CELSUS
ACADEMIE VOOR
BETAALBARE
ZORG

Evaluatie van adviestrajecten bij problematisch ziekteverzuim

24 juni 2015

Evaluatie van adviestrajecten bij problematisch ziekteverzuim

24 juni 2015

Niek Stadhouders
Philip Van Der Wees
Patrick Jeurissen

Inhoudsopgave:

1 Managementsamenvatting 5
1.1 Aanleiding en vraagstelling 5
1.2 Werkwijze 6
1.3 Resultaten 7
1.4 Conclusies 9
2 Inleiding en methodiek 11
2.1 Aanleiding 11
2.2 Doelstelling 11
2.3 Methodiek 11
2.4 Beperkingen 14
3 Achtergrondinformatie over re-integratie en het adviestraject 16
3.1 Re-integratiewetgeving in Nederland 16
3.2 De markt voor arbeidsgerelateerde medische expertises 17
3.3 Beschrijving van het onderzochte expertisecentrum 18
3.4 Het adviestraject 21
4 Literatuurstudie 23
4.1 Inleiding 23
4.2 Kenmerken van langdurig zieke werknemers 23
4.3 Uitkomsten van interventies bij re-integratie 26
4.4 Conclusies 29
5 Beschrijvende analyse 31
5.1 Analyse van het cliëntenbestand 31
5.2 Analyse van beperkingen en mogelijkheden 35
5.3 Tevredenheidenquête werknemers 38
5.4 De vragenlijst voor werknemers 38
5.5 De vragenlijst voor verwijzers 44
5.6 Zorgkosten 48
6 Verdiepende analyses 54
6.1 Statistische analyse werknemersenquête 54
6.2 Adviestraject in tweede verzuimjaar 56
6.3 Datum van betermelding 57
6.4 Interviews met werknemers 60
6.5 Focusgroep met verwijzers 61
7 Conclusies 63
8 Literatuur 67
9 Bijlagen 72
Bijlage 1: Vragenlijsten verwijzers 72
Bijlage 2: Uitsplitsing cliënt werkt niet bij aanvang traject 78
Bijlage 3: Representativiteit werknemers 79
Bijlage 4: Cohortvergelijking zorgkosten 80
Bijlage 5: Resultaten multinominale logistische regressie 81

Lijst met Afkortingen

BeVaZa	Wet Beperking Ziekteverzuim en Arbeidsongeschiktheid Vangnetters
FML	Functionele Mogelijkhedenlijst
GBM	Geen Benutbare Mogelijkheden
IVA	Inkomensvoorziening Volledig Arbeidsongeschikten
TTP	Thrusted Third Party
UWV	Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen
WGA	Werkhervatting Gedeeltelijk Arbeidsongeschikten
WIA	Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen
WVP	Wet Verbetering Poortwachter
ZVW	Zorgverzekeringswet
ZW	Ziektewet
ZZP	zelfstandige zonder personeel

1 Managementsamenvatting

1.1 Aanleiding en vraagstelling

Werkgevers en werknemers dragen samen verantwoordelijkheid voor de arbeidsomstandigheden in een bedrijf. Een bedrijfsarts ondersteunt de werkgever en werknemer bij preventie, verzuimbegeleiding en re-integratie. Het grootste deel van de verzuimgevallen wordt adequaat en binnen afzienbare tijd opgelost[1]. Door verschillende oorzaken kan in een klein deel van de verzuimgevallen een situatie van problematisch verzuim ontstaan, gedefineerd als: 'Verzuim waarbij reïntegratie in arbeid langer uitblijft dan verwacht mag worden op grond van klachten, aandoeningen, behandelingen of richtlijnen.' (STECR werkwijzer aanpak problematisch verzuim, pagina 7). Indien onvoldoende medische informatie uit de curatieve sector bij de bedrijfsarts aanwezig is of wanneer onduidelijkheid bestaat over benutbare arbeidsmogelijkheden, bestaat de kans dat bedrijfsartsen hun ondersteunende en adviserende rol in het re-integratietraject niet goed kunnen invullen. Als vergroting van belastbaarheid niet als factor wordt meegenomen in de reguliere gezondheidszorg is het mogelijk dat werknemers een suboptimale behandeling ondergaan in het medisch circuit waarbij er onvoldoende aansluiting is tussen de reguliere zorg en arbeid[2]. Aanvullende arbeidsgerelateerde medische expertise kan in dit geval duidelijkheid bieden en het proces van re-integratie verbeteren.

In 2014 heeft de Sociaal Economische Raad (SER) geconcludeerd dat op het arbo-curatieve vlak onvoldoende samenwerking is[3]. Een objectieve arbeidsgerelateerde medische expertise bij problematisch verzuim kan dit gebrek aan coördinatie verhelpen. Het doel van een dergelijk arbeidsgerelateerd medisch adviestraject is om de medische informatie te verduidelijken en objectief te presenteren en te adviseren over behandeling en belastbaarheid. Daarmee wordt beoogd om een positief effect te sorteren op terugkeer naar werk.In Nederland zijn verschillende initiatieven ontwikkeld voor het verstrekken van arbeidsgerelateerde adviezen aan werkgevers, bedrijfsartsen en werknemers ten behoeve van re-integratie van de werknemer bij problematisch arbeidsverzuim.

Het Ministerie van SZW heeft onderzoeksbureau Celsus gevraagd te onderzoeken of een dergelijk arbeidsgerelateerd medisch adviestraject inderdaad positieve effecten sorteert. Primair te onderzoeken effecten zijn hierbij: (versnelde) terugkeer tot werk bij verzuim en vermindering van zorgconsumptie en –kosten.

[1] Naar schatting is 85-95% van de ziekmeldingen binnen 30 dagen opgelost. (bron: Nadere Vergelijking van de Ziekteverzuimduur van Uitzendkrachten, Onderzoeksbureau Astri (2013); Verzuimonderzoek PO en VO, Dienst Uitvoerend Onderwijs (2011))
[2] Gezondheidsraad 2005. Beoordelen, behandelen, begeleiden.
[3] Zie SER-Advies: Betere zorg voor werkenden: Een visie op de toekomst van de arbeidsgerelateerde zorg (SER, 2014); zie ook TNO (2014). Zorg voor Werk. Hoe kan de (eerstelijns) zorg bijdragen aan een gezonde beroepsbevolking.

1.2 Werkwijze

Ter voorbereiding zijn aanbieders van arbeidsgerelateerde medische adviestrajecten benaderd om deel te nemen aan het onderzoek. Hierbij was de voorwaarde voor deelname dat elektronische data van voldoende omvang beschikbaar gesteld kon worden voor het onderzoek. Slechts één aanbieder voldeed aan deze voorwaarde. De beschikbaarheid van slechts één aanbieder beperkt het onderzoek, maar deze aanbieder beschikt over een elektronische database die groot genoeg is om uitgebreide analyses op uit te voeren.

Het onderzochte medische expertisecentrum levert multidisciplinaire arbeidsgeneeskundige diagnostiek van gezondheidsklachten en daarmee samenhangende beperkingen bij problematisch arbeidsverzuim. Arbeidsverzuim is problematisch te noemen wanneer de re-integratie achterblijft op de verwachtingen gezien de klachten, aandoeningen, behandelingen of richtlijnen[4]. Doelstelling van het arbeidsgerelateerde medische adviestraject is onder andere een snelle diagnose met identificatie van noodzakelijke (behandel)interventies en een vertaalslag naar participatiemogelijkheden op basis van de belastbaarheid van de cliënt. Het beoogde effect van deze trajecten is het bewerkstelligen van adequate behandeling en het benutten van arbeidsmogelijkheden ter bevordering van herstel en re-integratie. Hiermee wordt tevens een bijdrage geleverd aan duurzame inzetbaarheid, afname van verzuim, besparing van onnodige verzuimkosten, vermindering van zorgconsumptie en zorgkosten, voorkomen van medicaliseren en 'medical shopping'.

In dit onderzoek wordt de arbeidssituatie van de werknemer vóór het arbeidsgerelateerde medische adviestraject vergeleken met de situatie erna. Verschillende informatiebronnen worden hiervoor gecombineerd. De onderzoekspopulatie bestaat uit 2595 dossiers van verzuimenden die sinds 2011 een arbeidsgerelateerd medisch adviestraject hebben ondergaan bij het betreffende expertisecentrum. De verzuimenden bestaan uit werknemers in loondienst, uitzendkrachten en zelfstandigen zonder personeel (zzp)[5]. Informatie over de situatie op het moment van aanmelden komt uit het elektronische cliëntenbestand van het expertisecentrum. Om informatie te verkrijgen over de situatie na het adviestraject heeft het expertisecentrum aan de werknemers en verwijzers gevraagd of ze wilden deelnemen aan het onderzoek door het invullen van een vragenlijst. Verwijzers bestaan uit casemanagers, bedrijfsartsen, medische adviseurs en overige verzuimexperts. Onder werknemers vallen naast werknemers in loondienst ook uitzendkrachten en zelfstandigen. 508 werknemers (respons: 28%) en 97 verwijzers (respons: 24%) hebben medewerking verleend en een elektronische vragenlijst ingevuld. Tevens is een koppeling gemaakt met zorgkostendata van een grote zorgverzekeraar, zodat de zorgkosten tijdens het adviestraject gevolgd kunnen worden. Verder heeft een grote verwijzer van het expertisecentrum hersteldata van 564 dossiers aangeleverd voor nader inzicht in terugkeer naar werk na het doorlopen van het arbeidsgerelateerde medische adviestraject. Deze databronnen worden aangevuld met kwalitatieve data, gehaald uit interviews met werknemers en een focusgroep met verwijzers, zodat de opvattingen van werknemers en verwijzers in de conclusies meegenomen kunnen worden.

[4] zie STECR werkwijzer Aanpak problematisch verzuim (2004).
[5] In het rapport worden deze drie groepen samengenomen onder de term werknemers, tenzij anders vermeld.

Het onderzoek kent een aantal belangrijke beperkingen. Ten eerste is het niet mogelijk om de (kosten)effectiviteit van het arbeidsgerelateerde medische adviestraject te onderzoeken, omdat er geen controlegroep aanwezig is. Hierdoor beperkt dit onderzoek zich tot een beschrijvend onderzoek, waarbij geen causale verbanden worden gelegd. Ten tweede kan de methode van dataverzameling door middel van vragenlijsten tot vertekening van de resultaten leiden, doordat de respondenten mogelijk niet representatief zijn voor alle werknemers met een problematisch verzuimtraject. Hierdoor moet voorzichtig worden omgegaan met generalisatie van de resultaten. Ten derde beperkt het onderzoek zich tot één expertisecentrum, waardoor het niet mogelijk is om verschillende soortgelijke adviestrajecten betreffende problematisch verzuim met elkaar te vergelijken. De cliënten van het expertisecentrum vormen een specifieke groep van werknemers met stagnerende re-integratie en zijn daarmee niet zomaar representatief voor alle werknemers met (problematisch) ziekteverzuim.

Ondanks de beperkingen geeft het rapport inzicht in het arbeidsgerelateerde medische adviestraject door een uitgebreide beschrijving van de interventie, en geven de analyses duidelijke indicaties voor de meerwaarde van het traject. Ook geeft het onderzoek meer informatie over de eigenschappen van werknemers met een problematisch verzuimtraject. Tot slot is dit het eerste onderzoek dat de daadwerkelijke zorgkosten van problematisch verzuim volgt.

