op werkhervatting. Oefentherapie gericht op werkhervatting met een cognitief-gedragsmatige aanpak was effectiever dan gebruikelijke zorg door de huisarts bij rugklachten (39). Ook over manuele therapie werd gerapporteerd in de NVAB richtlijn Rugklachten. Dit bleek effectiever dan gebruikelijke zorg door de door huisarts in het bevorderen van werkhervatting. De effectiviteit van manuele therapie was vergelijkbaar met die gevonden voor oefentherapie.

Niv 1	<p>Oefentherapie is effectiever t.a.v. werkhervatting van mensen met een aandoening aan het bewegingsapparaat dan gebruikelijke zorg door de huisarts</p> <p><i>Richtlijn: 24-39-40</i></p>
-------	---

Niv 1	<p>Manuele therapie is effectiever dan gebruikelijke zorg door de huisarts bij het bevorderen van werkhervatting bij rugklachten. De effectiviteit van manuele therapie is vergelijkbaar met de effectiviteit van oefentherapie.</p> <p><i>Richtlijn: 39</i></p>
-------	--

Blootstellingstechnieken voor mensen met een werk-gerelateerde posttraumatische stress stoornis

Een review van Stergiopoulos et al. (2011) onderzocht de effectiviteit van een interventie die bestond uit blootstellingstechnieken voor mensen met een werk-gerelateerde posttraumatische stressstoornis (PTSS) op werkhervatting. Zij includeerden studies die zich richtten op interventies die psychotherapie en werkspecifieke blootstellingstechnieken combineerden, zoals een exposurebehandeling die gebruik maakte van cognitieve gedragstechnieken en eclecticische psychotherapie - een combinatie van cognitieve gedragstherapie en psychodynamica. De resultaten van deze studies gaven aan dat deze interventies effectief waren in het bevorderen van werkhervatting van mensen met werk-gerelateerde PTSS doordat ze hen hielpen te herstellen op de werkplek (18). Omdat de interventies onderling niet vergeleken werden, kon er geen uitspraak gedaan worden over welke interventie het beste ingezet kan worden.

Niv 2	Het is aannemelijk dat een combinatie van psychotherapie en exposurebehandeling waarbij de werkende wordt blootgesteld aan het werk waar PTSS is ontstaan, werkhervatting van mensen met deze aandoening bevordert. <i>A2: Stergiopoulos et al. 2011</i>
-------	---

Interdisciplinaire secundaire preventie bij contacteczeem

Contacteczeem is vaak werk-gerelateerd en kan verergerd worden door blootstelling aan irritantia in het werk. De richtlijn Contacteczeem (28) beschreef dat interdisciplinaire secundaire preventie, door een zorgketen met huisarts, dermatoloog, en bedrijfsarts bood o.a. voorlichting over huidafwijkingen en consultatie op de werkplek. Door op deze manier te voorkomen dat het contacteczeem verergerde, was er minder sprake van baanverlies voor mensen met contacteczeem dan door dermatologische behandeling alleen.

Niv 3	Er zijn aanwijzingen dat interdisciplinaire secundaire preventie ter voorkoming van verergering van contacteczeem een positief effect heeft op werkbehoud vergeleken met een dermatologische behandeling alleen. <i>Richtlijn: 28</i>
-------	--

Medicamenteuze interventie bij reumatoïde artritis

Volgens de Richtlijn Diagnostiek en behandeling van Reumatoïde artritis (36) en de richtlijn Reumatoïde artritis en participatie in arbeid (42) hielp een snelle en effectieve medicamenteuze behandeling om werk te behouden en te hervatten. Doelstelling van medicamenteuze interventie was het verlagen en adequaat controleren van de ziekteactiviteit en daarmee een zelfstandig functioneren te behouden of te behalen. Aggressieve initiële therapie met combinatietherapie bleek een positief effect te hebben op de totale duur van ziekteverzuim.

Niv 1	<p>Een snelle en effectieve medicamenteuze interventie zorgt ervoor dat de ziekteactiviteit verlaagd en adequaat gecontroleerd wordt, waardoor mensen met reumatoïde artritis hun werk gemakkelijker kunnen behouden of hervatten.</p> <p><i>Richtlijnen: 36-42</i></p>
-------	---

Werkgerichte interventies in revalidatie van kankerpatiënten

In een review van Tamminga et al. (2010) werden interventies gericht op werkhervatting specifiek voor kankerpatiënten onderzocht. De zeven studies die daadwerkelijk werkhervatting als uitkomstmaat hadden, bestonden uit componenten die gericht waren op encouragement, voorlichting of werk-gerelateerde counseling die zowel individueel als in groepsdiscussies werd aangeboden (19). Additionele componenten waren het trainen van coping-of zelfmanagement vaardigheden, aanpassingen van werk en verbeteren van communicatie van de medisch specialist met de bedrijfsarts. Resultaten lieten zien dat dergelijke interventies mogelijk werkhervatting van kankerpatiënten verbeterden. Omdat de meeste studies door het ontbreken van een controlegroep van lage kwaliteit waren, kon de effectiviteit van deze interventies niet vastgesteld worden.

Niv 2	<p>Er is onvoldoende bewijs voor het effect van werkgerichte interventies, bestaande uit encouragement, voorlichting of werk-gerelateerde counseling, voor kankerpatiënten</p> <p><i>A2: Tamminga et al. 2010</i></p>
-------	---

Werkgerichte ondersteuning door een psycholoog en arbeidsgeneeskundig specialist bij MS
Een review van Khan et al. (2009) die ook beschreven werd in de richtlijn MS (41), richtte zich specifiek op ondersteunende services vanuit psychologie en arbeidsgeneeskunde ter bevordering van werkbehoud van MS patiënten. Op basis van de twee geïncludeerde RCT's werd geen effect gevonden voor deze interventie (12).

Niv 2	<p>Er is onvoldoende bewijs voor de effectiviteit van intensieve begeleiding door psycholoog en arbeidsgeneeskundig specialist voor werkbehoud en werkhervatting van mensen met MS, vergeleken met gebruikelijke zorg.</p> <p><i>A2: Khan et al. 2009</i> <i>Richtlijn: 41</i></p>
-------	--

Een behandelprogramma gericht op werk voor patiënten met ernstige NAH
De multidisciplinaire richtlijn NAH en arbeidsparticipatie (32) beschrijft de effectiviteit van het Brain Integration Programme (BIP), een behandelprogramma dat werd toegepast bij patiënten met ernstige NAH. Het programma betrof een opname en omvatte drie modules, waaronder 'werk'. Deze module omvatte neuropsychologisch onderzoek en een evaluatie van arbeidsvaardigheden en functionele mogelijkheden ten aanzien van werk. Tijdens deze individuele module vond continu feedback plaats. Naast het doorlopen van de 3 modules werd de deelnemer begeleid en getraind door verpleegkundigen. BIP bleek effectief ten aanzien van werk voor een subpopulatie van patiënten met ernstige NAH en bijkomende psychosociale problemen.

Niv 2	<p>Het is aannemelijk dat het Brain Integration Programme effectief is ten aanzien van arbeidsparticipatie bij een subpopulatie van patiënten met ernstige chronische NAH en bijkomende psychosociale problematiek.</p> <p><i>Richtlijn: 32</i></p>
-------	---

Werkhervattingsinterventies binnen hartrevalidatie
Hartrevalidatie leidt tot verbetering van het functioneren van de patiënt en daardoor heeft hartrevalidatie meestal al een positief effect op werkhervatting in vergelijking met patiënten die niet aan hartrevalidatie deelnemen. Dit effect kan echter nog groter zijn als specifiek aandacht wordt besteed aan knelpunten ten aanzien van werkhervatting (30). De interventies die een positief effect op werkhervatting hadden, bestonden uit een combinatie van voorlichting, beïnvloeding van knelpunten bij werkhervatting (door o.a. leefstijlbevordering, verbeteren fysieke conditie, counseling bij psychische problematiek) en een werkgerichte component (counseling gericht op ervaren problemen, opstellen van re-integratieplan, of advies over werkplekaanpassingen).

Niv 1	<p>Het is aannemelijk dat werkhervattingsinterventies binnen hartrevalidatie een positief effect hebben op werkhervatting na een cardiaal incident.</p> <p><i>Richtlijn: 30</i></p>
-------	---

Aanbevelingen

- Bij de begeleiding van werk(zoek)enden met een chronische aandoening gaan bedrijfs- en verzekeringsartsen na of ziektespecifieke interventies die bij een specifieke onderliggende aandoening effectief kunnen zijn ten aanzien van arbeidsparticipatie ingezet kunnen worden. Voorbeelden hiervan zijn:
 - manuele therapie of oefentherapie (klachten aan het bewegingsapparaat);
 - psychotherapie en exposuretechnieken op het werk (PTSS);
 - een snelle medicamenteuze interventie die ziekteactiviteit verlaagd, zoals agressieve initiële therapie met combinatietherapie (reumatoïde artritis).Voor meer details over ziektespecifieke interventies te bevordering van arbeidsparticipatie verwijzen we naar tabel 2.1, de betreffende ziektespecifieke richtlijn en de specifieke patiëntenorganisaties, die te vinden zijn via de koepelorganisaties Ieder(in) (<https://iederin.nl/leden/>), Landelijk Platform GGz (<http://www.platformggz.nl/lpggz/lidorganisaties>) en Patiëntenfederatie Nederland (<https://www.patiëntenfederatie.nl/over-ons/onze-leden>).
- Bedrijfsartsen en verzekeringsartsen zijn zich bewust dat werkaanpassingen soms moeilijker te realiseren zijn voor mensen met een psychische aandoening dan voor mensen met een fysieke aandoening, wat niet uitsluit dat dit ook moeilijk kan zijn voor mensen met een fysieke aandoening.

Tabel 2.1 Overzicht van in te zetten interventies, bij bepaalde diagnose(n)

Diagnose	Interventie	Ef- fect	Uitkomst maat	Niveau bewijs
<i>Overstijgend</i>	Specifieke aandacht voor werkhervatting en vroegtijdige inzet van interventies gericht op terugkeer naar werk	+	WH	Niv 1
<i>Overstijgend</i>	aanpassingen in het werk zoals veranderingen aan de werkplek, -tijden, -duur, -omgeving, -voorwaarden en organisatie van werk, verruimde regelmogelijkheden en het bevorderen van sociale steun op de werkplek	+	WB - WH	Niv 1
<i>Overstijgend</i>	‘Vocational rehabilitation’ interventies bestaande uit een assessment van vaardigheden van de werknemer en van zijn werkplek, gevolgd door vaardigheidstraining, voorlichting en counseling, werkplekaanpassingen, en ondersteuning na werkhervatting	+	WB - WH	Niv 2
<i>Overstijgend</i>	Empowerment interventies gericht op het versterken van de werkende, door het ondersteunen van zijn proactieve en probleemoplossende activiteiten, zoals met training in het vragen naar werkaanpassingen of het vergroten van zelfmanagement	+	WB - WH	Niv 3
<i>Overstijgend</i>	Casemanagement Een casemanager die gezamenlijk met de werknemer interventies en trainingen kiest en inzet en een re-integratieplan maakt	+	WH	Niv 1
<i>Overstijgend</i>	Een actieve, begeleiding door een bedrijfsarts die aandacht besteedt aan specifieke problemen van het werk en zorgt voor continuïteit van zorg	+	WH	Niv 3
<i>Overstijgend</i>	Supported employment Supported employment bestaande uit plaatsing in werk, gevolgd door training en begeleiding op de werkplek, is effectiever dan gebruikelijke zorg.	+	WB	Niv 1
<i>Overstijgend</i>	Multidisciplinaire interventies , bestaande uit fysieke training gecombineerd met psychologische en/of arbeidsgezondheidskundige componenten, zijn effectiever dan gebruikelijke zorg.	+	WH	Niv 1

<i>Chronische lage rugklachten</i>	Multidisciplinair trainingsprogramma , bestaande uit fysieke training, specifiek gericht op de aandoening, en andere componenten (psychologische zoals cognitieve gedragstherapie, of werkgerelateerde begeleiding)	Xx	WH	Niv 1
<i>Klachten aan het bewegingsapparaat</i>	Oefentherapie of manuele therapie zijn effectiever dan alleen gebruikelijke zorg door de huisarts Manuele therapie is even effectief als oefentherapie	+	WH	Niv 1
<i>Werk-gerelateerde PTSS</i>	Combinatie van psychotherapie en exposurebehandeling waarbij de werkende wordt blootgesteld aan het werk waar PTSS is ontstaan	=	WH	Niv 1
<i>Contacteczeem</i>	Interdisciplinaire secundaire preventie , (bestaande uit voorlichting over huid, blootstelling en bescherming op het werk, naast dermatologische behandeling)	+	WB	Niv 3
<i>Reumatoïde artritis</i>	Snelle en effectieve medicamenteuze interventie , zoals agressieve initiële therapie met combinatietherapie, welke leidt tot een verlaging en adequate controle van de ziekteactiviteit.	+	WB - WH	Niv 1
<i>Eerstige NAH</i>	Brain integration program: Evaluatie van arbeidsvaardigheden en functionele mogelijkheden t.a.v. werk (neuropsychologisch onderzoek), gevolgd door een werkgerichte interventie bestaande uit encouragement, voorlichting, werk-gerelateerde counseling en evt. aanvullende componenten	+	WH	Niv 2
<i>Ischemische hartziekten</i>	Specifieke interventies binnen hartrevalidatie die zich richten op knelpunten t.a.v. werkhervatting , zoals voorlichting, advisering, counseling en leefstijlbevordering	+	WH	Niv 2

WB = werkbehoud, WH = werkhervatting

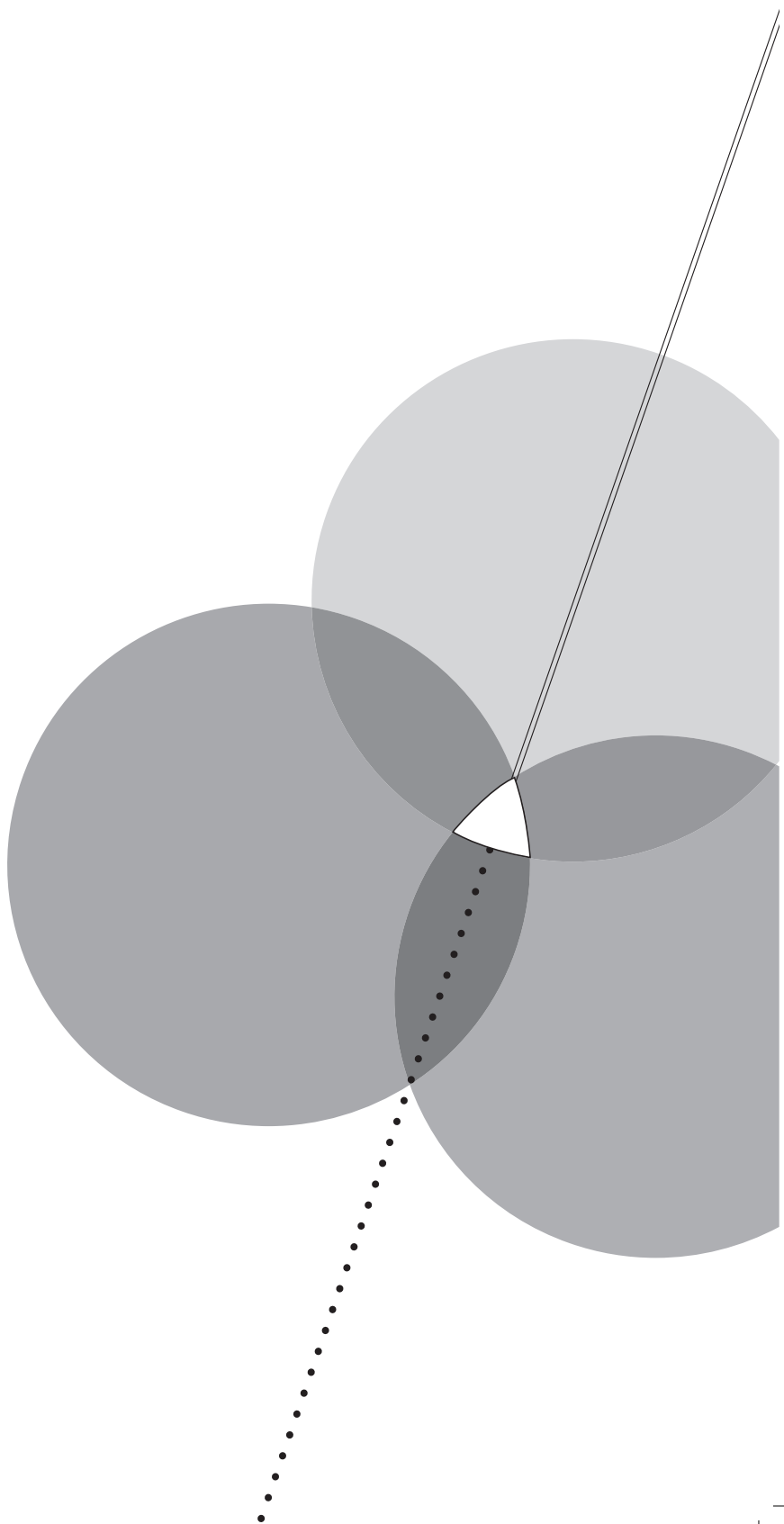
Literatuur

1. Arends I, Bruinvels DJ, Rebergen DS, Nieuwenhuijsen K, Madan I, Neumeyer-Gromen A, et al. Interventions to facilitate return to work in adults with adjustment disorders. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2012; 12:Cd006389.
2. Baldwin C, Brusco NK. The effect of vocational rehabilitation on return-to-work rates post stroke: a systematic review. *Topics in stroke rehabilitation*. 2011;18(5): 562-72.
3. Bamba C, Whitehead M, Hamilton V. Does 'welfare-to-work' work? A systematic review of the effectiveness of the UK's welfare-to-work programmes for people with a disability or chronic illness. *Social science & medicine* (1982). 2005;60(9):1905-18.
4. Clayton S, Bamba C, Gosling R, Povall S, Misso K, Whitehead M. Assembling the evidence jigsaw: insights from a systematic review of UK studies of individual-focused return to work initiatives for disabled and long-term ill people. *BMC public health*. 2011;11:170.
5. de Boer AG, Taskila T, Tamminga SJ, Frings-Dresen MH, Feuerstein M, Verbeek JH. Interventions to enhance return-to-work for cancer patients. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2011(2):Cd007569.
6. Fadyl JK, McPherson KM. Approaches to vocational rehabilitation after traumatic brain injury: a review of the evidence. *The Journal of head trauma rehabilitation*. 2009;24(3):195-212.
7. Franche RL, Cullen K, Clarke J, Irvin E, Sinclair S, Frank J. Workplace-based return-to-work interventions: a systematic review of the quantitative literature. *Journal of occupational rehabilitation*. 2005;15(4):607-31.
8. Gensby U, Labriola M, Irvin E, Amick BC, 3rd, Lund T. A classification of components of workplace disability management programs: results from a systematic review. *Journal of occupational rehabilitation*. 2014;24(2):220-41.
9. Heffernan J, Pilkington P. Supported employment for persons with mental illness: systematic review of the effectiveness of individual placement and support in the UK. *Journal of mental health (Abingdon, England)*. 2011;20(4):368-80.
10. Hoving JL, Lacailla D, Urganhart DM, et al. Non-pharmacological interventions for preventing job loss in workers with inflammatory arthritis. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;11:CD010208.
11. Kamper SJ, Apeldoorn AT, Chiarotto A, Smeets RJ, Ostelo RW, Guzman J, van Tulder MW. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2014 Sep 2;9:CD000963.
12. Khan F, Ng L, Turner-Stokes L. Effectiveness of vocational rehabilitation intervention on the return to work and employment of persons with multiple sclerosis. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2009(1):Cd007256.
13. Kinoshita Y, Furukawa TA, Kinoshita K, Honyashiki M, Omori IM, Marshall M, et al. Supported employment for adults with severe mental illness. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2013;9:Cd008297.

14. Meijer EM, Sluiter JK, Frings-Dresen MH. 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*. 2005;78(7):523-32.
15. Nevala N, Pehkonen I, Koskela I, et al. Workplace accommodation among persons with disabilities: a systematic review of its effectiveness and barriers or facilitators. *J Occup Rehabil* 2015;25:432-448.
16. Ravenek MJ, Hughes ID, Ivanovich N, Tyrer K, Desrochers C, Klinger L, et al. A systematic review of multidisciplinary outcomes in the management of chronic low back pain. *Work (Reading, Mass)*. 2010;35(3):349-67.
17. Schaafsma FG, Whelan K, van der Beek AJ, van der Es-Lambeek LC, Ojajarvi A, Verbeek JH. Physical conditioning as part of a return to work strategy to reduce sickness absence for workers with back pain. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2013; 8:Cd001822.
18. Stergiopoulos E, Cimo A, Cheng C, Bonato S, Dewa CS. Interventions to improve work outcomes in work-related PTSD: a systematic review. *BMC public health*. 2011;11:838.
19. Tamminga SJ, de Boer AG, Verbeek JH, Frings-Dresen MH. Return-to-work interventions integrated into cancer care: a systematic review. *Occupational and environmental medicine*. 2010;67(9):639-48.
20. Van Geen JW, Edelaar MJ, Janssen M, van Eijk JT. The long-term effect of multidisciplinary back training: a systematic review. *Spine*. 2007;32(2):249-55.
21. Van Oostrom SH, Driessen MT, de Vet HC, Franche RL, Schonstein E, Loisel P, et al. Workplace interventions for preventing work disability. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2009(2):Cd006955.
22. Blauwdruk Kanker en werk. Achtergronddocument. Kwaliteitsbureau NVAB, 2009, Utrecht.
23. Ketenzorgrichtlijn Aspecifieke-lage-rugklachten. Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie, 2010, Amersfoort.
24. Multidisciplinaire richtlijn Aspecifieke klachten arm, nek en/of schouder. Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie, 2012, Amersfoort.
25. Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen (3e revisie). Trimbos instituut, 2013, Utrecht.
26. Multidisciplinaire richtlijn Autisme bij volwassenen. Trimbos instituut, 2013, Utrecht.
27. Multidisciplinaire richtlijn Diagnose, behandeling, begeleiding en beoordeling van patiënten met het chronisch vermoeidheidssyndroom. CBO, 2013, Utrecht.
28. Multidisciplinaire richtlijn Contacteczeem. Nederlandse vereniging Dermatologie en Venerologie, 2013, Utrecht.
29. Multidisciplinaire richtlijn Diagnostiek en behandeling van COPD. CBO, 2010, Utrecht.
30. Multidisciplinaire richtlijn Hartrevalidatie. Revalidatiecommissie Nederlandse Vereniging Voor Cardiologie / Nederlandse Hartstichting, 2011, Utrecht.


31. Multidisciplinaire richtlijn HIV en arbeid. Slotervaart ziekenhuis, 2012, Amsterdam.
32. Multidisciplinaire richtlijn Niet-aangeboren hersenletsel en arbeidsparticipatie. Coronel instituut voor Arbeid en Gezondheid, 2012, Amsterdam.
33. Multidisciplinaire richtlijn Schizofrenie (versie 2). Trimbos instituut, 2012, Utrecht.
34. Multidisciplinaire richtlijn Werk en Psychische aandoeningen (EPA). Trimbos instituut, 2013, Utrecht.
35. Multidisciplinaire Richtlijnmodule Diabetes en Arbeid. Achtergronddocument. Kwaliteitsbureau NVAB, 2011, Utrecht.
36. Richtlijn Diagnostiek en behandeling van Reumatoïde Artritis. Nederlandse Vereniging voor Reumatologie, 2009, Utrecht.
37. Richtlijn Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met Ischemische hartziekten. Achtergronddocument. Kwaliteitsbureau NVAB, 2007, Utrecht.
38. Richtlijn Handelen van de bedrijfsarts bij werkenden met Psychische Problemen. Achtergronddocument. Kwaliteitsbureau NVAB, 2007, Utrecht.
39. Richtlijn Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met Rugklachten. Achtergronddocument. Kwaliteitsbureau NVAB, 2006, Utrecht.
40. Richtlijn Lumbosacraal Radiculair Syndroom. Nederlandse Vereniging voor Neurologie, 2008, Utrecht
41. Richtlijn Multipole sclerose. Nederlandse Vereniging voor Neurologie, 2012, Utrecht.
42. Richtlijn Reumatoïde artritis en participatie in arbeid. NVVG, 2012, Utrecht
43. Verzekeringsgeneeskundige protocol Artrose heup en knie. NVVG, 2008, Utrecht.
44. Verzekeringsgeneeskundige protocol Chronische nierschade. NVVG, 2009, Utrecht.
45. Verzekeringsgeneeskundige protocol Chronisch vermoeidheidssyndroom (CVS). NVVG, 2007, Utrecht
46. Verzekeringsgeneeskundige protocol COPD. NVVG, 2008, Utrecht.
47. Verzekeringsgeneeskundige protocol Darmkanker. NVVG, 2009, Utrecht.
48. Verzekeringsgeneeskundige protocol Reumatoïde artritis. NVVG, 2008, Utrecht.
49. Verzekeringsgeneeskundige protocol Schizofrenie en verwante psychosen. NVVG, 2008, Utrecht.
50. Marktonderzoekscoach. Wat werkt en wat niet werkt. Zoeken, vinden en behouden van een betaalde baan voor mensen met een aandoening of beperking. Ieder(in), LPGGz, NPCF, 2015, Utrecht.
51. Geene, L van. Ervaringsdeskundigheid plus; de professional aan het woord. 2014, Sociaal bestek. 2014, december/januari.
52. Dale JR, Williams SM, Bowyer V. What is the effect of peer support on diabetes outcomes in adults? A systematic review. *Diabet Med.* 2012;29(11):1361-77.
53. Oris L, Seiffge-Krenke I, Moons P, Goubert L, Rassart J, Goosens E, Luyckx K. Parental and peer support in adolescents with a chronic condition: a typological approach and developmental implications. *J Behav Med.* 2016;39(1):107-119.
54. Zorgmodule zelfmanagement. Het ondersteunen van eigen regie bij mensen met één of meerdere chronische ziekten. CBO, 2014, Utrecht.

55. de Silva, D. Evidence: Helping people help themselves. A review of the evidence considering whether it is worthwhile to support self-management. The Health Foundation, 2011, Londen.
56. Varekamp I, Verbeek JH, Dijk FJ van. How can we help employees with chronic diseases to stay at work? A review of interventions aimed at job retention and based on an empowerment perspective. *Int Arch Occup Environ Health*. 2006;80(2):87-97.
57. Briand C, Durand MJ, St-Arnaud L, Corbière M. Work and mental health: Learning from return-to-work rehabilitation programs designed for workers with musculoskeletal disorders. *Int J Law Psychiatry*. 2007;30(4-5):444-57.
58. Varekamp I, Krol B, van Dijk FJ. Empowering employees with chronic diseases: process evaluation of an intervention aimed at job retention. *Int Arch Occup Environ Health*. 2011;84: 35-43.





Rol van de werk(zoek)ende



**De rol van werk(zoek)enden met
een chronische aandoening**

Inleiding

De huidige zorg voor mensen met een chronische aandoening gaat er in zekere mate vanuit dat zij zelf de regie voeren ten aanzien van arbeidsparticipatie en zich inzetten voor re-integratie. Dit is ook terug te zien in de wet- en regelgeving rondom de arbeidsgelateerde zorg. Volgens de Wet Verbetering Poortwachter zijn werkgever en werknemer samen verantwoordelijk voor terugkeer naar werk bij ziekte en in de wet 'Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen' wordt van de werk(zoek)ende met een chronische aandoening verwacht dat hij meewerkt aan het behouden of het vinden van werk. Ook uit andere documentatie blijkt de nadruk op de actieve rol van de werk(zoek)ende, zoals uit het Verzekeringsgeneeskundig protocol Participatiegedrag (32). In de Leidraad Participatieve Aanpak op de Werkplek komt deze actieve rol van de werk(zoek)ende ook naar voren (33).

Een voorwaarde voor arbeidsparticipatie onder mensen met een chronische aandoening is dat er voortdurend een goede afstemming bestaat tussen de mogelijkheden van de werk(zoek)ende (belastbaarheid) en de eisen van het werk (belasting). Werk(zoek)enden met een chronische aandoening kunnen vanwege hun aandoening belemmeringen ervaren op het werk. Een deel van deze belemmeringen kan ondervangen worden door het realiseren van aanpassingen. Mensen met een chronische aandoening moeten in het dagelijks leven en dus ook in het werk, allerlei problemen oplossen die zij vanwege hun aandoening tegenkomen. Het zelf kunnen organiseren van oplossingen voor problemen wordt wel 'eigen regie' genoemd. Niet alle werk(zoek)enden met een chronische aandoening kunnen goed invulling geven aan deze 'eigen regie' rol. Het hebben van voldoende inzicht in de eigen mogelijkheden en beperkingen is hiervoor essentieel.

Daarnaast hebben werk(zoek)enden met een chronische aandoening behoefte aan goede ondersteuning om uitval uit het arbeidsproces te voorkomen of om terug te keren naar werk.

Om adequate ondersteuning te bieden is het noodzakelijk om meer inzicht te krijgen in de belemmeringen die werk(zoek)enden ervaren en in de oplossingen die zij daarvoor vinden. Het is ook belangrijk om na te gaan wat ze zelf kunnen doen en welke ondersteuning ze hierbij nodig hebben van anderen om deze oplossingen te bewerkstelligen.

Het doel van dit hoofdstuk is om helder te krijgen wat een werk(zoek)ende met een chronische aandoening zelf kan doen om arbeidsparticipatie te bevorderen en welke ondersteuning hierbij nodig is. In dit hoofdstuk staan de volgende uitgangsvragen centraal:

1. Welke belemmeringen ervaren werk(zoek)enden met een chronische aandoening wanneer het gaat om het behoud van werk of terugkeer naar werk?
2. Wat kan een werkende met een chronische aandoening zelf doen (zelfmanagement) om behoud of hervatting van eigen of ander werk te bevorderen?
3. Welke informatie of ondersteuning heeft een werk(zoek)ende met een chronische aandoening nodig om voldoende inzicht in het eigen functioneren te krijgen?
4. Op welke manier wordt dit aangereikt en door welke partijen?

5. a) Welk belang hechten werk(zoek)ende met een chronische aandoening aan werk?
- b) Welke aspecten van werk beïnvloeden de kwaliteit van het leven van werk(zoek)enden met een chronische aandoening positief dan wel negatief, volgens werk(zoek)enden met een chronische aandoening?

Beschrijving methode literatuuronderzoek

Ter beantwoording van alle uitgangsvragen werd de nationale literatuur geraadpleegd. Relevante nationale literatuur werd verkregen door zowel het doorzoeken van databases met publicaties van relevante instituten, als het raadplegen van experts. In de online databases van de onderzoeksinstituten TNO, NIVEL, RIVM, GGZ, Trimbos, ZonMW, AKC, UWV, Instituut Gak, SCP en Gezondheidsraad werd gezocht naar documenten die zich richten op mensen met een chronische aandoening, aandacht besteden aan werk en tussen 2005 en 2015 gepubliceerd waren. Deze zoektocht leverde 12 relevante documenten op. Als experts werden de leden van het 'Landelijk Netwerk Chronisch Zieken en Werk' (LNCZW) geraadpleegd, evenals de leden van de richtlijnwerkgroep. De suggesties van de richtlijnwerkgroep leverde negen additionele documenten op en via het LNCZW werd één additioneel document verkregen.

Met behulp van data-extractietabellen werden de referentie, type uitkomstmaat (werkbehoud, terugkeer naar werk, arbeidsparticipatie) en de relevante informatie voor de uitgangsvraag uit de betreffende documenten geëxtraheerd. Daarnaast werd genoteerd of de relevante informatie betrekking had op de werk(zoek)ende met de chronisch aandoening zelf, de organisatie waar hij/zij werkt of op zijn omgeving. De relevante informatie geëxtraheerd per uitgangsvraag was: belemmeringen ervaren in het participeren in werk (uitgangsvraag 1), de rol en oplossingen die (werk)zoekenden met een chronische aandoening zelf aangaven om te arbeidsparticipatie mogelijk te maken (uitgangsvraag 2), de benodigde informatie of ondersteuning om te kunnen participeren in werk (uitgangsvraag 3), wie deze informatie dan wel ondersteuning moest aanbieden (uitgangsvraag 4), en welk belang werk(zoek)enden met een chronische aandoening hechten aan werk (uitgangsvraag 5). Informatie werd alleen geëxtraheerd als ze deze in samenhang met werk werd gerapporteerd. Per document werd genoteerd van welke methodologische kwaliteit de informatie was volgens de EBRO-methode.

Beschrijving van gevonden literatuur

In totaal werden er 22 relevante publicaties gevonden ter beantwoording van de bovenstaande vijf uitgangsvragen. Vijftien van deze publicaties beschreven resultaten van kwalitatief onderzoek uitgevoerd onder werk(zoek)enden met een chronische aandoening. Deze onderzoeken betroffen zelfrapportage waarin het perspectief van de werk(zoek)ende met een chronische aandoening centraal stond. Het merendeel van deze onderzoeken betrof vragenlijstonderzoek uitgevoerd bij leden van (overkoepelende) patiëntenverenigingen (14, 18), of leden van patiëntenpanels van

diverse onderzoeksinstituten zoals het NIVEL (Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten) of TNO (5, 6, 7, 16, 17, 19, 20) of bij specifieke subgroepen van deze panels (4, 9, 13).

Daarnaast werden er resultaten van focusgroepen of persoonlijke interviews met verschillende groepen mensen met een chronische aandoening beschreven (2, 3, 11). Twee daarvan zijn uitgevoerd in het kader van het project 'Dialoggestuurde Re-integratie'; een initiatief van een drietal patiëntenverenigingen (Whiplash Stichting Nederland, Steungroep ME en Arbeidsongeschiktheid en Prikkelbare Darm Syndroom Belangenvereniging) met als doel een online ondersteuning bij re-integratie van mensen met gezondheidsproblemen (2, 3). Het derde rapport beschreef de resultaten van het project 'Op eigen kracht aan het werk' waarin kwalitatief onderzoek onder acht groepen mensen met een chronische aandoening en gehandicapten werd uitgevoerd (11).

Twee multidisciplinaire richtlijnen beschreven ervaringen van werk(zoek)enden met een chronische aandoening; de richtlijn 'Niet aangeboren hersenletsel en arbeidsparticipatie' beschreef een kwalitatief literatuuronderzoek specifiek uitgevoerd naar ervaren knelpunten (15) en in het kader van de richtlijn 'Werk en ernstige psychische aandoeningen' werd focusgroeponderzoek uitgevoerd naar zelfmanagement (12). Drie aanvullende publicaties rapporteerden bevindingen uit gesprekken met experts op het gebied van arbeidsparticipatie en re-integratie van mensen met een chronische aandoening (1, 8, 10).