1.3 Resultaten

1.3.1 Het adviestraject geeft aanknopingspunten voor verbeteringen in het re-integratietraject

Op basis van analyse van 2595 behandeldossiers blijkt dat de verzekeringsartsen van het medisch expertisecentrum bij 91% van de werknemers medische beperkingen constateren om te functioneren in het dagelijks leven. Daarnaast is het oordeel van de verzekeringsartsen van het expertisecentrum dat de behandeling bij 51% van de werknemers niet adequaat is. De behandeling kan bijvoorbeeld als niet adequaat worden aangemerkt omdat een advies van een medisch specialist niet is opgevolgd, of omdat de huidige behandeling alleen gericht is op vermindering van de klacht (bijvoorbeeld pijn), en geen rekening houdt met het verhogen van de belastbaarheid (bijvoorbeeld kracht of uithoudingsvermogen). Een aantal kritische beperkingen in functionele mogelijkheden bepalen in belangrijke mate de (volledige) terugkeer naar werk. 29% van de werknemers is ten tijde van het adviestraject op minstens een van die kritische functionele mogelijkheden beperkt. Voor 71% van de werknemers is dus geen sprake van beperkingen die de mogelijkheden om loonvormende arbeid te verrichten sterk belemmeren. Een groot deel van deze werknemers zou in staat moeten zijn om (aangepast) werk te verrichten. Toch werkt 64% van deze groep op het moment van beoordeling niet. Dit geeft weer dat een groot deel van de werknemers die wegens problematisch verzuim niet werkzaam is, wel in staat is een vorm van arbeid te verrichten.

1.3.2 Verwijzers zijn tevreden over de adviestrajecten

De verwijzers ervaren het arbeidsgerelateerde medische adviestraject over het algemeen als zeer nuttig. Met name het in beeld brengen van de benutbare mogelijkheden van de werknemer ter ondersteuning van de behandeling wordt als zeer positief ervaren. 53% van de verwijzers geeft aan dat het adviestraject meestal leidt tot een wijziging in de behandeling[6].

Uit een focusgroep met verwijzers bleek dat het adviestraject voornamelijk wordt ingezet om duidelijkheid te krijgen over klachten en beperkingen. In sommige gevallen leidt het adviestraject tot nieuwe inzichten. Ook kan het adviestraject zorgen dat alle partijen op één lijn komen, en kan het dienen als hulpmiddel om werknemers aan te sporen het werk te hervatten en op te bouwen. Het adviestraject kan tevens helpen om de juiste re-integratiestappen in gang te zetten. Sommige respondenten geven aan dat het adviestraject niet primair als doel heeft om de re-integratie te versnellen, hoewel dit wel een van de uitkomsten kan zijn. Het adviestraject kan namelijk onderbouwen dat werkhervatting op dat moment (nog) niet gewenst is. De verwijzers hebben voornamelijk behoefte aan duidelijkheid bij de problematische verzuimgevallen, en het adviestraject voorziet in deze behoefte. De verwijzers geven aan dat die duidelijkheid helpt om het re-integratietraject aan te passen rekening houdend met de medische beperkingen en de arbeidsmogelijkheden van de werknemer.

1.3.3 De zorgkosten voorafgaand aan het adviestraject zijn hoger dan de zorgkosten na het adviestraject

De gemiddelde jaarlijkse kosten in de reguliere gezondheidszorg stijgen van €2600 voor de eerste ziektedag tot €7800 na de eerste ziektedag. De kosten nemen sterk toe rond de eerste ziektedag, en nemen daarna iets af. Mede door dit effect zijn de gemiddelde zorgkosten voor het adviestraject hoger (€9400) dan na het adviestraject (€6400). Ook zien we dat de totale zorgkosten lager zijn bij een vroege aanmelding. Werknemers die vroeg worden aangemeld kunnen verschillen van werknemers die laat worden aangemeld, waardoor niet geconcludeerd kan worden dat een vroege aanmelding causaal leidt tot lagere ziektekosten.

1.3.4 Gemiddeld zit 9 maanden tussen de datum van aanmelding voor het adviestraject en de betermelding.

Verdiepende analyses zijn uitgevoerd in een specifieke deelgroep van 564 van de 2595 dossiers waarvan de datum betermelding bekend is. Het percentage betermeldingen binnen twee jaar ziekte is 83%. De gemiddelde tijd tussen het adviestraject en de betermelding is 9 maanden. Ook bij aanmelding voor het adviestraject in het tweede jaar ziekte is het aandeel betermelding hoog met

6 Een deel van de verwijzers beschikt niet over de medische informatie om objectief vast te kunnen stellen dat de behandeling is gewijzigd. Wel kunnen ze van bedrijfsarts of medewerker vernemen dat een nieuwe behandeling is gestart.

meer dan 80%. Dit geeft een aanwijzing dat adviestrajecten ook in het tweede verzuimjaar kunnen bijdragen aan terugkeer naar werk.

1.3.5 Werknemers oordelen gemengd over het adviestraject

45% van de werknemers die onze vragenlijst hebben ingevuld zijn momenteel geheel of gedeeltelijk werkzaam. Ook geeft 22% van alle respondenten aan dat hun behandeling is gewijzigd naar aanleiding van het arbeidsgerelateerde medische adviestraject. Het zorggebruik is bij 42% van de respondenten veranderd naar aanleiding van het adviestraject. Het zorggebruik is vaker toegenomen dan afgenomen[7]. Respondenten reageren gemengd op de vraag of het adviestraject heeft bijgedragen aan de oplossing van het ziekteverzuim. 27% is positief over de bijdrage van het adviestraject aan de oplossing van het ziekteverzuim, 42% is neutraal en 31% is negatief.

Uit de verdiepende statistische analyse blijkt hoe eerder in het ziekteverloop de werknemers worden aangemeld, hoe positiever de beoordeling van het effect van het adviestraject. De kans dat het type zorg verandert, is ook groter bij een vroege aanmelding. Ook is het percentage gehele of gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid significant lager bij een vroege aanmelding. Uitzendkrachten geven vaker een negatief oordeel over de resultaten van het adviestraject en rapporteren vaker een toename in zorggebruik ten opzichte van werknemers in loondienst.

De verdiepende interviews met werknemers laten zowel positieve als negatieve ervaringen met het adviestraject zien. De positieve reacties zijn voornamelijk gerelateerd aan het stellen van een nieuwe diagnose of behandeloptie en de mogelijkheid van een second opinion. De negatieve reacties hebben met name betrekking op de vastgestelde benutbare mogelijkheden en de consequenties daarvan voor werk en inkomen. Werknemers geven aan datde negatieve ervaringen mede worden gekleurd door een verstoorde arbeidsverhouding tussen de werknemer en de werkgever, en door het gebrek aan perspectief op externe re-integratie (2^{e} spoor) indien geen passende arbeid bij de eigen werkgever voorhanden is. Het gebrek aan vraag naar personen met beperkingen in de huidige economische conjunctuur wordt als belemmerende factor genoemd.

1.4 Conclusies

Door de beperkingen in de onderzoeksopzet kunnen geen conclusies worden getrokken met betrekking tot de causale effectiviteit van het adviestraject. Wel zijn een aantal positieve effecten van het arbeidsgerelateerde medische adviestraject in kaart gebracht. Het adviestraject geeft bijvoorbeeld duidelijkheid bij problematische verzuimgevallen. Ten eerste kan dit leiden tot een geschikter medisch behandeltraject. In 51% van de gevallen wordt door verzekeringsartsen van het medische expertisecentrum aanbevolen de huidige behandeling aan te passen. Dit blijkt ook uit de antwoorden op de vragenlijst van de verwijzers, waarvan 53% aangeeft dat de behandeling

[7]Er wordt geantwoord dat het zorggebruik eenzijdig toeneemt (24%), afneemt (13%), of gelijk blijft (58%). Bij 5% van de respondenten nam één type zorg toe, terwijl een ander type zorg afnam.

meestal wordt gewijzigd. Ook geeft 42% van de werknemers aan dat het zorggebruik verandert naar aanleiding van het adviestraject.

Ten tweede wordt duidelijkheid geboden over aard van de beperkingen, en over de mogelijkheden die de werknemer nog heeft om arbeid te verrichten. Bij 29% van de werknemers wordt door het medische expertisecentrum geconstateerd dat de beperkingen dusdanig zwaar zijn dat terugkeer naar werk sterk belemmerd wordt. Dit blijkt ook uit de vragenlijst aan de werknemers: 29% van de werknemers geeft aan volledig arbeidsongeschikt te zijn verklaard[8]. In deze gevallen leidt het adviestraject niet tot snellere re-integratie, maar wordt in een vroeg stadium duidelijkheid gegeven over de inrichting van het re-integratietraject. Dit blijkt ook uit analyse van de focusgroep met verwijzers. De verwijzers geven aan dat die duidelijkheid helpt om het re-integratietraject aan te passen rekening houdend met de medische beperkingen en de arbeidsmogelijkheden van de werknemer.

De gemiddelde jaarlijkse kosten stijgen van €2600 voor de eerste ziektedag tot €7800 na de eerste ziektedag. De kosten nemen sterk toe rond de eerste ziektedag, en nemen daarna iets af. Mede door dit effect zijn de gemiddelde zorgkosten voor het adviestraject hoger (€9400) dan na het adviestraject (€6400).

In 71% van de gevallen komt het medische expertisecentrum tot de conclusie dat loonvormende arbeid in principe mogelijk is. Toch geeft slechts 45% van de werknemers aan momenteel geheel of gedeeltelijk werkzaam te zijn. Mogelijk ervaren werknemers andere belemmeringen bij terugkeer naar werk, waarbij gebrek aan mogelijkheid tot terugkeer naar eigen werkgever en gebrek aan vraag naar personen met beperkingen in de huidige economische conjunctuur factoren zijn die uit de kwalitatieve analyse naar voren komen.

De resultaten van dit onderzoek indiceren dat re-integratie bij problematisch ziekteverzuim vraagt om een samenhangende aanpak in de driehoek zorg, werk en inkomen. Het gaat immers niet alleen om behandeling van gezondheidsklachten, maar ook en vooral om vergroting (en behoud) van belastbaarheid ten behoeve van arbeidsparticipatie en benutting van mogelijkheden voor loonvormende arbeid. Multidisciplinaire diagnostiek met een gecombineerd behandel- en belastbaarheidsadvies verbindt de drie gebieden en kan in stagnerende verzuimdossiers duidelijkheid bieden over de juiste oplossing.

[8] Dit is het zelfgerapporteerd niveau. 20% geeft aan volledig arbeidsongeschikt te zijn verklaard, en 9% geeft aan meer dan 80% arbeidsongeschikt te zijn verklaard.

2 Inleiding en methodiek

2.1 Aanleiding

Verschillende studies laten zien dat de reguliere zorg te weinig aandacht besteed aan de benutbare mogelijkheden in werk[9]. De samenwerking tussen betrokken partijen voor het integreren van reguliere zorg en arbeidsgerelateerde zorg schiet vaak tekort. Private ondernemingen springen in op deze tekortkoming en bieden arbeidsgerelateerde medische adviestrajecten aan bij stagnerende verzuimdossiers. Deze adviestrajecten brengen in kaart of de behandeling in de reguliere zorg aansluit bij de re-integratie, stellen objectief vast wat de werknemer aan benutbare arbeidsmogelijkheden heeft, en geven advies over eventuele vervolgstappen om de re-integratie te verbeteren. Door objectieve vaststelling van de benutbare mogelijkheden voor arbeid in relatie tot de medische klachten ontstaat een basis voor aansluiting tussen de reguliere zorg en re-integratie. Het beoogde effect is het bewerkstelligen van adequate behandeling en het benutten van arbeidsmogelijkheden ter bevordering van herstel en re-integratie. Hiermee wordt tevens een bijdrage geleverd aan duurzame inzetbaarheid, afname van verzuim, besparing van onnodige verzuimkosten, vermindering van zorgconsumptie en zorgkosten, voorkomen van medicaliseren en 'medical shopping'. Vanuit het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) ontstond de behoefte om meer inzicht te verkrijgen in de effecten van adviestrajecten bij langdurige ziekte op de re-integratie. Het ministerie heeft onderzoeksbureau Celsus gevraagd om dit in kaart te brengen.

2.2 Doelstelling

Het doel van het onderzoek is het in kaart brengen van de mate van terugkeer naar werk bij problematisch verzuim en verandering van zorgconsumptie en –kosten gedurende het verzuimtraject. De volgende uitkomstparameters worden in relatie tot het arbeidsgerelateerde medische adviestraject beschreven:

(a) terugkeer naar werk,

(b) zorgconsumptie,

(c) zorgkosten

Tevens worden overige factoren, zoals ervaringen en percepties over het adviestraject, zo goed mogelijk in kaart gebracht.

2.3 Methodiek

De effecten van arbeidsgerelateerde medische adviestrajecten worden in kaart gebracht door het verzamelen van kwalitatieve en kwantitatieve informatie uit verschillende bronnen. Door middel van verdiepende analyses worden de bevindingen verklaard.

[9] Zie: Panteia (2013) Aandacht voor arbeid in de zorg. Effectieve interventies met het oog op werkhervatting voor zieke werknemers en arbeidsongeschikten.

2.3.1 Verkenning van de probleemstelling

Ter voorbereiding zijn aanbieders van arbeidsgerelateerde medische adviestrajecten benaderd om deel te nemen aan het onderzoek. Hierbij was de voorwaarde voor deelname dat elektronische data van voldoende grootte beschikbaar gesteld kon worden voor het onderzoek. Deze voorwaarde is gehanteerd vanwege de noodzaak om de analyses uit te voeren op een voldoende groot cliëntenbestand, en om een elektronische koppeling te kunnen maken met andere databronnen. Eén aanbieder voldeed aan deze voorwaarde. Dit medische expertisecentrum heeft een elektronisch databestand van ongeveer 2600 afgeronde adviestrajecten.

2.3.2 Literatuurstudie

Hoofdstuk 4 bevat de literatuurstudie en heeft als doel de kenmerken van langdurige verzuimers in Nederland te beschrijven. Eén van de mechanismen waardoor het arbeidsgerelateerde medische adviestraject kan leiden tot versnelde terugkeer naar werk is doordat de objectivering helpt bij het beter inzetten van een adequate behandeling. Daarom is onderzocht of specifieke interventies mogelijk leiden tot verbetering van de re-integratie. De systematische review van Staal et al. (2013) met betrekking tot arbeidsgerelateerde interventies gericht op een versnelde terugkeer naar werk heeft als basis voor de literatuurstudie gediend. Deze bron is aangevuld met nationale onderzoeksrapporten en internationaal gepubliceerde literatuur.

2.3.3 Analyse cliëntendatabase

De cliëntendatabase van het expertisecentrum is geanalyseerd om de kenmerken van de werknemers die een adviestraject hebben ondergaan in kaart te brengen. De uitkomsten hiervan zijn beschreven in hoofdstuk 5. Sinds 2011 houdt het expertisecentrum elektronische cliëntendossiers bij. Het expertisecentrum heeft de geanonimiseerde niet-medische gegevens beschikbaar gesteld voor analyse. Deze gegevens zijn niet herleidbaar tot personen. Het expertisecentrum is ISO 9001 en ISO 15224 gecertificeerd, geregistreerd bij het College Bescherming Persoonsgegevens en handelt conform de Wet Bescherming Persoonsgegevens. De analyses zijn uitgevoerd door een medewerker van Celsus bij het expertisecentrum op locatie. De Commissie Mensgebonden Onderzoek van het Radboudumc heeft aangegeven dat het onderzoek, inclusief vragenlijsten en interviews, uitgevoerd kan worden, omdat het onderzoek niet onder de reikwijdte van de Wet Mensgebonden Onderzoek valt[10]. De gehele database bevat 4600 werknemers, waarvan 2595 werknemers (56%) een adviestraject heeft doorlopen. De overige dossiers betreffen medische argumentatie bij bezwaarzaken en vervolgdossiers.

[10] Dossiernummer: 2014-1283

2.3.4 Vragenlijsten

Om een beeld te krijgen hoe de betrokken personen de uitkomsten van het adviestraject ervaren, is een werknemersenquête en een enquête voor de verwijzers ontworpen (bijlage 1). Elke elektronische vragenlijst bevat maximaal 15 vragen.

Het expertisecentrum heeft 1800 van de 2595 werknemers per e-mail gevraagd deel te nemen aan het onderzoek. De overige werknemers hebben aangegeven niet te willen worden benaderd voor onderzoeken of hebben geen e-mailadres beschikbaar gesteld aan het expertisecentrum. De anonimiteit van de respondenten is door middel van een elektronisch gegenereerde code gegarandeerd. De code maakt het mogelijk de antwoorden van de vragenlijst te koppelen aan het geanonimiseerde cliëntenbestand zonder medische gegevens dat beschikbaar is gesteld door het expertisecentrum. Het expertisecentrum heeft geen toegang tot de individuele antwoorden. Via e-mail heeft het expertisecentrum ruim 400 verwijzers benaderd voor deelname aan de vragenlijst. Individuele verwijzers melden vaak tientallen werknemers aan, wat uitsplitsing naar vragenlijst per cliënt niet mogelijk maakt. Daarom hebben de verwijzers een vragenlijst gekregen over de gemiddelde perceptie van alle verwijzingen. Dit heeft als gevolg dat de vragenlijst niet kan worden gekoppeld aan het cliëntenbestand. De vragenlijst geeft wel een goed beeld van hoe de verwijzers het effect van het adviestraject ervaren. Ten derde zijn de resultaten van de tevredenheidsenquête onder werknemers die onderdeel uitmaakt van het kwaliteitssysteem van het expertisecentrum gerapporteerd. Deze enquête wordt vlak na afronding van het adviestraject schriftelijk afgenomen door het expertisecentrum en anoniem verwerkt.

2.3.5 Verdiepend onderzoek zorgkosten en betermelding

De vragenlijsten geven geen informatie over terugkeer naar werk en de verzuimduur. Om dit in kaart te brengen heeft een grote verwijzer anonieme gegevens over de eerste ziektedag, datum van aanmelding bij het adviestraject en datum van betermelding aangeleverd. De analyse maakt het mogelijk om terugkeer naar werk en de verzuimduur van deze subgroep vast te stellen.

Om het effect op de zorgkosten in beeld te krijgen, is een koppeling gemaakt met zorgdeclaraties uit de database van een grote zorgverzekeraar. De koppeling vindt plaats door middel van een Trusted Third Party (TTP) om de anonimiteit van de gegevens te waarborgen. De zorgkosten zijn geanalyseerd van de 725 werknemers die bij de zorgverzekeraar zijn verzekerd. Door middel van een voor-nameting is onderzocht hoe de zorgkosten veranderen in de loop van het re-integratietraject. De zorgkosten betreffen alleen de kosten die onder de reguliere zorgverzekeringswet (zvw) vallen. Dit betreft zowel de kosten uit de basisverzekering als de zorgkosten van een aanvullende verzekering. Eventuele kosten die gemaakt worden door de werkgever gerelateerd aan verzuim van werknemer vallen buiten de afbakening van dit onderzoek.

2.3.6 Kwalitatief onderzoek

Het doel van het kwalitatief onderzoek is onderliggende factoren te identificeren die het effect op verzuim, arbeidsongeschiktheid en terugkeer naar werk beïnvloeden. Data zijn verzameld op de volgende wijze:

- Vier semi-gestructureerde interviews met werknemers die het adviestraject hebben doorlopen
- Een focusgroep bijeenkomst met zes verwijzers

Doordat Celsus geen herleidbare gegevens heeft van de werknemers, is het niet mogelijk geweest de doelgroep te benaderen voor het kwalitatieve onderzoek. Vier personen hebben zich via het expertisecentrum vrijwillig aangemeld voor een telefonisch interview. Door aanmeldingen via de vragenlijst hebben we een focusgroep met zes verwijzers kunnen organiseren. Door deze lage aantallen moet de kwalitatieve analyse worden beschouwd als een verkenning van onderliggende factoren die de uitkomst van het adviestraject beïnvloeden. Ondanks dat te weinig interviews zijn afgenomen om een compleet beeld te vormen, geven de interviews wel een beeld van de percepties van de werknemers. Daarom is gekozen om de uitkomsten van de interviews kort te bespreken in dit onderzoek. Tijdens de focusgroep zijn de voorlopige resultaten van de kwantitatieve analyses en enquêtes voorgelegd. Op deze manier is een verkenning gemaakt om de kwantitatieve resultaten in een breder kader te plaatsen. Ook hierbij geldt dat één focusgroep niet genoeg is om een compleet beeld te vormen, daarom wordt in dit onderzoek de focusgroep ingezet als extra achtergrondinformatie, en worden de resultaten beknopt besproken in hoofdstuk 6.

2.4 Beperkingen

Ondanks de uitgebreide dataverzameling kent dit onderzoek verschillende methodologische beperkingen, die hieronder kort worden beschreven.

2.4.1 Causale effecten

Het is niet mogelijk om een vergelijkbare groep werknemers met problematisch verzuim samen te stellen die het adviestraject niet heeft doorlopen. Hierdoor valt nooit met zekerheid te zeggen of de (versnelde) terugkeer naar werk het directe gevolg is van het adviestraject, of dat andere factoren de terugkeer naar werk beïnvloeden. Vanwege deze reden zijn geen uitspraken mogelijk over de (kosten)effectiviteit van het adviestraject. De analyse beperkt zich daarom tot een beschrijvend onderzoek. Om de (kosten)effectiviteit van het adviestraject vast te stellen, zijn meer robuuste onderzoeksdesigns nodig. Dit kan het beste plaatsvinden door middel van een gecontroleerd onderzoek waarbij een groep werknemers die een adviestraject doorlopen worden vergeleken met een controlegroep waarbij er geen sprake is van adviestrajecten. Een dergelijk onderzoek is complex en dus kostbaar, omdat het lastig is vergelijkbare omstandigheden te creëren waarbij de interventie (adviestraject) wordt afgezet tegen een controlegroep.

2.4.2 Representativiteit van de vragenlijsten

Mogelijk geven de antwoorden op de vragenlijsten een vertekend beeld van de gehele populatie, doordat er sprake is van bepaalde selectie-effecten. Het is onbekend of bepaalde groepen de vragenlijst vaker of juist minder vaak hebben ingevuld. Het is mogelijk dat voornamelijk de werknemers die zeer positief of zeer negatief zijn over het expertisecentrum de vragenlijst invullen. Dit zou betekenen dat de neutrale antwoorden zijn ondervertegenwoordigd ten opzichte van het gehele cliëntbestand. Het is ook mogelijk dat meer personen die niet werkzaam zijn de vragenlijst invullen. Hierdoor kunnen de antwoorden mogelijk een te negatief beeld geven van het effect op terugkeer naar werk. Mogelijk is het percentage werknemers dat terugkeert naar werk hoger in het gehele cliëntenbestand.