Tenslotte werden door de geraadpleegde experts een tweetal internationale publicaties aangedragen. Dit betrof twee internationaal gepubliceerde reviews naar de betekenis van werk voor mensen met een chronische aandoening (recent uitgevoerd scoping review van Saunders & Nedelec; 21) en de invloed van werk op welzijn (systematisch review van Waddell & Burton; 22). Ondanks dat dit geen nationale literatuur betrof, werden deze publicaties als een waardevolle aanvulling op de gevonden literatuur beschouwd. Bovendien waren er geen aanwijzingen dat de resultaten van deze reviews niet op de Nederlandse situatie toegepast kunnen worden.

Beschrijving methode van focusgroepen

In aanvulling op informatie uit het hierboven beschreven literatuuronderzoek is bij de beantwoording van uitgangsvragen 2, 3 en 4 in dit hoofdstuk tevens gebruikgemaakt van focusgroepen. Het doel van de focusgroepen was om inzicht te krijgen in de visie en ervaringen van werk(zoek)enden met een chronische aandoening zelf en om op deze manier aanvullende informatie t.a.v. oplossingen en benodigde steun bij arbeidsparticipatie boven tafel te krijgen.

Voor deze focusgroepen werden ofwel werkenden ofwel mensen actief op zoek naar werk in de leeftijd van 18 tot 65 jaar uitgenodigd. Deelnemers werden geworven via nieuwsbrieven of sociale media van diverse patiëntenorganisaties en het aanschrijven van leden van het Nationaal Panel Chronisch Zieken en Gehandicapten via NIVEL. Daarnaast werden deelnemers via persoonlijke netwerken gevraagd mee te doen.

Er werden vijf focusgroepen gehouden met in totaal 19 deelnemers met verschillende chronische ziekten; 10 vrouwen en 9 mannen. De gemiddelde

leeftijd van de deelnemers was 50 jaar, variërend van 28 jaar tot 62 jaar oud. Vijftien deelnemers hadden een betaalde baan van wie vier als zelfstandig ondernemer werkten. Deelnemers hadden de volgende chronische ziekten: reuma, nieraandoening, whiplash, osteogenesis imperfecta, visuele beperking, psychische klachten, hartaandoening, chronische rugklachten, ziekte van Lyme, erfelijke stollingsafwijking, RSI, diabetes, kanker en dystrofie.

De deelnemers werd gevraagd te vertellen over de oplossingen zij hebben ingezet om hun werk te behouden of te hervatten, welke ondersteuning ze daarbij nodig hebben (gehad) en van wie. De bijeenkomsten werden opgenomen en verbatim uitgetypt. De transcripten werden gecodeerd door middel van open, axiale en selectieve codering met behulp van MAXQDA (MAXQDA, software voor kwalitatieve data analyse, 1989-2016, VERBI Software – Consult – Sozialforschung GmbH, Berlin, Duitsland).

Beschrijving methode van vragenlijstonderzoek

Ter beantwoording van uitgangsvraag 5a en 5b werd aanvullend op het literatuuronderzoek een vragenlijstonderzoek uitgevoerd. De doelgroep van de vragenlijst gericht op inkomen en werk, waren chronisch zieken in de leeftijd van 18-65 jaar oud. Respondenten werden geworven door middel van het aanschrijven van de leden van de drie initiërende koepels van patiëntenorganisaties, te weten: Ieder(In), NPCF, Landelijk Platform GGz. Daarnaast werd een oproep op de sociale media kanalen van deze koepels van patiëntenorganisaties uitgezet om meer respondenten te werven.

In totaal hadden 4964 mensen de vragenlijst succesvol ingevuld. Voor de beschrijving van de resultaten maakten we gebruik van de antwoorden van mensen die voldeden aan onze inclusiecriteria; er waren 4341 deelnemers in de leeftijd van 18-65 jaar oud, werk(zoek)end en chronisch ziek. Aan de respondenten werd de vraag voorgelegd: 'Hoe belangrijk is werk voor u?'. Zij konden antwoord geven op een schaal van 1-10, waarbij 1 staat voor 'helemaal niet belangrijk' en 10 voor 'heel erg belangrijk'. Daarnaast werd hen gevraagd waarom ze werk belangrijk vonden door middel van een meerkeuzevraag met 13 antwoordcategorieën. Om inzicht te krijgen in de impact van werken op kwaliteit van leven werd respondenten gevraagd welke aspecten van hun werk hun kwaliteit van leven positief beïnvloeden en welke aspecten hun kwaliteit van leven negatief beïnvloeden. Dit werd gemeten aan de hand van twee meerkeuzevragen met respectievelijk 13 en 14 antwoordmogelijkheden.

De antwoorden op deze vragen werden geanalyseerd aan de hand van beschrijvende statistiek. Hiertoe werd de populatie naar werkstatus in drie subgroepen verdeeld; respondenten die werkten ('werkenden'), respondenten zonder werk die wel op zoek waren naar een baan ('niet werkend op zoek') en respondenten zonder werk die niet op zoek waren naar een baan ('niet werkend niet op zoek'). De werkenden (n= 1683) uit het sample werd door middel van een open vraagstelling gevraagd welke aspecten van werk hen energie geven en energie kosten. De vragen zijn gecodeerd met behulp van MAXQDA (MAXQDA, software voor kwalitatieve data analyse, 1989-2016, VERBI Software – Consult – Sozialforschung GmbH, Berlin, Duitsland).

3.1 Ervaren belemmeringen in arbeidsparticipatie

Uitgangsvraag 1: Welke belemmeringen ervaren werk(zoek)enden met een chronische aandoening wanneer het gaat om behoud van werk of terugkeer naar werk?

Samenvatting van resultaten literatuuronderzoek

Vijftien rapporten beschrijven resultaten van kwalitatief onderzoek naar ervaren belemmeringen bij het participeren in arbeid onder mensen met een chronische aandoening. Uit verschillende vragenlijstonderzoeken onder patiëntenpanels komt naar voren dat niet alle chronische zieken met een baan belemmeringen in het werk ervaren. Dit is wel het geval voor 16% tot 57% van de respondenten, afhankelijk van de onderzoekspopulatie en het jaar waarin de studie uitgevoerd werd (5, 6, 7, 14). Werkzoekenden blijken wel vaak problemen te ervaren met het vinden van werk; twee vragenlijstonderzoeken laten zien dat vrijwel alle mensen met een chronische aandoening die willen werken maar nu geen betaald werk hebben belemmeringen ervaren (94%; 14) of voorzien (93%; 13) bij het zoeken naar werk.

De belemmeringen die ervaren worden, kunnen grofweg in drie categorieën ingedeeld worden: belemmeringen voortkomend uit de aandoening; belemmeringen in het werk en belemmeringen in de omgeving van de werk(zoek)ende. Deze zijn samengevat in tabel 3.1.

Tabel 3.1 Overzicht belemmeringen gerapporteerd door werk(zoek)enden met een chronische aandoening

Belemmering		Referentie
<i>Voortkomend uit aandoening</i>		
Vermoeidheid	Belemmerend voor uitvoeren van het werk bepaalde inspanningen in het werk zijn minder lang vol te houden Werktijd of –dag moet ingekort worden Meer rustmomenten tijdens werk nodig Van invloed op balans tussen werk en privé	2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 11,
Schommelingen in energieniveau	Maakt activiteiten lastig plannen en vraagt om rustmomenten	2
Concentratieproblemen	Belemmerend voor uitvoeren van het werk, specifiek als dat werk is waarbij: <ul style="list-style-type: none"> • Langdurig aandacht vastgehouden moet worden • Multitasking nodig is • Er veel prikkels in de werkomgeving zijn • Het maken van fouten gevaarlijk kan zijn 	2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10
Geheugenstoornis		3, 15
Pijn		2, 3, 6
Fysieke beperkingen	Belemmerend voor uitvoeren van het werk, specifiek als dat werk is <ul style="list-style-type: none"> • Met veel fysiek zware taken • Waarvoor men moet reizen 	5, 6, 7
Problemen met zien/lezen		5, 6, 7
Problemen met horen/verstaan		5, 6, 7
Psychische problemen		3, 6, 12
Grillig verloop	Maakt anticiperen op wat iemand kan lastig	1, 3, 11
Verzuim voor ziekte, behandeling of arts bezoek	Kan leiden tot: <ul style="list-style-type: none"> • verdedigende houding t.o.v. werkgever t.a.v. verzuim • problemen met werkgever 	3, 11
<i>Gelegen in het werk</i>		
Onvoldoende begrip voor de invloed van de ziekte op het werk	Dit kan leiden tot: <ul style="list-style-type: none"> • Onvoldoende begeleiding door leidinggevende of onjuiste ondersteuning op de werkvloer • Veelvuldig uitleg geven over de ziekte aan leidinggevende en/of collega's • Slechte werksfeer • Discriminatie en stigmatisering • Sociale isolatie 	1, 2, 3, 11, 13, 14, 15
Aanpassingen aan werk niet mogelijk	Vooral het ontbreken van de volgende aspecten werd genoemd: <ul style="list-style-type: none"> • Passende werkplek • Flexibele werktijden • Regelmogelijkheden • mogelijkheid om thuis te werken 	1, 3, 8, 10, 13, 14, 15
Ontbreken van passend werk	Vooral belemmerend voor werkzoekenden	13, 14
Ervaren van stress in het werk		3, 4, 5, 7, 9, 14
Onregelmatige diensten	Werken op wisselende tijden op zich is belemmerend wanneer een vast ritme gewenst is. Daarnaast geldt ook dat hierdoor een geleidelijke opbouw van werkzaamheden lastiger te plannen is er minder collega's beschikbaar die kunnen bijspringen indien nodig	3, 10
<i>Gelegen in omgeving</i>		
Over protectie door sociale omgeving		1
Arbeidsmarkt	Minder banen door recessie Onduidelijkheid over wet- en regelgeving en procedures Onvoldoende informatie	14

Belemmeringen voortkomend uit de aandoening

Uit verschillende onderzoeken onder mensen met diverse chronische aandoeningen blijkt de meest gerapporteerde belemmering voor het uitvoeren van werk vermoeidheid te zijn (2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 11), in sommige studies wel aangeduid als een beperkt energieniveau of een verminderd uithoudingsvermogen. Dit heeft als gevolg dat werkenden met een chronische aandoening bepaalde inspanningen in het werk niet lang vol kunnen houden, hun werktijd of werkdag in moeten korten, of meer rustmomenten moeten inbouwen. Bovendien is men hierdoor genoodzaakt keuzes te maken t.a.v. activiteiten in het werk, in de thuissituatie en in de vrijetijdsbesteding (2). Zoals uit een aantal focusgroepen in het rapport 'Krachtig en kwetsbaar' (11) naar voren komt, betekent het hebben van een chronische aandoening in de praktijk vaak dat alles meer energie kost dan voor mensen zonder deze aandoening. Het gaat daarbij niet alleen om werk, maar ook om activiteiten in de thuissituatie of in sommige gevallen woon-werk verkeer. Men wil echter niet onder doen voor hun gezonde collega's en streeft ernaar een zelfde prestatie te leveren, zowel op het werk als thuis, terwijl dit meer energie kost. Geïnterviewden met whiplash, ME/CVS of prikkelbare darmsyndroom geven aan dat ze bang zijn voor sociale isolatie als gevolg van een verminderd energieniveau, omdat hun werk al hun energie opslokt (3).

Het ervaren van schommelingen in energieniveau en daarmee in belastbaarheid die gepaard gaat met de chronische aandoening komt uit interviews met 31 werkenden met een chronische aandoening als een belemmering naar voren (2). Dit maakt het lastig om activiteiten gedurende een werkdag te plannen en brengt de noodzaak om rust in te bouwen met zich mee.

Een andere veel gerapporteerde belemmering is het ervaren van concentratieproblemen (2, 3, 4, 5, 6, 7, 9). Hierdoor heeft men meer moeite met het gelijktijdig uitvoeren van meerdere taken (3) of langdurig vasthouden van aandacht. Te veel prikkels op het werk kunnen in combinatie met concentratieproblemen het uitvoeren van dat werk bemoeilijken (2, 3). Bedrijfsartsen geven aan dat wanneer concentratie nodig is om het werk tot een goed einde te brengen zeker wanneer fouten gevaarlijk kunnen zijn, concentratieproblemen een zware belemmering vormen voor werkhervatting (10). Geheugenstoornissen vormen voor werkenden met een chronische aandoening een belemmering in het uitvoeren van hun werk (3, 15).

Pijn en andere lichamelijke beperkingen als gevolg van de aandoening zijn een belemmering in het uitvoeren van werk. Uit vragenlijstonderzoek van het NIVEL onder 476 mensen met diverse – somatische – chronische aandoeningen blijkt dat ruim 40% van de werkenden wordt belemmerd door pijn of lichamelijke beperkingen (6). Focusgroepen en individuele interviews met mensen met whiplash, ME of prikkelbare darmsyndroom ervaren pijn als één van de belangrijkste belemmeringen bij het uitvoeren van werk (2, 3).

Fysieke beperkingen en pijn hebben grote gevolgen voor het uitvoeren van met name fysiek (zwaar) werk maar ook voor de mobiliteit van mensen (5, 6, 7). Hierdoor wordt veel en lang reizen naar of tijdens het werk als belemmerend ervaren, evenals verplaatsen op het werk (2, 5, 6, 7). Problemen met zien of horen wordt door

17% van het patiëntenpanel van NIVEL (6) ervaren als belemmerend voor werk. In vervolgonderzoek is niet meer gevraagd naar problemen met zien of horen maar wel naar problemen met lezen (16-21%) of problemen met het verstaan van anderen (18-26%) (5, 7).

Psychische problemen worden ervaren als een belemmering voor arbeidsparticipatie. Dit geldt uiteraard voor mensen met een psychische aandoening die door psychische symptomen en daaruit voortvloeiende cognitieve beperkingen belemmerd worden bij het vinden en behouden van een baan (12) maar ook mensen met andere aandoeningen (3, 6). Voor deze laatste groep betreft het knelpunt vooral bijkomende psychische klachten zoals angst en depressie.

Chronische ziekten kennen vaak een onvoorspelbaar en grillig verloop dat van dag tot dag kan variëren. Het is zowel voor werknemers als werkgevers lastig om hierop te anticiperen (1, 3, 11). Bovendien ervaren mensen met een nieraandoening in sommige gevallen problemen met hun werkgever vanwege een verhoogd ziekteverzuim of ziekenhuisbezoek als gevolg van deze klachten (11). Focusgroeponderzoek onder whiplash-, ME/CVS- en PDS-patiënten laat zien dat deze groep patiënten vaak het gevoel krijgt hun frequente uitval op het werk te moeten verdedigen (3).

Belemmeringen in het werk

Verschillende aspecten van of op het werk kunnen belemmerend zijn als het gaat om werkbehoud of -hervatting van werk(zoek)enden met een chronische aandoening. Een veel gerapporteerd knelpunt is het gebrek aan begrip voor de invloed van de ziekte op het werk van zowel leidinggevenden als collega's (1, 2, 3, 11, 13, 14, 15). Dit probleem wordt gerapporteerd door zowel werkenden als werkzoekenden. Volgens een vragenlijstonderzoek onder die laatste groep, bestaande uit 88 mensen met een chronische aandoening zonder baan maar met een werkwens voorziet 36% een grote belemmering in een gebrek aan begrip van werkgevers voor de invloed van ziekte op het werk en voorziet 22% een belemmering in onbegrip van collega's (13). In een recent uitgevoerd vragenlijstonderzoek geven 454 werkzoekenden met een chronische aandoening aan discriminatie (31%) en tegenwerking van werkgevers (14%) als belemmering bij het zoeken naar werk te ervaren (14).

Resultaten van werkenden met een chronische aandoening laten zien dat onbegrip van leidinggevenden of collega's over waarom zij bepaalde taken niet kunnen uitvoeren inderdaad als een belemmering werd ervaren in hun werk (2, 3, 11,14) of bij het vinden van hun huidige baan (14). Men moet vaak uitleg geven over wat hun aandoening inhoudt en welke impact dat heeft op hun functioneren op het werk (11). Door een gebrek aan kennis over mensen met een chronische aandoening en hun arbeidsparticipatie hebben werkgevers vaak een eenzijdig of negatief beeld van hen dat hun arbeidsparticipatie kan belemmeren (1, 3, 15). Bij sommige ziektebeelden, zoals HIV of een psychische aandoening speelt deze stigmatisering en discriminatie een grote(negatieve) rol bij het behouden of hervatten van werk (11, 12). Onbegrip op de werkvloer draagt niet bij aan een prettige werksfeer en kan in sommige gevallen tot sociale isolatie van de werkende met een chronische aandoening leiden. Daarnaast kan het een reden zijn voor belemmeringen in het krijgen van de juiste

ondersteuning op de werkvloer en in het aanpassen van hun werk aan de individuele situatie (14, 15). In een recent vragenlijstonderzoek onder 1788 werkenden met een chronische aandoening worden deze belemmeringen beide door 11% van de ondervraagden genoemd als belemmerend in hun huidige werk (14).

Aanpassingen in het werk kunnen in veel gevallen bevorderend zijn voor werkbehoud of terugkeer naar werk van mensen met een chronische aandoening. Het gegeven dat dit niet altijd mogelijk is, wordt als een belangrijk knelpunt ervaren; niet alleen door werkenden en werkzoekenden zelf (3, 8, 13, 14, 15), maar ook door werkgevers (1). Specifieke zaken zoals het ontbreken van een passende werkplek, het ontbreken van flexibele werktijden of mogelijkheden om thuis te werken, of een takenpakket dat niet aan het functioneren van de werkende met chronische aandoening is aangepast worden per aspect door ongeveer 10% van 1788 werkenden met een chronische aandoening aangeduid als belemmerend bij het uitvoeren van hun werk (14). Een belangrijke belemmering bij terugkeer naar werk is een gebrek aan regelmogelijkheden. Sommige functies laten het niet toe het werk gedoseerd in eigen tempo te hervatten en voor specialistische of leidinggevende functies is het lastig alternatieve taken dan wel vervanging binnen de organisatie te vinden (10).

Het vinden van werk wordt vooral belemmerd door het ontbreken van passend werk; 48% van de mensen zonder baan die wel naar betaald werk op zoek zijn rapporteren dit als knelpunt (14). Het gebrek aan mogelijkheden om het werk tijdelijk aan te passen als dat nodig is wordt door 15% werkzoekenden als belemmerend gezien (13).

Naast een gebrek aan steun en aanpassingen op het werk rapporteren werkenden met een chronische aandoening knelpunten die samenhangen met de inhoud van hun werk. Uit focusgroepen en persoonlijke interviews onder mensen met een chronische aandoening komt naar voren dat de mogelijkheden om werk te verrichten afnemen naarmate de lichamelijke belasting van het werk toeneemt (2, 3, 11). Veel werkenden met een chronische aandoening blijken stress of spanning in hun werk te ervaren (4, 5, 7, 9, 14) door o.a. een te grote werkdruk (3). Hoewel de gerapporteerde percentages verschillen, afhankelijk van de onderzochte populatie, blijkt dit een veel genoemde belemmering te zijn.

Het werken in onregelmatige of ploegendiensten komt naar voren als een belemmerende factor (3, 10). Dit geldt voor terugkeer naar werk, aangezien geleidelijke opbouw van werkzaamheden lastiger te plannen was. Tevens is werken op wisselende tijden belemmerend voor het behouden van werk; een vast ritme kan essentieel zijn om werken mogelijk te maken, wat in ieder geval geldt voor psychische aandoeningen (10). Maar doordat er op bepaalde tijdstippen minder collega's beschikbaar zijn die kunnen bijspringen indien nodig, kan een wisselend ritme belemmerend werken (10).

Tenslotte kan de grootte van de organisatie een belemmering vormen voor werkbehoud of terugkeer naar werk. Grote bedrijven kunnen meestal een beroep doen op een HR-afdeling voor ondersteuning, waar kleine bedrijven meestal minder kennis en mogelijkheden tot hun beschikking hebben (88).

Belemmering uit de omgeving

In de (niet-werk gerelateerde) sociale omgeving rondom de werk(zoek)enden met een chronische aandoening kunnen zich belemmeringen voordoen. Overprotectie door deze sociale omgeving kan, volgens acht geïnterviewde deskundigen tot een lagere arbeidsparticipatie leiden (1).

De arbeidsmarkt is een belangrijke belemmerende factor voor mensen zonder baan die wel werk zoeken (n=454); 42% van hen geeft aan dat het gebrek aan banen met voldoende inkomen door de recessie hen belemmert bij het zoeken naar werk. Wetgeving (15%), ingewikkelde procedures waardoor onduidelijkheid ontstaat waar je moet zijn (9%) en een gebrek aan goede informatie (10%) werken belemmerend bij het zoeken naar een baan (14). Deze aspecten worden door slechts een klein deel als belangrijkste knelpunt aangemerkt.

Conclusies**Belemmeringen als gevolg van de aandoening**

Niv 4	<p>Vermoeidheid is een belangrijke belemmerende factor bij het behouden van werk. Dit heeft tot gevolg dat inspanningen minder lang volgehouden kunnen worden en meer rustmomenten nodig zijn, en verstoort de balans tussen werk en privé. D:</p> <p><i>Mening van werk(zoek)enden met een chronische aandoening; 2-3-4-5-6-7-9-11-15</i></p>
Niv 4	<p>Schommelingen in energieniveau maakt het plannen van werkzaamheden lastig.</p> <p><i>D: Mening van werk(zoek)enden met een chronische aandoening; 2</i></p>
Niv 4	<p>Concentratieproblemen die voortkomen uit de aandoening kunnen werkzaamheden belemmeren.</p> <p><i>D: Mening van werk(zoek)enden met een chronische aandoening; 2-3-4-5-6-7-9</i> <i>D: mening van deskundigen, 10</i></p>
Niv 4	<p>Fysieke beperkingen belemmeren de uitvoering van werk door mensen met een chronische aandoening. Daarnaast wordt ook hun mobiliteit door fysieke beperkingen belemmerd. Problemen met woon-werkverkeer of het verplaatsen op het werk worden door mensen met een chronisch aandoening ook als belemmerend voor arbeidsparticipatie beschouwd.</p> <p><i>D: Mening van werk(zoek)enden met een chronische aandoening; 5-6-7-15</i></p>

Niv 4	<p>Pijn is een belangrijke beperking bij het uitvoeren van werk.</p> <p><i>D: Mening van werk(zoek)enden met een chronische aandoening; 2-3-6-15</i></p>
-------	--

Niv 4	<p>Psychische problemen vormen, voor zowel mensen met een psychische aandoening als mensen met een somatische aandoening, een belemmering bij het behouden van werk.</p> <p><i>D: mening werk(zoek)enden met een chronische aandoening; 3-6-12</i></p>
-------	--

Niv 4	<p>Een grillig, onvoorspelbaar beloop van de chronische aandoening vergt voor de werkende zelf voortdurende aanpassing en is ook lastig voor de werkgever.</p> <p><i>D: mening werk(zoek)enden met een chronische aandoening; 1-3-11</i></p>
-------	--

Belemmeringen in het werk

Niv 4	<p>Gebrek aan steun en begrip van leidinggevende en collega's voor de aandoening en de gevolgen daarvan voor het werk is belemmerend, zowel voor het vinden van werk als voor het behouden ervan.</p> <p><i>D: mening werk(zoek)enden met een chronische aandoening; 1-2-3-11-13-14-15</i></p>
-------	--

Niv 4	<p>Gebrek aan aanpassingen in het werk, zoals flexibele werktijden, passende werkplek, aangepaste taken en verruimde mogelijkheden belemmeren werkbehoud en -hervatting van mensen met een chronische aandoening. Een gebrek aan passend werk wordt door werkzoekenden als een belangrijk knelpunt ervaren.</p> <p><i>D: mening werk(zoek)enden met een chronische aandoening; 3-8-10-11-13-14-15</i> <i>D: mening werkgevers; 1</i></p>
-------	--

Niv 4	<p>Fysiek zwaar werk, onregelmatig werk of ploegendiensten en veel en lang moeten reizen naar of voor het werk zijn belemmerende factoren in het uitvoeren van werk.</p> <p><i>D: mening werk(zoek)enden met een chronische aandoening 2-3-10-11</i></p>
-------	--

Niv 4	Het ervaren van werkstress of spanning op het werk belemmert werkenden met een chronische aandoening in hun werk. <i>D: mening werk(zoek)enden met een chronische aandoening 3-4-5-7-9-14-15</i>
-------	---

Belemmeringen uit de omgeving

Niv 4	Overprotectie door de sociale omgeving kan een verminderde arbeidsparticipatie tot gevolg hebben. <i>D: mening deskundigen; 1</i>
-------	--

Niv 4	Het gebrek aan banen met voldoende inkomen wordt ervaren als een knelpunt bij het zoeken naar betaald werk. <i>D: mening van werkzoekenden met een chronische aandoening; 14</i>
-------	---

Niv 4	Stigmatisering en discriminatie kan een negatieve rol spelen bij het behouden of hervatten van werk. <i>D: mening werk(zoek)enden met een chronische aandoening; 11-12</i>
-------	---

Overige overwegingen

Een deel van de belemmeringen is het rechtstreeks gevolg van de chronische aandoening zelf. De werkgroep vindt het aannemelijk dat deze maar zeer ten dele op te lossen zijn, bijvoorbeeld door (betere) medische behandeling. Een ander deel komt voort uit (het gebrek aan) aanpassing van het werk en van de fysieke en sociale werkomgeving en de maatschappelijke omgeving, door gebrek aan of ingewikkelde regelgeving en door een gebrek aan goede informatie voor werkgevers en werknemers. De werkgroep verwacht dat op dit gebied nog veel te winnen valt. Naast de genoemde belemmerende factoren, lijkt ziekte perceptie of zelfstigma een belemmerende factor te kunnen zijn voor arbeidsparticipatie onder mensen met een chronische aandoening (34, 35). Ervaren gezondheid van mensen zelf bleek bijvoorbeeld sterker geassocieerd te zijn met arbeidsparticipatie onder mensen met een chronische ziekte dan gezondheid vastgesteld door een arts (34). Een factor om rekening mee te houden is dan ook hoe werk(zoek)enden zelf hun gezondheid ervaren.

De werkgroep is van mening dat naast de bedrijfsarts en de verzekeringsarts, de arbeidsdeskundige een belangrijke rol vervult bij het in kaart brengen van belemmerende factoren voor werkbehoud of werkhervatting en voor het realiseren van werkplekaanpassingen wanneer dit nodig is.

Aanbevelingen

Bedrijfsartsen, verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen gaan na in hoeverre de volgende factoren een belemmering vormen voor arbeidsparticipatie:

- Vermoeidheid. Zo ja, verken dan samen de werk(zoekende) en diens leidinggevende, de mogelijkheid van een verminderde arbeidsduur en/of het inbouwen van meer rustmomenten over de dag.
- Concentratieproblemen en/of geheugenstoornissen. Zo ja, verken dan met de werkende en diens leidinggevende de mogelijkheden voor een aangepast takenpakket of andere functie.
- Fysieke beperkingen of pijn. Zo ja, verken dan met de werk(zoek)ende en diens leidinggevende de mogelijkheid van werk dat fysiek weinig belastend is. Als reizen van en naar werk belastend is voor de werkende, verkent de bedrijfsarts met de leidinggevende van de werkende de mogelijkheden om thuis te werken.
- Onregelmatige werktijden. Zo ja, verken dan met de werk(zoek)ende en diens leidinggevende de mogelijkheden van werk op basis van regelmatige werktijden.
- Overprotectie vanuit de sociale omgeving. Zo ja, ga als bedrijfsarts, verzekeringsarts of arbeidsdeskundige na overleg met de werk(zoek)ende in gesprek met diens naasten.
- Gebrek aan steun vanuit de sociale omgeving. Zo ja, ga als bedrijfsarts, verzekeringsarts of arbeidsdeskundige in overleg met de werk(zoek)ende in gesprek en diens naasten.

3.2 De rol van werk(zoek)ende met een chronische aandoening

Uitgangsvraag 2: Wat kan een werkende met een chronische aandoening zelf doen (zelfmanagement) om behoud of hervatting van zijn eigen of ander werk te bevorderen?

Samenvatting van resultaten van kwalitatief onderzoek

Er zijn een vijftal publicaties gevonden die aandacht besteden aan de rol van werk(zoek)ende met een chronische aandoening in het bewerkstelligen van participatie in arbeid. Vier daarvan beschrijven resultaten van focusgroepen (2, 3, 11, 12) en één rapporteert resultaten van interviews met bedrijfsartsen (1). De resultaten gevonden in kwalitatieve literatuur worden aangevuld met resultaten van de focusgroepen die in het kader van de richtlijnontwikkeling gehouden zijn.

Kennen en bewaken van grenzen

Resultaten uit de literatuur laten zien dat het mensen met een chronische aandoening helpt bij (terugkeer naar) werk om hun eigen grenzen m.b.t. fysieke en mentale belastbaarheid te kennen (3, 12) en deze duidelijk aan te geven (2, 3, 11, 12). Voor het inschatten van deze eigen grenzen is het nodig dat men inzicht heeft in de ziekte en de betekenis voor het functioneren en dat de acceptatie van het ziek zijn en daardoor minder kunnen dan voorheen (3, 12).

Het kennen en bewaken van grenzen is een belangrijk thema in de focusgroepen. Een aantal deelnemers geeft aan dat het leren kennen van hun grenzen (een deel van) de oplossing is om aan het werk te blijven of terug te keren naar werk. Sommige deelnemers hebben hun grenzen ondervonden door hier tegenop te lopen of overheen te gaan. Anderen geven aan dat het accepteren van de ziekte en het feit dat dit invloed heeft op je werk de eerste stap is geweest om daarna aan te durven geven dat ze hulp nodig hebben.

Het kennen van grenzen leidt tot het hebben van reële verwachtingen wat teleurstellingen in werk en functioneren voorkomt. Bovendien is het ontdekken en onderkennen van grenzen noodzakelijk om deze aan anderen duidelijk te maken. Het belang van duidelijke communicatie over wat je wel en niet kunt naar leidinggevenden en collega's wordt door de deelnemers aan de focusgroepen onderstreept. Dit heeft vooral betrekking op communicatie over het uitvoeren van bepaalde taken en werktijden die aanpassing behoeven, maar in sommige gevallen ook over het fluctuerende beloop van de aandoening waardoor men de ene dag tot meer in staat is dan de andere. In sommige gevallen is de werkgever actief ondersteunend in het bewaken van grenzen van de medewerker door hem op tijd naar huis te sturen of door overwerk in dezelfde week te compenseren om overbelasting te voorkomen. Uit de literatuur blijkt dat door grenzen duidelijk naar anderen toe aan te geven, overbelasting in werk voorkomen kan worden (2, 3, 11).

Openheid over aandoening op de werkvloer

Openheid over de aandoening en de gevolgen daarvan voor het werk is belangrijk. Dit blijkt zowel uit literatuuronderzoek als uit de focusgroepen. Degene met een chronische aandoening die aangeven open en eerlijk over hun beperkingen te praten hebben hier baat bij (12) en ontvangen daardoor in veel – maar niet in alle – gevallen begrip op de werkvloer (2).

Deelnemers aan de focusgroepen noemen openheid over de aandoening en over de gevolgen daarvan voor hun functioneren veelvuldig als oplossing om arbeidsparticipatie te bevorderen. Openheid kweekt begrip en komt bovendien sociale steun ten goede. Door aan te geven wat er speelt en waar men behoefte aan heeft, kunnen anderen daarop adequaat reageren en hulp bieden, zeker wanneer de ziekte niet zichtbaar is. Tevens geeft dat een ingang om afspraken te maken over werk met leidinggevenden en collega's, wat duidelijkheid schept in de onderlinge verwachtingen. Deelnemers bereiken deze openheid door uitleg te (blijven) geven, simpele termen te gebruiken, eerlijk te zijn en humor in te zetten.

Echter, het is niet voor alle deelnemers even gemakkelijk om tegenover hun leidinggevende of collega's open over hun aandoening te zijn. Hierbij speelt het stigma dat aan bepaalde chronische ziekten kleeft mogelijk een rol. Sommige deelnemers die op zoek waren naar werk geven aan tijdens sollicitaties niets over hun aandoening te vertellen, uit angst om niet aangenomen te worden. Een oplossing die hiervoor door deelnemers aangedragen wordt, is op zoek gaan naar bedrijven die juist mensen met een chronische aandoening in dienst nemen of zich verdiepen in de voordelen van het aannemen van een persoon met een chronische aandoening.

Realiseren van aanpassingen in het werk

In hoofdstuk 1 en 2 kwam reeds naar voren dat het realiseren van aanpassingen in het werk arbeidsparticipatie kan bevorderen. Dit wordt ook door werk(zoek)enden met een chronische aandoening als oplossing gezien. Uit de literatuur blijkt dat zij uitval voorkomen door hun energie op het werk zo efficiënt mogelijk te verdelen door te zorgen voor voldoende rustmogelijkheden (2, 3, 11, 12). Dit doen ze onder andere door hun werktijden te verminderen en extra pauzes in te plannen en afspraken te maken over flexibele werktijden of thuiswerken.

In de focusgroepen is het realiseren van aanpassingen in het werk een belangrijke strategie van mensen met een chronische aandoening om arbeidsparticipatie te bevorderen. Deelnemers geven aan hun werktijden te hebben verminderd, door minder dagen te gaan werken of door minder lang per werkdag te werken. Werkenden hebben sommigen taken afgestaan aan collega's, zoals fysieke taken of veel reizen voor het werk of draaien geen nachtdiensten meer. Deelnemers passen hun werkomgeving aan of maken gebruik van hulpmiddelen, zoals speciale muis en toetsenbord, een aangepaste stoel, vergrotingsapparatuur bij visusproblemen. Men bedenkt zelf manieren om ondanks beperkingen door de aandoening toch de eigen werkzaamheden te kunnen doen, bv dingen anders vast pakken, dicht bij de PC gaan zitten zodat je alles goed kunt blijven zien, meer pauze nemen bij belastend werk, etc.

Deelnemers onderstrepen het belang van autonomie bij het invullen van het werk. Het zelf invullen van de werkdag wat betreft taken, tijden en tempo is, indien het werk dit toelaat, een goede oplossing om om te gaan met wisselende belastbaarheid als gevolg van de ziekte. Thuis werken is voor veel deelnemers een goede manier om de belasting van (het reizen naar) het werk en de belastbaarheid van de werkende meer met elkaar in overeenstemming te brengen, vooral op dagen waarop het wat minder goed gaat als gevolg van de ziekte. Daarnaast maakt deze flexibiliteit het makkelijker om het werk met behandelingen of ander ziekenhuisbezoek te combineren. Eén deelnemer geeft aan dat hij omwille van deze flexibiliteit als zelfstandig ondernemer aan de slag is gegaan.

Tenslotte zijn er oplossingen gezocht in het verminderen van de belasting als gevolg van woon-werkverkeer. Naast de mogelijkheid om thuis te werken geven deelnemers aan hier invulling aan te geven door het realiseren van een parkeerplaats dicht bij de ingang van het werk, het inschakelen van een chauffeur, een speciale pas voor passend vervoer, en het vermijden van rijden in het donker.