2.4.3 Generalisatie

Omdat het adviestraject een specifieke en heterogene doelgroep heeft, kunnen de resultaten niet zomaar vergeleken worden met andere werknemersgroepen of uitkomsten van andere interventies. Mogelijk verrichten verschillende aanbieders van adviestrajecten andere werkzaamheden binnen het adviestraject. Omdat er maar één adviestraject van één aanbieder is onderzocht, kunnen er alleen conclusies worden getrokken over dit specifieke adviestraject.

2.4.4 Kwalitatieve analyse

De inschatting is dat de werknemers die een adviestraject hebben gehad erg divers zijn. Hierdoor zijn vier interviews niet genoeg om het beeld volledig te krijgen wat de onderligende factoren zijn die de uitkomsten van het adviestraject beïnvloeden. Ook een focusgroep met zes deelnemers is mogelijk te beperkt om een volledig beeld te vormen van hoe verwijzers aankijken tegen het adviestraject.

3 Achtergrondinformatie over re-integratie en het adviestraject

3.1 Re-integratiewetgeving in Nederland

Nederland kent een model van re-integratie waarbij de verantwoordelijkheid voor re-integratie ligt bij werkgevers en werknemers, bijgestaan door (onder andere) bedrijfsartsen. Op grond van art. 658a BW is de werkgever minimaal de eerste twee jaar verantwoordelijk voor de re-integratie van de zieke werknemer. Een en ander met inachtneming van verplichtingen op basis van de Wet Verbetering Poortwachter (WVP).[11]

In de WVP stelt de werkgever samen met de werknemer, op basis van een probleemanalyse van de bedrijfsarts, een plan van aanpak op voor de re-integratie. Dit plan wordt bewaakt door een casemanager en regelmatig geëvalueerd. De rol van casemanager wordt meestal ingenomen door een P&O-medewerker of de leidinggevende van de werknemer of een speciaal daarvoor aangestelde (externe) registercasemanager. Als het verzuim langer dan twee jaar dreigt te duren, verricht het UWV een keuring, om te beoordelen of er recht bestaat op een uitkering op grond van de Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen (WIA). Bij deze keuring bepaalt het UWV onder meer de restverdiencapaciteit, op basis waarvan de mate van arbeidsongeschiktheid wordt vastgesteld. Bij een mate van arbeidsongeschiktheid van minder dan 65%, is er geen recht op uitkering. Bij een mate van arbeidsongeschiktheid van meer dan 65%, is er wel recht op uitkering. Op dat moment (na 104 weken) stroomt de werknemer de Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen (WIA) in.[12]

Het is de verantwoordelijkheid van de werkgever dat de werknemer een functie binnen het bedrijf krijgt die rekening houdt met de medische beperkingen en past bij de arbeidsmogelijkheden en restverdiencapaciteit. Als deze functie niet beschikbaar is binnen het bedrijf moeten de werkgever en werknemer er alles aan doen om te zorgen dat de werknemer binnen een ander bedrijf aan de slag kan. De werkgever dient de werknemer aan te spreken op zijn re-integratieverplichtingen en het UVW controleert bij de beoordeling na twee jaar of de werkgever aan zijn re-integratieverplichtingen heeft voldaan. Mocht de werkgever tekort zijn geschoten in zijn plichten, dan kan de WIA-beoordeling worden uitgesteld, en moet de werkgever de werknemer langer doorbetalen bij ziekte. Dit wordt ook wel een loonsanctie genoemd. De werkgever heeft op zijn beurt ook de mogelijkheid om het loon van de werknemer op te schorten als deze niet meewerkt aan de re-integratie.

De WVP geldt voor werknemers in loondienst. Uitzendkrachten, zieke werklozen en werknemers waarvan het dienstverband tijdens de ziekte eindigt vallen onder de ZW, samen met enkele kleine specifieke groepen. Omdat de ZW als vangnet wordt gebruikt voor werknemers die niet onder de loondoorbetalingsverplichting van een werkgever vallen, wordt deze groep ook wel 'vangnetters'

[11] http://wetten.overheid.nl/BWBR0013063/geldigheidsdatum_11-01-2015
[12] http://wetten.overheid.nl/BWBR0019057/geldigheidsdatum_11-01-2015

genoemd. In de ZW verzorgt het UWV de verzuimbegeleiding, tenzij de (ex-) werkgever een eigenrisicodrager is. In dat geval wordt de verzuimbegeleiding meestal uitbesteed aan een private verzuimbegeleider. Na twee jaar vindt net als bij de reguliere werknemers een WIA-beoordeling door het UVW plaats. Door invoering van de Ziektewet BeZaVa (Beperking Ziekteverzuim en Arbeidsongeschiktheid Vangnetters) zijn vangnetters sinds 2013 onderhevig aan een tussenbeoordeling na 52 weken[13]. Zelfstandige ondernemers kunnen zich bij een particuliere inkomensverzekeraar verzekeren tegen arbeidsongeschiktheid en worden dan vanuit die partij begeleid.

3.2 De markt voor arbeidsgerelateerde medische expertises

De ondersteunende diensten bij re-integratie kunnen worden onderverdeeld in drie hoofdtaken: begeleiding, behandeling en beoordeling[14]. Begeleiding tijdens verzuim vormt qua omvang veruit de grootste sector en is als branche verenigd in de OVAL, organisatie voor vitaliteit, activering en loopbaan[15]. Hieronder vallen onder andere arbodiensten met bedrijfsartsen die de nadruk leggen op de sociaal medische begeleiding tijdens herstel en re-integratie, casemanagementbedrijven die de nadruk leggen op de financieel/administratieve en logistieke regie tijdens de re-integratie, en re-integratiebedrijven die de nadruk leggen op het vinden van passend werk (mobiliteit, veelal buiten de eigen werkgever, ofwel het 2^{e} spoor).

Behandeling van gezondheidsklachten vindt voor het grootste deel plaats in de reguliere gezondheidszorg. Een klein deel valt hierbuiten en bestaat over het algemeen uit multidisciplinaire behandeltrajecten, waarbij de behandeling van klachten en beperkingen wordt gecombineerd met aandacht voor coping en gedragsmatige interventies gericht op werkhervatting. Deze behandeltrajecten vallen deels onder de verzekerde zorg van de zorgverzekeringswet (zvw), waarbij aanvullende "terug naar werk modules" voor rekening van de werkgever zijn. Naast de multidisciplinaire behandeltrajecten bestaan ook monodisciplinaire behandeltrajecten door bedrijfsfysiotherapeuten en -psychologen.

Beoordeling van arbeidsongeschiktheid wordt op dit moment met name gedaan na twee jaar ziekte door het UWV in het kader van de WIA-beoordeling. Voor de ZW vindt een tussenbeoordeling na 52 weken plaats. Ook kan binnen twee jaar een niet-bindende tussenbeoordeling door het UWV worden aangevraagd (het deskundigenoordeel). Daarnaast is er een kleine groep private bedrijven actief in de eerste twee ziektejaren. Hierbij kan onderscheid gemaakt worden tussen partijen die zich bezig houden met de beoordeling van *beroepsziekten* en beoordeling van *arbeidsrelevante klachten en beperkingen*.

Het verschil tussen beroepsziekten en arbeidsrelevante klachten is dat beroepsziekten door het werk worden veroorzaakt, terwijl arbeidsrelevante klachten geen direct gevolg zijn van het werk,

[13] Zie voor een uitgebreide beschrijving van de ZW en de wet BeZaVa bijvoorbeeld Cox, F. (2015). "Ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid onder vangnetters."
[14] Gezondheidsraad 2005
[15] http://www.oval.nl/

maar wel belemmerend kunnen zijn voor (hervatting van) het werk. Onder beroepsziekten vallen bijvoorbeeld asbestziekte, schildersziekte, bakkersexceem, etc. en onder arbeidsrelevante klachten vallen bijvoorbeeld rugklachten, hartklachten, depressies, etc. Beoordeling van beroepsziekten wordt uitgevoerd vanuit enkele kleine, gespecialiseerde centra. Dit betreft per centrum in totaal enkele tientallen tot honderden gevallen per jaar. Bij beoordeling van beroepsziekten gaat het met name om het aantonen van de causaliteit tussen ziekteverschijnselen en arbeidsomstandigheden. Dit is normaal gesproken een taak van de bedrijfsarts maar soms is hiervoor aanvullend medisch specialistisch onderzoek door een klinisch arbeidsgeneeskundige of arbeidshygiënisch blootstellingonderzoek vereist. Beoordeling van beroepsziekten valt buiten de focus van dit onderzoek.

Dit onderzoek gaat specifiek over de medische beoordeling van *arbeidsrelevante klachten en beperkingen* door middel van een adviestraject. Mono- en multidisciplinaire beoordeling van arbeidsrelevante klachten en beperkingen is een opkomende markt. Het betreft op dit moment enkele duizenden beoordelingen per jaar. Er zijn enkele kleinere bedrijven en één marktleider (marktaandeel >50%) actief in deze branche.

3.3 Beschrijving van het onderzochte expertisecentrum

Het onderzochte expertisecentrum levert medische expertises en second opinions bij ziekte en arbeidsongeschiktheid in opdracht van bedrijfsartsen, casemanagers, arbeidsjuristen of het UWV. De dienstverlening is specifiek gericht op arbeidsgeneeskundige diagnostiek, met een focus op vergroting van belastbaarheid. Hiervoor werken artsen voor arbeid en gezondheid (bedrijfs- en verzekeringsartsen) multidisciplinair samen met medisch specialisten in een landelijk netwerk voor arbeidsgerelateerde zorg. Dit netwerk bestaat onder meer uit orthopeden, revalidatie-artsen, reumatologen, psychiaters, cardiologen, neurologen, internisten en longartsen. Daarnaast heeft het expertisecentrum onderzoekslaboratoria op verschillende plaatsen in Nederland. Hier kan (aanvullend) belastbaarheidonderzoek uitgevoerd worden. De diagnostiek en advisering zijn gericht op participatie. Het advies wordt teruggekoppeld aan de betrokken bedrijfsarts en de werknemer. De bedrijfsarts wordt daarmee in staat gesteld om de werkgever en werknemer te adviseren over en te ondersteunen in het re-integratietraject. De bedrijfsarts kan met toestemming van de werknemer het verkregen advies afstemmen met zorgverleners in de reguliere zorg. Het bedrijf voert zelf geen behandelingen of begeleiding uit, maar het inzetten van een behandeling of het interveniëren in een lopende behandeling kan onderdeel van de advisering uitmaken.

De twee belangrijkste diensten van het expertisecentrum zijn arbeidsgeneeskundige diagnostiek en medische argumentatie. Medische argumentatie wordt geleverd aan bedrijven die zijn verwikkeld in aanvragen en bezwaar- of beroepsprocedures bij het UWV over arbeidsongeschiktheidsuitkeringen. Medische argumentatie wordt gebruikt voor dossieropbouw en heeft geen directe invloed op re-integratie in de eerste twee jaar van ziekte en valt buiten de focus van dit onderzoek.

Arbeidsgeneeskundige diagnostiek kan voor verschillende doeleinden worden ingezet. Vaak is er

onduidelijkheid met betrekking tot de klachten en beperkingen van een werknemer. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn bij een onduidelijke diagnose of prognose, twijfel over de behandeling en benutbare mogelijkheden, stagnatie van herstel en re-integratie. Een niet-adequate behandeling kan in het adviestraject worden vastgesteld als gevolg van een verkeerde medische diagnose, onder- of overbehandeling, of een gebrek aan aandacht voor vergroting van belastbaarheid. Ook bij behoefte van verwijzer en/of cliënt aan een second opinion, bijvoorbeeld als een huidige behandeling te weinig resultaat oplevert, kan een adviestraject worden ingezet. Het traject wordt meestal geïnitieerd door een casemanager of werkgever en soms door een bedrijfsarts. Het kan ook voorkomen dat de werknemer het adviestraject initieert, maar het adviestraject moet wel worden aangevraagd door een professionele verwijzer (werkgever of bedrijfsarts).

In de reguliere zorg wordt de aandacht in sommige gevallen teveel gericht op het wegnemen van de klacht (bijvoorbeeld pijn) en te weinig op herstel van functioneren en belastbaarheid (bijvoorbeeld kracht en uithoudingsvermogen). Daarnaast vindt niet altijd follow-up plaats indien de werknemer-patiënt niet uit zichzelf terug komt bij zijn huisarts of behandelaar. In die gevallen kan een aanvulling op het huidige behandeltraject leiden tot een hogere belastbaarheid en een snellere re-integratie. Ter verduidelijking worden in box 1 drie voorbeelden van arbeidsgeneeskundige diagnostiek gegeven. In de volgende paragraaf wordt nader ingegaan op het proces van het adviestraject.

Box 1: Voorbeelden van het adviestraject. De voorbeelden zijn aangedragen door het medisch expertisecentrum.

Buschauffeur (53 jaar), full-time dienstverband (wisselende diensten)	
Situatie	Plots ontstane rugklachten waarvoor aanvankelijk pijnstilling en rust via huisarts, na 2 weken terugval in klachten en inmiddels 24 behandelingen fysiotherapie. Aangemeld door de casemanager in overleg met de bedrijfsarts omdat na 4 maanden verzuim nog steeds geen sluitend plan van aanpak voor re-integratie kan worden gemaakt.
Aanpak onderzoek	Multidisciplinaire diagnostiek orthopedisch chirurg en verzekeringsarts
Uitkomst multidisciplinaire diagnostiek	Klachten: geen medisch geobjectiveerde afwijkingen bij beeldvorming en lichamelijk onderzoek Beperkingen: geen beperkingen ten opzichte van normaalwaarden wel verminderde spierkracht en coördinatie als gevolg van fysieke onderbelasting Aanvullende informatie van huisarts: laatste 2 maanden geen contact meer gehad met betrokkene, al geruime tijd tabletten voor beginnende diabetes Werkdiagnose: aspecifieke lage rugklachten (lumbago) die in stand worden gehouden door fors overgewicht, slechte conditie en verlies van arbeidsritme Conclusie: geen adequate behandeling en voldoende benutbare mogelijkheden voor opstarten re-integratie
Gecombineerd behandel- en belastbaarheidsadvies	Direct beginnen met tijdcontingente opbouw in werk onder begeleiding van bedrijfsarts, stoppen met reguliere fysiotherapie en starten met bewegingsprogramma onder begeleiding van gespecialiseerde fysiotherapeut en diëtist
Prognose bij normaal herstelverloop	Volledig herstel van functioneren verwacht binnen 6-8 weken WGA risico: geen/laag
Reactie cliënt	Had aanvankelijk weinig vertrouwen in het onderzoek maar is achteraf wel blij met de uitkomst dat er verder niets mis is met de rug. Is van plan de adviezen op te volgen om zo ook verdere verslechtering van diabetes en problemen met

	onregelmatige diensten te voorkomen.

Lerares middelbare school (47 jaar), part-time dienstverband (28 uur)	
Situatie	Sinds 1,5 jaar klachten van vermoeidheid, pijn in het gehele lichaam, verminderd concentreren, slecht slapen en prikkelbaarheid. De vermoeidheidsklachten staan op de voorgrond. Client is reeds door diverse specialisten gezien. Er heeft uitgebreid bloed- en röntgenonderzoek plaatsgevonden maar tot op heden verbeteren de klachten niet. Zij heeft de zorg over haar dementerende moeder. Aangemeld door bedrijfsarts na 13 maanden verzuim omdat re-integratie slechts 3 uur per week mogelijk lijkt. Bedrijfsarts vraagt onderzoek om na te gaan wat de diagnose is, of er sprake is van adequate behandeling en naar benutbare mogelijkheden voor re-integratie
Aanpak onderzoek	Multidisciplinaire diagnostiek door internist, psychiater en verzekeringsarts Aanvullend cognitief en fysiek belastbaarheidsonderzoek door neuropsycholoog en arbeidsfysiotherapeut
Uitkomst multidisciplinaire diagnostiek	Klachten: sterke vermoeidheids- en pijnbeleving, mild vitamine tekort en verder geen medisch objectiveerbare afwijkingen. Wel is sprake van een beginnende depressie. Beperkingen: geen cognitieve beperkingen objectiveerbaar, wel verlies van prestatie aan het einde van de test. Geen atrofie of krachtsverlies. Conditie: 80 % van de normaalwaarde. Aanvullende informatie huisarts: overzicht van reeds uitgevoerde onderzoeken, labuitslagen en medicatie Werkdiagnose: somatisch onvoldoende verklaarbare lichamelijke klachten (SOLK) onder negatieve invloed van psychosociale stress. Tevens milde depressie Conclusie: geen adequate behandeling, psycho-sociale overbelasting en dag/nachtritme wat conflicteert met gewenst arbeidsritme
Gecombineerd behandel- en belastbaarheidsadvies	Gespecialiseerd SOLK behandeltraject in combinatie met medicamenteuze behandeling van depressieve klachten en aanvulling van vitamine tekort. Verdere tijdcontingente opbouw in uren en taken onder begeleiding van bedrijfsarts. In de taken dienen geen veelvuldige deadlines, productiepieken of conflicthantering voor te komen. Verder geen hoog handelingstempo. Tevens verminderd belastbaar t.a.v. dynamische belasting zoals zwaar tillen, duwen, traplopen, klimmen, trekken, dragen en lopen. Een volledig belastbaarheidsprofiel is opgesteld in de vorm van een Functionele Mogelijkheden Lijst (FML). Herstelbelemmerende factor: zorg voor moeder
Prognose bij normaal herstelverloop	Volledig herstel van functioneren mogelijk binnen 12-16 weken na aanvang behandeling bij adequaat herstelgedrag. WGA-risico: aanwezig (afhankelijk van oplossing voor oorzaak van psycho-sociale overbelasting)
Reactie cliënt	Heeft het onderzoek heel intensief ervaren, voelt zich heel serieus en uitgebreid onderzocht waardoor veel is losgekomen. Is gemotiveerd om behandeling op te pakken en onderkent de noodzaak om hulp van gemeente te vragen bij vinden van juiste zorg en opvang voor moeder.

Productie medewerker (42 jaar), full-time dienstverband	
Situatie	Sinds 15 maanden klachten van psychische aard, angstig, down en bang en vermijdt sociale contacten. Durft niet naar het werk te komen. Client is sinds 5 maanden (wekelijks 1 gesprek) onder behandeling van een psycholoog en hij slikt rustgevende medicatie. Er wordt gesproken over een stemmingsstoornis: depressie met sociale fobie. Ondanks de behandeling nemen de klachten niet af, integendeel. Aangemeld door bedrijfsarts na 6 maanden verzuim omdat cliënt niet herstelt en re-integratie in het geheel niet mogelijk lijkt. Bedrijfsarts vraagt onderzoek om na te gaan wat de diagnose is (second opinion), of er sprake is

	van adequate behandeling en of er benutbare mogelijkheden zijn voor re-integratie.
Aanpak onderzoek	Multidisciplinaire diagnostiek psychiater en verzekeringsarts
Uitkomst multidisciplinaire diagnostiek	Klachten: verklaard door psychiatrische stoornis Beperkingen: persoonlijk en sociaal functioneren Aanvullende informatie huisarts: overzicht medicatie Werkdiagnose: Post Traumatisch Stress Syndroom (ontstaan in vakantie vlak voor datum uitval) Conclusie: Geen juiste diagnose waardoor geen juiste therapie en daardoor stagnatie herstel en re-integratie
Gecombineerd behandel- en belastbaarheidsadvies	Stoppen met psycholoog en starten met gerichte behandeling (EMDR) met cognitieve therapie. Naar verwachting zal na 3-4 weken het vermijdingsgedrag gaan afnemen en kan de re-integratie tijdcontingent worden vorm gegeven onder begeleiding van de bedrijfsarts. Bij het opstarten van re-integratie dient hoge werkdruk te worden voorkomen (opbouwschema), de flexibiliteit is nog verminderd en er is nog geen effectieve conflicthantering mogelijk. Betrokkene moet in de periode naar volledige werkhervatting kunnen terugvallen op een collega of leidinggevende. Een volledig belastbaarheidsprofiel is opgesteld in de vorm van een Functionele Mogelijkheden Lijst (FML).
Prognose bij normaal herstelverloop	Volledig herstel van functioneren is mogelijk binnen 8-12 weken na aanvang behandeling WGA risico: laag/geen
Reactie cliënt	Ziet nu dat de gesprekken met psycholoog wel verlichting gaven maar geen oplossing. Hoewel cliënt nog veel vragen heeft over de aard van de behandeling, is cliënt gemotiveerd om gerichte behandeling te starten.

3.4 Het adviestraject

Als verzuim langer duurt dan verwacht, hebben verwijzer, werknemer en werkgever er belang bij dat snel duidelijk wordt wat de (prognose van de) klacht is van de zieke werknemer, of er een behandelinterventie nodig is, en wat de arbeidsmogelijkheden zijn. Het expertisecentrum verduidelijkt en objectiveert de klachten en beperkingen op medisch gebied en adviseert over behandeling en belastbaarheid. Het advies wordt gebaseerd op voorinformatie van de verwijzer, een arbeidsgeneeskundige anamnese, medische informatie van de behandelend arts en bevindingen uit onderzoek door een geconsulteerde medisch specialist (first of second opinion) dan wel een belastbaarheidonderzoek.

Werkenden die naar het expertisecentrum worden doorverwezen zijn afkomstig uit alle sectoren met uitschieters in overheid, zorg, handel, vervoer, horeca, bouw en zakelijke dienstverlening. Grote werkgevers verwijzen veelal rechtstreeks naar het expertisecentrum. Binnen het MKB wordt verwezen via arbodiensten, re-integratiebedrijven en verzuimverzekeraars; uitzendkrachten/vangnetters worden verwezen via eigen risico dragers en het UWV; en zzp-ers via inkomensverzekeraars.
Verwijzers van het extpertisecentrum zijn onder te verdelen in vier groepen. De eerste groep verwijzers bestaat uit artsen die betrokken zijn bij de sociaal medische begeleiding en claimbeoordeling. Dit zijn bedrijfsartsen van arbodiensten of zpp-ers volgens een maatwerkregeling, en daarnaast medisch adviseurs van inkomensverzekeraars. De tweede groep verwijzers bestaat uit personeelsfunctionarissen zoals casemanagers en personeelsadviseurs die

betrokken zijn voor het opstellen en uitvoeren van het plan van aanpak voor re-integratie. De derde groep verwijzers bestaat uit externe arbeidsdeskundigen en mobiliteitsadviseurs die betrokken zijn indien werkhervatting in eigen functie niet langer het enige einddoel van de re-integratie is en ook andere mogelijkheden moeten worden onderzocht. De vierde groep verwijzers bestaat uit advocaten en arbeidsjuristen/belangenbehartigers. Deze verwijzers zijn vooral betrokken in geval van bijkomende problematiek zoals bedrijfsongevallen, letselschade of onenigheid over de re-integratie, maar ook bij bezwaarzaken tegen het UWV. Verwijzingen worden gedaan na overleg tussen de betrokken professional(s), de werkgever en de werknemer. De uiteindelijke verwijzer die de aanmelding doet bij het expertisecentrum is meestal de bedrijfsarts of de casemanager die tevens is belast met de administratieve afhandeling van acties uit overleg.