Eigen regie nemen

Wat sterk uit de focusgroepen naar voren komt is de belangrijke rol die de werk(zoek)ende met chronische aandoening zelf speelt: deelnemers nemen zelf initiatief om werkaanpassingen te realiseren. Zij regelen zelf hun benodigde hulpmiddelen of initiëren overleg met hun leidinggevende om afspraken over tijden en de invulling van het werk te maken. Sommige deelnemers hebben zelf een concreet plan opgesteld ter vermindering van hun werktijden of werktaken, om te bespreken met hun leidinggevende. In een enkel geval zoeken zij hierbij hulp van een coach of een bedrijfsarts. Daarnaast betrekken ze actief hun collega's bij het realiseren van aanpassingen en vragen ze hen om hulp bij het overnemen van taken. Op basis van deze informatie blijkt het nemen van de eigen regie belangrijk in het bewerkstelligen van arbeidsparticipatie.

Een aantal van de gevonden publicaties besteedt aandacht aan de eigen regie van de patiënt en het toepassen van zelfmanagement (10, 12). Voor mensen met een psychische aandoening geldt dat het ontstaan van de aandoening vaak gepaard gaat met een verlies van controle. Door het vervullen van de regierol in het werkhervattingsproces krijgen zij het gevoel van controle weer terug (10). De multidisciplinaire richtlijn 'Werk en ernstige psychische aandoeningen' beschrijft dat zelfmanagementstrategieën belangrijk zijn voor arbeidsparticipatie van deze populatie (12). Bij zelfmanagement gaat het om de inspanningen die een persoon met een chronische aandoening doet om een zo goed mogelijk compromis te vinden tussen de eisen van de ziekte en de eisen van het leven, in dit geval het werk en dat men hierbij zelf de regie voert. Dit geldt uiteraard niet alleen voor mensen met psychische aandoeningen, maar voor alle mensen met een chronische aandoening. Immers door de Wet Verbetering Poortwachter zijn werknemer en werkgever gezamenlijk verantwoordelijk voor de re-integratie en dienen werknemers actief mee te werken aan dit proces.

Voor werk(zoek)enden is het belangrijk om zelf een sturende rol in het re-integratieproces te nemen, door bijvoorbeeld het initiatief te nemen in gesprekken met leidinggevendenden, collega's of het UWV, en deze goed voor te bereiden (10, 12), of door eigen wensen en ideeën aan te kaarten, bijvoorbeeld aangeven welke taken men wil gaan oppakken (10, 12). Een sturende rol kan van belang zijn bij het wegnemen van eventuele vooroordelen of gebrek aan kennis bij de betrokken personen of instanties (11). Mensen met een chronische aandoening kunnen zelf krachtiger opereren wanneer ze zelf een goed dossier van alle contacten met de gezondheidszorg en organisaties op het gebied van sociale zekerheid bijhouden (11). Maar zelfmanagent, eigen regie nemen, is vaak maar beperkt, en soms helemaal niet mogelijk. Niet iedereen wil of kan immers de eigen regie voeren. Dit wordt mede bepaald door competenties, ernst van de ziekte, medewerking van de werkgever, omstandigheden, enzovoort (30).

Werk en privé balans

Om goed te kunnen blijven functioneren is het belangrijk een goede balans te vinden tussen werk en privé. Deelnemers aan de focusgroepen zorgen dat ze na een werkdag voldoende rust kunnen nemen door dat bewust in te plannen of door op tijd naar bed te gaan. Sommige deelnemers kiezen er bewust voor om bepaalde activiteiten in hun vrije tijd te laten of schakelen hiervoor hulp in zoals een hulp in de huishouding. Uit het literatuuronderzoek blijkt de balans zoeken in energie voor werk en privé een belangrijke zelfmanagement strategie (3). Mensen met een chronische aandoening geven aan keuzes te maken in hun activiteiten omdat hun aandoening niet alleen gevolgen heeft voor het werk maar ook voor het sociale leven waarbij rekening gehouden moet worden bij het stellen van grenzen (3,12).

Het kennen en benadrukken van kwaliteiten

De meeste deelnemers aan de focusgroepen hebben een positieve houding ten opzichte van hun werk en hun functioneren. Zij denken meer in mogelijkheden en minder in beperkingen en zijn ervan overtuigd dat zij, ondanks hun aandoening, waardevol voor hun bedrijf of leidinggevende kunnen zijn. Hiervoor is het wel van belang de eigen kwaliteiten te kennen en deze weten te benadrukken. Zelfvertrouwen is hierbij essentieel. Het volgen van een cursus om inzicht in de eigen mogelijkheden en kwaliteiten te krijgen kan hierbij helpen.

Specifieke oplossingen voor terugkeer naar werk

Tenslotte komen er nog een aantal aspecten uit de focusgroepen naar voren die specifiek golden voor mensen die terug willen keren naar werk. Naast het hierboven beschreven niet bespreken van de chronische aandoening bij sollicitaties, geven deelnemers zonder werk aan dat zij bij het zoeken naar een baan rekening houden met de belasting van werk en het gevraagd aantal uren. Daarnaast schakelen zij actief derden in bij hun re-integratie, zoals het UWV of een re-integratiebureau. Tenslotte wordt het eigen netwerk ingeschakeld bij hun zoektocht naar een baan en geeft men aan door het doen van vrijwilligerswerk toch actief te blijven.

Conclusies

<p>Niv 3</p>	<p>Open en eerlijk praten met collega's/leidinggevende over de aandoening en de gevolgen hiervan voor het functioneren leidt tot duidelijkheid en begrip op de werkvloer, wat werkbehoud ten goede komt (afhankelijk van de omstandigheden).</p> <p><i>C: Multidisciplinaire richtlijn Werk en ernstig psychische aandoeningen (12)</i> <i>D: mening werk(zoekenden) met chronisch aandoening; 3, focusgroepen</i></p>
<p>Niv 4</p>	<p>Het kennen van eigen grenzen en deze duidelijk naar anderen toe aangeven voorkomt overbelasting, schept duidelijke verwachtingen op de werkvloer en is bevorderend voor arbeidsparticipatie.</p> <p><i>D: mening werk(zoekenden) met chronisch aandoening; 2, 3, 11, 12, focusgroepen</i></p>
<p>Niv 4</p>	<p>Het in acht nemen van voldoende rustmomenten helpt bij het verdelen van energie en voorkomt uitval uit werk. Dit kan men doen door werktijden te verminderen, extra pauzes en/of flexibele werktijden te bewerkstelligen of thuis te werken.</p> <p><i>D: mening werk(zoekenden) met chronisch aandoening; 2, 3, 11, 12, focusgroepen</i></p>
<p>Niv 4</p>	<p>Het realiseren van aanpassingen aan het werk is een belangrijke strategie om ervoor te zorgen dat de belasting van het werk en de belastbaarheid van de werk(zoek)ende meer op elkaar afgestemd zijn.</p> <p>Dit kan bereikt worden door het afstaan van bepaalde taken, aanpassen van de werkomgeving, of het gebruiken van hulpmiddelen.</p> <p><i>D: mening werk(zoekenden) met chronisch aandoening; focusgroepen</i></p>

Niv 4	<p>Autonomie in het werk t.a.v. werktijden en werktaken, is een belangrijke oplossing om het werk te combineren met fluctuerende gezondheid en daarbij behorende wisselende belastbaarheid en eventuele arts bezoeken.</p> <p><i>D: mening werk(zoekenden) met chronisch aandoening; focusgroepen</i></p>
Niv 4	<p>Het verminderen van de belasting van woon-werkverkeer zoals door thuiswerken, een parkeerplaats dichtbij de ingang van het werk of een gemakkelijke manier van reizen kunnen arbeidsparticipatie bevorderen.</p> <p><i>D: mening werk(zoekenden) met chronisch aandoening; focusgroepen</i></p>
Niv 4	<p>Zelf een sturende rol innemen is belangrijk in het proces van re-integratie of bij werkbehoud. Belangrijk hierbij is een proactieve houding t.a.v. arbeidsparticipatie, door het initiatief te nemen in gesprekken met andere actoren, deze gesprekken goed voor te bereiden of met eigen plannen t.a.v. werk te komen.</p> <p><i>D: mening werk(zoekenden) met chronisch aandoening; 11, 12, focusgroepen</i></p>
Niv 4	<p>Een goede balans vinden tussen werk en privé is essentieel om te kunnen blijven werken. Dit houdt in dat men keuzes moet maken in activiteiten zowel op het gebied van werk als privé.</p> <p><i>D: mening werk(zoekenden) met chronisch aandoening; 3, 12, focusgroepen</i></p>
Niv 4	<p>Een positieve houding ten opzichte van werk en het kennen van de eigen kwaliteiten helpt bij het behouden of hervatten van werk.</p> <p><i>D: mening werk(zoekenden) met chronisch aandoening; focusgroepen</i></p>
Niv 4	<p>Werkzoekende gaven aan bij het zoeken naar een baan met hun beperkingen rekening te houden. Soms kan het inschakelen van een re-integratie bureau naar eigen keuze helpen.</p> <p><i>D: mening werk(zoekenden) met chronisch aandoening; focusgroepen</i></p>



Overige overwegingen

Ook in andere nationale richtlijnen is er aandacht aan de rol van de werk(zoek)ende met chronische aandoening besteed waarbij de nadruk ligt op zijn regierol. Aanbevelingen in deze richtlijnen richten zich echter niet op de werk(zoek)ende maar op zijn professionals (bedrijfsarts, verzekeringsarts, huisarts of medisch specialist).

Aanbevolen wordt de patiënt zoveel mogelijk bij de eigen behandeling en arbeidsparticipatie te betrekken en, indien mogelijk, in staat te stellen om hierin zelf de regie te voeren (23, 24). De mate van zelfmanagementvaardigheden bepaalt echter welke rol de werk(zoek)ende op zich kan nemen in het traject. De Raad van Werk en Inkomen adviseert begeleiders om een goede diagnose te stellen over de mate waarin 'zelfsturing' voor een werknemer mogelijk is (28). Zelfmanagementondersteuning is maatwerk. Niet iedereen wil of kan immers de eigen regie voeren. Dit wordt mede bepaald door competenties, ernst van de ziekte, medewerking van de werkgever en omstandigheden (30). Voor de bedrijfsarts is het van belang na te gaan in hoeverre de zieke werknemer:

- geïnformeerd is over ziekte in relatie tot werk en sociale zekerheid;
- inzicht heeft in de eigen situatie;
- effectief kan communiceren over beperkingen, belemmeringen en mogelijkheden;
- vaardigheden heeft om zelf te regelen wat nodig is;
- gemotiveerd is en geloof heeft in eigen kunnen (28).

De bedrijfsarts kan vervolgens met de werknemer bespreken welke ondersteuning deze nodig heeft. Hij kan de benodigde ondersteuning zelf bieden of op een andere manier organiseren. De inzet van nieuwe vormen van zelfmanagementondersteuning, zoals Mijn Re-integratieplan (zie www.mijnreintegratieplan.nl), ontwikkeld door patiëntenorganisaties, kan hierbij zinvol zijn net als de inzet van ervaringsdeskundige coaches (zie bijvoorbeeld www.centrumchronischziekenwerk.nl).

Professionals dienen hen te stimuleren en ondersteunen in het ontwikkelen van zelfmanagementvaardigheden zodat men in staat is om zelf de regie te voeren over de ziekte, de arbeidsparticipatie en de kwaliteit van hun leven. Zowel goede en eenduidige voorlichting naar de werk(zoek)ende als heldere communicatie tussen behandelaars zijn hierbij essentieel. De medewerking van werkgevers is onmisbaar. De werk(zoek)ende zou geadviseerd moeten worden om bevindingen uit de curatieve zorg met professionals uit de arbeidsgelateerde zorg te bespreken (23, 24, 25, 26). Zorgprofessionals moeten onderzoeken in hoeverre de patiënt in staat is om zelf de regie over zijn/haar dossier te voeren en er dient voldoende en adequate hulpverlening beschikbaar te zijn voor hen die over onvoldoende zelfmanagementvaardigheden beschikken (23, 24). Zelfmanagementvaardigheden moeten gestimuleerd worden en bij blijvende onvoldoende vaardigheden moet er voldoende en adequate hulpverlening beschikbaar zijn. Bedrijfsartsen zouden werkgevers actief moeten adviseren en overtuigen om de nodige ruimte en aanpassingen te bieden om eigen regie van de werk(zoek)ende met een chronische ziekte mogelijk te maken. Uit verschillende initiatieven is gebleken dat patiëntenorganisaties een belangrijke rol kunnen vervullen bij het bevorderen van zelfmanagement (29).

Aanbevelingen

Werk(zoek)enden met een chronische aandoening spelen zelf een centrale rol in de terugkeer naar of bij het behoud van werk. Bedrijfs- en verzekeringsartsen ondersteunen hen in deze rol door:

- **Advisering:**
 - a) hoe om te gaan met hun chronische aandoening en hoe de (toekomstige) leidinggevende en collega's te informeren over de aandoening en de gevolgen hiervan voor werk;
 - b) om een vaardigheidstraining te volgen om te leren grenzen aan te geven;
 - c) om een dossier bij te houden van alle contacten met de gezondheidszorg, bedrijfsarts, werkgever, UWV en verzekeringsmaatschappij.
- **Begeleiding:**
 - a) bij de acceptatie van zijn of haar ziekte;
 - b) bij het bepalen van zijn of haar grenzen wat betreft belastbaarheid tijdens het werk.
- Hen te stimuleren om actief betrokken te zijn bij het maken van beslissingen omtrent hun behandeling en arbeidsparticipatie, onder andere door keuzemogelijkheden aan te bieden, zoals op het gebied van interventies. De Leidraad Participatieve Aanpak kan bedrijfsartsen en verzekeringsartsen ondersteunen bij het stimuleren van werk(zoek)enden om een centrale rol in te nemen.
- Hen te vragen om toestemming voor het uitwisselen van informatie met zorgverleners uit de curatieve sector en de werk(zoek)ende daarbij inzicht te geven in welke informatie wordt uitgewisseld.
- Daarnaast adviseren bedrijfsartsen, verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen werkgevers over de ondersteuning die zij kunnen bieden aan werkenden met een chronische aandoening om hen in het arbeidsproces te houden (o.a. met betrekking tot werkinhoud, werkplek, arbeidsduur, werktijden en arbeidsvoorwaarden). Ze attenderen werkgevers op patiëntenorganisaties, zoals het Landelijk Netwerk Chronisch Ziek en Werk ,het arbeidsdeskundig kenniscentrum (<https://www.arbeidsdeskundigen.nl/akc/akc-bibliotheek-arbeid-en-chronisch-ziekte>) en het Centrum Chronisch Ziek en Werk (<http://www.centrumchronischziekenwerk.nl/>). Deze websites bevatten tips over aanpassingen op het werk.
- Verschillende patiëntenorganisaties bieden via specifieke projecten en websites toegang tot informatie, tips en hulpmiddelen ten behoeve van het vinden of houden van of werk, zoals:
 - Mijn reïntegratieplan, e-learning voor zieke werknemers met een werkgever (<https://www.mijnreintegratieplan.nl>)
 - Open voor werk, met hulpmiddelen en tips voor mensen met psychosociale kwetsbaarheid (http://www.platformggz.nl/lpggz/open_voor_werk)
 - Expertisecentrum werk en kanker: informatie en praktische hulp voor patiënten, professionals en werkgevers (<http://kankerenwerk.nl>)
 - Steungroep ME en Arbeidsongeschiktheid: informatie en advies over werk en inkomen voor patiënten met ME en CVS (<http://www.steungroep.nl>)

- Nierpatiëntenvereniging: project Op eigen kracht aan het werk (<https://www.nvn.nl/wij-werken-aan/maatschappelijke-positie/project-op-eigen-kracht-aan-het-werk>)
- Thema chronisch ziek en werk, Patiëntenfederatie (<https://www.patiëntenfederatie.nl/themas/chronisch-ziek-en-werk/>)
- Verschillende patiëntenorganisaties stellen speciaal opgeleide ervaringsdeskundige coaches beschikbaar, onder andere:
 - Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties NFK (<http://nfk.nl/nfk/leven-met-kanker/mijn-werk/kom-in-contact-met-een-ervaringsdeskundige/>)
 - MS-vereniging Nederland (<http://msvereniging.nl/ms-coaches/>)
 - Diabetes Vereniging Nederland <https://www.dvn.nl/diabetes/diabeteswerkwijzer/diabeteswerkcoach>
 - RSI Vereniging (https://www.rsi-vereniging.nl/images/Verenigingsnieuws/Coaches/Flyer_ervaringsdeskundige_coaches_RSI.pdf)
 - Nationale Vereniging Sjögren patiënten (<http://nvsp.nl/inhoud/sjogren-en-werk>)
 - Turner Contact Nederland (<https://turnercontact.nl>)
 - Poly-Artrose Lotgenoten Vereniging (<http://poly-artrose.nl/actueel/werken-met-poly-artrose/>)
 - Nationale Vereniging voor fibromyalgie-patiënten FES (<http://www.fesinfo.nl/?pid=main&id=21>)
- Ook organisaties van professionals en werkgevers geven toegang tot nuttige informatie, adviezen en hulpmiddelen, zoals:
 - Het arbeidsdeskundig kenniscentrum (<https://www.arbeidsdeskundigen.nl/akc/akc-bibliotheek-arbeid-en-chronisch-ziekte>)
 - Het A+O fonds Metalektro heeft een handige werkgeverstool ontwikkeld en biedt een kennisbank en ondersteuning voor werkgevers (<http://www.aometalektro.nl/werkgeverstool>)

3.3 Ondersteuningsbehoefte van mensen met een chronische aandoening

Uitgangsvraag 3: Welke informatie of ondersteuning heeft een werk(zoek)ende met een chronische aandoening nodig om voldoende inzicht in het eigen functioneren te krijgen?

Uitgangsvraag 4: Op welke manier wordt dit aangereikt en door welke partijen?

Samenvatting van resultaten van kwalitatief onderzoek

Er zijn tien rapporten gevonden die resultaten van kwalitatief onderzoek naar de behoefte aan ondersteuning bij het behouden of hervatten van werk van mensen met een chronische aandoening beschrijven. In deze rapporten is nagegaan aan welke ondersteuning t.a.v. arbeidsparticipatie mensen met een chronische aandoening behoefte hebben, waarbij breder is gekeken dan alleen naar ondersteuning bij het verkrijgen van inzicht in het eigen functioneren. Over dat laatste aspect is weinig literatuur gevonden. Daarom worden hieronder de resultaten van een breder ingestoken literatuuronderzoek beschreven. In de focusgroepen die gehouden zijn in het kader van de richtlijnontwikkeling is dit onderwerp in bredere zin behandeld.

Ondersteuning bij het verkrijgen van inzicht in eigen functioneren

Deelnemers aan de focusgroep hebben behoefte aan hulp bij het verkrijgen van inzicht in hun aandoening en in de beperkingen én mogelijkheden in hun werk die daarmee gepaard gaan. Het is immers van belang te weten wat je mogelijkheden zijn om deze te kunnen vergroten en je grenzen kennen om deze te bewaken. Deze hulp heeft een aantal deelnemers van verschillende kanten ontvangen. Bij patiëntenorganisaties ontvangt men tips van mensen met dezelfde ervaringen en een consult met een verzekeringsarts van UWV of het volgen van een revalidatieprogramma helpen bij het in kaart brengen van wat men nog kan. De leidinggevende wordt door werkenden veelvuldig als steun genoemd. Wanneer een werkgever ruimte biedt om te proberen wat wel en niet lukt qua taken en werktijden en hierover met de werknemer contact onderhoudt, is het voor werknemers in de praktijk duidelijk waar hun beperkingen en mogelijkheden liggen. Tenslotte hebben sommige deelnemers een coach ingeschakeld om meer inzicht in vooral hun energiemangement te krijgen.

Uit de literatuur blijkt dat goede informatie over de ziekte in relatie tot werk en een goed inzicht in de eigen mogelijkheden en beperkingen belangrijke voorwaarden zijn om zelfmanagement adequaat toe te passen (3). Het accepteren van en kunnen omgaan met de chronische aandoening komt als een belangrijke voorwaarde voor het behouden van of terugkeren naar werk naar voren (14). Hulp bij acceptatie en het verkrijgen van inzicht in je eigen situatie is daarom gewenst en kan komen van bijvoorbeeld lotgenotencontact (2, 3), bedrijfsartsen (1,14), verzekeringsartsen (14) of revalidatietherapie (3). Dit wordt door deelnemers aan de focusgroep genoemd.

Informatie over werken met een aandoening

Uit de literatuur blijkt dat werk(zoek)enden met een chronische aandoening goed geïnformeerd willen zijn over hun aandoening en de gevolgen daarvan voor het werk. Door zo vroeg mogelijk voldoende informatie te vinden of te krijgen over hun aandoening, kunnen zij er beter mee om gaan (3) en maatregelen nemen op het werk (9). Uit vragenlijstonderzoek komt naar voren dat ongeveer één op de vijf werkenden met een chronische aandoening behoefte heeft aan informatie over werken met een chronische ziekte (16) en inzicht in de gevolgen van de ziekte voor het werk nodig had om aan het werk te blijven (14). Tevens vinden werk(zoek)enden het prettig wanneer hun leidinggevende en collega's beter geïnformeerd zijn over hun chronische aandoening (14, 18). Deelnemers aan de focusgroep zien daar een taak voor de bedrijfsarts; deze kan de werkgever informeren en adviseren over werken met de betreffende aandoening.

Naast informatie over de aandoening hebben mensen met een chronische aandoening en hun werkgevers, behoefte aan informatie over de gevolgen van de Wet Verbetering Poortwachter t.a.v. hun rechten en plichten (2, 3). Volgens de deelnemers aan de focusgroep moet deze informatie laagdrempelig zijn. Ziektespecifieke informatie kan verkregen worden via websites, folders of brochures, vaak verkrijgbaar via (de website van) de betreffende patiëntenorganisatie. Men moet hier wel op gewezen worden, bijvoorbeeld door de bedrijfsarts of huisarts (3).

Het belang van patiëntenorganisaties bij het verschaffen van informatie wordt in de focusgroepen onderstreept. Deelnemers geven aan hier niet alleen terecht te kunnen voor kennis over en ervaring met werken met de specifieke aandoening maar ook voor de nieuwste ontwikkelingen op het gebied van behandelmethodes, relevante trainingen, advies over gesprekken met werkgever of arts, advies over woon-werkverkeer of informatie over zaken als financiën en administratie.

Sociale steun van werkomgeving

Zoals uit hoofdstuk 2 bleek, vormt het realiseren van aanpassingen aan of in het werk een effectieve interventie om arbeidsparticipatie van werk(zoek)enden met een chronische aandoening te bevorderen. De verzamelde onderzoeksrapporten laten zien dat onder hen een grote behoefte aan ondersteuning op dit vlak bestaat; de meeste gerapporteerde ondersteuningsbehoeften hebben te maken met veranderingen op het werk en dan vooral met de sociale werkomgeving of met werkplekaanpassingen (2, 11, 13, 14, 16, 17, 18). Uit een recent vragenlijstonderzoek onder 1788 werkenden met een chronische aandoening blijkt ondersteuning vanuit de sociale werkomgeving belangrijk. Een groot deel van de respondenten geeft aan behoefte te hebben aan steun van leidinggevend(en) (42%) dan wel collega's (28%) (14). Een ander onderzoek laat zien dat werkenden met een chronische aandoening behoefte hebben aan (meer) steun van hun collega's of leidinggevende(n), zowel in termen van begrip voor de invloed van hun ziekte op hun werk als begeleiding bij arbeidsparticipatie (2, 9, 16, 17, 18). Het tonen van begrip draagt bij aan wederzijds vertrouwen (11) en een open cultuur waarin men open over de aandoening kan praten en in overleg met de leidinggevende mogelijkheden voor ondersteuning op maat kan realiseren (16). Medewerking van de werkgever is noodzakelijk voor het kunnen (blijven) doen van betaald werk (18).

De resultaten van de focusgroepen onderstrepen het belang van emotionele ondersteuning door leidinggevend en collega's. Dat hun leidinggevende begrip toont en collega's rekening met hen houden vinden deelnemers zeer belangrijk omdat het hen in staat stelt open te zijn over hun aandoening en het ruimte biedt om aanpassingen op het werk door te voeren en prettig samen te werken met collega's.

Het realiseren van werkaanpassingen

Uit zowel de literatuur als de focusgroepen blijkt dat werk(zoek)enden met een chronische aandoening sterke behoefte hebben aan ondersteuning door middel van aanpassingen aan verschillende aspecten van het werk (werkinhoud, werkplek, werktijden en arbeidsvoorwaarden) om te kunnen participeren in arbeid.

Resultaten laten behoefte aan ondersteunende maatregelen bij de volgende zaken zien;

- aanpassingen in werktijden (14), zoals flexibele werktijden (4, 9, 13, focusgroep) of minder uren werken (11, 18, focusgroep)
- extra pauzes inlassen (16, 18)
- een aangepast takenpakket (4, 9, 14, 18 focusgroep), met minder belastend werk (17)
- werk beter afstemmen op individuele mogelijkheden (2, focusgroep)
- aangepaste werkplek (4, 9, 13, 14, 17, 18)
- klimatologische aanpassingen (16)
- aanpassingen van meubilair (18, focusgroep)
- gebruik van hulpmiddelen in werk (focusgroep)
- mogelijkheid om thuis te werken (4, 13, focusgroep)
- werk dichtbij huis (4, 13)

Uit de focusgroepen komt naar voren welke partijen werk(zoek)enden met een chronische aandoening kunnen helpen bij het realiseren van dergelijke aanpassingen. Uiteraard is de leidinggevende, zoals eerder genoemd, hierin een belangrijke partij; hij is immers verantwoordelijk voor het mogelijk maken van aanpassingen aan het werk en het maken van afspraken hierover. Collega's vormen een belangrijke steun vooral wanneer het gaat om het afstemmen van de verschillende taken. De bedrijfsarts heeft een belangrijke rol, als adviseur voor zowel de werknemer als de werkgever, over mogelijke aanpassingen, regelingen met betrekking tot werktijden, of praktische tips. Ervaringsdeskundigheid bij b.v. patiëntenorganisaties biedt steun en advies m.b.t. werkplekaanpassingen en in te zetten hulpmiddelen.

Aanleren vaardigheden

Door deskundigen op het gebied van arbeidsparticipatie van mensen met een chronische aandoening wordt ondersteuning door het aanleren van vaardigheden (1) als een mogelijkheid genoemd om werkhervatting te bevorderen. Vragenlijst onderzoek onder mensen met verschillende chronische aandoeningen die geen betaald werk hebben maar dit wel zouden willen, laat zien dat zij behoefte hebben aan extra scholing of opleiding (4,13). Om welke scholing het gaat – aanleren van vaardigheden of omscholing - is niet gespecificeerd.

Een aantal deelnemers aan de focusgroepen geeft aan ondersteuning in de vorm van vaardigheidstraining te hebben ontvangen. Deze vaardigheden betreffen het leren kennen van grenzen, het stellen van realistische doelen richting werk en gespreksvoorbereiding. De hulp komt hierbij uit verschillende hoeken; men geeft aan hulp gehad te hebben van een coach, maar ook van de bedrijfsarts en door het volgen van een revalidatieprogramma. Werkzoekenden geven specifiek aan sollicitatietraining te hebben ontvangen van een re-integratiebedrijf.

Bemiddeling bij het zoeken naar werk

Deelnemers die niet aan het werk zijn maar dat wel zouden willen, geven aan behoefte te hebben aan bemiddeling naar een baan toe. Ze hebben er behoefte aan te weten welke bedrijven genegen zijn om mensen met een chronische aandoening aan te nemen. Ze denken dat een zogenaamde kruiwagen die hen kan helpen bij een werkgever binnen te komen de grootste belemmering om hen aan te nemen wegneemt. Eenmaal aan de slag kan men dan zelf laten zien wat ze voor de betreffende werkgever kunnen betekenen. Werkenden geven aan bemiddeling naar een baan te hebben gekregen via hun patiëntenorganisatie of via een re-integratiebureau waar sommigen naartoe doorverwezen zijn door het UWV.

Manier van begeleiding rondom arbeidsparticipatie

In de focusgroep is door respondenten benoemd op welke manier zij graag begeleiding rondom arbeidsparticipatie (zouden willen) ontvangen. Er bestaat duidelijke behoefte aan een proactieve houding van de bedrijfsarts die met de werkende met chronische aandoening meedenkt en vinger aan de pols houdt of praktische tips geeft. Daarbij doelen deelnemers zowel op tips voor henzelf voor hulpmiddelen of het adequaat inrichten van de werkomgeving en werktijden maar ook op advies voor de werkgever.

Deelnemers hebben behoefte aan maatwerk in de begeleiding rondom arbeidsparticipatie, door zowel de bedrijfsarts als de verzekeringsarts bij het UWV. Bij hen leeft het idee dat ze te snel in een bestaand traject worden geplaatst zonder dat goed achterhaald wordt wat ze nodig hebben en zonder eerst goed op hun specifieke hulpvraag in te gaan. Door vraaggericht een gesprek in te gaan voelen werkenden met een chronische aandoening zich serieus genomen als gesprekspartner. Wat betreft verzekeringsartsen geven deelnemers aan dat ze het belangrijk vinden om van hen het vertrouwen te krijgen dat ze meewerken aan het invullen van een werkend bestaan.

Tenslotte wordt genoemd dat er behoefte bestaat aan professionals, zoals de bedrijfs- en verzekeringsarts die naar het geheel van werk en privé, en de balans daartussen kijken. Deelnemers ervaren dat de focus vooral op werk ligt, terwijl hun privéleven, met zorgtaken of vrijetijdsbesteding, voor hen ook erg belangrijk is.

Partijen die steun kunnen bieden

In een vragenlijstonderzoek onder acht verschillende groepen mensen met een chronische aandoening is gevraagd met wie men praat over de aandoening en werk en bij wie men daarover advies zoekt. Dit is in het onderzoek gedefinieerd als twee

vormen van steun (11). Partners, familie en vrienden zijn veruit de belangrijkste gesprekspartners in alle groepen. In mindere mate wordt er met medisch specialisten, collega's en leidinggevendenden over de specifieke aandoening en werk gesproken. Advies zoekt men vooral bij de medisch specialist, huisarts of partner. Men zoekt advies bij bedrijfsartsen, patiëntenorganisaties en familie en vrienden, zij het in mindere mate.

Tenslotte is er in een recent vragenlijstonderzoek onder een grote groep mensen met een chronische aandoening gevraagd wat men nodig heeft om ofwel aan het werk te blijven ofwel aan het werk te komen (14). Naast eerder genoemde vormen van steun geeft men hierbij aan van wie men ondersteuning nodig heeft. Voor zowel werkenden als werkzoekenden vormen leidinggevendenden en collega's de belangrijkste bron van steun. Werkenden met chronische aandoening hebben daarnaast vooral behoefte aan steun van familie of naasten. Beide groepen geven aan steun van hun bedrijfsarts, medisch specialist en/of huisarts en van lotgenoten te verlangen (14).

Conclusies

Niv 4	<p>Voor mensen met een chronische aandoening is inzicht in de eigen mogelijkheden en beperkingen een belangrijke voorwaarde voor arbeidsparticipatie. Dit inzicht kan bevorderd worden door lotgenotencontact, revalidatie, of bedrijfs- en verzekeringsartsen.</p> <p>Steun van de werkgever door de ruimte te bieden om op het werk uit te proberen wat men wel of niet kan, wordt hierbij als waardevol ervaren.</p> <p><i>D: mening stakeholders en werk(zoek)enden met een chronische aandoening; 1, 2, 3, 14, focusgroepen</i></p>
Niv 4	<p>Werk(zoek)enden met een chronische aandoening hebben een sterke behoefte aan goede informatie over hun aandoening en de gevolgen daarvan voor hun werk.</p> <p>Door adequate informatie kunnen zij beter omgaan met hun ziekte en maatregelen nemen op het werk.</p> <p><i>D: mening werk(zoek)enden met een chronische aandoening; 2, 3, 9, 14, 16, 18</i></p>
Niv 4	<p>In de informatievoorziening van mensen over hun ziekte in relatie tot werk spelen patiëntenorganisaties een belangrijke rol.</p> <p><i>D: mening werk(zoek)enden met een chronische aandoening; 3, focusgroep</i></p>

Niv 4	<p>Aanpassingen in werktijden, zoals een vermindering van het aantal uren, arbeidsduur, flexibilisering van de werktijden of inplannen van meer pauzes is een maatregel waaraan veel werk(zoek)enden met een chronische aandoening behoefte hebben.</p> <p><i>D: mening werk(zoek)enden met een chronische aandoening; 4, 9, 11, 13, 14, 16, 18, focusgroep</i></p>
Niv 4	<p>Werk(zoek)enden met een chronische aandoening hebben behoefte aan aanpassingen aan de inhoud van het werk, zoals minder belastend werk of andere taken, om werken mogelijk te maken.</p> <p><i>D: mening werk(zoek)enden met een chronische aandoening; 2, 4, 9, 14 17, 18</i></p>
Niv 4	<p>Zowel werkenden als werkzoekenden met een chronische aandoening hebben een sterke behoefte aan (meer) steun van hun leidinggevenden en collega's. Sociale steun is op zichzelf al bevorderend voor arbeidsparticipatie en leidt tot een sfeer waarin men open over de aandoening kan praten en in overleg andere ondersteunende maatregelen kan realiseren.</p> <p><i>D: mening werk(zoek)enden met een chronische aandoening; 2, 11, 14, 16, 17, 18, focusgroep</i></p>
Niv 4	<p>Zowel werkenden als werkzoekenden met een chronische aandoening geven aan dat zij aanpassingen aan hun werkplek nodig hebben om te kunnen (blijven) werken.</p> <p><i>D: mening werk(zoek)enden met een chronische aandoening; 2, 4, 9, 13, 14, 16, 17, 18, focusgroep</i></p>
Niv 4	<p>Mensen met een chronische aandoening die geen betaald werk hebben maar dat wel zouden willen, noemen de mogelijkheid om thuis te werken of om dichtbij huis te werken als benodigde ondersteuning om te kunnen gaan werken.</p> <p><i>D: mening werk(zoek)enden met een chronische aandoening; 4, 13</i></p>

Niv 4	<p>Leidinggevend en vervullen een belangrijke rol in het realiseren van aanpassingen op het werk. Bedrijfsartsen kunnen leidinggevend en werknemers adviseren op dit gebied. Patiëntenorganisaties zijn een belangrijke bron van informatie wanneer het gaat om in te zetten aanpassingen en hulpmiddelen op de werkplek.</p> <p><i>D: mening werk(zoe)kenden met een chronische aandoening; focusgroep</i></p>
Niv 4	<p>Werkzoekenden met een chronische aandoening hebben behoefte aan bemiddeling bij het zoeken naar een baan.</p> <p><i>D: mening werk(zoe)kenden met een chronische aandoening; focusgroepen</i></p>
Niv 4	<p>Het aanleren of vergroten van vaardigheden, zoals het leren kennen van grenzen, het stellen van doelen, het voeren van gesprekken door scholing kan werk(zoe)kenden ondersteunen bij het behouden of hervatten van werk.</p> <p><i>D: mening stakeholders en werk(zoe)kenden met een chronische aandoening; 1, 4, 13, focusgroepen</i></p>
Niv 4	<p>Werk(zoe)kenden hebben in de begeleiding door de bedrijfs- en verzekeringsarts behoefte aan een proactieve houding van de arts, maatwerk en een vraaggerichte benadering vanuit vertrouwen.</p> <p><i>D: mening werk(zoe)kenden met een chronische aandoening; focusgroep</i></p>
Niv 4	<p>Mensen uit de sociale omgeving van werk(zoe)kenden met een chronische aandoening, zoals de partner, familie en vrienden, zijn een belangrijke gesprekspartner voor hen, gevolgd door leidinggevend en collega's. Advies over de aandoening en werk wordt vooral ingewonnen bij medisch specialist of huisarts.</p> <p><i>D: mening werk(zoe)kenden met een chronische aandoening; 11, 14</i></p>



Overige overwegingen

Deelnemers aan de focusgroepen geven aan van verscheidene actoren steun te ontvangen of te verlangen, zoals hun leidinggevende en collega's maar ook van patiëntenorganisaties, bedrijfs- en verzekeringsartsen en het thuisfront. Om goed geholpen te worden geven ze aan te moeten weten welke hulp mogelijk en beschikbaar is. Om gesprekken tussen werkgevers en werknemers over de gevolgen van de aandoening voor inzetbaarheid te onsteunen, wordt de Gesprekswijzer Chronische Aandoening en Werk aanbevolen (36).

Aanbevelingen

Bedrijfsartsen, verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen ondersteunen werk(zoek)enden om een centrale rol in te nemen bij de terugkeer naar werk of bij het behoud van werk door:

- Werk(zoek)ende met een chronische aandoening te vragen naar diens behoeften en ideeën met betrekking tot arbeidsparticipatie.
- Na te gaan in hoeverre werk(zoek)enden met een chronische aandoening zelf de regie over hun situatie kunnen of willen voeren. Zo nodig schakelen ze ondersteuning in voor de werk(zoek)ende (bijvoorbeeld een naaste) wanneer deze zelf moeite heeft met het voeren van eigen regie.
- Gebruik te maken van nieuwe vormen van zelfmanagementondersteuning, ontwikkeld door patiëntenorganisaties, zoals het e-learningprogramma Mijn Re-integratieplan (www.mijnreintegratieplan.nl), door zorgverleners zoals de zelfmanagementtraining Reuma Uitgedaagd!, of door gecertificeerde ervaringsdeskundige coaches.
- Heldere en eenduidige informatie te verschaffen over:
 - a) de rechten en plichten van werk(zoek)enden met een chronische aandoening en, wanneer van toepassing, diens werkgever (o.a. op basis van het arbeidsrecht, de WIA, de Ziektewet en de Wet Verbetering Poortwachter);
 - b) ontwikkelingen omtrent hun aandoening in combinatie met arbeidsparticipatie, daarbij verwijzend naar patiëntenorganisaties en het arbeidsdeskundig kenniscentrum (<https://www.arbeidsdeskundigen.nl/akc/akc-bibliotheek-arbeid-en-chronisch-ziekte>). Via deze bronnen is informatie beschikbaar over instrumenten en initiatieven die de werk(zoek)ende kunnen ondersteunen in het voeren van eigen regie;
 - c) de beperkingen én mogelijkheden voor werk die met hun aandoening gepaard gaan. Op die manier worden werk(zoek)enden met een chronische aandoening geholpen bij de ontwikkeling van realistische verwachtingen ten aanzien van werk en kan de bedrijfsarts, verzekeringsarts of arbeidsdeskundige samen met hen een passende vorm van arbeidsparticipatie bepalen.
- Samen met de werk(zoek)ende mogelijkheden voor extra scholing of omscholing te verkennen wanneer de huidige functie of het arbeidsverleden van een werk(zoek)ende met een chronische aandoening niet meer past bij diens functionele mogelijkheden.
- Hen, wanneer betaald werk niet (meer) haalbaar is, te verwijzen naar informatie over mogelijke inkomenscompensatie en te helpen door hun aanspraak op sociale zekerheid zo goed mogelijk te onderbouwen.
- Bedrijfsartsen, verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen adviseren werkgevers om werkenden met een chronische aandoening de ruimte te bieden om te proberen wat wel en niet lukt qua taken en werktijden. Bedrijfsartsen, verzekeringsartsen en

arbeidsdeskundigen adviseren werkgevers, na instemming van de werkende met een chronische aandoening om erop toe te zien dat de werktaken van de werkende met een chronische aandoening tijdelijk (deels) overgenomen kunnen worden door collega's wanneer dat nodig is (bijvoorbeeld wanneer door de chronische aandoening arbeidsparticipatie tijdelijk wordt belemmerd). Tot slot adviseren ze werkgevers om de tool 'Gesprekswijzer Chronische Aandoening en Werk' (http://www.duurzameinzetbaarheid.nl/98085/160219_Gesprekswijzer_Chronische_Aandoening_en_Werk.pdf?v=0) te gebruiken om het gesprek met de werknemer aan te gaan over gevolgen van de aandoening(en) voor de inzetbaarheid.

3.4 Waarde van werk voor mensen met een chronische aandoening

Uitgangsvraag 5a: Welk belang hechten werk(zoek)enden met een chronische aandoening aan werk?

Uitgangsvraag 5b: Welke aspecten van werk beïnvloeden de kwaliteit van het leven van werk(zoek)enden met een chronische aandoening positief dan wel negatief, volgens werk(zoek)enden met een chronische aandoening?

Samenvatting van resultaten literatuuronderzoek

Uit de zoekactie in de nationale literatuur komen een tweetal publicaties naar voren die beide betrekking hebben op onderzoek uitgevoerd door het SCP en het NIVEL, over werk en tevredenheid van mensen met langdurige lichamelijke beperkingen (19,20). Er is één rapport gevonden dat een vragenlijstonderzoek beschreef waarin werk(zoek)enden met een chronische aandoening gevraagd werden naar aspecten die de kwaliteit van hun leven beïnvloeden (14). Daarnaast zijn er door de geraadpleegde experts een tweetal internationaal gepubliceerde reviews naar de betekenis van werk voor mensen met een chronische aandoening (21) en de invloed van werk op welzijn (22) als aanvulling aangedragen.

Belang van werk

Het review van Saunders & Nedelec (21) onderzocht de waarde van werk voor mensen met een chronische aandoening door de betekenis van werk te inventariseren. Ze rapporteren verschillende, voornamelijk kwalitatieve, studies die focussen op mensen met mentale aandoeningen, kanker, aandoeningen aan het bewegingsapparaat, HIV/AIDS, hersenletsel, dwarslaesie of epilepsie. Uit het review komt naar voren dat werk niet alleen waardevol en belangrijk wordt gevonden nadat een chronische aandoening geconstateerd is maar ook dat mensen met een chronische aandoening over het algemeen willen werken.

Hoewel de waarde van werk van persoon tot persoon kan verschillen, komen er een aantal overkoepelende thema's aan het licht. Werk wordt gezien als een wezenlijk

onderdeel van leven en geeft mensen het gevoel nuttig te zijn, gewaardeerd te worden en bij te dragen aan de maatschappij. Daarnaast verschaft werk mensen dagelijkse structuur, bevordert het zelfvertrouwen en eigenwaarde en is het een belangrijke bron van inkomsten.

Deze aspecten vormen een motivatie voor mensen met een chronische aandoening om hun werk te hervatten, hoewel de waarden niet erg verschillen van wat er bij gezonde werkenden is gevonden (21). Wat voor mensen met een chronische aandoening wel specifiek geldt, is dat werk als symbool van een normaal leven beschouwd wordt, waardoor ze kunnen participeren in de maatschappij. Werk is sterk gelinkt aan identiteit en deelnemers geven aan dat verzuim of verlies van werk soms het gevoel kan geven een deel van jezelf verloren te zijn. De sociale contacten die men via het werk opdoet zijn belangrijk en blijken een belangrijke bevorderende factor voor werkhervatting. Tenslotte blijkt het belang dat mensen met een chronische aandoening toekenden aan werk niet alleen positief geassocieerd te zijn met (de motivatie tot) werkhervatting, maar ook met gezondheid (21).

De positieve associatie tussen werk en de gezondheid van mensen komt in het review van Waddell & Burton (22) naar voren. Zij onderzoeken de vraag of werk goed is voor gezondheid en welzijn door verschillende bronnen te evalueren. De focus van het onderzoek ligt op volwassenen in de werkende leeftijd in het algemeen en met veel voorkomende gezondheidsproblemen die leiden tot ziekteverzuim of uitval; milde mentale aandoeningen, aandoeningen aan het bewegingsapparaat of cardiorespiratoire aandoeningen.

Er is bewijs voor een positieve associatie tussen werken en fysieke en mentale gezondheid. Werkloosheid blijkt samen te hangen met verminderde gezondheid. De voordelen van werk blijken sterker dan risico's die aan werk gebonden zijn en groter dan de nadelige effecten van langdurig verzuim of uitval. Deze bevindingen gelden voor de algemene populatie en worden bevestigd wanneer er wordt gekeken naar mensen met een chronische aandoening. Ondanks dat er in deze groepen geen direct bewijs voor de relatie tussen werk en gezondheid is gevonden, zijn er sterke associaties tussen werk en betere klinische uitkomsten.

Werk kan herstel ondersteunen, bevordert mogelijk gezondheid en revalidatie, vermindert mogelijk de nadelige effecten van langdurig verzuim of werkloosheid en de kans op langdurige ongeschiktheid voor werk. Daarnaast vermindert het hebben van werk mogelijke sociale isolatie en armoede, en bevordert het maatschappelijke participatie, onafhankelijkheid en kwaliteit van leven (22). Werk draagt daarmee bij aan het sociaal welbevinden van mensen met een chronische aandoening, wat onderdeel uitmaakt van het steeds breder gedragen concept positieve gezondheid (27).

De twee internationale reviews laten zien dat werk positief geassocieerd is met gezondheid en belangrijk gevonden wordt, waardoor werk bijdraagt aan welzijn van mensen met een chronische aandoening. Hierbij plaatsen de auteurs wel een aantal kanttekeningen. Voorwaarden zijn namelijk dat werk veilig is, past bij wat iemand wil en kan, en van goede kwaliteit is (22). Veel werk brengt een belasting met zich mee die niet in overeenstemming is met de belastbaarheid van de werk(zoeken)de met

een chronische aandoening. Het hebben van een chronische aandoening blijkt vaak een verandering in prioriteiten en daarmee de betekenis van werk te bewerkstelligen (21). Bovendien is werkloosheid niet per definitie slecht voor iedereen; voor een minderheid kan werkloosheid beter voor de gezondheid zijn dan hun vorige baan (22).

Uit studies naar tevredenheid en werk van het SCP blijkt het hebben van betaald of vrijwilligerswerk onder mensen met een chronische aandoening en beperking niet altijd bij te dragen aan welzijn en algemene tevredenheid (19,20). Het onderzoek laat zien dat 16% van mensen met een chronische aandoening met een lichamelijke beperking betaald of onbetaald werkt en tevreden is en 44% niet werkt maar tevreden is (19). In de gehele beroepsbevolking is dit respectievelijk 67% en 23% (19). De samenhang tussen het verrichten van werk en tevredenheid met het leven dat men leidt wordt beïnvloed door verschillende achtergrondvariabelen, zoals geslacht, opleiding, mate van beperkingen en ziektebeleving. Er is echter niet zonder meer een één-op-één relatie tussen deze aspecten aanwezig (20).

Aspecten van werk die kwaliteit van leven van mensen met een chronische aandoening beïnvloeden

In recent vragenlijst onderzoek onder mensen met een chronische aandoening is aandacht besteed aan de aspecten van werk die de kwaliteit van leven positief dan wel negatief kunnen beïnvloeden (14). De vragen zijn beantwoord door bijna 5000 respondenten die ofwel een baan hadden, of niet werkten en op zoek waren naar een baan, of niet werkten en ook niet zochten naar een baan. Van deze groep geeft 43% aan dat sociale contacten in het werk positief bijdragen aan hun kwaliteit van leven. Andere veel genoemde aspecten waarvan men vindt dat die kwaliteit van leven positief beïnvloeden, zijn inkomen, nuttig bezig zijn, waardering, persoonlijke ontwikkeling, structuur en bijdragen aan de maatschappij.

Wanneer er gevraagd wordt naar aspecten van werk die de kwaliteit van leven negatief beïnvloeden, wordt stress of werkdruk het meest genoemd. De respondenten vinden dat een gebrek aan energie en fysieke of mentale ongemakken door of in het werk de kwaliteit van leven negatief beïnvloedt. Tenslotte zijn een gebrek aan begrip vanuit de werkomgeving regelmatig genoemd (14).

Samenvatting van resultaten van vragenlijstonderzoek

De groep van 4341 respondenten die de vragen over de waarde van werk heeft beantwoord, vormt onze onderzoekspopulatie (zie beschrijving op pagina 5). De onderzoekspopulatie is gemiddeld 53 jaar oud en bestaat voor 64% uit vrouwen. Bijna vier op de tien deelnemers uit deze populatie zijn aan het werk(39%). Het merendeel van de onderzoekspopulatie is niet-werkend en ook niet op zoek naar werk(51%). Daarentegen is 10% van de niet-werkenden wel op zoek naar werk. Zie voor meer details over de onderzoeksgroep Bijlage H.

Gemiddeld genomen wordt het belang van werk beoordeeld met een 6,6 (op een schaal van 0 (niet belangrijk) tot 10 (heel belangrijk)). Wanneer deze score naar

werkstatus uitgesplitst worden, blijkt dat werkenden werk over het algemeen belangrijk vinden; werkenden waarderen werk met een 7,9 gemiddeld gezien het beste, gevolgd door niet-werkenden die op zoek zijn naar een nieuwe baan, die gemiddeld een 7,7 gaven. Niet-werkenden die niet op zoek zijn naar werk achten werk minder belangrijk dan deze andere twee groepen; zij beoordelen het belang van werk met een gemiddelde waarde van 5,4. Ondanks dat deze groep mensen werk minder belangrijk vindt, geeft 44% toch een 7 of hoger aan het belang van werk. Een overzicht van de scores wordt gegeven in Bijlage H.

Op de vraag waarom werk belangrijk gevonden wordt, zijn meerdere antwoorden mogelijk (bron van inkomen; sociale contacten; jezelf nuttig maken; toepassen en ontwikkelen van talenten; zingeving; dagelijkse structuur; bevorderen geestelijke gezondheid; bevorderen lichamelijke gezondheid; gaat verveling tegen; geeft aanzien). In de groep werkenden wordt door de meeste respondenten 'inkomen' (80%) als reden genoemd, gevolgd door 'sociale contacten' (60%). In de groep niet-werkenden en niet op zoek zijn deze aspecten omgedraaid en is 'sociale contacten' (43%) het meest genoemd, gevolgd door 'inkomen' (37%). De niet-werkenden wel op zoek noemen grotendeels vergelijkbare redenen als de werkenden.

Andere veel genoemde redenen in alle groepen zijn je 'nuttig maken', 'talenten ontwikkelen of toepassen', 'structuur', 'geeft het leven zin' en 'bevordert geestelijke gezondheid'. De overige redenen 'helpt tegen verveling', 'bevordert lichamelijke gezondheid' en 'geeft aanzien' worden door slechts 20% of minder van de respondenten genoemd. Een overzicht van de scores wordt gegeven in Bijlage H.

Energiegevers in het werk

Door middel van een open vraag zijn de werkende respondenten gevraagd maximaal drie aspecten van hun werk te benoemen waarvan ze energie krijgen. Een groot deel van de energiegevers blijkt gelegen te zijn in de inhoud van het werk. Werkenden met een chronische aandoening krijgen energie van hun werk omdat ze het leuk vinden om te doen. Ze beleven plezier aan het uitvoeren van hun taken, kunnen hun creativiteit kwijt in hun werk en vinden hun werk interessant. Het behalen van resultaten in het werk, zoals goed werk leveren, succes boeken en projecten afronden, geeft energie, evenals de geestelijke uitdaging die werk in sommige gevallen vormt. Respondenten krijgen energie van hun werk omdat het hen voldoening schenkt; ze vinden hun werk zinvol en actueel en zijn trots op wat ze doen. Het benutten van hun talent, het ontwikkelen van zichzelf en het opdoen van nieuwe kennis worden genoemd als energiegevers.

Sommige respondenten geven aan energie te krijgen van specifieke arbeidsinhoud, zoals het verzinnen en ontwikkelen van nieuwe dingen en het oplossen van problemen, afwisselende taken en beweging tijdens het werk. Tenslotte wordt het werken met mensen als specifiek werkinhoudelijk aspect genoemd; van zowel het contact met patiënten, cliënten of studenten als het iets kunnen betekenen voor een ander krijgt men energie.

De regelstructuur binnen het werk blijkt tevens een bron van energie. Zelf het werk in kunnen delen qua tijd en/of taken geeft flexibiliteit en zelfstandigheid en daarmee energie. De verantwoordelijkheid die het werk met zich meebrengt en de autonomie daarbinnen worden beschouwd als energiegevers.

Respondenten benoemen goede arbeidsvoorwaarden en het inkomen als aspecten in werk waarvan ze energie krijgen. Belangrijk hierbij is dat het inkomen hen financiële zelfstandigheid verschaft. Ze krijgen er energie van dat ze zelf voor hun inkomen zorgden en daardoor financieel onafhankelijk zijn van anderen.

Een ander veelgenoemd aspect waarvan werkenden met een chronische aandoening energie krijgen, zijn de sociale contacten op de werkvloer. De energiegevers die hiermee samenhangen variëren van samenwerking met collega's in het werk en gezelligheid onderling tot het krijgen van respect en begrip en het geaccepteerd worden als persoon. Daarnaast worden complimenten en waardering die respondenten op het werk ontvangen gezien als energiegevers.

Respondenten beschouwen hun werkomgeving als een aspect waar ze energie van kregen; in dit kader worden een comfortabele en veilige omgeving, voldoende rust in het werk en een prettige organisatie en bedrijfscultuur genoemd. Het feit dat het werk zich dichtbij huis bevindt en men ernaartoe kan fietsen is een bron van energie voor sommige respondenten.

Tenslotte noemen sommige respondenten algemene aspecten van werk als energiegevers; de dagelijkse structuur van werk en afleiding die het met zich meebrengt geeft energie, evenals eigenwaarde die men door het werk krijgt en het bijdragen aan de maatschappij.

Energienemers in het werk

Anderzijds is er in de vragenlijst gevraagd naar aspecten in het werk die energie nemen. Door middel van een open vraag benoemen respondenten maximaal drie aspecten van hun werk die hen energie kosten. Waar een groot deel van de energiegevers gelegen is in de inhoud van het werk en de sociale contacten, blijkt dat ook voor de energienemers het geval.

De aspecten die vaak als energienemer genoemd worden hebben te maken met contact met andere mensen op het werk. Het gaat daarbij zowel om contacten gerelateerd aan de inhoud van het werk, zoals klachten van klanten of agressieve patiënten, als om de sociale omgang met collega's en leidinggevenden. Vooral het laatste aspect ontnemt respondenten energie omdat ze uitleg moeten blijven geven over hun aandoening en steeds moeten aangeven wat ze wel of niet (meer) konden, omdat ze zich als werknemer niet serieus genomen voelen, omdat ze zich gediscrimineerd of tegengewerkt voelen en omdat er te veel van hen verwacht wordt. Respondenten geven aan een gebrek aan begrip, erkenning en vertrouwen op de werkvloer te ervaren, wat hen energie kost in het doen van hun werk. Tenslotte worden een negatieve werksfeer, incompetentie of klagende collega's en het niet nakomen van afspreken door collega's genoemd als energienemers.

Andere aspecten van werk die energie nemen volgens de respondenten zijn extra administratieve taken of onnodige vergaderingen en werk dat niet in balans is met de belastbaarheid van de werkende met chronische aandoening. Respondenten noemen in dit licht werktaken die fysiek te belastend zijn, zoals zwaar tillen of veel lopen, repeterend werk, of werk dat geestelijk te belastend is door te veel prikkels en te hoge eisen. Aan de andere kant worden te weinig lichamelijke inspannend werk

of te weinig geestelijke inspanning, zoals eentonig of weinig uitdagend werk als energienemers genoemd.

Hoge werkdruk en overwerk kosten werkenden met een chronische aandoening energie, met name vanwege de stress die dat met zich meebrengt en het feit dat de taken nooit afgerond lijken te worden. Vooral onverwachte zaken die adhoc tussen de normale taken gedaan moeten worden en opgelegde taken en verplichtingen worden als energienemers aangemerkt.

Ontevredenheid over de bedrijfsvoering, zoals bezuinigingen, toegenomen regelgeving, stugge procedures en trage organisatie, wisseling van leidinggevende, (constante) veranderingen in de organisatie en van het beleid of slecht management wordt als energienemer beschouwd. Dit geldt voor een gebrek aan, of een onduidelijke, communicatie binnen de organisatie en vanuit het management naar de werkvloer. Wanneer er onzekerheid over de toekomst van het bedrijf of de eigen positie binnen de organisatie bestaat, door dreigende reorganisatie of economisch zwaar weer, beschouwen respondenten dat als energienemer.

Daarnaast liggen er in de werkomgeving aspecten die werkenden met een chronische aandoening als energienemers aanduiden; het ontbreken van aanpassingen aan de werkomgeving, ICT problemen en oncomfortabele fysische omstandigheden, zoals te hoge of te lage temperatuur, onvoldoende licht of teveel geluid, worden het meest genoemd. Qua arbeidsvoorwaarden worden een te laag inkomen of een onzeker inkomen en inflexibele of lange arbeidstijden en onregelmatige diensten als energienemers beschouwd.

Het gebrek aan waardering vanuit de werkomgeving vormt een energienemer voor sommige respondenten, evenals lang reizen, al dan niet met het openbaar vervoer, naar het werk. Tenslotte wordt de drang om zichzelf te willen bewijzen op het werk, het vaak afwezig moeten zijn in verband met medische behandeling en het daarmee samenhangende schuldgevoel richting werk, en het tegen je eigen beperkingen aanlopen met het doen van je werk door respondenten als energienemers genoemd.

Conclusies

Niv 4	<p>Het hebben van betaald werk of vrijwilligerswerk onder mensen met een chronische aandoening draagt niet altijd bij aan hun welzijn en algemene tevredenheid.</p> <p><i>D: mening van werk(zoek)enden met een chronische aandoening (vragenlijstonderzoek)</i></p>
Niv 1	<p>Werkenden beschouwen sociale contacten en financiële zelfstandigheid als energiegevers. Een te laag of een onzeker inkomen wordt beschouwd als energienemer.</p> <p><i>A2: Waddell & Burton, 2006; Saunders & Nedelec, 2013</i> <i>D: mening van werk(zoek)enden met een chronische aandoening (vragenlijstonderzoek)</i></p>
Niv 2	<p>Werken geeft het gevoel 'normaal' te zijn en hangt sterk samen met iemands identiteit. Werk verleent mensen structuur, waardering en zelfvertrouwen. Deze waarden die aan werk worden toegekend zijn bevorderend voor werkhervatting van mensen met een chronische aandoening.</p> <p><i>A2: Saunders & Nedelec, 2013</i></p>
Niv 2	<p>Het hebben van werk is geassocieerd met een betere mentale en fysieke gezondheid, beter herstel en minder nadelige effecten van (langdurig) verzuim of werkloosheid.</p> <p><i>A2: Waddell & Burton, 2006</i></p>
Niv 2	<p>Het nadelige effect van niet werken geldt niet voor iedereen; voor sommige mensen kan werkloosheid beter voor de gezondheid zijn dan participeren in werk.</p> <p><i>A2: Waddell & Burton, 2006</i></p>
Niv 4	<p>Werkenden en niet-werkenden op zoek naar werk hechten waarde aan werk.</p> <p><i>D: mening van werk(zoek)enden met een chronische aandoening (vragenlijstonderzoek)</i></p>

Niv 4	<p>Van de niet-werkenden niet op zoek naar werk, vindt 44% werk niet of weinig belangrijk. Toch geeft 56% van deze groep aan werk enigszins tot zeer belangrijk te vinden.</p> <p><i>D: mening van werk(zoek)enden met een chronische aandoening (vragenlijstonderzoek)</i></p>
Niv 4	<p>Naast inkomen en sociale contacten werd werk belangrijk geacht om de volgende redenen: nuttig maken, talenten ontwikkelen of toepassen, geeft het leven zin en bevordert geestelijke gezondheid.</p> <p>Werkenden met een chronische aandoening geven aan van deze aspecten in hun werk energie te krijgen.</p> <p><i>D: mening van werk(zoek)enden met een chronische aandoening (vragenlijstonderzoek)</i></p>
Niv 4	<p>Autonomie in het werk bij het plannen van werktijden en taken, een comfortabele werkomgeving en een goede organisatie en bedrijfscultuur zijn aspecten in werk waar werkenden met een chronische aandoening energie van krijgen.</p> <p>Anderzijds kunnen een onaangepaste of oncomfortabele werkomgeving, inflexibele, lange of onregelmatige werktijden energie kosten.</p> <p><i>D: mening van werk(zoek)enden met een chronische aandoening (vragenlijstonderzoek)</i></p>
Niv 4	<p>Werkenden met een chronische aandoening noemen veelvuldig de inhoud van hun werk als bron van energie, omdat ze het leuk vinden om hun werk uit te voeren, ze in hun werk resultaten behalen en nieuwe dingen kunnen bedenken en ontwikkelen, en ze contact hebben met anderen waarvoor ze iets kunnen betekenen.</p> <p><i>D: mening van werk(zoek)enden met een chronische aandoening (vragenlijstonderzoek)</i></p>

Niv 4	<p>Anderzijds zijn er aspecten van werkinhoud die door werkenden met een chronische aandoening als energienemer aangeduid worden;</p> <ul style="list-style-type: none"> - extra administratieve taken - onnodige vergaderingen - fysiek te belastende taken - repeterend werk - te hoge eisen in werk - werk met teveel prikkels - te weinig lichamelijk inspannend werk, zoals lang (in dezelfde houding) zitten - weinig uitdagend of eentonig werk <p><i>D: mening van werk(zoek)enden met een chronische aandoening (vragenlijstonderzoek)</i></p>
-------	---

Niv 4	<p>Werkenden met een chronische aandoening noemen veelvuldig de sociale omgang met collega's en leidinggevenden als energienemer. Het gaat daarbij om de volgende aspecten;</p> <ul style="list-style-type: none"> - uitleg blijven geven over de aandoening en het functioneren - zich niet serieus genomen voelen - zich gediscrimineerd voelen - te hoge verwachtingen - ervaren van een gebrek aan begrip, erkenning en/of vertrouwen - een negatieve werksfeer. <p><i>D: mening van werk(zoek)enden met een chronische aandoening (vragenlijstonderzoek)</i></p>
-------	---

Niv 4	<p>Hoge werkdruk en overwerk kosten werkenden met een chronische aandoening energie. Zaken die adhoc gedaan moeten worden en opgelegde taken worden als energienemers beschouwd.</p> <p><i>D: mening van werk(zoek)enden met een chronische aandoening (vragenlijstonderzoek)</i></p>
-------	---



Niv 4	<p>Ontevredenheid over de bedrijfsvoering, slechte communicatie binnen de organisatie en onzekerheid over de toekomst van het bedrijf of de eigen positie in de organisatie zijn arbeidsomstandigheden die de werkende met een chronische aandoening energie ontnemen.</p> <p><i>D: mening van werk(zoek)enden met een chronische aandoening (vragenlijstonderzoek)</i></p>
Niv 4	<p>De drang om zichzelf te willen bewijzen op het werk, verzuimen door arts bezoek en het ervaren van je eigen beperkingen in het werk worden door respondenten als energienemers genoemd, evenals gebrek aan waardering en lang reizen naar het werk.</p> <p><i>D: mening van werk(zoek)enden met een chronische aandoening (vragenlijstonderzoek)</i></p>

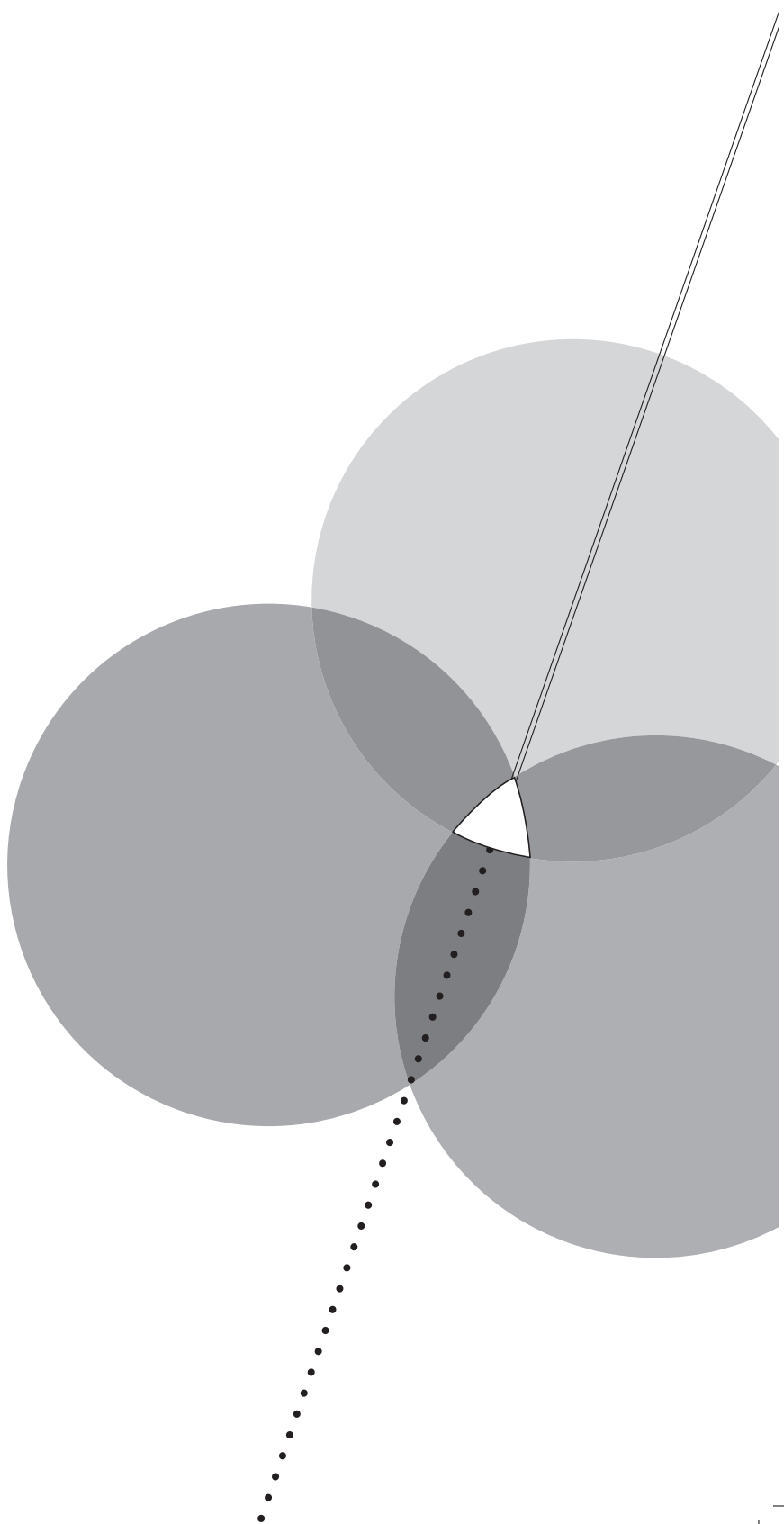
Overige overwegingen

De werkgroep vindt het aannemelijk dat werk een positief effect kan hebben op de gezondheid van werk(zoek)enden met een chronische aandoening, ondanks het feit dat hiervoor weinig direct bewijs is gevonden. Bovendien zijn werk(zoek)enden met een chronische ziekte vaak sterk gemotiveerd om te werken en geven zij aan dat werk een positieve bijdrage kan leveren aan de kwaliteit van hun leven. De werkgroep vindt het evenzeer aannemelijk dat werk een negatief effect kan hebben op de gezondheid van werk(zoek)enden met een chronische aandoening, namelijk wanneer dat een belasting met zich meebrengt die niet in overeenstemming is met de belastbaarheid van de werk(zoeken)de met een chronische aandoening of onvoldoende beantwoord aan diens behoeften en onvoldoende overeenstemt met diens waarden. Dit geldt ook voor gezonde werkenden. Maar bij veel mensen met een chronische aandoening zijn de grenzen van hun belastbaarheid veel sneller overschreden, waardoor zij minder kunnen voldoen aan de gangbare eisen die aan werkenden gesteld worden. Om werken mogelijk te maken moet het werk aangepast worden aan de werk(zoek)ende met chronische aandoening, dit vereist maatwerk. Door compensaties, aanpassingen en andere interventies met inzet van alle betrokken partijen is dit vaak mogelijk. Er is een groep mensen met een chronische aandoening voor wie, vanwege de aard en de omvang van hun beperkingen en vanwege andere factoren, zoals het gebrek aan passende banen, (betaald) werk niet (meer) haalbaar is. Voor hen is het belangrijk dat zij terug kunnen vallen op sociale zekerheid met een leefbaar inkomen. Bedrijfs- en verzekeringsartsen en andere begeleiders kunnen deze groep helpen door hun aanspraak op sociale zekerheid zo goed mogelijk te onderbouwen. .