Bij aanmelding volgt afstemming over de vraagstelling met de verwijzer en wordt de werknemer geïnformeerd over het onderzoekstraject. De bedrijfsarts is niet altijd de verwijzer, maar is vaak wel de initiator en wordt altijd bij het traject betrokken. De werknemer vult een toestemmingsverklaring in voor het onderzoek en het uitwisselen van medische gegevens van de behandelaar(s) en te consulteren medisch specialist(en) met de verzekeringsarts van het expertisecentrum. Vervolgens vindt een intakegesprek plaats tussen de werknemer en een verzekeringsarts van het expertisecentrum. Hierna wordt medische informatie opgevraagd bij de behandelaar en volgt een consult bij de relevante medisch specialist(en). Op basis van het specialistische consult wordt eventueel aanvullend onderzoek of vervolgconsulten bij andere medisch specialisten gepland en een diagnose gesteld. Zo nodig volgt een belastbaarheidonderzoek (o.a. neuropsychologisch onderzoek, functionele capaciteitsevaluatie, etc.). Bij dit onderzoek worden de mogelijkheden van de cliënt getest volgens de Functionele Mogelijkheden Lijst (FML). De verzekeringsarts van het expertisecentrum deelt het medische advies met de betrokken bedrijfsarts en cliënt, en geeft een advies zonder medische informatie aan de verwijzer/werkgever. In dit niet-medisch advies staat bijvoorbeeld of de huidige behandeling verbeterd kan worden, of een interventie is vereist, wat de arbeidsmogelijkheden van de werknemer zijn, op welke termijn herstel en re-integratie valt te verwachten en op welke wijze duurzame inzetbaarheid kan worden bereikt. Een voorstel voor verbetering van de behandeling indien het expertisecentrum constateert dat deze niet adequaat is, wordt gegeven in de medische rapportage, die in het bezit van de bedrijfsarts is. De bedrijfsarts wordt daarmee in staat gesteld om de werkgever en werknemer te adviseren over en te ondersteunen in aanpassing van het re-integratietraject. Het adviestraject duurt ongeveer 4-6 weken vanaf het moment dat de werknemer toestemming heeft gegeven.

De financiering van het adviestraject vindt plaats door de werkgever (of diens zorg-, verzuim- of inkomensverzekeraar). De tarieven van de adviestrajecten zijn al ontdubbeld voor de kosten van reguliere medisch specialistische zorg die onder de zorgverzekeringswet vallen (first/second opinion). Dat wil zeggen dat de kosten voor medisch specialistische zorg die onder het basispakket van de zvw vallen, geen onderdeel uitmaken van de tarieven van de adviestrajecten. Een eventueel eigen risico van de werknemer komt voor rekening van de opdrachtgever van het adviestraject.

4 Literatuurstudie

4.1 Inleiding

Volgens verwachting zijn geen artikelen gevonden specifiek over het effect van een objectieve diagnose- en prognosestelling op verzuim en terugkeer naar werk. Dit komt waarschijnlijk omdat het een jong innovatief zorgproduct betreft, het feit dat de interventie lastig te onderzoeken is door middel van een gerandomiseerd experiment, en doordat het geen standaard interventie betreft, maar meer maatwerk is. Om de potentiële effecten van het adviestraject bij langdurig verzuim te kunnen evalueren, richt de literatuurstudie zich op de volgende vragen:

- Wat zijn de kenmerken van langdurige verzuimers?
- Is er bewijs dat terugkeer naar werk door middel van specifieke interventies verbeterd kan worden?

De eerste vraag wordt gebruikt om de doelgroep van het onderzoek te vergelijken met de algemene groep langdurige verzuimers. De tweede vraag helpt bij het onderbouwen van de mogelijke uitkomsten van het adviestraject. Eén van de mechanismen waardoor het adviestraject kan leiden tot versnelde terugkeer naar werk is doordat de objectivering helpt bij het beter inzetten van een adequate behandeling. De literatuurstudie laat zien dat door het inzetten van gerichte behandelingen de terugkeer naar werk versneld kan worden.

De literatuurstudie put nadrukkelijk uit het werk van Staal et al. (2013): *"Clinical Interventions to Reduce Work Disability in Workers with Musculoskeletal Disorders or Mental Health Problems"* in het Handbook of Work Disability (Staal, De Rijk et al. 2013), aangevuld met internationale artikelen die zijn verzameld door zoekopdrachten in verschillende literatuurdatabases, en informele zoekopdrachten naar Nederlandse onderzoeksrapporten. De literatuurstudie begint met het beschrijven van de doelgroep van langdurig zieke werknemers. Kortdurend verzuim wordt buiten beschouwing gelaten. Omdat beroepsziekten niet onder de doelgroep van het adviestraject vallen (zie paragraaf 3.2), wordt hier niet speciaal aandacht aan besteed in de literatuurstudie.

4.2 Kenmerken van langdurig zieke werknemers

In de literatuur worden verschillende grenzen genomen bij de afbakening van langdurig zieke werknemers. De groep langdurige verzuimers wijkt af van de doelgroep van dit onderzoek. Problematisch ziekteverzuim is maar een klein deel van het totale langdurige verzuim. Ook is het mogelijk dat problematisch verzuim al vroeg in het ziektetraject optreedt.

4.2.1 Beschrijving van de ziekteklachten van langdurig zieke werknemers

Afhankelijk van de studiepopulatie nemen psychische klachten en klachten aan het bewegingsapparaat beide ongeveer 30-40% van de totale klachten bij langdurig verzuim in. Volgens het RIVM is het aandeel psychische klachten 38%, en het aandeel klachten aan het bewegingsapparaat 28% bij langdurige ziekte (RIVM 2011). Een onderzoek van APE en Astri uit 2009 gebruikt als grens voor langdurige ziekte 9 maanden. In deze studie heeft 32% psychische

klachten, en 35% klachten aan het bewegingsapparaat (Meyenfeldt, Jong et al. 2009). Een scriptie van Klein Koerkamp uit 2009 onderzocht 613 werknemers die langer dan 13 weken verzuimden. De meest voorkomende klachten waren psychische klachten (44%) en klachten aan het bewegingsapparaat (46%) (Klein Koerkamp 2009).

Er kan ook worden gekeken naar de samenstelling van klachten bij de populatie met een WIA-uitkering. Deze personen hebben langer dan twee jaar verzuimd. Van de personen met een WIA-uitkering heeft 33% een psychische klacht, 26% een klacht aan het bewegingsapparaat, 27% een hart-vaatziekte of kanker en 15% een overige klacht. 55% van deze groep heeft meer dan één klacht (de Jong, Everhardt et al. 2013).

De meest voorkomende klacht aan het bewegingsapparaat is lage rugpijn (Rossignol, Rozenberg et al. 2009). Nek- en schouderklachten en klachten aan het bovenlijf zijn minder voorkomende klachten (Bongers, Ijmker et al. 2006, Staal, De Bie et al. 2007). Een van de belangrijkste psychische stoornissen die leidt tot langdurige ziekte is een stemmingsstoornis zoals depressie of bipolaire stoornis (RIVM 2011).

4.2.2 Langdurige ziekte en dienstverband

Deze paragraaf vat samen hoe het type regeling afhankelijk van het dienstverband (WVP of ZW) samenhangt met de WIA-beoordeling. Vangnetters hebben een hogere kans om een WIA-aanvraag te doen dan werknemers in loondienst. 28% van de werknemers in loondienst met een verzuimduur langer dan negen maanden doet na twee jaar een WIA-aanvraag. Bij vangnetters met een verzuimduur langer dan twee maanden doet 55% een WIA-aanvraag (Versantvoort and van Echtelt 2012). In 2007 werd 35% van de totale WIA-aanvragen gedaan door vangnetters (UWV 2015). In en studie van Van der Hoek et al., 2008 naar een populatie vangnetters, wordt langdurig verzuim gedefinieerd als verzuim langer dan 8 weken. 6% van de uitzendkrachten belandde in de WIA. Voor werklozen was dit percentage 12% en voor werknemers van wie het dienstverband tijdens de ziekte afliep zelfs 30%. De studie concludeert onder andere dat een snelle en intensieve begeleiding het percentage WIA-instromers kan verminderen (van der Hoek, Baal et al. 2008).

4.2.3 De uitkomsten van de WIA-beoordeling

Ongeveer 35% van de WIA-aanvragen wordt beoordeeld als 0-35%, deze groep is minder dan 35% arbeidsongeschikt en heeft geen recht op een uitkering (UWV 2015). In de groep 35-minners zit ook een verschil in werkhervatting tussen reguliere werknemers en vangnetters. 33% van de vangnetters met een 35-min-beoordeling is aan het werk, ten opzichte van 60% van de reguliere werknemers met een 35-min-beoordeling (Versantvoort and van Echtelt 2012).

Van alle personen met een WIA-uikering in 2010 heeft 24% een IVA-beoordeling, 53% een WGA(80-100)-beoordeling en 23% een WGA (35-80)-beoordeling gekregen. De categorie WGA (35-80) bevat relatief veel vrouwen en uitzendkrachten, en relatief veel psychische aandoeningen.

Ongeveer tweederde van de volledig arbeidsongeschiktverklaarden heeft benutbare mogelijkheden (de Jong, Everhardt et al. 2013)[16].

In 2008 leidde 12% van de UWV-beoordelingen tot een loondoorbetalingsanctie. Onvoldoende of ontijdige inspanningen zijn de voornaamste reden voor een loonsanctie, gevolgd door een verkeerde beoordeling van de aanpak en een foute timing van inzetting tweedespoor. Een deskundigenoordeel van het UWV werd vaak ingeroepen om een sanctie te voorkomen of om te toetsen of de werkgever op de goede weg zit (de Jong, Everhardt et al. 2011).

4.2.4 Langdurige ziekte en re-integratie

Re-integratie kan de gezondheid en het herstel verbeteren, waarbij sprake is van een positieve terugkoppeling tussen gezondheid en werk (Lötters, Hogg-Johnson et al. 2005, Wiles, Haase et al. 2007, Strohle 2009, Lagerveld, Blonk et al. 2012). Dit wil zeggen dat een snelle terugkeer naar werk helpt bij een sneller herstel van de klachten. Omdat gezondheidsbeleving en werk elkaar beïnvloeden, is het mogelijk in een positieve spiraal te belanden. Werk verrichten kan een positief effect op gezondheid hebben, waardoor de werkhervatting sneller verloopt, wat weer een positief effect op gezondheid kan hebben (Versantvoort and van Echtelt 2012). Skivington (2013) vindt dit effect overigens alleen bij re-integratie naar banen met een hoge kwaliteit, waarbij de kwaliteit wordt beoordeeld aan de hand van verschillende dimensies, zoals autonomie, uitdaging en werkdruk. Voor re-integratie naar banen met een lage kwaliteit vindt hij geen significante verbetering van de gezondheid (Skivington 2013). Een werknemer bepaalt in de meeste gevallen zelf wanneer hij weer aan het werk wil gaan (Knegt, Besseling et al. 2004).