Literatuur

1. Van der Velden, N. (2007) Arbeidsparticipatie en Re-integratie van chronisch zieken en gehandicapten. Kerkdriel, iResearch.
2. Bramsen, I., Spaan, I., & Miedema, H. (2013). Bevordering van dialooggestuurde re-integratie. Een onderzoek bij mensen met Post-Whiplash Syndroom, ME/CVS en Prikkelbare Darm Syndroom. Aan de Slag. Tijdschrift over re-integratie en participatie, 13(1/2), p. 30-32.
3. Van Genabeek, J., Steenbeek, R., Wevers, C., Huson, A. (2012). Dialooggestuurde re-integratie; resultaten vooronderzoek. Hoofddorp, TNO. Rapport | 051.01404/01.01.
4. Maurits, E.E.M., Rijken, M., Friele, R.D. (2013) Kennissynthese Chronisch ziek en werk, Arbeidsparticipatie door mensen met een chronische ziekte of lichamelijke beperking. Utrecht, NIVEL.
5. van den Brink-Muinen, A., Spreeuwenberg, P., Rijken, P.M. (2007). Kerngegevens Maatschappelijke situatie 2006, Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten. Utrecht, NIVEL.
6. Heijmans, M.J.W.M., Spreeuwenberg, P., Rijken, P.M. (2005). Patiëntenpanel Chronisch Zieken. Kerngegevens Maatschappelijke situatie 2004. Utrecht, NIVEL.
7. Van den Brink-Muinen, A. Rijken, P.M., Spreeuwenberg, P., Heijmans M.W.J.M. (2009). Kerngegevens Maatschappelijke situatie 2008, Nationaal Panel Chronisch Zieken en Gehandicapten. Utrecht, NIVEL.
8. Kolenberg, A. (2009). Werk in behandeling. Onderzoek naar aandacht voor arbeidsparticipatiemogelijkheden van jongeren met een psychiatrische stoornis. LPGGZ – Crossover.
9. Heijmans, M.J.W.M., Spreeuwenberg, P., Rijken, P.M. (2009). Monitor zorgen leefsituatie van mensen met astma en mensen met COPD. Trends en ontwikkelingen over de periode 2001 - 2008. Utrecht, NIVEL.
10. Oomens, S., Huijs, J., Andriessen, S., Blonk, R. (2010). Werkhervatting bij psychologische klachten. Omgaan met belemmeringen in de werksituatie. Hoofddorp, TNO.
11. Klabbers, G., Rooijackers, B., Goertz, Y., de Rijk, A. (2014). Krachtig en kwetsbaar; Onderzoek naar de ervaringen met arbeidsparticipatie en sociale participatie van mensen met chronische ziekten en beperkingen. Maastricht, Caphri Universiteit Maastricht.
12. van Erp, N. et al. (2013). Multidisciplinaire richtlijn werk en ernstige psychische aandoeningen. Utrecht, Trimbos Instituut.
13. De Putter, I., Cozijnsen R., Rijken, M. (2015). Het vergroten van arbeidsparticipatie onder mensen met een chronische ziekte of beperking; een werkwens alleen is niet voldoende. Utrecht, NIVEL.
14. Marktonderzoekscoach (2015). Wat werkt en wat niet werkt. Zoeken, vinden en behouden van een betaalde baan voor mensen met een aandoening of beperking. Utrecht, Ieder(in), LPGGz, NPCF.
15. Multidisciplinaire richtlijn Niet-aangeboren hersenletsel en arbeidsparticipatie. Coronel instituut voor Arbeid en Gezondheid, 2012, Amsterdam.
16. Steenbeek, R. (2014) Behoeftetepeiling werkenden met een chronisch ziekte. Overzicht resultaten. Hoofddorp, TNO.

17. Waverijn G., Rijken, M. (2014) Langdurig ziekteverzuim van werknemers met een chronische ziekte of beperking. Utrecht, NIVEL.
18. de Veer, A.J.E., Francke, A.L. (2008) Zorg voor ME/ CVS-patiënten. Ervaringen van de achterban van patiëntenorganisaties met de gezondheidszorg. Utrecht, NIVEL.
19. Campen, C. van, Cardol, M. Tevreden meedoen. TSG: Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen 2007;85(7):374-375
20. Cardol M., Emmen M., Rijken M., van Campen C. Werk en tevredenheid onder chronische zieken met een langdurige lichamelijke beperking: de rol van individuele competenties. Den Haag: SCP, 2008.
21. Saunders S.L., Nedelec B. What Work Means to People with Work Disability: A Scoping Review. J Occup Rehabil, 2014; 24:100-110.
22. Waddell G., Burton A.K. Is work good for your health and wellbeing? UK: The Stationary Office; 2006.
23. Multidisciplinaire richtlijn Aspecifieke klachten arm, nek en/of schouder. Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie, 2012, Amersfoort.
24. Multidisciplinaire richtlijn HIV en arbeid. Slotervaart ziekenhuis, 2012, Amsterdam.
25. Multidisciplinaire Richtlijnmodule Diabetes en Arbeid. Achtergronddocument. Kwaliteitsbureau NVAB, 2011, Utrecht.
26. Richtlijn Diagnostiek en behandeling van inflammatoire darmziekten bij volwassenen. Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen, 2008, Haarlem.
27. Walburg, J.A., Positieve gezondheid in Nieuwegein en Nijkerk: Levensloop en populatiegerichte aanpak ter versterking van gezondheid, welbevinden en veerkracht, 2014.
28. Raad voor Werk en Inkomen. Sturen op zelfsturing: Advies over zelfsturing in de re-integratiepraktijk, 2010. <http://www.onderzoekwerkeninkomen.nl/rapporten/u0er81n2/het-heft-in-eigen-hand-sturen-op-zelfsturing.pdf>
29. van Eden, D., Jansen, Y., Zephat, J., de Ras, O. Zelfmanagement van de zieke werknemer bij re-integratie: ook een kans voor de bedrijfsarts?! TBV, 2015; 6.
30. CBO. Zorgmodule Zelfmanagement 1.0. Het ondersteunen van eigen regie bij mensen met één of meerdere chronische ziekten. CBO, 2014, Utrecht.
31. Sociaal Economische Raad (2016). SER-advies Werk: van belang voor iedereen. Een advies over werken met een chronische ziekte. Nummer 2, maart 2016.
32. Verzekeringsgeneeskundig protocol Participatiegedrag.
33. Leidraad Participatieve Aanpak op de Werkplek (VUmc 2016). Zie: <https://www.nvab-online.nl/content/participatieve-aanpak-op-de-werkplek>.
34. Boot CR, Heijmans M, van der Gulden JW, Rijken M. The role of illness perceptions in labor participation of the chronically ill. Int Arch Occup Environ Health. 2008;82(1):13-20.
35. Hoving JL, van der Meer M, Volkova AY, Frings-Dresen MH. Illness perceptions and work participation: a systematic review. Int Arch Occup Environ Health. 2010;83(6):595-605.
36. http://www.duurzameinzetbaarheid.nl/98085/160219_Gesprekswijzer_Chronische_Aandoening_en_Werk.pdf?v=0





Samenwerking



**De rol van de betrokken actoren
en hun onderlinge samenwerking;
knelpunten en oplossingen**

Inleiding

Eén van de doelen van zorgverlening is het mogelijk maken van participatie in de samenleving. Arbeid maakt hier een belangrijk onderdeel van uit. Een werk(zoek)ende met een chronische aandoening heeft tijdens zijn behandeling en begeleiding bij werkbehoud of re-integratie contact met meerdere zorgverleners. Omdat bij het begeleidingsproces meerdere disciplines betrokken zijn, zowel medisch als niet-medisch, is samenwerking tussen de verschillende actoren van groot belang.

Deelname aan het arbeidsproces is belangrijk voor zowel het individu als voor de maatschappij als geheel. Het voornaamste doel is om tijdig ziektegerelateerde problemen bij het verrichten van werk te herkennen en een behandelplan op te stellen dat ook gericht is op werk. Het ultieme doel is om door vroeg-interventie langdurig verzuim en arbeidsongeschiktheid te voorkomen. Daarom is arbeidsparticipatie bij uitstek een gebied waar artsen tegelijkertijd hun verantwoordelijkheid voor de werk(zoek)ende én voor de maatschappij kunnen nemen. Het doel is de werk(zoek)ende te steunen in het waarborgen van zijn of haar 'universele recht op arbeid', ondanks een chronische aandoening. Adequate arbocuratieve samenwerking is daarbij van belang.

Werk(zoek)enden met een chronische aandoening verwachten dat de samenwerking tussen bedrijfsartsen en huisartsen/medisch specialisten bijdraagt aan een beter inzicht in hun ziekte en beperkingen waardoor de bedrijfsarts betere begeleiding kan bieden en het re-integratieproces in gunstige zin wordt beïnvloed (1,2). De steun van de behandelend arts wanneer er sprake is van een verschil of dreigend verschil van inzicht met de bedrijfsarts geldt voor hen als een belangrijk voordeel (1). Deze positieve verwachtingen ten aanzien van samenwerking gelden waarschijnlijk ook wanneer het gaat om de samenwerking tussen behandelend arts en verzekeringsarts. Daarnaast kan de samenwerking tussen verzekeringsartsen en bedrijfsartsen het re-integratieproces bevorderen, wanneer de bedrijfsarts in geval van een stagnerende re-integratie met de verzekeringsarts bespreekt welke stappen al zijn ondernomen om de werk(zoek)ende met een chronische aandoening te laten participeren in arbeid. Samen kunnen zij tot een andere aanpak komen om re-integratie te bevorderen. Tevens kan een goede samenwerking tussen bedrijfsartsen en verzekeringsartsen mogelijk sancties voor werkgevers voorkomen.

Uit de knelpuntenanalyse kwam naar voren dat er onvoldoende onderlinge afstemming en onvoldoende overleg tussen betrokken professionals uit de curatieve zorg en uit de bedrijfsgezondheidszorg is. Dit kan ertoe leiden dat een werk(zoek)ende met chronische aandoening tegenstrijdige adviezen van betrokken zorgverleners krijgt (3). Bovendien maakt een gebrek aan informatie-uitwisseling het voor bedrijfs- en verzekeringsartsen lastig om de belastbaarheid van de werk(zoek)ende met chronische aandoening goed te beoordelen (4).

Daarnaast bleek uit de knelpuntenanalyse dat de curatieve sector niet (altijd) voldoende aandacht heeft voor de gevolgen van de aandoening of behandeling voor arbeidsparticipatie. Gebrek aan onderlinge informatie-uitwisseling versterkt dit (4). Hiermee is het belang van mensen met een chronisch aandoening niet gediend.

Inbedding van arbeid in zorg door de werksituatie een plaats te geven in het behandel- en begeleidingsplan is wenselijk om arbeidsparticipatie van werk(zoek)enden met een chronische aandoening te bevorderen en uitval te voorkomen. Bovendien is binnen de bedrijfsgezondheidszorg sprake van knelpunten die het herstel- en begeleidingsproces van mensen met een chronische aandoening kunnen belemmeren, zoals onvoldoende ziektespecifieke kennis en onderschattingsproblematiek bij bedrijfs- en verzekeringsartsen.

Voor een goede behandeling en begeleiding van een werk(zoek)ende met een chronische aandoening is communicatie, begrip, deskundigheid en nauwe samenwerking tussen de verschillende professionals onderling en met de betrokkene een vereiste (5). Hierbij gaat het niet alleen om betrokken bedrijfs- en verzekeringsartsen maar ook om andere betrokken eerste- en tweedelijns zorgverleners die bij de begeleiding en de behandeling van mensen met een chronische aandoening betrokken zijn. Hun onderlinge samenwerking moet steeds het belang van mensen met een chronische aandoening centraal stellen.

Gedurende de afgelopen jaren is men zich er meervan bewust geworden dat professionals niet alleen vóór een patiënt dienen samen te werken maar juist ook mét de patiënt. Hierbij wordt uitgegaan van de benadering dat mensen met een chronische aandoening geen passieve ontvangers zijn van zorg, maar door professionals ondersteund moeten worden om zelf op verschillende vlakken hun chronische ziekte in te passen in hun leven. Idealiter komen professional en patiënt samen, in goed onderling overleg, tot een mening over het probleem en een besluit over de aanpak. Deze gedeelde besluitvorming, in samenhang met goede en effectieve communicatie, is nog relatief nieuw en vraagt van zowel arts als patiënt verschillende vaardigheden. Zo wordt van patiënten verwacht dat zij een actieve rol vervullen binnen hun zorg en hier zelf de regie over voeren. Uit onderzoek binnen de curatieve zorg, met name onder huisartsen, blijkt dat gedeelde besluitvorming kan leiden tot een beter resultaat op het gebied van kwaliteit van leven en participatie (6, 7). Gedeelde besluitvorming is een principe dat in de curatieve zorg in toenemende mate wordt toegepast. In de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde is nog weinig aandacht voor dit thema. Ondanks het feit dat curatieve zorg gericht is op een ander doel en daarmee gepaard gaat met een andere context en andere vragen, kan de aanpak die gebruikt wordt om gedeelde besluitvorming vorm te geven wellicht een meerwaarde zijn binnen de arbeidsgeneeskundige zorg.

In dit vierde hoofdstuk worden vier uitgangsvragen beantwoord, namelijk:

1. Welke actoren zijn er betrokken bij de arbeidsparticipatie van werk(zoek)enden met een chronische aandoening en wat is hun rol?
2. Ervaren de actoren knelpunten in de samenwerking; zo ja, welke?
3. Welke oplossingen zien de actoren voor deze knelpunten?
4. Wat hebben werk(zoek)enden met een chronische aandoening en andere actoren nodig om gezamenlijk besluiten te kunnen nemen over in te zetten interventies?

Beschrijving zoeken en selecteren van nationale literatuur

Ter beantwoording van de uitgangsvragen is nationale literatuur geraadpleegd. Deze nationale literatuur is verkregen door het raadplegen van databases van relevante instituten en via het aanschrijven van experts binnen de richtlijnwerkgroep, begeleidingscommissies en het netwerk van de projectgroep. Uit de online databases van NVAB, NVVG, AKC, UWV en GAV zijn documenten geselecteerd die zich 1) richten op mensen met een chronische ziekte; 2) aandacht besteden aan werkbehoud en/of -hervatting; 3) tussen 2000 en 2015 gepubliceerd zijn. Dit leverde vier relevante documenten op. Het aanschrijven van de experts leverde vijftientig additionele documenten op (1, 3-5, 8-26, 28-32). Voor het beantwoorden van uitgangsvraag 2 en 3 zijn uiteindelijk alleen studies vanaf 2010 geselecteerd, waardoor hoofdstuk vier gebaseerd is op zesentwintig studies (1, 3, 4, 8, 9, 11-13, 15-26, 28-32). Er is gekozen voor deze afbakening omdat studies van voor 2010 dezelfde knelpunten aan het licht brengen dan de studies die verschenen zijn na 2010. Daarnaast bieden de studies van voor 2010 geen oplossingen voor knelpunten.

Beschrijving methode van data extractie en data synthese

Uit de geselecteerde documenten zijn de betrokken stakeholders en de relevante informatie voor beantwoording van de uitgangsvragen geëxtraheerd. Daarnaast is genoteerd op welke actor/actoren de relevante informatie betrekking heeft.

De relevante informatie geëxtraheerd per uitgangsvraag is: professionals betrokken bij de arbeidsparticipatie van werk(zoek)enden met een chronische aandoening (uitgangsvraag 1), knelpunten ervaren in organisatie/samenwerking/communicatie tussen professionals ten behoeve van arbeidsparticipatie van werk(zoek)enden met een chronische aandoening (uitgangsvraag 2), oplossingen voor deze knelpunten (uitgangsvraag 3) en welke mogelijkheden professionals en werk(zoek)enden met een chronische aandoening zien voor gedeelde besluitvorming betreft in te zetten interventies (uitgangsvraag 4). Informatie is alleen geëxtraheerd wanneer deze in samenhang met werk gerapporteerd werd. Per document is genoteerd van welke methodologische kwaliteit de documenten waren, volgens de EBRO-methode;

- A1 systematisch review van tenminste 2 RCT's van voldoende kwaliteit (A2-niveau)
- A2 systematisch review van tenminste 2 gecontroleerde studies (B-niveau) of RCT of prospectief cohortonderzoek van voldoende kwaliteit
- B systematisch review van tenminste 2 ongecontroleerde studies (C-niveau) of RCT of prospectief cohortonderzoek, maar niet met alle kenmerken van A2- niveau
- C niet-vergelijkend onderzoek
- D mening van deskundigen

Per uitgangsvraag zijn relevante publicaties gebruikt ter beantwoording. De bevindingen uit deze publicaties zijn tot conclusies voor de bijbehorende uitgangsvraag samengevoegd. Op basis van de methodologische kwaliteit van deze publicaties is het niveau van bewijs voor die conclusies per uitgangsvraag vastgesteld.

4.1 Actoren betrokken bij arbeidsparticipatie van werk(zoek)enden met een chronische aandoening

Uitgangsvraag 1: Welke actoren zijn betrokken bij de arbeidsparticipatie van werk(zoek)enden met een chronische aandoening en wat is hun rol?

Samenvatting van resultaten nationaal literatuuronderzoek

Er zijn elf relevante publicaties gevonden die aandacht besteden aan één of meerdere actoren die betrokken zijn bij de begeleiding van mensen met een chronische aandoening in werk en hun rol en de visie hierop van werk(zoek)enden of professionals (3, 9, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 24). Bij de zorg voor en begeleiding van mensen met een chronische aandoening rondom arbeid blijken verschillende professionals en organisaties betrokken. Naast de werk(zoek)ende zelf kunnen werkgevers, bedrijfsartsen, verzekeringsartsen, arbeidsdeskundigen en andere arbo-professionals betrokken zijn. Daarnaast kunnen vanuit de curatieve sector huisartsen, specialisten en paramedici een rol hebben bij de zorg rondom arbeidsparticipatie van werk(zoek)enden met een chronische aandoening. In onderstaand overzicht ligt de focus vooral op de professionals die een rol spelen bij de begeleiding van werk(zoek)enden met een chronische aandoening.

De structuur van onderstaande opsomming is ontleend aan de richtlijn HIV en arbeid (16) en beschrijft de professionals die in theorie betrokken kunnen zijn bij het begeleiden van mensen met een chronische aandoening in of naar arbeidsparticipatie. In de praktijk zullen niet al deze professionals altijd betrokken zijn bij de begeleiding. Naast deze professionals wordt in de toekomst de rol van gemeenten mogelijk groter in de begeleiding van mensen met een chronische aandoening bij arbeidsparticipatie vanwege de decentralisatie binnen de zorg.

Bedrijfsarts

De bedrijfsarts is een medisch specialist op het gebied van arbeid en gezondheid, gericht op preventie, begeleiding en behandeling. De bedrijfsarts heeft oog voor alle aspecten die bijdragen aan een effectieve oplossing van arbeidsgerelateerde gezondheidsvraagstukken. Hij heeft, rechtstreeks of via een arbodienst, een contract met de werkgever en adviseert de werkgever en werknemer t.a.v. veilige en gezonde arbeidsomstandigheden (9, 18). De rol van de bedrijfsarts is gericht op werkhervatting en werkbehoud. De bedrijfsarts beoordeelt de belastbaarheid van de werknemer met een chronische aandoening in relatie tot diens werk en heeft aandacht voor de mate waarin het werk de klachten veroorzaakt of verergert en voor de mate waarin de klachten een belemmering vormen voor functioneren in werk (17). Idealiter ondersteunt de bedrijfsarts de werknemer actief om uitval uit het werk te voorkomen. De bedrijfsarts begeleidt de werknemer zo mogelijk terug naar werk indien de zieke werknemer verzuimt (4). Belangrijk is dat hij daarbij contact heeft met het bedrijf en de bedrijfsleiding adviseert over werkaanpassingen, aangepast werk of omscholing, waarvoor de medewerking van de werkgever noodzakelijk is. De bedrijfsarts is de eindverantwoordelijke op het terrein van arbeidsgezondheidskundige advisering

(13, 18). Bij ziekmelding van een werknemer beoordeelt de bedrijfsarts, zo nodig, de rechtmatigheid van de ziekmelding/of de werknemer vanwege ziekte zijn eigen werk niet kan doen. Wanneer het tot een aanvraag van een WIA-uitkering komt geeft de bedrijfsarts aan het UWV een oordeel over de kwaliteit van de arbeidsrelatie van de zieke werknemer, het verloop van diens arbeidsongeschiktheid, diens functionele beperkingen en arbeidsmogelijkheden en de aanwezigheid van passende arbeid.

Contact met andere professionals

De bedrijfsarts neemt contact op met de huisarts om informatie uit te wisselen of wanneer hij op basis van zijn deskundigheid een bepaalde behandeling of verwijzing nodig acht. Hij adviseert de huisarts over arbeidsrelevante problemen (9). Wanneer er een verband lijkt te bestaan tussen gezondheidsklachten en (het functioneren in) werk, kan de bedrijfsarts de werknemer ook zelf verwijzen naar een medisch specialist, paramedicus of naar de geestelijke gezondheidszorg (9). De bedrijfsarts kan ook samenwerken met casemanagers en/of verzuimconsultants in de zogenoemde 'verlengde arm' constructie. Bij de aanvraag van een WIA-uitkering verstrekt de bedrijfsarts de nodige medische gegevens aan de verzekeringsarts van het UWV.

Verzekeringsarts

Verzekeringsartsen vervullen een poortwachtersrol en zijn zowel in de publieke als in de private sector werkzaam. Een verzekeringsarts werkzaam in de publieke sector is in dienst van het UWV en houdt zich bezig met sociaal-medische claimbeoordeling: het beoordelen van beperkingen en functionele mogelijkheden, in het kader van de arbeidsongeschiktheidswetten (Ziektewet, WIA, WAO, WAZ, Wajong) (18,21). Wanneer een werk(zoek)ende met een chronische aandoening na twee jaar ziekteverzuim een aanvraag indient voor een arbeidsongeschiktheidsuitkering op grond van de WIA, beoordeelt de verzekeringsarts de sociaal-medische voorgeschiedenis, de actuele functionele mogelijkheden, het te verwachten beloop en de lopende en geïndiceerde behandeling en begeleiding (22). Uit verzekeringsgeneeskundige protocollen komt naar voren dat het beoordelen van het participatiegedrag van de betrokkene en het adviseren over mogelijkheden terug te keren in het arbeidsproces tot de taken van de verzekeringsarts behoort (16). In het geval van uitzendkrachten en werklozen met een chronische aandoening is de verzekeringsarts betrokken bij verzuimbegeleiding en re-integratie (18, 21).

Contact met andere professionals

De verzekeringsarts van het UWV krijgt bij de aanvraag van een WIA-uitkering informatie van de bedrijfsarts over het verloop van de arbeidsongeschiktheid van de zieke werknemer, diens functionele beperkingen, diens arbeidsmogelijkheden en de benodigde medische gegevens. De verzekeringsarts vraagt, indien nodig, aanvullende informatie aan over de medische situatie van de werk(zoek)ende met een chronische aandoening op bij de bedrijfsarts, huisarts of de behandelende arts. Hiervoor is toestemming van de betrokken werk(zoek)ende nodig (22, 23). Overleg met de behandelende arts, of doorverwijzing naar een medisch specialist of paramedicus voor aanvullend onderzoek is gewenst wanneer er twijfel bestaat over de diagnose, de functionele mogelijkheden, een betere instelling van de huidige behandeling, of over nog te benutten behandelingsmogelijkheden (16, 23).

Medisch adviseur van verzekeraar

Tot de taak van de verzekeringsarts die werkzaam is in de particuliere sector of van een medisch- of geneeskundig adviseur van een verzekeraar, behoort het beoordelen van de gezondheidstoestand van de betrokkene. Deze beoordeling wordt gedaan om tot een advies te komen aan de opdrachtgever wanneer er sprake is van het aangaan van een verzekering, bij de aanspraak op een uitkering / vergoeding op grond van een verzekeringsovereenkomst of bij een aansprakelijkheidstelling (24). Daarnaast kan het bevorderen van re-integratie en het nemen van preventieve maatregelen ten behoeve van de betrokkene tot de taak van de medisch adviseur behoren evenals het adviseren in algemene zin over beleidszaken en niet persoonsgebonden vraagstukken die voor verzekeraars en belangenbehartigers van belang zijn (24).

Arbeidsdeskundige

De arbeidsdeskundige acteert in het domein van mens, werk en inkomen. De arbeidsdeskundige is gespecialiseerd in het afwegen van de belastbaarheid, de mogelijkheden van mensen met o.a. een chronische aandoening en de belasting die werk met zich meebrengt. De arbeidsdeskundige ondersteunt bij het voorkómen en herstellen van arbeidsongeschiktheid. De arbeidsdeskundige adviseert over oplossingen om het werkvermogen te verbeteren, zoals o.a. werkaanpassingen, ondersteunt in opdracht van de werkgever de re-integratie tijdens de Wet Verbetering Poortwachter en daarna wanneer de re-integratie door UWV is overgenomen (18). De arbeidsdeskundige stimuleert zelfredzaamheid en regie met betrekking tot het werkzame leven van de werk(zoek)ende met een chronische aandoening (15).

Arbeidskundigen werken in diverse rollen als zelfstandige en in dienstverband o.a. bij:

- UWV - claimbeoordeling in het kader van de Ziektewet, WIA, WAO WAZ en Wajong, re-integratie (UWV Werkbedrijf), voorzieningen en bezwaar
- arbodienst (preventie, re-integratie tijdens de Wet Verbetering Poortwachter)
- werkgever (diverse taken)
- letselschadebureau
- verzekeraar
- gemeente
- arbeids- en revalidatietrainingscentrum
- expertisebureau

Huisarts

De huisarts staat dicht bij de werk(zoek)ende en speelt een belangrijke rol in de algehele gezondheidszorg voor mensen met een chronische aandoening (12). De huisarts is voor alle werk(zoek)enden, waaronder ook flexwerkers en zzp-ers, vaak de eerste die zij consulteren bij vragen over hun gezondheid en gezondheidsklachten. Daarnaast houdt de huisarts het overzicht over de zorg en ondersteuning die zijn of haar patiënt nodig heeft (18).

De huisarts heeft een signalerende taak ten aanzien van (dreigende) arbeidsgerelateerde gezondheidsproblemen. In het belang van de zorg voor de patiënt is het zaak dat de huisarts zich structureel afvraagt of de patiënt een probleem heeft op het gebied van arbeid en gezondheid, of er na probleemverheldering/-beoordeling nog informatie ontbreekt en of er afstemming van zijn inzicht en/of afstemming van zijn advies nodig is met de bedrijfsarts (20).

Door een korte arbeidsanamnese af te nemen kan een huisarts patiënten screenen op problemen op het werk en uitvalrisico (3, 21). Indien nodig informeert de huisarts de patiënt dat begeleiding door een bedrijfsarts of bedrijfsmaatschappelijk werker nodig is en zorgt hij ervoor dat deze terecht kan bij een bedrijfsarts voor begeleiding om belemmeringen in het werk te onderkennen en aan te pakken (21). Indien begeleiding door een bedrijfsarts nodig is, dan zou de huisarts, met toestemming van de werk(zoek)ende met een chronische aandoening, moeten zorgen voor afstemming van inzicht, advies en begeleiding met de behandelaar binnen de arbeidsgeneeskundige zorg .

Contact met andere professionals

Bij langdurig verzuim is regelmatig afstemmen en samenwerken tussen de huisarts/praktijkondersteuner en de bedrijfsarts nodig (9). De verzekeringsarts vraagt, indien nodig, aanvullende informatie op bij de huisarts over de medische situatie van werk(zoek)ende met een chronische aandoening. Ook kan hij met de huisarts contact opnemen wanneer er twijfel bestaat over de diagnose, de functionele mogelijkheden of nog te benutten behandelingsmogelijkheden (16, 23).

Medisch specialist

De medisch specialist is gespecialiseerd in het behandelen en begeleiden van mensen met een bepaalde chronische ziekte en treedt op als zijn behandelaar (18). Indien een persoon met een chronische aandoening werk heeft, is het advies aan de behandelaar te signaleren of er (dreigende) problemen zijn ten aanzien van het werk door een korte arbeidsanamnese af te nemen (21), met als doel problemen op het werk en het uitvalrisico in kaart te brengen (3, 21). Indien nodig informeert de medisch specialist de werk(zoek)ende met een chronische aandoening zelf of diens huisarts dat begeleiding vanuit de arbeidsgeneeskundige zorg nodig is. De medisch specialist of de huisarts zorgt ervoor dat de werk(zoek)ende met een chronische aandoening terecht kan bij een bedrijfsarts voor begeleiding om belemmeringen in het werk te onderkennen en aan te pakken (21). Daarnaast geeft de medisch specialist werkenden met een chronische aandoening advies over ziektespecifieke factoren die van belang zijn om gezond te kunnen participeren in werk (21).

Contact met andere professionals

Bij complex verzuim is regelmatig afstemmen en samenwerken tussen de medisch specialist en de bedrijfsarts nodig (9). De verzekeringsarts vraagt, indien nodig, aanvullende informatie op bij de behandelend specialist, over de medische situatie van de werk(zook)ende met een chronische aandoening. Ook kan hij met de behandelend specialist overleggen wanneer er twijfel bestaat over de diagnose, de functionele mogelijkheden of nog te benutten behandelingsmogelijkheden (16, 23). Zo nodig kan een verzekeringsarts een (onafhankelijk) specialist raadplegen voor aanvullend onderzoek (expertise).

Paramedici

Paramedici zoals ergotherapeuten, fysiotherapeuten en oefentherapeuten met arbeid als specialisme zijn gespecialiseerd in het begeleiden van praktische arbeidsproblematiek. De ergotherapeut behandelt problemen in het uitvoeren van specifieke arbeidsactiviteiten en geeft hierbij advies over het inzetten van andere vaardigheden, het aanpassen van activiteiten en het gebruik van hulpmiddelen en/of omgevingsaanpassingen. De fysio- en oefentherapeut ondersteunen vooral de omgang met fysieke bewegingsklachten tijdens het uitvoeren van werkactiviteiten (18). De bedrijfsfysiotherapeut ondersteunt de werkgever en de werknemer bij het voorkomen van fysieke gezondheidsproblemen, het verminderen en herstellen van klachten en het ondersteunen van reïntegratietrajecten. Door de fysieke werkbelasting en verschillende processen in een (gedeelte van een) organisatie in kaart te brengen en daarnaast aanvullend inzicht te geven in de belastbaarheid van de medewerkers wordt samengewerkt aan het creëren van een gezonde werkomgeving.

(Bedrijfs) maatschappelijk werker

De (bedrijfs) maatschappelijk werker, in dienst van organisaties of zelfstandig, beoogt het (psychosociaal) functioneren van medewerkers te verbeteren en hun inzetbaarheid te vergroten door middel van coaching, advies en begeleiding (18).

Arbeid en Gezondheid psycholoog

De psycholoog Arbeid en Gezondheid (A&G-psycholoog) houdt zich bezig met het disfunctioneren van mensen in arbeidsorganisaties maar ook met het vergroten van de effectiviteit, het bevorderen van gezondheid en welzijn en het verhogen van de motivatie (33). De A&G-psycholoog houdt zich bezig met het verbeteren van het functioneren van werknemers (33). Bij het bevorderen van de gezondheid en het welbevinden van werknemers en bij het verbeteren van de kwaliteit van hun arbeid, zal de A&G-psycholoog ook rekening houden met de doelen van de organisatie voor een optimale afstemming tussen persoon en organisatie. Ook houdt de A&G-psycholoog rekening met andere levenssferen, zoals de werk-privé balans. De A&G-psycholoog ondersteunt, adviseert en begeleidt werknemers, managers en organisaties bij het gezond en productief houden van mensen én organisaties. Hij/zij heeft verstand van de draagkracht van individuen en van de optimale draaglast vanuit het werk.

4.2 Knelpunten en oplossingen in de samenwerking tussen actoren

Uitgangsvraag 2: Ervaren de actoren die betrokken zijn bij de arbeidsparticipatie van werk(zoek)enden met een chronische aandoening knelpunten in hun onderlinge samenwerking en zo ja, welke?

Uitgangsvraag 3: Welke oplossingen zien de actoren voor deze knelpunten?

Samenvatting van resultaten literatuuronderzoek

In het kader van deze uitgangsvragen is een selectie gemaakt van rapporten vanaf 2010 betreffende de samenwerking tussen actoren onderling, waarbij werk(zoek)enden met een chronische aandoening ook als een actor werden gezien. Er werden zeven rapporten gevonden (1, 3, 4, 8, 11, 12, 20, 25). De gevonden literatuur gaat over de samenwerking tussen professionals (bedrijfs- en verzekeringsartsen, huisarts en medisch specialisten) onderling, vooral gericht op de arbocuratieve samenwerking (samenwerking tussen professionals uit de curatieve zorg en uit de arbeidsgeneeskundige zorg). De knelpunten die ervaren worden bij arbocuratieve samenwerking worden hieronder beschreven. Aansluitend op de beschrijving van de gerapporteerde knelpunten volgt een beschrijving van mogelijke oplossingen die in de literatuur worden gegeven. De oplossingen die in de gebruikte literatuur worden beschreven, schrijven voor wat er idealiter moet gebeuren om bestaande knelpunten in de samenwerking weg te nemen.

Knelpunten

Bij de samenwerking tussen de actoren die betrokken zijn bij de arbeidsparticipatie van werk(zoek)enden met een chronische aandoening gaat het om het delen van kennis over een gemeenschappelijke cliënt en om een heldere taak- en rolverdeling, waardoor zij de cliënt efficiënter kunnen helpen. Een systematische literatuuranalyse uitgevoerd door het NIVEL, aangevuld met kwalitatief onderzoek onder verschillende stakeholders, bracht diverse knelpunten aan het licht betreft de samenwerking tussen specifiek bedrijfsartsen en eerstelijnszorgverleners (8). Enerzijds hebben deze knelpunten betrekking op domeinverschillen, die een vakinhoudelijke of systeemgerelateerde structurele oorzaak hebben en anderzijds op meer praktische problemen als gevolg van tijd en mogelijkheden (8). Box 1 geeft deze indeling weer. Het onderzoek van het NIVEL laat zien dat de belangrijkste knelpunten ontstaan als gevolg van domeinverschillen (8). Onderlinge samenwerking wordt bijvoorbeeld bemoeilijkt door een gebrek aan kennis van elkaars deskundigheid (8). Wat betreft praktische problemen, geven zowel eerstelijnsartsen als bedrijfsartsen aan dat er weinig tijd beschikbaar is voor intercollegiaal overleg en dat overleg niet op structurele basis gebeurt (8). Dit kan komen doordat het onduidelijk is bij wie het initiatief voor dit overleg ligt.

Box 1. Overzicht van gevonden knelpunten in de arbocuratieve samenwerking

Knelpunten als gevolg van domeinverschillen

- Verschil in status en positie (8)
- Onbekendheid met elkaars taken en deskundigheid (8)
- Onvoldoende kennis van/rekening houden met de factor arbeid in de reguliere zorg (4,8,11,12)
- Onduidelijkheid over de positie van de bedrijfsarts onder curatieve professionals (8,12,13)

Knelpunten als gevolg van praktische mogelijkheden

- Bereikbaarheid (8)
- Continuïteit (8)
- Informatie-uitwisseling (8)
- Financiering (8,11,12)

Oplossingen

Om samenwerking tussen de verschillende actoren die betrokken zijn bij arbeidsparticipatie onder werk(zoek)enden met een chronische aandoening te stimuleren biedt de literatuur een aantal handvatten. De literatuur zoals gebruikt voor dit hoofdstuk heeft specifiek betrekking op de samenwerking tussen bedrijfsartsen en eerstelijnszorgverleners. De schaarse hoeveelheid aan literatuur die beschikbaar is over de samenwerking tussen verzekeringsartsen en andere actoren, waaronder professionals uit de curatieve sector, richt zich met name op de afbakening van verantwoordelijkheden en niet op (andere) bevorderende factoren voor samenwerking.

Bekend raken met elkaar en met elkaars taken en deskundigheid

Om tot een samenwerking te komen is het in de eerste plaats van belang dat de verschillende actoren elkaar kennen en elkaar weten te vinden (8). Onderling contact tussen artsen binnen de arbeidsgeneeskundige zorg en curatief werkende artsen, bevordert het onderlinge vertrouwen. Dit kan vormgegeven worden door het organiseren van gezamenlijke refereer- of nascholingsbijeenkomsten of regionale projecten gericht op samenwerking (3,25).

Daarnaast is het voor arbocuratieve samenwerking van belang om binnen het eigen domein meer aandacht te hebben voor de werkzaamheden van de ander (12). Zo kan meer aandacht voor werk in de curatieve sector bijdragen aan het overkomen van domein gerelateerde knelpunten in de samenwerking tussen huisarts en bedrijfsarts (8, 12), door bijvoorbeeld standaard een hoofdstuk 'werk' in patiëntendossier op te nemen (4, 8), arbeidsgelateerde interventies in de curatieve zorg in te zetten (12), bijscholing op het gebied van werk en gezondheid aan curatieve

professionals aan te bieden en aandacht voor werk op te nemen in richtlijnen (4, 11). Daarnaast laten verschillende regionaal uitgevoerde projecten zien dat integratie van een bedrijfsarts in de eerstelijnsgezondheidszorg onderlinge afstemming bevordert (8, 11). Deze methoden kunnen echter niet los gezien worden van een discussie over het gewenste arbocuratieve zorgsysteem en vereisen een veranderde inrichting en organisatie van het huidige zorgsysteem. Dit is terug te zien in het standpunt kernwaarden huisartsgeneeskunde van NHG (20) waar 'werk' expliciet onderdeel van uitmaakt (8, 11), en het advies van de Sociaal-Economische Raad (SER) 'Betere zorg voor werkenden: Een visie op de toekomst van de arbeidsgerelateerde zorg' van september 2014 (4).

De SER stelt in haar rapport uit 2016 dat een arts in de reguliere zorg in staat moet zijn om een arbeidsanamnese uit te voeren (3). Deze anamnese hoeft niet veel tijd in beslag te nemen en vergt geen uitgebreide arbeidsgeneeskundige kennis. Doel is om de patiënt te screenen op problemen op het werk en op het uitvalrisico (3). Daarnaast moedigt de Raad de ontwikkeling van een breder toepasbare 'Zorgmodule Arbeid' aan. De Zorgmodule Arbeid is een hulpmiddel voor zorgverleners om de werkcontext een duidelijke plaats te geven in het behandel- en begeleidingsplan. Ook is er aandacht voor de benodigde afstemming tussen betrokken professionals uit de curatieve gezondheidszorg en de arbeidsgerelateerde zorg (3). Ten slotte pleit de Raad ervoor om 'arbeid' als vast onderdeel op te nemen in de opleiding tot basisarts en eveneens in te bedden in opleidingen en richtlijnen voor andere professionals, zoals fysiotherapeuten en psychologen (3).

Bekend raken met de voordelen van samenwerking

Om samenwerking te stimuleren tussen zorgverleners binnen de arbeidsgeneeskundige zorg en tussen zorgverleners binnen de arbeidsgeneeskundige en curatieve zorg, moet samenwerken voor alle partijen aantrekkelijk worden gemaakt. Dit kan door zorgverleners te laten inzien dat er een gedeeld belang is voor alle betrokkenen: het leveren van de best passende zorg voor de betreffende cliënt (8). Een gemeenschappelijk belang kan vorm worden gegeven door bijvoorbeeld gezamenlijke zorgstandaarden of richtlijnen te ontwikkelen en te implementeren (8). Echter zullen altijd verschillende belangen blijven bestaan onder de actoren die betrokken zijn bij de arbeidsparticipatie van werk(zoek)enden met een chronische aandoening. Desondanks moet een goede communicatie en de afstemming van taken tussen de verschillende actoren mogelijk zijn en nagestreefd worden in het belang van mensen met een chronische aandoening.

Duidelijkheid over en ondersteuning bij informatie-uitwisseling

Bij de samenwerking tussen de verschillende actoren die betrokken zijn bij de arbeidsparticipatie van werk(zoek)enden met een chronische aandoening dient de privacy van de cliënt te allen tijde centraal te staan. Het is belangrijk dat alle betrokken actoren zich hiervan bewust zijn, maar het hoeft samenwerking niet in de weg te staan. Binnen de curatieve sector wordt in toenemende mate informatie uitgewisseld middels beveiligde digitale informatiesystemen. Een dergelijk systeem

zou ook mogelijk moeten zijn binnen de arbeidsgeneeskundige zorg of tussen de arbeidsgeneeskundige - en curatieve zorg. Het ontbreekt echter nog aan kennis over welke informatie uitgewisseld mag worden tussen de verschillende actoren (8,12) en onder welke randvoorwaarden.

Geen of weinig informatieoverdracht kan er toe leiden dat er weinig overeenstemming is in de diagnose en behandeling en dat de taakafbakening onduidelijk blijft (26). Daarom is het belangrijk om voor een goede informatieoverdracht ICT-voorzieningen beter in te zetten (8). ICT-systemen kunnen informatie-uitwisseling tussen bedrijfsartsen, verzekeringsartsen en eerstelijnszorgverleners efficiënt vergemakkelijken (8). Het gebruik van ICT-systemen voor informatie-uitwisseling is al gangbaar voor huisartsen, specialisten, ziekenhuizen en vele andere zorgorganisaties in Nederland en wordt in toenemende mate gebruikt door professionals binnen de arbeidsgeneeskundige zorg. De mogelijkheden voor een informatie-uitwisselingsysteem voor professionals binnen de arbeidsgeneeskundige en curatieve zorg komt daarmee dichterbij (26). Voor het verzenden van medische informatie zullen daarbij, net als nu al gebruikelijk is in de curatieve sector, strenge privacy- en veiligheidseisen in acht moeten worden genomen.

Omdat de huisarts een centrale rol vervult binnen de zorg voor mensen met een chronische aandoening en daarnaast het eerste aanspreekpunt is voor patiënten, lijkt het voor de hand te liggen dat de huisarts degene is waar bedrijfsartsen of verzekeringsartsen informatie kunnen opvragen over een cliënt. De bedrijfsarts of verzekeringsarts kan op zijn beurt de huisarts op de hoogte brengen van werkgerelateerde informatie (26). Een focusgroep met patiënten laat zien dat zij zoveel mogelijk zelf de regie willen hebben over de informatie-uitwisseling tussen bedrijfsarts en behandelaars uit angst voor negatieve effecten op de continuïteit van werk en inkomen (1). Het is wettelijk zo geregeld dat de huisarts alleen met toestemming van de patiënt de door de bedrijfsarts of verzekeringsarts opgevraagde informatie mag verstrekken (26).

Conclusies

Niv 3	<p>Domeinverschillen tussen arbeidsgeneeskundige zorg en eerstelijnszorg vormen het belangrijkste knelpunt in arbocuratieve samenwerking.</p> <p><i>B: Systematisch literatuuronderzoek NIVEL (3)</i></p>
Niv 4	<p>Onderling contact tussen bedrijfsartsen en curatief werkende artsen bevordert het onderlinge vertrouwen. Dit kan vormgegeven worden door het organiseren van gezamenlijke refereer- of nascholingsbijeenkomsten of regionale projecten gericht op samenwerking.</p> <p><i>D: mening van bedrijfsartsen, huisartsen en medisch specialisten (3)</i></p>
Niv 4	<p>Verschillen in behandeldoelen en onbekendheid met elkaars taken en deskundigheid maakt dat onvoldoende afstemming tussen bedrijfsartsen en de curatieve sector plaatsvindt.</p> <p>Meer aandacht voor het domein van de andere zorgverleners kan dit verbeteren.</p> <p><i>D: mening van bedrijfsartsen, huisartsen en medisch specialisten (3, 6, 7)</i></p>
Niv 4	<p>Voor een goede informatieoverdracht is het van belang om ICT-voorzieningen beter in te zetten (3).</p> <p><i>D: mening van bedrijfsartsen, huisartsen en medisch specialisten (3)</i></p>

Overige overwegingen

Perspectief werk(zoek)enden met een chronische aandoening

Voor werk(zoek)enden met een chronische aandoening is het verschil in taak, rol en kennis tussen de verschillende actoren vaak erg onduidelijk. Zo ontbreekt vaak het besef dat een bedrijfsarts of verzekeringsarts een hele andere rol heeft dan een behandelend arts, die gericht is op een zo goed mogelijk herstel van gezondheid en vaak een vertrouwenspersoon is. Dat voor de bedrijfsarts bevordering van werkherleving prioriteit heeft en de verzekeringsarts in de meeste gevallen vooral gericht is op claimbeoordeling in het kader van de Ziektewet of de WIA is lang niet altijd duidelijk. Ook de beoordelende rol van de bedrijfsarts, bijvoorbeeld bij een ziekmelding of het medisch oordeel voor de WIA-keuring blijft vaak buiten beeld.

Dit kan leiden tot onrealistische verwachtingen en miscommunicatie.

Het komt voor dat werk(zoek)enden met een chronische aandoening de rol van de bedrijfsarts in dienst van de werkgever of de rol van de verzekeringsarts in dienst van het UWV als zodanig bedreigend zien dat dit een adequate begeleiding en zorgvuldige beoordeling in de weg staat. Regelmatig wordt gehoord dat een behandelaar in contacten met bedrijfsarts of verzekeringsarts niet aan de verwachtingen van een werk(zoek)ende met een chronische ziekte heeft beantwoord.

Volgens de koepels van patiëntenorganisaties zijn enkele concrete knelpunten op dit gebied:

- bedrijfs- en verzekeringsartsen hebben soms beperkte kennis over de specifieke aandoening;
- bedrijfs- of verzekeringsartsen kunnen soms verschillen van behandelaars in visie op de diagnose of de gevolgen van de aandoening;
- bedrijfsartsen, verzekeringsartsen en behandelaars geven soms tegenstrijdige adviezen op het gebied van behandeling en begeleiding;
- de werk(zoek)ende met een chronische aandoening ervaart de bedrijfsarts in sommige gevallen als een verlengstuk van de werkgever;
- bedrijfsartsen hebben vaak een beperkt contract met de werkgever waardoor zij niet meer kunnen doen dan verzuimbegeleiding;
- de bedrijfsarts of verzekeringsarts vraagt niet altijd informatie op bij de behandelaars terwijl de werk(zoek)ende met een chronische aandoening hier wel om vraagt/dit wel verwacht;
- verzekeringsartsen vragen de werk(zoek)ende met een chronische aandoening soms een machtiging voor het opvragen van informatie bij behandelaars zonder daarin duidelijk aan te geven aan wie zij welke informatie willen vragen en voor welk doel;
- het huisartsenjournaal bevat vaak niet de informatie die de patiënt verwacht en van belang vindt voor de bedrijfs- of verzekeringsarts;
- de patiënt maakt t.a.v. het huisartsenjournaal vrijwel nooit gebruik van zijn recht op inzage, aanvulling, correctie en verwijdering;
- de bedrijfsarts geeft aan de verzekeringsarts niet altijd de informatie door die de zieke werknemer verwacht en van belang vindt voor de beoordeling van zijn WIA-aanvraag;

Samenwerking tussen actoren vorm geven

Om goede samenwerking te bevorderen tussen de actoren die betrokken zijn bij de arbeidsparticipatie van mensen met een chronische aandoening is het belangrijk om het proces van voorkomen van uitval of begeleiding bij terugkeer beter te stroomlijnen. Daarbij moet nagedacht worden over wie wanneer waarover informeert en bij wie het initiatief ligt om samenwerking tot stand te brengen. Komt informatie van medische specialisten bijvoorbeeld via de huisarts bij de bedrijfsarts terecht, of rechtstreeks? Ook moet in dit verband nagedacht worden over de invulling van de rol van een 'zorgcoördinator' die een centraal aanspreekpunt zou kunnen vormen voor alle betrokken actoren. De huisarts zou deze rol mogelijk kunnen vervullen. Mogelijk is de rol van zorgcoördinator enkel noodzakelijk wanneer zorgverleners te maken hebben met zogenoemde 'complexe' patiënten. Dit kan gaan om mensen met multimorbiditeit of mensen zonder sociaal vangnet. Mensen met een chronische aandoening moeten meer betrokken worden bij informatieuitwisseling tussen verschillende zorgverleners. Vaak weten mensen wel dat er informatie wordt uitgewisseld maar niet welke informatie. Hierover moeten zij meer regie krijgen.

Een belangrijk knelpunt voor het vormgeven van de samenwerking tussen de bedrijfsarts en de verzekeringsarts, is wetgeving. Hierdoor wordt een verzekeringsarts soms gedwongen om bepaalde factoren niet mee te wegen in zijn beoordeling van belastbaarheid waar een bedrijfsarts deze factoren wel kan laten meewegen. Dit leidt tot verschillen in de beoordeling van belastbaarheid die lastig te overbruggen zijn. Daarnaast kan wetgeving omtrent de Nederlandse 'scheiding van behandeling en controle' de samenwerking tussen professionals binnen de curatieve sector en de arbeidsgeneeskundige sector belemmeren. Aan de andere kant zien werk(zoek)enden in deze scheiding vaak een belangrijke waarborg voor de vertrouwensband met hun behandelaar (1, 2).

Aanbevelingen

Aanbevelingen voor de praktijk

- De bedrijfsarts is in het contact met de werk(zoek)ende met een chronische aandoening transparant over zijn positie (ten opzichte van werkgever en werknemer) en over zijn rol.
- Bedrijfs- en verzekeringsartsen vragen informatie op bij behandelaars wanneer zij dat zelf nodig vinden of wanneer de werk(zoek)ende met een chronische aandoening daarom vraagt.
- Wanneer bedrijfs- en verzekeringsartsen de werk(zoek)ende met een chronische aandoening om een machtiging vragen voor het opvragen van informatie bij behandelaars, dienen zij altijd duidelijk aan te geven aan wie zij welke informatie willen vragen en voor welk doel. Ook krijgt de werk(zoek)ende inzicht in welke informatie is opgevraagd (op grond van de WGBO).
- Bedrijfs- en verzekeringsartsen informeren de werk(zoek)ende over wat zij over hen in hun dossier vastleggen en over het recht op inzage, correctie, aanvulling en verwijdering dat betrokkene daarbij heeft (op grond van de Wet Bescherming Persoonsgegevens en de WGBO).
- Bedrijfsartsen en verzekeringsartsen zorgen voor een goede afstemming met de behandelaar en met elkaar. Er is niet altijd daadwerkelijk contact nodig; vaak is het op de hoogte zijn van elkaars bedoelingen en inzet al voldoende om tot een goede afstemming te komen.
- Adequate bereikbaarheid en berichtgeving naar elkaar toe over belangrijke veranderingen is van belang.
- Bedrijfsartsen en verzekeringsartsen overleggen met de behandelaar van de werk(zoek)ende:
 - Bij een verschil van mening over de diagnose of over het beleid;
 - Bij stagnatie van het herstelproces;
 - Over afstemming van het plan van aanpak voor re-integratie op het individueel zorg- en/of behandelplan;
 - Over de inzet van vroeg-interventie om uitval te voorkomen.

Aanbevelingen voor beleid

- Beroepsgroepen voor bedrijfs- en verzekeringsartsen investeren in de ontwikkeling van een digitaal communicatie systeem waarmee informatie, na goedkeuring van de cliënt, uitgewisseld kan worden.
- Arbeidsgeneeskunde wordt een onderdeel van nascholing onder huisartsen.
- Huisartsgeneeskunde wordt een onderdeel van nascholing onder bedrijfs- en verzekeringsartsen.

4.3 Gedeelde besluitvorming in arbeidsgeneeskundige zorg

Uitgangsvraag 4: Wat hebben werk(zoek)enden met een chronische aandoening en andere actoren nodig om gezamenlijk besluiten te kunnen nemen over in te zetten interventies?

Samenvatting van resultaten literatuuronderzoek

Soms zijn verschillende interventies mogelijk voor werkbehoud, terugkeer naar werk of het verkrijgen van werk. Interventies kunnen behalve voordelen ook nadelen met zich mee brengen. In alle situaties is het belangrijk om de afwegingen van werk(zoek)enden centraal te stellen in het besluitvormingsproces. Het proces van samen beslissen wordt wel gezamenlijke besluitvorming genoemd. Gezamenlijke besluitvorming krijgt steeds meer aandacht binnen de geneeskunde waarin de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt een grotere rol is gaan spelen (27). Echter, binnen de arbeidsgeneeskundige zorg is nog weinig onderzoek verricht naar gezamenlijke besluitvorming. Daarom worden in dit hoofdstuk met name inzichten uit de curatieve zorg aangehaald, op basis van vijf Nederlandse publicaties (28 – 32). Omdat gedeelde besluitvorming gebaseerd is op een aantal basisprincipes lijken inzichten uit deze publicaties een goede basis voor aanbevelingen binnen de arbeidsgeneeskundige zorg. In de volgende paragrafen zal steeds te vertaalslag van de curatieve setting naar de arbeidsgeneeskundige setting worden gemaakt. In de gebruikte literatuur wordt de term 'patiënt' gebruikt. Deze term is overgenomen wanneer inzichten uit de literatuur worden beschreven.

Argumenten voor gezamenlijke besluitvorming

Gezamenlijke besluitvorming is vanuit het oogpunt van respect voor werk(zoek)enden met een chronische aandoening en diens autonomie een goede manier van besluitvorming. Het gaat immers om beslissingen die vaak grote gevolgen hebben voor het leven van mensen met een chronische aandoening. Ook past deze manier van besluitvorming bij het idee dat zowel zorgverlener als patiënt verantwoordelijkheden hebben in de zorg voor de aandoening. Daarnaast blijkt uit onderzoek dat na gezamenlijke besluitvorming, patiënten de adviezen van artsen vaker opvolgen (32) en dat ze meer tevreden zijn over de zorg en over de gemaakte keuze (29, 31). Onderzoek toont ook aan dat patiënten doorgaans verstandige keuzes maken wanneer ze goed geïnformeerd zijn en dat het de betrokkenheid van patiënten bij de zorg die ze ontvangen vergroot (28, 31). Niet alleen kan gezamenlijke besluitvorming leiden tot effectievere zorg, de relatie tussen de behandelaar en de patiënt gaat er ook op vooruit (28). Het is voor de patiënt namelijk van groot belang om zich erkend en begrepen te voelen (30). Gezamenlijke besluitvorming wordt dan ook gezien als een belangrijke pijler van goede zorg (31). Binnen de arbeidsgeneeskundige zorg zou gezamenlijke besluitvorming er mogelijk toe kunnen leiden dat werk(zoek)enden met een chronische aandoening meer tevreden zijn over de verkregen zorg en mogelijk meer gemotiveerd zijn om de overeengekomen afspraken met betrekking tot arbeidsparticipatie na te leven. De kans op uitval wordt hier mogelijk door verkleind.

Gezamenlijke besluitvorming benoemen als uitgangspunt

Gezamenlijke besluitvorming is in de praktijk niet automatisch het uitgangspunt voor zorgverleners en patiënten. Van de arts wordt verwacht dat hij of zij de patiënt goed informeert, navraag doet naar diens ervaringen, behoeften en voorkeuren en keuzemogelijkheden biedt. Dit vereist een andere opstelling ten opzichte van de patiënt dan veel artsen gewend zijn.

Ook van de patiënt wordt een andere rol gevraagd. Waar voorheen de arts de beslissingen nam en behandelingen voorschreef, wordt nu van de patiënt verwacht dat hij of zij actief deelneemt in het besluitvormingsproces. Omdat deze rol niet automatisch door alle patiënten wordt herkend en vervuld, is het van belang dat zorgverleners benoemen dat de patiënt invloed heeft op het besluitvormingsproces. Dit gaat ook op wanneer het gaat om gesprekken tussen werk(zoek)enden met een chronische aandoening en verschillende professionals: in dit geval is het belangrijk dat de professional keuzemogelijkheden aanbiedt en in geval van voorkeursgevoelige beslissingen aangeeft dat de voorkeuren van de werk(zoek)ende met een chronische aandoening meewegen in de beslissing die wordt genomen ten aanzien van arbeidsparticipatie.

Gezamenlijke besluitvorming is gedeelde verantwoordelijkheid

Bij gezamenlijke besluitvorming vraagt de arts de patiënt naar diens ervaringen, kennis, wensen, ideeën en voorkeuren en nodigt de patiënt uit om samen over opties na te denken. Arts en patiënt nemen samen een besluit en delen daarbij de verantwoordelijkheid (30). De volgende stappen kunnen worden genomen om tot een gezamenlijk besluit te komen (30):

- Wederzijds informatie uitwisselen;
- Bedenktijd inlassen zodat de patiënt een keuzehulp of anderen kan raadplegen;
- Vragen in hoeverre de patiënt wil meebeslissen;
- Samen een plan opstellen;
- Een vervolgspraak maken.

Deze stappen kunnen gemakkelijk worden vertaald naar gesprekken die bedrijfsartsen, huisartsen of arbeidsdeskundigen voeren met werk(zoek)enden met een chronische aandoening, waarin het bijvoorbeeld kan gaan om beslissingen ten aanzien van het aantal te werken uren, het type werk dat de werk(zoek)ende kan uitvoeren, andere werkaanpassingen, en de vorm van begeleiding waar behoefte aan is. Daarnaast kan het gaan om aanpassingen die de werk(zoek)ende zou kunnen maken, zoals acceptatie van de ziekte en manieren vinden om de aandoening beter te managen.

Vaardigheden van professionals voor gezamenlijke besluitvorming

Het geven van informatie, zeker wanneer het om ingewikkelde informatie gaat, kan stressvol zijn voor zorgverleners. Artsen willen graag naar een beslissing toewerken. Het teruggaan naar de waarden van de patiënt kan lastig voor ze zijn omdat ze hier minder handvatten voor hebben (28). Om mensen te helpen beslissen is het van belang om helder en duidelijk te communiceren en om open vragen te stellen aan de patiënt (28). Dilemma's die zich voordoen bij het geven van informatie betreffen de hoeveelheid informatie en de begrijpelijkheid van de informatie (29, 30). De informatiebehoefte van patiënten wordt vaak door artsen onderschat (30). Naast

persoonlijke weerstand of onbekendheid van de arts met gedeelde besluitvorming kan een gebrek aan de juiste vaardigheden een belemmering vormen. In Tabel 4.2 zijn een aantal gesprekstechnieken voor zorgverleners weergegeven die de wederzijdse uitwisseling van informatie kunnen bevorderen. Dit overzicht is gebaseerd op het artikel van van Staveren (30) en lijkt toepasbaar op gesprekken tussen professionals binnen de arbeidsgeneeskundige zorg en werk(zoek)enden met een chronische aandoening.

Tabel 4.2 Suggesties voor vragen van professionals ter inleiding van het wederzijds uitwisselen van informatie met werk(zoek)enden met een chronische aandoening (op basis van van Staveren (30))

Vragen	Achterliggende motivatie
'Wat weet u al over...?'	Lok uit, bied informatie aan.
'Wat wilt u nog meer weten?'	Lok uit, bied informatie aan.
'Wat vindt u daarvan?'	Vraag om een reactie.
'Wat betekent dit voor u?'	Sluit aan bij de leefwereld van de werk(zoek)ende.
'Mag ik u nog wat meer informatie geven?'	Bied informatie aan.
'Weet u zo voldoende?'	Controleer of de werk(zoek)ende het begrepen heeft.
'Wat zijn voor u de belangrijke punten?'	Controleer wat de werk(zoek)ende onthouden heeft.
'Zullen we daar eens samen over nadenken?'	Vraag naar de bereidheid tot participatie in besluitvorming.
'Aan de ene kant kunt u ... en aan de andere kant ...'	Maak een beslissingsbalans.
'Wat zullen we doen?'	Neem een gezamenlijke beslissing.
'Is dat haalbaar voor u?'	Vraag naar de haalbaarheid en naar de uitvoerbaarheid.

Vaardigheden van patiënten voor gezamenlijke besluitvorming

Niet alleen de zorgverlener maar ook de patiënt heeft vaardigheden nodig voor gezamenlijke besluitvorming. In de literatuur komt naar voren dat het stellen van vier vragen aan de zorgverlener, de patiënt hierbij zou kunnen helpen: Wat zijn de mogelijkheden? Wat zijn de voor- en nadelen? Hoe waarschijnlijk is het dat die optreden? Wat is voor mij van belang? (28). Naast deze vragen kunnen keuzehulpen of patiënteninformatie de patiënt helpen bij het maken van keuzes, bijvoorbeeld via de websites van patiëntenorganisaties of via de online bibliotheek van arbeidsdeskundigen. Keuzehulpen, indien beschikbaar, geven de patiënt inzicht in welke opties beschikbaar zijn, wat de mogelijke consequenties van iedere optie zijn en hoe de patiënt de consequenties van iedere optie kan waarden. Er zijn kwaliteitscriteria voor de inhoud en het format van keuzehulpen, de zogenaamde IPDAS-criteria (International Patient Decision Aids Standards) maar het veld is nog volop in ontwikkeling (32). Op het gebied van arbeidsparticipatie en chronische aandoeningen zijn nog geen keuzehulpen ontwikkeld. Wel zijn de werkscan (<https://werkscan.onderzoek.nl>) en de scan werkvermogen werkzoekenden (<https://www.arbeidsdeskundigen.nl/dossiers/duurzame-inzetbaarheid> of <https://werkscan.onderzoek.nl/>) ontwikkeld door het Arbeidsdeskundig Kenniscentrum, tools die mogelijk kunnen ondersteunen bij gezamenlijke besluitvorming.

Gezamenlijke besluitvorming niet altijd mogelijk

Hoewel de meeste mensen betrokken willen worden bij het nemen van belangrijke beslissingen (30) weten we dat niet alle patiënten in dezelfde mate betrokken willen worden bij het besluitvormingsproces (32). Werk(zoek)enden met een chronische aandoening kunnen ook verschillen in de mate waarin zij betrokken willen worden bij besluitvorming rondom arbeidsparticipatie. Waar sommige mensen graag de regie in eigen hand willen houden en juist betrokken willen worden bij beslissingen, willen andere mensen de besluitvorming misschien geheel overlaten aan bijvoorbeeld de bedrijfsarts. Het kan de werk(zoek)ende met een chronische aandoening ook ontbreken aan vaardigheden, energie of veerkracht die noodzakelijk zijn voor een verdergaande vorm van gezamenlijke besluitvorming. In dat geval zijn vaak wel minder vergaande vormen mogelijk. Het is aan de zorgverlener om voorafgaand aan en tijdens het besluitvormingsproces samen met de werk(zoek)ende vast te stellen welke rol deze hierin kan en wil vervullen.

Gezamenlijke besluitvorming met betrekking tot arbeid onder mensen met een chronische aandoening

Hoewel principes van gezamenlijke besluitvorming binnen de curatieve zorg ook van toepassing lijken te zijn binnen de arbeidsgeneeskundige zorg, kan de aard van de zorgverlener-cliënt gesprekken in deze sectoren verschillen en de context waarin gesprekken plaatsvinden. Verzekeringsartsen en bedrijfsartsen werken bijvoorbeeld in een wettelijke kader en een gesprek over arbeidsparticipatie kan voor een cliënt van een andere orde zijn dan een gesprek over zijn of haar gezondheid en herstel. Daarnaast gaat het bij gezamenlijke besluitvorming binnen de curatieve zorg om beslissingen die primair een effect hebben op het leven van de patiënt. Binnen de arbeidsgeneeskundige zorg gaan beslissingen vaak over arbeidsparticipatie en is naast het belang van de werk(zoek)ende het belang van de werkgever in veel gevallen ermeê gemoeid. Financiële consequenties van uitval uit werk of terugkeer naar werk kunnen voor zowel werkgevers als werknemers een rol spelen in het besluitvormingsproces. Gezamenlijke besluitvorming vindt soms plaats in de vorm van een dialoog: bijvoorbeeld tussen de bedrijfsarts, de werkende met een chronische aandoening en diens leidinggevende. Een gesprek tussen vier personen kan in sommige gevallen effectief zijn, bijvoorbeeld een gesprek tussen een arbeidsdeskundige, de werkende, diens leidinggevende en een vriend, familielid of ander vertrouwenspersoon van de werkende.

Randvoorwaarden voor gezamenlijke besluitvorming

Om tot een gezamenlijk besluit te komen over de in te zetten interventie om arbeidsparticipatie onder werk(zoek)enden met een chronische aandoening te bevorderen, zijn de volgende randvoorwaarden nodig:

- Alle betrokkenen zijn bekend met het onderwerp waar een gezamenlijk besluit over genomen moet worden en met de (wettelijke) rechten en plichten van een ieder.
- Alle betrokkenen zijn geïnformeerd over de mogelijke interventies om arbeidsparticipatie van de werk(zoek)ende met een chronische aandoening te bevorderen en met de voor- en nadelen van deze interventies (informatie is hierbij afgestemd op de informatiebehoefte van de werk(zoek)ende).

- Alle betrokkenen hebben hetzelfde doel voor ogen met de inzet van de interventie.
- De werk(zoek)ende is zich bewust van het feit dat hij of zij in de positie is om mee te denken en mee te besluiten over de verschillende interventies (31).
- De werk(zoek)ende informeert de andere betrokkenen over zijn of haar ervaringen, ideeën, verwachtingen en mogelijkheden ten aanzien van arbeidsparticipatie (30).
- Voldoende tijd om de mogelijke interventies te bespreken met alle betrokkenen en tot een gezamenlijk besluit te komen (28).

Aan bovengenoemde randvoorwaarden voor gezamenlijke besluitvorming ligt heldere communicatie ten grondslag. Dit houdt voor bedrijfsartsen en verzekeringsartsen in dat zij hun taalgebruik moeten aanpassen aan het taalniveau van de individuele werk(zoek)enden met een chronische aandoening.

Ondersteuning van gezamenlijke besluitvorming

Een aantal (eHealth) toepassingen die heldere communicatie en gezamenlijke besluitvorming mogelijk kunnen ondersteunen zijn:

- Keuzehulpen voor werk(zoek)enden met een chronische aandoening (bestaan nog niet).
- Visuele hulpmiddelen (zoals plaatjes en video's) (28).
- Praktijkrichtlijnen voor professionals.
- Patiëntenversies van richtlijnen.
- Digitale communicatiesystemen voor de betrokken professionals (om met meerdere professionals op hetzelfde moment te kunnen overleggen).
- Markering van voorkeursgevoelige aanbevelingen in een richtlijn.
- Suggesties voor wederzijdse uitwisseling van informatie (zie Tabel 4.2).

Conclusies

Op dit moment is er geen Nederlandse literatuur beschikbaar over gezamenlijke besluitvorming binnen de arbeidsgeneeskundige zorg. Daardoor kan niet worden vastgesteld wat werk(zoek)enden met een chronische aandoening en andere actoren precies nodig hebben om gezamenlijk besluiten te kunnen nemen over in te zetten interventies.

Overige overwegingen

De werkgroep vindt de argumenten voor gezamenlijke besluitvorming in de gezondheidszorg van een zodanig belang dat daar bij de begeleiding van werk(zoek)enden met een chronische aandoening op het gebied van arbeidsparticipatie naar gestreefd moet worden. De werkgroep is van mening dat de inbreng van werk(zoek)enden niet uitsluitend kan bestaan uit behoeften en voorkeuren, maar ook uit kennis, ervaringen en ervaringsdeskundigheid.

De werkgroep vindt het aannemelijk dat gezamenlijke besluitvorming geen absoluut begrip is maar dat dit in meerdere of mindere mate kan plaatsvinden. De werkgroep vindt het daarnaast aannemelijk dat aanbevelingen voor gedeelde besluitvorming in de curatieve praktijk voor een belangrijk deel, *mutatis mutandis*, van toepassing zijn op de begeleiding van werk(zoek)enden met een chronische aandoening.

De werkgroep is zich ervan bewust dat de actoren die traditioneel betrokken zijn bij de begeleiding van werkzoekenden met een chronische aandoening veelal nog geen praktijk van gezamenlijke besluitvorming hebben ontwikkeld. De werkgroep is zich ook bewust van de grenzen aan gezamenlijke besluitvorming: deze vereist van de kant van de werk(zoek)ende een mate van eigen regie die alleen haalbaar is voor zover persoonlijke kwaliteiten en beschikbare bevoegdheden en hulpmiddelen deze mogelijk maken.

Aanbevelingen

Deze aanbevelingen zijn gericht op het tot stand brengen van gezamenlijke besluitvorming.

Aanbevelingen voor de praktijk

- Bedrijfsartsen en verzekeringsartsen attenderen werk(zoek)ende met een chronische aandoening erop dat zij een belangrijke rol spelen in het besluitvormingsproces rondom arbeidsparticipatie.
- Bedrijfsartsen en verzekeringsartsen vragen werk(zoek)enden met een chronisch aandoening naar diens behoeften, voorkeuren, kennis, ervaringen en ideeën met betrekking tot arbeidsparticipatie en laten deze meewegen in het besluitvormingsproces rondom arbeidsparticipatie.
- Bedrijfsartsen en verzekeringsartsen informeren chronisch zieke werk(zoek)enden over de voor- en nadelen van verschillende interventiemogelijkheden en geven de werk(zoek)ende de mogelijkheid om deze voor- en nadelen af te wegen en een voorkeur te formuleren ten aanzien van een bepaalde interventie.
- Bedrijfsartsen en verzekeringsartsen brengen gezamenlijke besluitvorming met de werk(zoek)ende met een chronische aandoening tot stand over interventies en arbeidsparticipatie, waarbij gebruik gemaakt kan worden van gesprekstechnieken zoals ontwikkeld binnen de curatieve zorg. Zie pagina 146 voor een voorbeeld van een gesprekstechniek.

Aanbeveling voor beleid

- Er zou bij/nascholing ontwikkeld moeten worden waarin bedrijfs- en verzekeringsartsen leren hoe gezamenlijke besluitvorming er in de praktijk uit ziet.