Een ontslag na ziekmelding verlaagt de aansluiting bij de arbeidsmarkt voor werknemers in Denemarken (Høgelund and Holm). Langdurige ziekte hangt ook sterk samen met herhaalverzuim. Langdurige arbeidsgerelateerde klachten, zoals botspierziekten, verklaren een groot deel van het kortdurend ziekteverzuim (Roelen, Koopmans et al. 2010). Leeftijd in combinatie met verzuim kan ervoor zorgen dat de inspanningen van de werkgever om de werknemer te behouden afnemen (Houtman, Steenbeek et al. 2013). Als een werknemer aangeeft geen begeleiding te hebben ontvangen van de werkgever, is de kans 40% lager dat de werknemer binnen 2 jaar terugkeert naar werk. Toch geeft 21% van de werknemers aan geen begeleiding te hebben ontvangen. De meest ontvangen begeleiding is op therapeutische basis werken, minder uren werken of werken met andere taken (Meyenfeldt, Jong et al. 2009).

4.2.5 Langdurige ziekte en ziektekosten

Nederland is een uitzondering op het gebied van verzuimbegeleiding door de bedrijfsarts. In veel andere landen wordt verzuimbegeleiding vanuit het reguliere gezondheidszorgstelsel verzorgd, en zijn werkgevers maar beperkt verantwoordelijk (Verwer, Groothoff et al. 2014). In Nederland is

[16] Personen kunen ondanks benutbare mogelijkheden volledig arbeidsongeschikt worden verklaard op het moment dat de benuitbare mogelijkheden niet voldoende zijn om loonvormend werk te verrichten van meer dan 20% van het laatstverdiende loon.

weinig onderzoek gedaan naar de relatie tussen langdurig verzuim en de ziektekosten die hiermee gepaard gaan. De studies kijken meestal naar de arbeidskosten van verzuim (Versantvoort and van Echtelt 2012). Steenbeek et al. (2010) maken een grove schatting van de ziektekosten gebaseerd op kosten van chronische aandoeningen. Ongeveer 9 miljoen (36%) van de totale geschatte kosten van verzuim (26 miljoen euro in 2009) bestaat uit ziektekosten (Steenbeek, Hooftman et al. 2010).

Een studie uit de V.S. vond geen significant verschil tussen de initiële ziektekosten van werknemers die terugkeerden na kortdurend verzuim en werknemers die doorstroomden naar langdurig verzuim. Wel van invloed op terugkeer naar werk waren aanpassingen op werk, en de fysieke zwaarte van het werk. Dit biedt mogelijkheden voor werkaanpassingen en omscholing naar minder fysiek veeleisende banen (Wheeler, Kearney et al. 2001).

4.3 Uitkomsten van interventies bij re-integratie

In de volgende paragrafen wordt een greep gedaan uit de uitgebreide literatuur op het gebied van interventies bij langdurige ziekten. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen klachten aan het bewegingsapparaat en psychische klachten. De interventies zijn gebaseerd op internationaal gepubliceerde literatuur en kunnen daardoor licht afwijken van de Nederlandse situatie. Het doel van het overzicht is niet om een uitputtende lijst van effectieve interventies te geven, maar te onderzoeken of er mogelijkheden zijn om re-integratie te verbeteren door het inzetten van specifieke interventies. Een bewijs hiervoor versterkt de hypothese dat een objectieve diagnose en prognose de terugkeer naar werk kan versnellen door de aansluiting op effectieve interventies te verbeteren.

Een interventie kan echter ook een negatieve correlatie hebben met de kans op terugkeer naar werk (Jehoel-Gijsbers 2007). Dit kan komen doordat werknemers met een grote kans op terugkeer minder snel zullen deelnemen aan een re-integratietraject (Kok and Hop 2008). De uitkomsten van de literatuurstudie zijn in de meeste gevallen gecorrigeerd voor dit selectie-effect.

4.3.1 Re-integratietrajecten bij klachten aan het bewegingsapparaat

Internationaal is veel onderzoek is gedaan naar het effect van re-integratietrajecten op terugkeer naar werk (Engers, Jellema et al. 2008). Een interventie biedt de meeste potentie als de werknemer na één maand nog niet teruggekeerd is naar werk (Wynne-Jones, Cowen et al. 2014). Trajecten omvatten onder andere opleiding en educatie, fysieke oefeningen, gedragstherapie, ergonomische aanpassingen, of een combinatie van deze behandelingen. Vier arbeidsre-integratiemethoden kunnen worden onderscheiden (Higgins, O'Halloran et al. 2012):

(a) Vroege interventie of doorverwijzing van werknemers
(b) Proactieve en effectieve richtlijnen op werk
(c) Verbetering van communicatie tussen stakeholders
(d) Werkinhoudelijke rehabilitatie op werk

Case management-interventie, waarbij arbeidsre-integratie wordt gekoppeld aan revalidatie, blijkt effectief in verbeteren van re-integratie bij klachten aan het bewegingsapparaat (Høgelund and

Holm 2006, Clayton, Bambra et al. 2011, Schandelmaier, Ebrahim et al. 2012). Ook een interventie waarbij tijdelijk een minder aantal uren gewerkt wordt, blijkt effectief (Høgelund, Holm et al. 2010). De invoering van een gecoördineerde, persoonlijke en multidisciplinaire (GPM-) ingreep in Denemarken leverde gemengde resultaten op (Nielsen, Vinsløv Hansen et al. 2014). In Denemarken heeft de overheid door middel van subsidies aan werkgevers het gebruik van re-integratiebegeleiding getracht te stimuleren. Dit heeft ook geleid tot gemengde resultaten (Ståhl, Toomingas et al. 2013) (Clayton, Barr et al. 2012). Subsidies worden namelijk ervaren als administratief belastend, waardoor alleen voldoende genereuze subsidies een positief effect op de opname van re-integratieondersteuning hebben(Ståhl, Toomingas et al. 2013). Veel interventiemogelijkheden worden beperkt opgenomen in de praktijk, waardoor grootschalige uitrol vaak niet het beoogde effect bereikt (Clayton, Bambra et al. 2011). Mogelijk valt het gebruik te verhogen door middel van een actief beleid (Scheel, Hagen et al. 2002). De effectiviteit van interventies kan mogelijk worden verhoogd door de rol van de werkgever in het re-integratietraject te vergroten (Clayton, Barr et al. 2012).

Binnen de klachten aan het bewegingsapparaat is met name lage rugpijn onderzocht. Een interventie waarbij informatie en instructie wordt gegeven kan bij lage rugpijn al effectief zijn in verbetering van de re-integratie (Indahl, Velund et al. 1995, Hagen, Eriksen et al. 2000). Een gefaseerde opbouw van werkgerelateerde oefeningen is effectief in het terugdringen van arbeidsafwezigheid (Lindström, Öhlund et al. 1992, Staal, Hlobil et al. 2004, Heymans, de Vet et al. 2006, Lambeek, Bosmans et al. 2010, Lambeek, van Mechelen et al. 2010). Andere onderzoekers vinden geen significant effect (Steenstra, Anema et al. 2006). Een interventie bestaande uit ergonomische aanpassingen aan de werkplaats, gereduceerde uren en werklading, en versneld terug-naar-werkbeleid is aangetoond effectief in het terugdringen van ziekteverzuim (Franche, Cullen et al. 2005, Clayton, Barr et al. 2012). Een consult bij een medisch specialist waarbij extra informatie wordt verstrekt leidt tot een snellere terugkeer naar werk dan een regulier consult (Molde Hagen, Grasdal et al. 2003). Een systematisch review van Schaafsma et al. (2013) vindt dat arbeidsbevorderende oefenprogramma's de kans op terugkeer naar werk mogelijk licht bevorderen in vergelijking met standaardzorg. Dit effect is met name zichtbaar bij subacute lage rugpijn, en bij interventies die gesitueerd zijn op de werkplaats (Schaafsma, Whelan et al. 2013). Voor overige botspierziekten vonden Viljanen et al. (2003) geen significant effect van een interventie op terugkeer naar werk (Viljanen, Malmivaara et al. 2003). Gedragstherapie heeft geen significante effecten bij lage rugpijn (Henschke, Ostelo et al. 2010). Multidisciplinaire benaderingen zijn mogelijk effectiever in het bevorderen van terugkeer naar werk (Hillage, Rick et al. 2008, Lambeek, van Tulder et al. 2011). Als lage rugpijn samenvalt met andere ziekten, is de kans dat de werknemer terugkeert naar werk een stuk lager (Nordin, Hiebert et al. 2002).

4.3.2 Re-integratietrajecten bij psychische klachten

Patiënten met ernstige psychische klachten kennen een opvallend hoge afwezigheid op de arbeidsmarkt, slechts 25% van deze groep heeft werk of is actief werkzoekend.
Werknemers met een psychische klacht zijn gebaat bij terugkeer naar werk, omdat is aangetoond

dat werken ook bij deze groep patiënten leidt tot verbetering in de (mentale) gezondheid (Burns, Catty et al. 2009). Werknemers met een stemmings- of een angststoornis hebben een grotere kans op terugkeer naar werk dan werknemers met schizofrenie (Watzke and Galvao 2008). Patiënten met psychische klachten hebben minder goed toegang tot re-integratieprogramma's vergeleken met andere langdurig zieken (Salzer et al., 2011). Volledige re-integratie bij ernstige psychische ziekten komt nauwelijks voor, maar beschut werk kan ook een uitkomst zijn van re-integratie (Watzke and Galvao 2008).

Interventies om re-integratie te bevorderen zijn in te delen in negen categorieën (Van der Klink, Blonk et al. 2001, Furlan, Gnam et al. 2012): psychotherapeutische interventies, specialistische psychiatrische zorg, psychiatrische basiszorg, behandeling bij de bedrijfsarts, "gezonde leefstijl"-interventie, ontspanning, werkgerelateerde stresstherapie, medicijnen en multidisciplinaire zorg. Er is echter weinig onderzoek naar de effectiviteit van deze interventies gedaan. Bij psychische klachten is een vroege interventie, en met name een integrale aanpak door het combineren van revalidatie en re-integratie, van groot belang voor de slagingskans van re-integratie (Duffy, Gillespie et al. 2007, Watzke and Galvao 2008, Vlasveld, Van der Feltz-Cornelis et al. 2012). De prestaties van de werknemer in het re-integratietraject zijn een belangrijke voorspeller voor terugkeer naar werk (Watzke and Galvao 2008).

Individuele begeleiding en plaatsing heeft aantoonbaar de aansluiting op de reguliere arbeidsmarkt bevorderd (Drake, Becker et al. 1999, Bond, Drake et al. 2008). Een veelgebruikte interventie is cognitieve gedragstherapie. De systematische literatuurstudie van Hillage et al. (2008) vindt gemengde resultaten voor de effectiviteit van deze behandeling (Hillage, Rick et al. 2008). Een meta-analyse van Richardson en Rothstein (2008) vindt een positief effect van gedragstherapie op terugkeer naar werk (Richardson and Rothstein 2008). Ook een interventie bestaande uit confrontatie en begeleiding leidt tot betere werkgerelateerde uitkomsten bij specifieke psychische klachten ten opzichte van reguliere zorgverlening (Noordik, van der Klink et al. 2010).