Literatuur

1. Plomp, H.N., Wisse, A. & Anema J.K. (2011). Patienten over arbocuratieve samenwerking. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 155; A3880
2. NIVEL (2004). Factsheet PPCZ: Chronisch zieken over arbocuratieve samenwerking. Utrecht, NIVEL.
3. Sociaal Economische Raad (2016). SER-advies Werk: van belang voor iedereen. Een advies over werken met een chronische ziekte. Nummer 2, maart 2016.
4. Sociaal Economische Raad (2014). SER-advies Betere zorg voor werkenden. Een visie op de toekomst van de arbeidsgerelateerde zorg. Nummer 7, september 2014.
5. Varekamp, I., Spreeuwiers, D. & van Dijk, F. (2005). Werknemers met reuma, astma en diabetes: Een verkennend onderzoek naar de aandacht die medisch specialisten en gespecialiseerde verpleegkundigen besteden aan werkgerelateerde problematiek. Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid: Amsterdam.
6. Weijden, T. van der, Veenendaal, H. van, Drenthen, T., et al. (2011). Shared decision making in the Netherlands, is the time ripe for nationwide, structural implementation? *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitsw*, 105 (4), 283-8.
7. Staveren R. van (2011). Gezamenlijke besluitvorming in de praktijk. Patiëntgerichte gespreksvaardigheden. *Ned Tijdschr Geneesk* 155:A3777.
8. Batenburg, R.S., van Hassel, D. & van der Lee, I. (2012). Knelpunten in de arbocuratieve samenwerking tussen bedrijfsartsen en de eerstelijnszorg. Utrecht, NIVEL.
9. Lenderik, A. (2005). De bedrijfsarts en de eerste lijn: Over samenwerking, zorgverzekeringen en regionale ondersteuningsstructuren. Utrecht, NVAB.
10. van Amstel, R.J. & Buijs P.C. (2000). Voor verbetering vatbaar (deel 2): Medisch specialisten over hun samenwerking met bedrijfsartsen bij sociaal-medische begeleiding. Hoofddorp, TNO.
11. Buijs P., Bongers, P., van der Klauw, D., van Putten D. & Wevers, C. (2014). Zorg voor werk: hoe kan de (eerstelijns)zorg bijdragen aan een gezonde beroepsbevolking? Hoofddorp, TNO.
12. Instituut Gak (2015). Onderzoeksprogramma Arbeid & Gezondheidszorg: Weergave van de resultaten. Utrecht, Instituut Gak.
13. NVAB (2013). Leidraad: Casemanagement bij ziekteverzuimbegeleiding. Utrecht, NVAB.
14. Nauta A.P. (2004). Een vertrouwenskwestie? Over het samenwerken van huisartsen en bedrijfsartsen. Proefschrift Open universiteit.
15. AKC/NVvA (2015). Leidraad voor de arbeidsdeskundige analyse, advisering en toetsing van arbeidsparticipatiemogelijkheden van een werknemer of zelfstandig ondernemer. Utrecht, NvVA.
16. NVVG (2010). Verzekeringsgeneeskundige protocollen: Participatiegedrag. Utrecht, NVVG.
17. Bakhuis-Roozeboom, M. Fekke Ybema, J. & Buijs, P. (2011). Aandacht van huisarts en bedrijfsarts voor arbeid: Effecten op de tevredenheid van werknemers met de geboden zorg en op ziekteverzuim. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 89,1,27-34.
18. Slotervaart ziekenhuis (2012). Multidisciplinaire richtlijn HIV en arbeid.

- Amsterdam, Slotervaart ziekenhuis.
19. Nederlandse Vereniging voor Neurologie (2012). Richtlijn Multipale sclerose. Utrecht, Nederlandse Vereniging voor Neurologie.
 20. NHG (2011). NHG-Standpunt Kernwaarden huisartsgeneeskunde: generalistisch, persoonsgericht en continu. Utrecht, Nederlands Huisartsen Genootschap.
 21. CBO (2014). Zorgmodule Arbeid 1.0. Begeleiding rondom arbeidsparticipatie van chronisch zieken. Utrecht, CBO.
 22. Gezondheidsraad (2006). Verzekeringsgeneeskundige protocol Algemene inleiding. Den Haag, Gezondheidsraad.
 23. NVVG (2008). Verzekeringsgeneeskundige protocol Reumatoïde artritis. Utrecht, NVVG.
 24. GAV (2011). Beroepscode voor geneeskundig adviseurs werkzaam in particuliere verzekeringszaken en/of personenschadezaken. Door de GAV op de algemene ledenvergadering van 24-05-2011 geaccordeerde beroepscode.
 25. Anema H. (2013). Eén arts voor arbeid en gezondheid: tussen droom en daad. TIV 21:1.
 26. Schraa G. (2015). Communicatie bedrijfsarts en huisarts digitaal? *tbv* 23:7, 310-312.
 27. van der Weijden et al., in van Everdingen et al., 2014; pp. 165.
 28. Broersen S. (2011). Shared decision making voor beginners. *Medisch contact* 66(26), 1639-1641.
 29. Ubbink D., Knops A.M., Legemate D.A., Bossuyt P.M.M., de Haes J.C.J.M., Goossens A. (2009). Kiezen tussen verschillende behandelopties; hoe informeer ik mijn patient? *Ned tijdschr Geneeskd.* 153:B344, 1-7.
 30. van Staveren R. (2011). Gezamenlijke besluitvorming in de praktijk. *Patiëntgerichte gespreksvaardigheden.* *Ned Tijdschr Geneeskd* 155:A3777, 1-5.
 31. van Veenendaal H., Stalmeier P., van en Broek I., Baas-Thijssen M., Drenthen T., Hilders C., Otten W. (2013). Kiezen en delen: gedeelde besluitvorming als pijler voor goede zorg. *Kwaliteit in Zorg* 3, 4-6.
 32. van der Weijden T., Sanders-van Lennep A. (2012). Keuzehulpen voor de patiënt. *Huisarts & Wetenschap* 55,11, 516-521.
 33. Koning M. (2015). De psycholoog arbeid en gezondheid in organisaties. *Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).*

Bijlagen

Bijlage A

Indeling van methodologische kwaliteit van individuele studies

Tabel 1. Indeling van methodologische kwaliteit

	<i>Interventie</i>	<i>Diagnostisch accuratesse-onderzoek</i>	<i>Schade of bijwerkingen, etiologie, prognose</i>
A1	Systematische review van ten minste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van A2-niveau		
A2	Gerandomiseerd dubbelblind vergelijkend klinisch onderzoek van goede kwaliteit van voldoende omvang	Onderzoek ten opzichte van een referentietest (een 'gouden standaard') met tevoren gedefiniëerde afkapwaarden en onafhankelijke beoordeling van de resultaten van test en gouden standaard, betreffende een voldoende grote serie van opeenvolgende cliënten die allen de index- en referentietest hebben gehad	Prospectief cohortonderzoek van voldoende omvang en follow-up, waarbij adequaat gecontroleerd is voor 'confounding' en selectieve follow-up voldoende is uitgesloten
B	Vergelijkend onderzoek, maar niet met alle kenmerken als genoemd onder A2 (hieronder valt ook cliëntcontrole onderzoek, cohortonderzoek)	Onderzoek ten opzichte van een referentietest, maar niet met alle kenmerken die onder A2 zijn genoemd	Prospectief cohortonderzoek, maar niet met alle kenmerken als genoemd onder A2 of retrospectief cohortonderzoek of cliëntcontroleonderzoek
C	Niet-vergelijkend onderzoek		
D	Mening van deskundigen		

Tabel 2. Niveau van bewijs van conclusies

<i>Conclusie</i>	<i>Gebaseerd op</i>
1	Onderzoek van niveau A1 of ten minste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau A2
2	Eén onderzoek van niveau A2 of ten minste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau B
3	Eén onderzoek van niveau B of C
4	Mening van deskundigen

Bijlage B

Zoekstrategie systematisch literatuuronderzoek behorend bij uitgangsvraag 1 van hoofdstuk 1

Voor uitgangsvraag 1 van hoofdstuk 1 werd een literatuursearch uitgevoerd in PubMed, EMBASE, PsycINFO en CINAHL. De zoekstrategie is hieronder weergegeven.

PubMed

'P' patiëntenpopulatie

"chronic disease"[Mesh] OR chronic disease*[tw] OR chronic disorder*[tw] OR chronic health[tw] OR chronic condition*[tw]

'O' outcome

"return to work"[Mesh] OR (return to[tw] AND work[tw]) OR back to work[tw] OR unemployment[Mesh] OR unemployment[tw] OR "Employment"[Mesh:NoExp] OR employment[tw] OR employability[tw] OR work resumption[tw] OR working age[tw] OR "job satisfaction"[Mesh] OR "sick leave"[Mesh] OR absenteeism[Mesh] OR sick leave[tw] OR absenteeism[tw] OR work retention[tw] OR job retention[tw] OR job status[tw] OR work status[tw] OR employment status[tw] OR paid work[tw] OR vocational status[tw] OR occupational status[tw] OR work functioning[tw] OR job functioning[tw] OR work capacity[tw] OR employment capacity[tw] OR work participation[tw] OR employment participation[tw] OR stay at work[tw] OR presenteeism[tw] OR work outcomes[tw] OR work ability[tw]

Limiteringen

Engels, Duits, Nederlands, publicatiedatum na 01-01-2004 en beschikbaar abstract

Resultaat 'P' AND 'O'

1463 items

CINAHL

'P' patiëntenpopulatie

(MH "Chronic Disease") OR (SU chronic disease OR chronic disorder)

'O' outcome

(MH "Job Re-Entry") OR SU job re-entry OR (MH "Unemployment") OR SU unemployment OR (MH "Employment+") OR (SU employment OR employment status OR working age) OR (MH "Job Satisfaction+") OR SU job satisfaction OR (MH "Sick Leave") OR SU sick leave OR (MH "Absenteeism") OR SU absenteeism

Limiteringen

Engels, Duits, Nederlands, publicatiedatum na 01-01-2004 en beschikbaar abstract

Resultaat 'P' AND 'O'

584 items

EMBASE

'P' patiëntenpopulatie

chronic disease/ OR (chronic illness or chronic disease* or chronic disorder* or chronic condition or chronic health). ab, kw, ti.

'O' outcome

return to work/ OR (return to work or (return to adj3 work) or back to work). ab, kw, ti
OR unemployment/ OR unemployment. ab, kw, ti OR employment/ OR (employment or employability). ab, kw, ti OR employment status/ OR (employment status or job status or work status or vocational status or occupational status or paid work). ab, kw, ti
OR work resumption/ OR (work resumption or working age or work retention or job retention or work functioning or job functioning or work participation or employment participation or stay at work or presenteeism or work outcomes). ab, kw, ti OR work capacity/ OR (work capacity or employment capacity or work ability). ab, kw, ti OR job satisfaction/ OR job satisfaction. ab, kw, ti OR absenteeism/ OR (absenteeism or sick leave). ab, kw, ti

Limiteringen

Engels, Duits, Nederlands, publicatiedatum na 01-01-2004 en beschikbaar abstract

Resultaat 'P' AND 'O'

1932 items

PsycINFO

'P' patiëntenpopulatie

"chronicity (Disorders)" / OR "chronic illness" / (chronic disease or chronic disorder? or chronic health or chronic condition or chronic illness). ab, id, ti

'O' outcome

reemployment/ OR (return to work or (return to adj3 work) or back to work). ab, id, ti
OR unemployment/ OR unemployment. ab, id, ti OR employment status/ OR (employment status or employment or work resumption or working age or paid work or work functioning or job functioning). ab, id, ti OR occupational status/ OR (occupational status or job status or work status or vocational status or work participation or employment participation or stay at work or presenteeism or work outcomes or work ability). ab, id, ti OR employability/ OR (employability or work capacity or employment capacity). ab, id, ti OR job satisfaction/ OR (job satisfaction or work retention or job retention). ab, id, ti OR employee absenteeism/ OR (employee absenteeism or sick leave or absenteeism). ab, id, ti

Limiteringen

Engels, Duits, Nederlands, publicatiedatum na 01-01-2004 en beschikbaar abstract

Resultaat 'P' AND 'O'

302 items

Bijlage C

Evidence tabel ziekte-overstijgende factoren – weergegeven per factor

Factor	Richtlijn	Associatie	Uitkomst- maat ¹	Niveau van bewijs	Referentie
<i>Sociodemografisch</i>					
Oudere leeftijd	Multidisciplinaire richtlijn Hartrevalidatie	-	WH	Niv 1	
	Richtlijn Reumatoïde artritis en participatie in arbeid	-	WB	Niv 1	
	NVAB richtlijn Ischemische hartziekten	-	WH	Niv 2	
	Ketenzorgrichtlijn Aspecifieke-lage-rugklachten	-	WH	Niv 2	
	Blauwdruk Kanker en werk	-	WH	Niv 2	
	Richtlijn Diagnostiek en behandeling van Reumatoïde Artritis	-	WB	Niv 2	
	Multidisciplinaire richtlijn HIV en arbeid	-	WH	Niv 3	
	Multidisciplinaire richtlijn Niet-aangeboren hersenletsel en arbeidsparticipatie	-	WH	Niv 3	
	Verzekeringsgeneeskundige protocol Reumatoïde artritis	-	WH	Niv 3	B: Puolakka 2005
	Multidisciplinaire richtlijn Aspecifieke klachten arm, nek en/of schouder	-	WH	Niv 3	
	Systematisch literatuuronderzoek	-	WB	Niv 3	B: Muehrer 2011
	Multidisciplinaire richtlijn Werk en Psychische aandoeningen (EPA)	+	WB	Niv 1	
	Verzekeringsgeneeskundig protocol Beroerte	+	WH	Niv 3	B: Wozniak 1999
Multidisciplinaire richtlijn Niet-aangeboren hersenletsel en arbeidsparticipatie	+	WH	Niv 3		
Systematisch literatuuronderzoek	+	WB - WH	Niv 2	A2: Heijbel 2006, C: Baanders 2002	
Lager opleidingsniveau	Multidisciplinaire richtlijn Hartrevalidatie	-	WH	Niv 1	
	Richtlijn Reumatoïde artritis en participatie in arbeid	-	WB	Niv 1	
	NVAB richtlijn Ischemische hartziekten	-	WH	Niv 2	
	Verzekeringsgeneeskundige protocol Reumatoïde artritis	-	WH	Niv 2	B: Puolakka 2005a, 2005b
	Richtlijn Amputatie en prothesiologie onderste extremititeit	-	WH	Niv 3	
Hooger opleidingsniveau	Multidisciplinaire richtlijn HIV en arbeid	-	WH	Niv 3	
	Systematisch literatuuronderzoek	-	WB	Niv 3	
	Multidisciplinaire richtlijn Werk en Psychische aandoeningen (EPA)	+	WB	Niv 1	C: Baanders 2012
	Richtlijn Multipelle sclerose	+	WB	Niv 2	

¹ WB = werkbehoud, WH = werkherhvatting

	Multidisciplinaire richtlijn Niet-aangeboren hersenletsel en arbeidsparticipatie Verzekeringsgeneeskundige protocol Chronische nierschade	+	+	WB - WH WB	Niv 3 Niv 3	C: Kutner 2008
Vrouwelijk geslacht	Multidisciplinaire richtlijn Hartrevalidatie Ketenzorgrichtlijn Aspecifieke-lage-rugklachten Multidisciplinaire richtlijn Aspecifieke klachten arm, nek en/of schouder Multidisciplinaire richtlijn Niet-aangeboren hersenletsel en arbeidsparticipatie Multidisciplinaire richtlijn HIV en arbeid Systematisch literatuuronderzoek	-	-	WH WH WH WH WB WB	Niv 1 Niv 2 Niv 3 Niv 3 Niv 3 Niv 3	B: Muehrer 2011, C: Baanders 2012
Allochtoon/ etnische minderheid	Multidisciplinaire richtlijn Hartrevalidatie Multidisciplinaire richtlijn HIV en arbeid Multidisciplinaire richtlijn Niet-aangeboren hersenletsel en arbeidsparticipatie Systematisch literatuuronderzoek	-	-	WH WB - WH WH WB	Niv 3 Niv 3 Niv 3 Niv 3	B: Muehrer 2011
Hebben van kinderen	Multidisciplinaire richtlijn HIV en arbeid Verzekeringsgeneeskundige protocol Reumatoïde artritis	-	-	WB WH	Niv 3 Niv 3	B: Gignac 2004, C: Chorus 2001, C: Defaille 2003
Psychosociaal						
Lage herstelverwachting	Ketenzorgrichtlijn Aspecifieke-lage-rugklachten Multidisciplinaire richtlijn Hartrevalidatie NVAB richtlijn Rugklachten	-	-	WB WH WH	Niv 2 Niv 1 Niv 2	A2: Spelten 2002, B: Spelten 2003, C: Maunsell 2004
Positief verwachtingspatroon Eigen positieve voorspelling van werkhervatting	Verzekeringsgeneeskundig protocol Borsstkanker NVAB richtlijn Ischemische hartziekten Systematisch literatuuronderzoek	+	+	WH WH WH	Niv 2 Niv 3 Niv 2	A2: Heijbel 2006
Betere motivatie t.a.v. werk	Multidisciplinaire richtlijn HIV en arbeid Verzekeringsgeneeskundige protocol Chronische nierschade NVAB richtlijn Ischemische hartziekten Multidisciplinaire richtlijn Niet-aangeboren hersenletsel en arbeidsparticipatie	+	+	WH WB WH WH	Niv 3 Niv 3 Niv 2 Niv 4	C: Kuiper 2009
Ineffectieve coping	Richtlijn Diagnostiek en behandeling van Reumatoïde Artritis NVAB richtlijn Ischemische hartziekten	-	-	WB WH	Niv 2 Niv 3	

	Richtlijn Reumatoïde artritis en participatie in arbeid Verzekeringsgeneeskundige protocol Reumatoïde artritis	-	WB WH	Niv 1 Niv 3	B: Gignac 20005, C: Chorus 2001
Verstoord emotioneel evenwicht	Multidisciplinaire richtlijn Hartrevalidatie Multidisciplinaire richtlijn Niet-aangeboren hersenletsel en arbeidsparticipatie	-	WH WH	Niv 1 Niv 4	
Angst	Blauwdruk Kanker en werk NVAB richtlijn Ischemische hartziekten	-	WH WH	Niv 2 Niv 2	
Middelen misbruik (alcohol, drugs)	Multidisciplinaire richtlijn Hartrevalidatie Multidisciplinaire richtlijn HIV en arbeid Systematisch literatuuronderzoek	-	WH WB - WH WB	Niv 3 Niv 3 Niv 3	B: Muehrer 2011
Perceptie welkom terug te zijn op het werk	Systematisch literatuuronderzoek	+	WH	Niv 2	A2: Heijbel 2006
Lichamelijk					
Vermoeidheid	Richtlijn Reumatoïde artritis en participatie in arbeid	-	WB	Niv 1	
	Blauwdruk Kanker en werk	-	WH	Niv 2	
	Richtlijn Multipole sclerose	-	WB	Niv 3	
	Verzekeringsgeneeskundige protocol Reumatoïde artritis	-	WH	Niv 3	B: Backman 2004
	Verzekeringsgeneeskundig protocol Borstkanker	-	WH	Niv 3	B: Spelten 2003
Aanwezigheid co-morbiditeit	Multidisciplinaire richtlijn Niet-aangeboren hersenletsel en arbeidsparticipatie	-	WH	Niv 4	
	Blauwdruk Kanker en werk	-	WH	Niv 2	
	Multidisciplinaire richtlijn Hartrevalidatie	-	WH	Niv 2	
	Richtlijn Amputatie en prothesiologie onderste extremititeit	-	WH	Niv 3	
	Verzekeringsgeneeskundige protocol COPD	-	WH	Niv 3	C: Kremer 2003
Diabetes mellitus	Multidisciplinaire richtlijn Diagnostiek en behandeling van COPD	-	WB	Niv 3	
	Multidisciplinaire richtlijn HIV en arbeid	-	WB	Niv 3	
	Systematisch literatuuronderzoek	-	WB	Niv 3	
	Multidisciplinaire richtlijn Niet-aangeboren hersenletsel en arbeidsparticipatie	-	WH	Niv 3	B: Muehrer 2011
	Verzekeringsgeneeskundige protocol Chronische nierschade	-	WH	Niv 3	B: Matas 1996
Depressie	Multidisciplinaire richtlijn Hartrevalidatie	-	WH	Niv 1	
	NVAB richtlijn Ischemische hartziekten	-	WH	Niv 2	

	Blauwdruk Kanker en werk	-	WH	Niv 2		
	Verzekeringsgeneeskundig protocol Beroerte	-	WH	Niv 3		B. Saeki 1995
	Multidisciplinaire richtlijn HIV en arbeid	-	WB - WH	Niv 3		
Slechtere algemene gezondheid	Blauwdruk Kanker en werk	-	WH	Niv 2		
	Ketenzorgrichtlijn. Aspectieke-lage-rugklachten	-	WH	Niv 2		
Beter fysiek functioneren	Verzekeringsgeneeskundige protocol Chronische nierschade	+	WB	Niv 3		B. Van Maanen 01
	Multidisciplinaire richtlijn Niet-aangeboren hersenletsel en	-	WH	Niv 3		
	Multidisciplinaire richtlijn Guillain-Barré syndroom	-	WH	Niv 3		
Verminderde fysieke conditie	Richtlijn Diagnostiek en Behandeling Cystic Fibrosis	-	WH	Niv 3		
	Multidisciplinaire richtlijn Niet-aangeboren hersenletsel en arbeidsparticipatie	-	WH	Niv 4		
	Verzekeringsgeneeskundig protocol Beroerte	-	WH	Niv 4		
Beperkingen						
	Multidisciplinaire richtlijn Werk en Psychische aandoeningen (EPA)	-	WB	Niv 1		
	Richtlijn Multipele sclerose	-	WB	Niv 2		
	Multidisciplinaire richtlijn HIV en arbeid	-	WB - WH	Niv 3		
Cognitieve beperkingen	Verzekeringsgeneeskundige protocol Schizofrenie en verwante psychosen	-	WB	Niv 3		C. Becker 1998
	Multidisciplinaire richtlijn Niet-aangeboren hersenletsel en arbeidsparticipatie	-	WH	Niv 4		
	Verzekeringsgeneeskundig protocol Beroerte	-	WH	Niv 4		
	Blauwdruk Kanker en werk	-	WH	Niv 4		
	Richtlijn Reumatoïde artritis en participatie in arbeid	-	WB	Niv 1		
	Ketenzorgrichtlijn. Aspectieke-lage-rugklachten	-	WH	Niv 2		
Hogere pijnniveaus	Blauwdruk Kanker en werk	-	WH	Niv 2		
	Verzekeringsgeneeskundige protocol Reumatoïde artritis	-	WB	Niv 2		B. Backman 2004, B. Sokka 2001
	Multidisciplinaire richtlijn Niet-aangeboren hersenletsel en arbeidsparticipatie	-	WH	Niv 3		
Minder pijn	Systematisch literatuuronderzoek	+	WH	Niv 2		A2: Heijbel 2006
	Multidisciplinaire richtlijn Guillain-Barré syndroom	-	WH	Niv 3		
Psychische beperkingen	Multidisciplinaire richtlijn HIV en arbeid	-	WH	Niv 3		
	Multidisciplinaire richtlijn Werk en Psychische aandoeningen (EPA)	-	WB	Niv 3		
Functionele beperkingen	Richtlijn Multipele sclerose	-	WB	Niv 2		
	Multidisciplinaire richtlijn Aspectieke klachten arm, nek en/of schouder	-	WH	Niv 3		

Fysieke klachten/beperkingen	Blauwdruk Kanker en werk Multidisciplinaire richtlijn HIV en arbeid Systematisch literatuuronderzoek	- - - +	WH WH WB WB WH	Niv 2 Niv 3 Niv 3 Niv 3 Niv 2	C: Baanders 2012 C: Kuiper 2009 A2: Heijbel 2006
Weinig fysieke klachten	Verzekeringsgeneeskundige protocol Chronische nierschade Systematisch literatuuronderzoek	+	WH	Niv 2	A2: Heijbel 2006
Hogere ernst beperkingen	Multidisciplinaire richtlijn Aspecifieke klachten arm, nek en/of schouder Keten zorgrichtlijn Aspecifieke-lage-rugklachten	- -	WH WH	Niv 2 Niv 3	
Klachten van slechts 1 symptoomgroep	Multidisciplinaire richtlijn Niet-aangeboren hersenletsel en arbeidsparticipatie Systematisch literatuuronderzoek	- +	WB WH	Niv 3 Niv 2	A2: Heijbel 2006
Langere ziekteduur	Verzekeringsgeneeskundige protocol Reumatoïde artritis	-	WB	Niv 3	B: Chorus 2003
Kortere ziekteduur (<5 jaar)	Systematisch literatuuronderzoek	+	WH	Niv 2	A2: Heijbel 2006
Kortere verzuimdur (<1 jaar)	Systematisch literatuuronderzoek	+	WH	Niv 2	A2: Heijbel 2006
Niet in staat zich voort te bewegen	Systematisch literatuuronderzoek	-	WB	Niv 3	B: Muehrer 2011
Nachtelijk toiletgebruik	Systematisch literatuuronderzoek	-	WB	Niv 3	C: Calsbeek 2006
Medicatiegebruik	Systematisch literatuuronderzoek	-	WB	Niv 3	C: Calsbeek 2006
Bijwerkingen van medicatie	Multidisciplinaire richtlijn HIV en arbeid Multidisciplinaire richtlijn Werk en Psychische aandoeningen (EPA)	- -	WH WB	Niv 3 Niv 4	
Werk-gereleerd					
Fysiek zwaar werk	Richtlijn Reumatoïde artritis en participatie in arbeid Richtlijn Diagnostiek en behandeling van Reumatoïde Artritis Blauwdruk Kanker en werk Keten zorgrichtlijn Aspecifieke-lage-rugklachten Richtlijn Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met Ischemische hartziekten Richtlijn Amputatie en prothesiologie onderse extremitet Multidisciplinaire richtlijn Guillain-Barré syndroom Verzekeringsgeneeskundig protocol Borsitkanker Multidisciplinaire richtlijn Diagnostiek en Behandeling van mensen met Whiplash Associated Disorder I / II Verzekeringsgeneeskundige protocol Reumatoïde artritis	- - - - - - - - - -	WB WH WH WH WH WH WH WH WH WH WH WH WH WH	Niv 1 Niv 2 Niv 2 Niv 2 Niv 2 Niv 3 Niv 3 Niv 3 Niv 3 Niv 3 Niv 3 Niv 3 Niv 3	B: Spelten 2003 B: Gignac 2004,

	<p>Multidisciplinaire richtlijn Diagnostiek en behandeling van COPD</p> <p>Richtlijn Multipole sclerose</p> <p>Verzekeringseenskundige protocol Schizofrenie en verwante psychosen</p> <p>Richtlijn Reumatoïde artritis en participatie in arbeid</p> <p>Richtlijn Diagnostiek en behandeling van Reumatoïde Artritis</p> <p>Multidisciplinaire richtlijn Hartrevalidatie</p> <p>Verzekeringseenskundige protocol Schizofrenie en verwante psychosen</p> <p>Verzekeringseenskundige protocol Reumatoïde artritis</p>	-	WB	Niv 3 Niv 3 Niv 3	C: Chorus 2001, C: Detaille 2003, C: Varekamp 2005
Wenig autonomie en regelmatigheid	<p>Richtlijn Reumatoïde artritis en participatie in arbeid</p> <p>Richtlijn Diagnostiek en behandeling van Reumatoïde Artritis</p> <p>Multidisciplinaire richtlijn Hartrevalidatie</p> <p>Verzekeringseenskundige protocol Schizofrenie en verwante psychosen</p> <p>Verzekeringseenskundige protocol Reumatoïde artritis</p>	-	WB WH WH WB WH	Niv 1 Niv 2 Niv 2 Niv 3 Niv 3	C: Bakker-Rens, 1993 C: Bakker-Rens, 1993 B: Gignac 2004, C: Chorus 2001, C: Detaille 2003, C: Varekamp 2005
Parttime baan (voor aandoening)	<p>Multidisciplinaire richtlijn Hartrevalidatie</p> <p>Multidisciplinaire richtlijn Specifieke klachten arm, nek en/of schouder</p>	-	WH WH	Niv 2 Niv 3	
Laaggeschoold werk	<p>Blauwdruk Kanker en werk</p> <p>Multidisciplinaire richtlijn Diagnostiek en Behandeling van mensen met Whiplash Associated Disorder I / II</p>	-	WH WH	Niv 2 Niv 3	
Hoog werktempo	<p>Ketenzorgrichtlijn Specifieke-lage-rugklachten</p> <p>Richtlijn Diagnostiek en behandeling van Reumatoïde Artritis</p> <p>Blauwdruk Kanker en werk</p>	-	WH WH WH	Niv 2 Niv 2 Niv 2	
Hoge werkdruk	<p>Multidisciplinaire richtlijn Hartrevalidatie</p> <p>Blauwdruk Kanker en werk</p> <p>Multidisciplinaire richtlijn Niet-aangeboren hersenletsel en arbeidsparticipatie</p>	-	WH WH WH	Niv 2 Niv 2 Niv 4	
Werkstress	<p>Blauwdruk Kanker en werk</p> <p>NVAB richtlijn Ischemische hartziekten</p> <p>Multidisciplinaire richtlijn Werk en Psychische aandoeningen (EPA)</p>	-	WH WH WB	Niv 2 Niv 2 Niv 4	
Verrichten van bureauwerkzaamheden	<p>Verzekeringseenskundig protocol Beroerte</p> <p>Richtlijn Multipole sclerose</p>	+	WH WB	Niv 2 Niv 3	B: Vestling 2003, B: Saeki 1995
Mogelijkheid werk aan te passen (aan	<p>Verzekeringseenskundig protocol Bowstanker</p>	+	WH	Niv 2	A2: Spelten 2002, B: Spelten 2003, C: Maunsell 2004

functionele mogelijkheden)	Richtlijn Amputatie en prothesiologie onderste extremititeit	+	WH	Niv 3	
Werkplekaanpassingen	Multidisciplinaire richtlijn Complex regionaal pijn syndroom type I	+	WB	Niv 4	
	Multidisciplinaire richtlijn Diagnostiek en behandeling van COPD	+	WB	Niv 3	
	Multidisciplinaire richtlijn Niet-aangeboren hersenletsel en arbeidsparticipatie	+	WH	Niv 4	
	Multidisciplinaire richtlijn Werk en Psychische aandoeningen (EPA)	+	WB	Niv 4	
Flexibele werktijden	Systematisch literatuuronderzoek	+	WB	Niv 3	C: Messmer-Uccelli 2009
	Multidisciplinaire richtlijn Niet-aangeboren hersenletsel en arbeidsparticipatie	+	WH	Niv 4	
	Richtlijn Multipele sclerose	+	WB	Niv 3	
Steun in werkomgeving					
Onvoldoende steun en begrip van collega's en leidinggevende	Richtlijn Reumatoïde artritis en participatie in arbeid	-	WB	Niv 1	
	Richtlijn Diagnostiek en behandeling van Reumatoïde Artritis	-	WH	Niv 2	
	Verzekeringsgeneeskundige protocol Reumatoïde artritis	-	WH	Niv 3	B: Gignac 2004, C: Chorus 2001, C: Detaille 2003, C: Varekamp 2005
	Multidisciplinaire richtlijn Diagnostiek en behandeling van COPD	-	WB	Niv 3	
	Multidisciplinaire richtlijn Niet-aangeboren hersenletsel en arbeidsparticipatie	-	WH	Niv 4	
Steun in werksituatie	Multidisciplinaire richtlijn Werk en Psychische aandoeningen (EPA)	-	WB	Niv 4	
	Verzekeringsgeneeskundig protocol Borstkanker	+	WH	Niv 2	A2: Spelten 2002, B: Spelten 2003, C: Maunsell 2004
	Blauwdruk Kanker en werk	+	WH	Niv 2	
	Verzekeringsgeneeskundige protocol Chromische nierschade	+	WB	Niv 3	C: Kuiper 2009
	Multidisciplinaire richtlijn Complex regionaal pijn syndroom type I	+	WB	Niv 4	
Begrip leidinggevende en collega's	Multidisciplinaire richtlijn Niet-aangeboren hersenletsel en arbeidsparticipatie	+	WH	Niv 4	
	Richtlijn Multipele sclerose	+	WB	Niv 3	
	Verzekeringsgeneeskundig protocol Depressieve stoornis	+	WH	Niv 3	B: Nieuwenhuijzen 2004
Stigmatisering en discriminatie op werk	Verzekeringsgeneeskundig protocol Borstkanker	-	WH	Niv 3	
	Multidisciplinaire richtlijn HIV en arbeid	-	WH	Niv 3	B: Spelten 2003
	Multidisciplinaire richtlijn Werk en Psychische aandoeningen (EPA)	-	WB	Niv 3	

Omgeving						
Ervaren sociale steun	Multidisciplinaire richtlijn Hartrevalidatie.					Niv 1
	Verzekeringsgeneeskundige protocol Artrose heup en knie	+			WH	Niv 2
	Blauwdruk Kanker en werk	+			WB	Niv 3
	Verzekeringsgeneeskundige protocol Chronische nierschade	+			WH	Niv 3
	Multidisciplinaire richtlijn Niet-aangeboren hersenletsel en arbeidsparticipatie	+			WB	Niv 4
	Multidisciplinaire richtlijn Werk en Psychische aandoeningen (EPA)	+			WH	Niv 4
Sociale situatie / lage sociale klasse	Multidisciplinaire richtlijn HIV en arbeid	-			WB	Niv 3
	Verzekeringsgeneeskundige protocol Reumatoïde artritis	-			WH	Niv 3
Wonen in een regio met hoge SES	Systematisch literatuuronderzoek	+			WB	Niv 3
	Systematisch literatuuronderzoek	+			WB	Niv 3
Problemen met woon-werkverkeer	Blauwdruk Kanker en werk	-			WH	Niv 3
	Verzekeringsgeneeskundige protocol Reumatoïde artritis	-			WH	Niv 3
Stimulerende houding t.a.v. werk door hulpverleners	Verzekeringsgeneeskundige protocol Chronische nierschade	+			WB	Niv 3
	Multidisciplinaire richtlijn Complex regionaal pijn syndroom type I	+			WB	Niv 4

Bijlage D

Evidence tabel ziekte-specifieke factoren – weergegeven per ziekte

Ziekte	Jaar	Uitkomst maat	Factor	Pos / neg	Niveau bewijs	Kwaliteit studie			
Amputatie onderste extremititeit [13]	2012	WH	vasculaire reden voor amputatie	-	Niv 3				
			minder draagcomfort prothese	-	Niv 3				
			hogere leeftijd bij amputatie	-	Niv 3				
			hoger niveau van amputatie	-	Niv 3				
			fantoompijn	-	Niv 3				
Aspectieffe lage ruggijn [2]	2010	WH	Uitstralende pijn	-	Niv 2				
			Hoger gewicht	-	Niv 2				
			Eerder langtung verzuim	-	Niv 2				
			Geen vervangende lichte werkzaamheden	-	Niv 2				
			Hectische werkzaamheden	-	Niv 2				
			ernst polsklachten	-	Niv 3				
aspectieffe KANS [3]	2012	WH	inadequaat ziekte- en hersteigedrag	-	Niv 3				
			lager niveau patiënttevredenheid na interventie	-	Niv 3				
			Hoge ziekteactiviteit	-	Niv 1				
Reumatoïde artritis [22,29]	2008-2012	WB	Hogere mate van (ochtend)stijfheid.	-	Niv 1				
	2012	WB	Sombere verwachtingen met betrekking tot de terugkeer naar arbeid	-	Niv 1				
Reumatoïde artritis [16]	2009	WB	Adequate controle van de ziekteactiviteit	+	Niv 2	B (2)			
	2008	WB	Hogere mate van gewrichtsschade en aantal aangedane gewrichten	-	Niv 2	A2: Sokka 2001 A2: Verstappen 2004			
Reumatoïde artritis [29]		WH	Fulltime werk (meer dan 32 uur)	-	Niv 3	B: Gignac 2004			
			Repetitieve bewegingen	-	Niv 3	C: Chorus 2001			
			Collega's zijn niet op de hoogte;	-	Niv 3	C: Vorekamp 2005			
			Problemen met toegankelijkheid werkplek en verplaatsen op werk	-	Niv 3	C: Detaille 2003			
			Risico van intracellulaire infecties op het werk	-	Niv 3				
			Beschikbare zorgverlening	+	Niv 3	B: Gignac 2004			
			Blootstelling aan extreme temperatuur(schommelingen)	-	Niv 3	C: Chorus 2001			
									C: Detaille 2003
									B: Gignac 2004

Beroerte [24]	2007	WH	Goede medewerking aan revalidatie	+	Niv 2	B: Vestling, 2003 B: Saeki 1995
	2007	WH	Normale spierkracht	+	Niv 2	
	2007	WH	Zelfstandig kunnen lopen	+	Niv 2	
Beroerte [10]	2012	WH	Afhankelijkheid (Barthel)	-	Niv 3	
	2012	WH	Goede handfunctie hemiplegische zijde	+	Niv 3	
	2012	WH	ADL zelfstandigheid	+	Niv 3	
	2012	WH	Extracranieel letsel	-	Niv 3	
Beroerte [24]	2007	WH	Stoornissen in motoriek en mobiliteit	-	Niv 4	
	2007	WH	Stoornissen in communicatie	-	Niv 4	
	2007	WH	Neuropsychologische stoornissen	-	Niv 4	
	2012	WH	Langere opnameduur	-	Niv 1	
	2012	WB	Gehuwd zijn	+	Niv 3	
	2012	WB	Zelfstandig kunnen autorijden	+	Niv 3	
	2012	WH	Ernstiger hersenletsel	-	Niv 3	
	2012	WH	Beter Neuropsychologisch functioneren (volgens diverse tests)	+	Niv 3	
	2012	WH	Misselijkheid of braken bij opname	-	Niv 3	
	2012	WH	Minder dan 11 jaar onderwijs	-	Niv 3	
	2012	WH	Afasie	-	Niv 3	
	2012	WH	Vastberadenheid	+	Niv 4	
	2012	WH	Goed gevoel voor humor	+	Niv 4	
	2012	WH	Positieve instelling	+	Niv 4	
	2012	WH	Overtuiging eigen kunnen	+	Niv 4	
	2012	WH	Negatieve percepties over werk	-	Niv 4	
	2012	WH	verhoogde gevoeligheid prikkels	-	Niv 4	
	2012	WH	Veel prikkels in werkomgeving	-	Niv 4	
	2012	WH	Gebrek aan structuur	-	Niv 4	
	2012	WH	Verstoorde balans werk en privé	-	Niv 4	
	2012	WH	Uitkering voor beroerte	-	Niv 4	
	2012	WH	Financiële afhankelijkheid van werk	+	Niv 4	
	2012	WH	Krijgen van uitkering na beroerte	-	Niv 4	

	2012	WH	Geen vergoeding re-integratietraject	-	Niv 4	
	2012	WH	gedragsverandering	-	Niv 4	
	2012	WH	epilepsie	-	Niv 4	
	2012	WH	Pijn en zwakte van lichaamshelft	-	Niv 4	
	2012	WH	gebrekkige informatie werkgever en collegae	-	Niv 4	
	2012	WH	gebrekkige communicatie werkgever	-	Niv 4	
	2012	WH	misverstanden op de werkvloer	-	Niv 4	
	2012	WH	goede samenwerking disciplines	-	Niv 4	
	2012	WH	stapsgewijze terugkeer naar werk mogelijk	-	Niv 4	
	2012	WH	aandacht re-integratie tijdens revalidatie	-	Niv 4	
	2012	WH	ondersteuning langere termijn (na RTW)	-	Niv 4	
Beroerte en NAH [10, 24]	2007-2012	WH	Beperkt ziekte-inzicht (zelfoverschatting)	-	Niv 4	
MS [21]	2012	WB	Progressief ziekte-type	-	Niv 2	
		WB	Toenemende mate van beperkingen	-	Niv 2	
		WB	Langere opleidingsduur	+	Niv 2	
		WB	Lange werkduur	-	Niv 3	
		WB	Rigide werkschema	-	Niv 3	
		WB	Werk met manuele precisie	-	Niv 3	
		WB	Zittend werk	-	Niv 3	
		WB	Werk in publieke sector	-	Niv 3	
Complex regionaal pijnsyndroom [4]		WB	Aangepaste taakeisen	+	Niv 4	
Chronische nierschade [26]	2009	WB	Praktische problemen (tijd) rondom dialyse	-	Niv 3	C: Markell 1997
		WB	Beter psychosociaal functioneren	+	Niv 3	B: van Manen 2001
		WB	Gevoel van ziek zijn (subjective illness)	-	Niv 3	C: Markell 1997
		WH	Dialysecentrum met aandacht voor werk	+	Niv 3	C: Kutner 2008
		WH	Keuzemogelijkheid in behandeling	+	Niv 3	C: Kutner 2008
Diabetes Mellitus [12]	2001	WH	snelle en/of onregelmatige roosterwisselingen	-	Niv 4	D: mening deskundigen
		WH	onvoorspelbaarheid van de fysieke belasting	-	Niv 4	D: mening deskundigen
		WH	(wettelijke) veiligheidseisen voor eigen werk	-	Niv 4	D: mening deskundigen

			WH	gebrek aan faciliteiten voor behandeling (insuline)	-	Niv 4	D: mening deskundigen
			WH	onvoldoende eigen deskundigheid voor zelf-regulatie	-	Niv 4	D: mening deskundigen
			WH	diabetische ontregelingen	-	Niv 4	D: mening deskundigen
Ischemische hartziekten [8, 18]	2007 - 2011		WH	Weinig zelfvertrouwen	-	Niv 2	
Ischemische hartziekten [8]	2011		WH	Gebrek aan motivatie	-	Niv 1	
			WH	Goede acceptatie van ziekte	+	Niv 1	
			WH	Lagere inspanningstolerantie a.g.v. incident	-	Niv 2	
			WH	Angineuze klachten na incident	-	Niv 2	
			WH	Goed ziekte-inzicht	+	Niv 2	
			WH	Niet full time werken voor incident	-	Niv 2	
			WH	Hebben van doorbetaling tijdens ziekteverlof	-	Niv 2	
			WH	Naderende pensionering voor incident	-	Niv 2	
			WH	Voorgeschiedenis cardiale incidenten	-	Niv 3	
			WH	Lichamelijke inactiviteit	-	Niv 3	
Guillain-Barré syndroom [7]	2010		WH	Werk met hoge psychische eisen (verantwoordelijkheid)	-	Niv 3	
			WH	Sensibiliteitsstoornissen	-	Niv 3	
			WH	Krachtenverlies	-	Niv 3	
HIV [9]	2012		WB - WH	aanwezigheid van symptomen van HIV	-	Niv 3	
			WB - WH	fluctuaties in ziektebeloop	-	Niv 3	
			WB	kortere tijdsduur vanaf diagnose	+	Niv 3	
			WB	angst voor gezondheidsschade door werk	-	Niv 3	
			WB	onzekerheid over beloop van ziekte	-	Niv 3	
			WH	virale load of stadium van ziekte	-	Niv 3	
			WH	geschiedenis van gevangenschap	-	Niv 3	
			WH	gebrek aan/vermindering van arbeidsvaardigheden	-	Niv 3	
			WH	hiaten in CV	-	Niv 3	
			WH	lager inkomen	-	Niv 3	
			WH	angst voor gezondheidsschade door werk	-	Niv 3	
			WH	hogere waardering eigen gezondheid	+	Niv 3	

Psychische problemen [19]	WB	onregelmatige diensten	-	Niv 4	
	WB	goede werksfeer	+	Niv 4	
	WB	prettige collega's en leidinggevende	+	Niv 4	
	WB	structuur in het werk	+	Niv 4	
	WB	openheid van cliënt naar de werkvloer (disclosure)	+	Niv 4	
	WB	ontevredenheid met het werk	-	Niv 4	
	WB	onduidelijkheid over werkzaamheden	-	Niv 4	
	WB	wet- en regelgeving	-	Niv 4	
	WB	onbekendheid op het gebied van wet- en regelgeving	-	Niv 4	
	WB	problemen in thuisituatie	-	Niv 4	
	WB	somatisatie	-	Niv 4	
	WB	rigide persoonsstructuur	-	Niv 4	
	WB	arbeidsconflict	-	Niv 4	
WB	ongewenste omgangsvormen op het werk	-	Niv 4		
Depressieve stoornis [28]	WH	Ernst en beloop van depressieve episode	+/-	Niv 3	C: van der Klink 2005
	WH	Contact tussen werknemer en werkgever	+	Niv 3	B: Nieuwenhuijsen 2004
	WH	leidinggevende staat open voor gedeeltelijke werkhervatting	+	Niv 3	
Schizofrenie [30]	WB	Actuele arbeidsvaardigheden	+	Niv 1	A1: Michon 2005
	WB	Hogere arbeidsgelateerde self-efficacy	+	Niv 1	A1: Michon 2005
	WB	Somatische aandoeningen	-	Niv 3	C: Becker 1998
	WB	Opgelegd werktempo	-	Niv 3	C: Bakker-Rens, 1993
	WB	Voorgescreven werkindeling	-	Niv 3	
	WB	Lawaai in het werk	-	Niv 3	
	WB	Comorbide middelengebruik	-	Niv 3	C: Becker 1998

Bijlage E

Zoekstrategie systematisch literatuuronderzoek behorend bij uitgangsvraag 1 van hoofdstuk 1

Voor deze vraag werd een literatuursearch uitgevoerd in PubMed. Met betrekking tot juridische factoren werd er ook gezocht in PiCarta. De zoekstrategie is hieronder weergegeven.

Financiële factoren

PubMed

'P' patiëntenpopulatie

"chronic disease"[Mesh] OR chronic disease*[tw] OR chronic disorder*[tw] OR chronic health[tw] OR chronic condition*[tw] OR chronic illness[tw]

'I' intervention

salary*[tw] OR compensation*[tw] OR worker compensation*[tw] OR compensation claim*[tw] OR injury compensation[tw] OR injury compensation claim[tw] OR economic compensation*[tw] OR economic condition*[tw] OR economic factor*[tw] OR sick cost*[tw] OR financial cost*[tw] OR financial assistance*[tw] OR financial situation[tw] OR financial problem*[tw] OR financial security[tw] OR financial factor*[tw] OR financial compensation*[tw] OR insurance coverage*[tw] OR social security benefit*[tw] OR disability pension*[tw]

'O' outcome

vocational reintegration[tw] OR occupational reintegration[tw] OR occupation[tiab] OR work*[tiab] OR job[tiab] OR employment[mesh] OR employment[tiab] OR employ*[tiab] OR re-employment[tiab] OR unemployment[mesh] OR unemploy*[tiab]

Limiteringen

Engels, Nederlands, publicatiedatum na 01-01-2005 en beschikbaar abstract

Resultaat 'P' AND 'I' AND 'O'

349 items

Juridische factoren

PubMed

'P' patiëntenpopulatie

"chronic disease"[Mesh] OR chronic disease*[tw] OR chronic disorder*[tw] OR chronic health[tw] OR chronic condition*[tw]

'I' intervention

Legal factor*[tw] OR legal condition*[tw] OR legal situation*[tw] OR legal problem*[tw] OR juridical factor*[tw] OR juridical condition*[tw] OR juridical situation*[tw] OR juridical problem*[tw] OR law[tiab] OR legislation[tw]

'O' outcome

vocational reintegration[tw] OR occupational reintegration[tw] OR occupation[tiab] OR work*[tiab] OR job[tiab] OR employment[mesh] OR employment[tiab] OR employ*[tiab] OR re-employment[tiab] OR unemployment[mesh] OR unemploy*[tiab]

Limiteringen

Engels, Nederlands, publicatiedatum na 01-01-2005 en beschikbaar abstract

Resultaat 'P' AND 'I' AND 'O'

116 items

Picarta

'P' patiëntenpopulatie

Chronisch ziek OR chronische ziekte OR chronische aandoening OR chronische conditie

'I' intervention

Juridische factoren OR juridische staat OR juridische situatie OR juridisch probleem OR juridische problemen OR wettelijke factoren OR wettelijke staat OR wettelijke conditie OR wettelijke probleem OR wettelijke problemen OR wet OR wetgeving

'O' outcome

Beroepsreintegratie OR arbeidsreintegratie OR werk OR beroep OR baan OR integratie OR werkgelegenheid OR werkloosheid

Limiteringen

Publicatiedatum na 01-01-2005

Resultaat 'P' AND 'I' AND 'O'

1 item

Bijlage F

Zoekstrategie systematisch literatuuronderzoek behorend bij uitgangsvraag 1 van hoofdstuk 2

Voor deze vraag werd een literatuursearch uitgevoerd in PubMed, EMBASE, PsycINFO, CINAHL en Cochrane Library. De zoekstrategie is hieronder weergegeven.

PubMed

'I' Intervention

rehabilitation, vocational[Mesh] OR vocational rehabilitation[tw] OR vocational intervention*[tw] OR occupational rehabilitation[tw] OR work rehabilitation[tw] OR occupational therapy[mesh] OR occupational therapy[tw]

'O' outcome

return to work[Mesh] OR (return to[tw] AND work[tw]) OR back to work[tw] OR work resumption[tw] OR work readiness[tw] OR employment[Mesh:NoExp] OR employment[tw] OR employability[tw] OR work retention[tw] OR job retention[tw] OR paid work[tw] OR stay at work[tw] OR sick leave[mesh] OR sick leave[tw] OR sickness absence[tw] OR absenteeism[Mesh] OR absenteeism[tw] OR work ability[tw] OR work disability[tw] OR work status[tw] OR employment status[tw] OR work capacity[tw]

'S' study design

MEDLINE[tw] OR systematic review[tw] OR meta-analysis[pt]

Limiteringen

Engels, Duits, Nederlands, publicatiedatum na 01-01-2004 en beschikbaar abstract

Resultaat 'I' OR 'O' AND 'S'

1257 items

EMBASE

'I' Intervention

vocational rehabilitation/ OR (vocational rehabilitation or vocational intervention or occupational rehabilitation or work rehabilitation).ab,kw,ti OR occupational therapy/ OR occupational therapy.ab,kw,ti

'O' outcome

return to work/ OR (return to work or (return to adj3 work) or back to work).ab,kw,ti OR work resumption/ OR (work resumption or work readiness).ab,kw,ti OR employment/ OR (employment or employability).ab,kw,ti OR employment status/ OR (employment status or work status or paid work).ab,kw,ti OR (work retention or job retention or stay at work).ab,kw,ti OR work capacity/ OR (work capacity or work ability).ab,kw,ti OR work disability/ OR work disability.ab,kw,ti OR absenteeism/ OR (absenteeism or sick leave or sickness absence).ab,kw,ti

'S' study design

medline/ OR medline.ab,kw,ti OR systematic review/ OR systematic review.ab,kw,ti
OR meta-analysis/ OR meta-analysis.ab,kw,ti

Limiteringen

Engels, Duits, Nederlands, publicatiedatum na 01-01-2004 en beschikbaar abstract

Resultaat 'I' OR 'O' AND 'S'

2263 items

PsycINFO

'I' Intervention

vocational rehabilitation/ OR (vocational rehabilitation or vocational intervention or
work rehabilitation).ab,id,ti OR occupational therapy/ OR (occupational therapy or
occupational rehabilitation).ab,id,ti

'O' outcome

reemployment/ OR (reemployment or return to work or (return to adj3 work) or back to
work or work resumption).ab,id,ti OR employment status/ OR (employment status or
work status or employment or paid work or work retention or job retention or stay at
work).ab,id,ti OR employability/ OR (employability or work capacity or work ability or
work disability).ab,id,ti OR employee absenteeism/ OR (employee absenteeism or
absenteeism or sick leave or sickness absence).ab,id,ti

'S' study design

(medline).ab,id,ti OR (systematic review).ab,id,ti OR meta-analysis/ OR (meta-
analysis).ab,id,ti

Limiteringen

Engels, Duits, Nederlands, publicatiedatum na 01-01-2004 en beschikbaar abstract

Resultaat 'I' OR 'O' AND 'S'

383 items

CINAHL

'I' Intervention

(MH "Occupational therapy") OR SU occupational therapy OR vocational rehabilitation
OR occupational rehabilitation

'O' outcome

(MH "Job Re-Entry") OR SU job re-entry OR (MH "Employment+") OR SU employment
OR (MH "Employment status") OR SU employment status OR work capacity OR (MH
"Sick Leave") OR SU
sick leave OR (MH "Absenteeism") OR SU absenteeism

'S' study design

(MH "Medline") OR SU medline OR (MH "Systematic review") OR SU systematic review OR SU meta-analysis

Limiteringen

Engels, Duits, Nederlands, publicatiedatum na 01-01-2004 en beschikbaar abstract

Resultaat 'I' OR 'O' AND 'S'

779 items

Cochrane Library

'I' Intervention

MeSH descriptor: [Rehabilitation, Vocational] explode all trees or MeSH descriptor: [Occupational Therapy] explode all trees or "vocational rehabilitation":ti,ab,kw or "vocational intervention":ti,ab,kw or "occupational rehabilitation":ti,ab,kw or "work rehabilitation":ti,ab,kw or "occupational therapy":ti,ab,kw

'O' outcome

MeSH descriptor: [Return to Work] explode all trees or MeSH descriptor: [Employment] explode all trees or MeSH descriptor: [Sick Leave] explode all trees or MeSH descriptor: [Absenteeism] explode all trees or "return to work":ti,ab,kw or "back to work":ti,ab,kw or "work resumption":ti,ab,kw or "work readiness":ti,ab,kw or "employment":ti,ab,kw or "employability":ti,ab,kw or "work retention":ti,ab,kw or "job retention":ti,ab,kw or "paid work":ti,ab,kw or "stay at work":ti,ab,kw or "sick leave":ti,ab,kw or "sickness absence":ti,ab,kw or "absenteeism":ti,ab,kw or "work ability":ti,ab,kw or "work disability":ti,ab,kw or "work status":ti,ab,kw or "employment status":ti,ab,kw or "work capacity":ti,ab,kw

'S' study design

MeSH descriptor: [Meta-Analysis] explode all trees or "meta-analysis":ti,ab,kw or "medline":ti,ab,kw or "systematic review":ti,ab,kw

Limiteringen

Engels, Duits, Nederlands, publicatiedatum na 01-01-2004 en beschikbaar abstract

Resultaat 'I' OR 'O' AND 'S'

166 items

Bijlage G

Evidence tabel ziekte-specifieke interventies

Interventie	Richtlijn	Effect	Uitkomstmaat	Niveau bewijs	Referentie
Interventies gericht op het werk					
Aanpassingen in het werk	Systematisch literatuuronderzoek	+	WB- WH	Niv 1	A2: Nevala 2015
	Systematisch literatuuronderzoek	+	WH		A2: van Oostrom 2009
	Systematisch literatuuronderzoek	+	WH		A2: Franche 2005
	Systematisch literatuuronderzoek	xx	WH		B: Gensby 2014
Werkplekinterventies	Ketenzorgrichtlijn. Aspecifieke rugklachten	+	WH	Niv 2	
Ergonomische aanpassingen	Verzekeringsgeneeskundige protocol Artrose heup en knie	+	WH	Niv 2	B: Gignac 2004, B: Gignac 2005
Goed informeren werkgever	Verzekeringsgeneeskundige protocol Artrose heup en knie	+	WH	Niv 2	B: Gignac 2004, B: Gignac 2005
Andere werktijden	Multidisciplinaire richtlijn Aspecifieke klachten arm, nek en/of schouder	+	WH	Niv 3	C: Blatter 03
Aanpassingen in het werk	Multidisciplinaire richtlijn Diagnostiek en behandeling van COPD	+	WB	Niv 3	
Lichter werk	NVAB richtlijn Rugklachten	+	WB	Niv 3	
Aanpassingen in het werk	Verzekeringsgeneeskundige protocol CVS	+	WH	Niv 3	C: Blatter 2005
Aanpassingen in het werk	Verzekeringsgeneeskundige protocol COPD	+	WH	Niv 3	C: Kremer 2003, C: Kremer 2006
Verbeteren van sociale en praktische steun op de werkplek	Verzekeringsgeneeskundige protocol	+	WH	Niv 3	B: Gignac 2004
Regelruimte voor wisselende inzetbaarheid	Reumatoïde artritis	+	WH	Niv 3	C: Varekamp 2005
	Verzekeringsgeneeskundige protocol Chronische herschade	+	WB	Niv 4	D: Mening werkgroep
Psychologische interventies					
Cognitieve gedragstherapie en probleemoplossingstherapie vs. gebruikelijke zorg	Systematisch literatuuronderzoek	xx	WH	Niv 1	A1: Arends 2012

Cognitief-gedragsmatige therapie vs. gebruikelijke zorg huisarts	NVAB richtlijn Rugklachten	+	WH	Niv 1	
Cognitief-gedragsmatige therapie vs. gebruikelijke zorg huisarts	NVAB richtlijn Rugklachten	=	WH	Niv 1	
Cognitieve gedragstherapie	NVAB richtlijn Psychische problemen	xx	WB	Niv 1	
Cognitieve gedragstherapie	Multidisciplinaire richtlijn Chronisch vermoeidheidssyndroom	xx	WH	Niv 2	
Multidisciplinaire interventies bestaande uit fysieke component in combinatie met psychologische en arbeidsgereleerde componenten					
Multidisciplinaire interventie bestaande uit fysieke training gecombineerd met psychologische en arbeidsgereleerde componenten	Systematisch literatuuronderzoek	+	WH	Niv 1	A1; De Boer, 2011
Multidisciplinaire behandeling bestaande uit fysieke, gedragsmatige en werkhervattingscomponenten vs. usual care	NVAB richtlijn Rugklachten	+	WH	Niv 1	
Activerende begeleiding fysieke training, psycho-educatie of andere vormen van mentaal coachende en psychische begeleiding	Verzekeringsgeneeskundig protocol Darmkanker	+	WH	Niv 4	D: Mening werkgroep
Revalidatieprogramma bestaande uit fysieke interventies evt. gecombineerd met psycho-educatie	Blauwdruk Kanker en werk	+	WH	Niv 4	
Vocational rehabilitation					
Vocational rehabilitation; assessment, voorlichting, training en counseling	Systematisch literatuuronderzoek	+	WB	Niv 1	A1: Hoving 2014
Vocational rehabilitation; assessment, training, plaatsing en ondersteuning	Systematisch literatuuronderzoek	+	WH		B: Baldwin 2011
Vocational rehabilitation; assessment, training, plaatsing en ondersteuning	Systematisch literatuuronderzoek	+	WH		B: Fadyl 2009
Program-based vocational rehabilitation	Multidisciplinaire richtlijn Niet-aangeboden hersenletsel en arbeidsparticipatie	+	WH	Niv 3	
Geïndividualiseerd begeleidingstraject naar en in werk	Multidisciplinaire richtlijn HIV en arbeid	+	WH	Niv 3	
Supported employment waaronder Individual Placement and Support					
Supported employment vs. gebruikelijke zorg	Systematisch literatuuronderzoek	+	WB	Niv 1	A1: Kinoshita, 2012
Supported employment vs. gebruikelijke zorg	Systematisch literatuuronderzoek	+	WB		A2: Heffernan, 2011
Supported employment	Systematisch literatuuronderzoek	+	WB		B: Fadyl, 2009

Individual placement and support								
Individual placement and support vs. stapsgewijze arbeidsvoorbereiding Supported employment								
Individual placement and support								
Individual placement model of supported employment								
Supported employment vs. gebruikelijke zorg								
Casemanagement								
Arbeidsrevalidatie o.l.v. casemanager								
Arbeidsrevalidatie als onderdeel van compleet programma o.l.v. casemanager								
Een casemanager die samen met werknemer belemmingen voor werkhervatting inventariseert en oplost vs. begeleiding door de bedrijfsarts of een graded activity programma.								
Begeleiding door casemanager die helpt met opstellen revalidatieplan met arbeidsgerelateerde trainingen								
Beleidsmatige interventies								
Overheidsmaatregel ter bevordering van individuele ondersteuning bij zoeken naar werk								
Overheidsmaatregel ter bevordering van individuele ondersteuning bij verkrijgen van werk								
Overheidsmaatregel ter financiële ondersteuning van hervattende werknemer								
Overheidsmaatregel ter financiële ondersteuning van hervattende werknemer								
Overheidsmaatregel ter ondersteuning bij het omgaan met beperkingen in werk								
Multidisciplinaire richtlijn Werk en Ernstig psychische aandoeningen	+	WB	Niv 1					
Multidisciplinaire richtlijn Schizofrenie	+	WB	Niv 1					
Verzekeringsgeneeskundige protocol Schizofrenie en verwante psychosen	+	WB	Niv 1					
Verzekeringsgeneeskundige protocol Schizofrenie en verwante psychosen	+	WB	Niv 1					
Multidisciplinaire richtlijn Niet-aangeboden hersenletsel en arbeidsparticipatie	+	WH	Niv 2					
Multidisciplinaire richtlijn Autisme bij volwassenen	+	WB	Niv 3					
Systematisch literatuuronderzoek								
Multidisciplinaire richtlijn Niet-aangeboden hersenletsel en arbeidsparticipatie	+	WH	Niv 1					A1: Fadyl 2009
NVAB richtlijn Rugklachten	+	WH	Niv 3					
Multidisciplinaire richtlijn HIV en arbeid								
	+	WH	Niv 3					
Systematisch literatuuronderzoek								
Systematisch literatuuronderzoek	+	WH	Niv 2					A2: Clayton, 2011
Systematisch literatuuronderzoek	+	WH						B: Bambara, 2005
Systematisch literatuuronderzoek	xx	WH	Niv 2					A2: Clayton, 2011
Systematisch literatuuronderzoek	+	WH						B: Bambara, 2005
Systematisch literatuuronderzoek	xx	WH	Niv 2					A2: Clayton, 2011

Overheidsmaatregel ter bevordering van voorlichting van werknemer	Systematisch literatuuronderzoek	+	WH	Niv 3	B: Bambra, 2005
Empowerment van werkzoekende					
Ondersteunen van proactieve en probleemoplossende activiteiten van werknemer	Verzekeringsgeneeskundige protocol Artrose heup en knie	+	WH	Niv 3	B: Gignac 2004
Training in vragen naar werkaanpassingen, en in vergroten van zelfvertrouwen en zelfmanagement bij werk-gerelateerde problemen	Verzekeringsgeneeskundige protocol Chronische nierschade	+	WB	Niv 3	C: Wlodarczyk 1999
Groepsprogramma om zelfmanagement te vergroten, bestaande uit formuleren van doelen en vergroten arbeidsvaardigheden	Multidisciplinaire richtlijn HIV en arbeid	+	WH	Niv 3	
Specifieke zorg gericht op werk					
Vroegtijdige consultatie door een professional m.b.t. werkhervatting	Multidisciplinaire richtlijn Hartrevalidatie	+	WH	Niv 1	
Intensieve begeleiding door psycholoog en arbo specialist vs. standaardzorg	Richtlijn Multipele Sclerose	xx	WB - WH	Niv 2	
Interventie door medische adviseurs die zich specifiek richt op werkhervatting vs. standaardzorg	Multidisciplinaire richtlijn Lumbosacraal Radiculair Syndroom	+	WH	Niv 3	
Specifieke aandacht voor werkhervatting tijdens hartrevalidatie	NVAB richtlijn Ischemische hartziekten	+	WH	Niv 3	
Actieve begeleiding door bedrijfsarts, waarin aandacht wordt besteed aan de specifieke problemen van het werk	NVAB richtlijn Ischemische hartziekten	+	WH	Niv 3	
Goede begeleiding van BA, zoals continuïteit van zorg en het tijdig zetten interventies	Blauwdruk Kanker en werk	+	WH	Niv 3	
Toelichting effecten: + positief effect, - negatief effect, = even effectief als controle interventie, xx geen bewezen effect (geen effect, of tegenstrijdig dan wel onvoldoende bewijs voor effect)					

Bijlage H

Evidence tabel ziekte-specifieke interventies

Interventie	Richtlijn	Effect	Uitkomst maat	Niveau bewijs	Referentie
Fysieke interventies bij klachten aan het bewegingsapparaat					
Physical conditioning programs, geïntegreerd in totale zorg	Systematisch literatuuronderzoek	-	WH	Niv 1	A1: Schaafsma 2013
Multidisciplinaire biopsychosociale revalidatie; fysieke training i.c.m. andere componenten	Systematisch literatuuronderzoek	+	WH		A1: Kamper 2014
Multidisciplinaire rug training, bestaande uit fysieke training en cognitieve gedragstherapie	Systematisch literatuuronderzoek	+	WH		A1: Van Geen, 2007
Multidisciplinaire interventie, bestaande uit fysieke training en andere componenten	Systematisch literatuuronderzoek	xx	WH		A2: Ravenek, 2010
Graded activity en work hardening: Interventies die gericht zijn op werkhervatting door verbetering van lichamelijke conditie.	Ketenzorgrichtlijn. Aspectieffe rugklachten	+	WH	Niv 2	
Er is geen bewijs dat additionele componenten (zoals cognitieve therapie) dit vergroten	Ketenzorgrichtlijn. Aspectieffe rugklachten	xx	WH	Niv 2	
Oefentherapie of manuele therapie bij klachten aan het bewegingsapparaat					
Oefentherapie o.l.v. fysiotherapeut vs. passieve behandeling of begeleiding door de huisarts	NVAB richtlijn Rugklachten	+	WH	Niv 1	
Oefentherapie na een hernia operatie	NVAB richtlijn Rugklachten	+	WH	Niv 1	
Oefentherapie	Multidisciplinaire richtlijn. Aspectieffe klachten arm, nek en/of schouder	+	WH	Niv 3	
Manuele therapie vs. oefentherapie	NVAB richtlijn Rugklachten	=	WH	Niv 1	
Manuele therapie vs. usual care door huisarts	NVAB richtlijn Rugklachten	+	WH	Niv 1	
Multidisciplinair programma bij klachten aan het bewegingsapparaat					
Multidisciplinaire interventie, bestaande uit een combinatie van voorlichting, psychologische en werkgerichte componenten	Systematisch literatuuronderzoek	xx	WH	Niv 2	A2: Meijer, 2005
Blootstellingstechnieken bij werk-gerelateerde PTSS					
Combinatie van psychotherapie en exposurebehandeling waarbij men wordt blootgesteld aan het werk waar PTSS is ontstaan	Systematisch literatuuronderzoek	+	WH	Niv 2	A2: Stergioupoulos, 2011

Interdisciplinaire secundaire preventie					
Interdisciplinaire secundaire preventie, (bestaande uit voorlichting over huid, blootstelling en bescherming op het werk, naast dermatologische behandeling)		Richtlijn Contacteczeem, 2013	+	WB	Niv 3
Medicamenteuze interventie bij reumatoïde artritis					
Adequate controle van de ziekteactiviteit d.m.v. medicatie		Richtlijn Diagnostiek en behandeling van reumatoïde artritis, 2009	+	WB	Niv 2
Snelle, effectieve behandeling, zoals agressieve initiële therapie met combinatie therapie		Richtlijn Reumatoïde Artritis en Participatie in arbeid, 2012	+	WB - WH	Niv 1
Werkgerichte interventie bij kankerpatiënten					
Werkgerichte interventies bestaande uit encouragement, voorlichting, werk-gerelateerde counseling en evt. aanvullende componenten		Systematisch literatuuronderzoek	xx	WH	Niv 2
Werkgerichte ondersteuning bij MS					
Ondersteunende begeleiding door psycholoog en arbeidsgeneeskundige specialist vs. gebruikelijke zorg		Systematisch literatuuronderzoek	xx	WB	Niv 2
Intensieve begeleiding door psycholoog en arbeidsgeneeskundige specialist vs. gebruikelijke zorg		Multidisciplinaire richtlijn Multipole Sclerose, 2012	xx	WB - WH	Niv 2
Interventieprogramma gericht op werk bij ernstige NAH					
Werkgerichte interventies bestaande uit encouragement, voorlichting, werk-gerelateerde counseling en evt. aanvullende componenten		Multidisciplinaire richtlijn Niet-aangeboren hersenletsel en arbeidsparticipatie, 2012	+	WH	Niv 2
Werkhervattingsinterventie binnen hartrevalidatie					
Specifieke interventies binnen hartrevalidatie die zich richten op knelpunten t.a.v. werkhervatting, zoals voorlichting, advisering, counseling en leefstijlbeoordeling		Multidisciplinaire richtlijn Hartrevalidatie, 2012	+	WH	Niv 2
Toelichting effecten: + positief effect, - negatief effect, = even effectief als controle interventie, xx geen bewezen effect (geen effect, of tegenstrijdig dan wel onvoldoende bewijs voor effect), WB = werkbehoud, WH = werkhervatting					

Bijlage I

Resultaten vragenlijstonderzoek naar het belang van werk

Table 1. Karakteristieken van de onderzoekspopulatie in totaal, en uitgesplitst naar werkstatus.

	Totaal		Werkend		Niet-werkend, op zoek		Niet-werkend, niet op zoek	
	Gemiddelde of %	SD of aantal	Gemiddelde of %	SD of aantal	Gemiddelde of %	SD of aantal	Gemiddelde of %	SD of aantal
N	100	4341	39	1683	10	420	51	2238
Leeftijd (in jaren)	53	9.9	51	9.8	50	10.6	54	9.4
Geslacht, V	64	2773	64	1069	63	263	64	1441
Opleiding								
Laag	12	524	8	132	10	41	16	351
Midden	48	2089	45	753	51	213	50	1123
Hoog	37	1613	45	762	38	159	31	692
Dienstverband								
Vast	NA	NA	74	1246	NA	NA	NA	NA
Tijdelijk			8	139				
Uitzendkracht			2	31				
Zelfstandige			9	148				
Anders			7	111				
Weet niet			0	5				

Bijlage J

Samenstelling begeleidingscommissies

Interne begeleidingscommissie

Prof. dr. Carel Hulshof, bijzonder hoogleraar Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde

Prof. dr. Frank van Dijk, emeritus hoogleraar Gezondheidskunde

Externe begeleidingscommissie

Prof. dr. Sandra Brouwer, hoogleraar Sociale Geneeskunde

Drs. Kees de Kock, huisarts

Dr. Kees van Vliet, bedrijfsarts

Dr. Feico Zwerver, verzekeringsarts