Patiënten met depressie lijken het meest gebaat bij een stressmanagement-interventie en gedragstherapie. Zo heeft stressmanagement-therapie een positief effect op werkgerelateerde uitkomsten, zoals terugkeer naar werk en herhaalverzuim. (Wang, Simon et al. 2007, Lexis, Jansen et al. 2011, Willert, Thulstrup et al. 2011). Hoewel het welzijn toeneemt bij stressmanagement, verschilt het verzuim niet significant in vergelijking met gebruikelijke zorg (Cooke, Holzhauser et al. 2007, Duijts, Kant et al. 2008). Gedragstherapie leidt wel tot minder verzuim (Bee, Bower et al. 2010, Hollinghurst, Peters et al. 2010). Bij overspanningklachten en burn-out lijkt gedragstherapie minder effectief in stimulering van terugkeer naar werk dan bij andere psychische klachten(De Vente, Kamphuis et al. 2008, Stenlund, Ahlgren et al. 2009).

Door interventies te combineren kunnen betere resultaten gehaald worden (Blonk, Brenninkmeijer et al. 2006). Het is aannemelijk dat een combinatie van interventies toegevoegde waarde heeft, aangezien het combineren van revalidatie en re-integratie positieve effecten heeft (Lötters, Hogg-Johnson et al. 2005; Willes, Haase et al. 2007; Strhole 2009; Lagerveld, Blonk et al. 2012; Duffy, Gillespie et al. 2007; Watske and Galvao 2008; Vlasveld, van der Feltz-Cornelis et al. 2012). Een

persoonlijke, intensieve en geïntegreerde aanpak is bijvoorbeeld effectief in het terugdringen van ziekteverzuim (Bernacki and Tsai 2003). Interventies die gedragstherapie combineren met interventies op de werkplaats behalen gemengde resultaten: Van Oostrom et al (2010) vinden geen effecten voor een interventie op de werkplaats, terwijl Karlson et al. (2010) wel een positief effect vinden (Karlson, Jönsson et al. 2010, van Oostrom, Heymans et al. 2010). Minimale interventie, bestaande uit verschillende therapieën gegeven door een huisarts in een zo klein mogelijk tijdsbestek, blijkt niet effectief in verbetering van re-integratie (Bakker, Terluin et al. 2007, Uegaki, Bakker et al. 2010).

4.4 Conclusies

Uit de literatuur blijkt dat er bij langdurig ziekteverzuim twee grote groepen bestaan: werknemers met klachten aan het bewegingsapparaat en werknemers met psychische klachten. Afhankelijk van de specifieke groep langdurige verzuimers nemen beide groepen elk ongeveer 30% tot 40% van de diagnoses in. De overige klachten bestaan uit specifieke diagnoses zoals hart- en vaatziekten en kanker, en overige en meervoudige problematiek. Ongeveer 28% van het langdurig (langer dan 9 maanden) verzuim duurt langer dan twee jaar en leidt tot een WIA-beoordeling. Ongeveer 35% van de WIA-aanvragen leidt niet tot een uitkering (WGA-beoordeling 35-). Ongeveer 35% leidt tot een beoordeling van niet-duurzaam volledig arbeidsongeschikt (80-100% WGA). Ongeveer 15% leidt tot een beoordeling duurzaam en volledig arbeidsongeschikt (IVA), en ongeveer 15% leidt tot een beoordeling gedeeltelijk arbeidsongeschikt (35-80% WGA). Een aanzienlijk deel van de WIA-aanvragen leidt tot een loonsanctie voor werkgevers (12%), waarbij onvoldoende en ontijdige inspanningen de belangrijkste reden zijn. Er is weinig onderzoek naar de ziektekosten bij langdurig verzuim, maar een grove schatting is dat de ziektekosten bij langdurig verzuim ongeveer 9000 euro zijn, of ongeveer een derde van de totale verzuimkosten.

Hoewel het effect van de interventies bij langdurig verzuim op terugkeer niet zeer groot is, leiden de meeste specifieke interventies wel tot een toename in terugkeer naar werk ten opzichte van het reguliere traject. Hierbij is een vroege interventie het meest effectief. Re-integratie kan een positief effect hebben op herstel. Veel onderzoek richt zich op klachten aan het bewegingsapparaat, en er is minder onderzoek gedaan naar de effectiviteit van interventies bij psychische klachten. Toch zijn ook voor psychische klachten enkele kansrijke interventies gevonden in de literatuur. De literatuurstudie laat zien dat er mogelijk winst te behalen valt door het op een juiste wijze inzetten van bewezen effectieve interventies[17]. Voor een juiste re-integratie is het noodzakelijk dat de bedrijfsarts beschikt over juiste medische informatie, en de werknemer de juiste medische behandeling en passende arbeid krijgt aangeboden[18]. Bij onvoldoende medische informatie kunnen bedrijfsartsen een suboptimaal re-integratietraject opstarten. De Sociaal-Economische Raad (SER) heeft in 2014 vastgesteld dat op het arbocuratieve vlak onvoldoende samenwerking is tussen

[17] Zie ook: Panteia (2013) Aandacht voor arbeid in de zorg. Effectieve interventies met het oog op werkhervatting voor zieke werknemers en arbeidsongeschikten.
18 Zie de STECR-werkwijzer: Aanpak problematisch verzuim (2004)

bedrijfsartsen en artsen uit de zorgsector[19]. Een arbeidsgerelateerde medische expertise kan helpen bij het selecteren van een interventie die past bij de klachten van de werknemer. Dit kan vervolgens de terugkeer naar werk bevorderen.

[19] Zie SER-Advies: Betere zorg voor werkenden: Een visie op de toekomst van de arbeidsgerelateerde zorg (SER, 2014); zie ook TNO (2014). Zorg voor Werk. Hoe kan de (eerstelijns) zorg bijdragen aan een gezonde beroepsbevolking.

5 Beschrijvende analyse

5.1 Analyse van het cliëntenbestand

5.1.1 Kenmerken van de doelgroep

Van medio 2011 tot medio 2014 heeft het expertisecentrum 4609 cliëntendossiers vastgelegd. Hiervan betreft 56% (2595 dossiers) adviestrajecten tijdens de re-integratieperiode. De overige dossiers betreffen voornamelijk medische argumentatie bij bezwaarzaken of uitspraken van het UWV. Dit zijn trajecten met juridische doeleinden die niet direct als doel hebben om de re-integratie te verbeteren. De analyse vindt daarom uitsluitend plaats op de 2595 dossiers van adviestrajecten.

De dossiers bestaan voor 69% uit reguliere werknemers, 25% uit uitzendkrachten en 6% uit zelfstandigen. De reguliere werknemers vallen onder de WVP, de uitzendkrachten onder de ZW, en de zelfstandigen zijn particulier verzekerd voor arbeidsongeschiktheid (zie paragraaf 3.1). De andere groepen die onder de ZW vallen komen niet voor in de dataset. Wel is het mogelijk dat het dienstverband van reguliere werknemers na het adviestraject afloopt, waardoor ze de resterende tijd onder de ZW vallen. Naar verwachting is het aantal werknemers voor wie dit geldt zeer klein.

Doordat het cliëntenbestand is geanonimiseerd kan geen informatie worden gegeven over de verdeling van het type bedrijven dat gebruikt maakt van de diensten van het expertisecentrum. Wel is vastgelegd of de verwijzing is gedaan door een bedrijfsarts (16%), casemanager (68%), medisch adviseur (6%) of overig (10%). Op het moment van analyse is bij 59% van de dossiers de eerste ziektedag meer dan twee jaar geleden. Deze werknemers hebben mogelijk een beoordeling door het UWV gehad, indien ze binnen de twee jaar niet zijn gere-integreerd.

De overige kenmerken van de deelnemers aan het adviestraject zijn samengevat in tabel 1. De dossiers hebben een code die aangeeft of het een lichamelijke klacht (47%), psychische klacht (23%) of meervoudige klacht (14%) betreft. 16% van de dossiers heeft een overige of niet gespecificeerde klacht. Afhankelijk van de bron komt uit het literatuuronderzoek dat de groep langdurig zieke werknemers voor 30-40% bestaat uit werknemers met klachten aan het bewegingsapparaat, en 30-40% bestaat uit werknemers met psychische klachten. In de groep problematische verzuimers is het aandeel werknemers met klachten aan het bewegingsapparaat met 47% dus relatief sterk vertegenwoordigd.

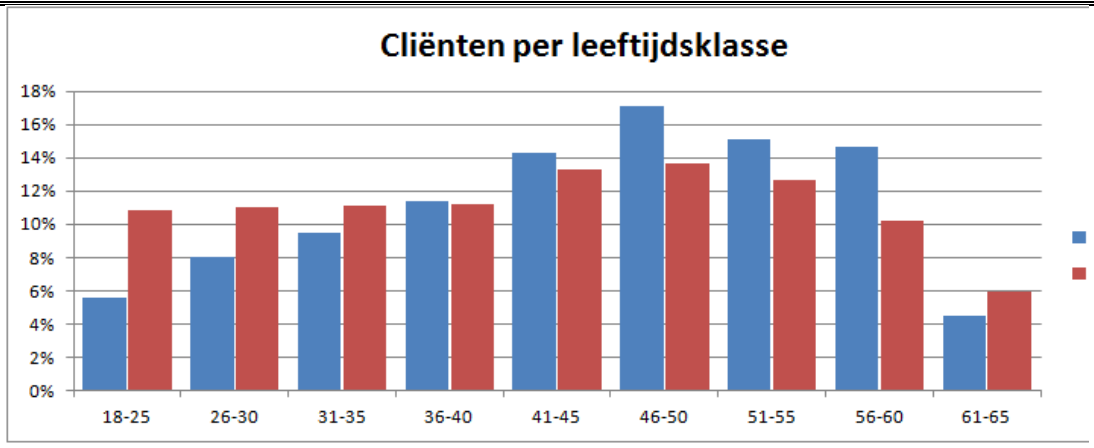
De leeftijdscategorie 46-50 is het meest vertegenwoordigd (17%)[20]. Ongeveer tweederde werkt helemaal niet op het moment van aanmelding. Werknemers die bij aanvang niet werken wijken niet sterk af van de gehele groep werknemers in de database (zie bijlage 2). Het moment van aanmelding verschilt sterk. De meeste werknemers worden tussen 3 en 18 maanden aangemeld. Binnen 3 maanden is de kans groot dat het verzuim ook zonder de hulp van het adviestraject

[20] In de algemene beroepsbevolking valt 14% in de leeftijdscategorie 46-50 jaar. Bron: CBS Statline: Werkzame bevolking en leeftijd

wordt opgelost, en na 18 maanden wordt de kans klein dat een eventuele nieuwe behandeling binnen de wachttijd WIA effect heeft. Toch wordt 12% van de 2595 cliëntendossiers binnen 3 maanden na de eerste ziektedag aangemeld. Een aanmerkelijk deel (15%) wordt na 18 maanden aangemeld. Mogelijk dienen deze adviestrajecten om de juiste re-integratiestappen te bepalen in anticipatie op een loonsanctie (de Jong, Everhardt et al. 2011).

Tabel 1: Kenmerken van de doelgroep

Aantal dossiers	**2595**
1.1. Percentage man	62%
2.1. Werkt bij aanmelding	33%
3.1. Percentage lichamelijke klachten	47%
3.2. Percentage psychische klachten	23%
3.3. Percentage meervoudige klachten	14%
3.4. Overig/niet gespecificeerd	16%
4.1. Aanmelding binnen 3 maanden	12%
4.2. Aanmelding tussen 3 en 6 maanden	21%
4.3. Aanmelding tussen 6 en 12 maanden	31%
4.4. Aanmelding tussen 12 en 18 maanden	21%
4.5. Aanmelding na 18 maanden	15%



De werknemers die het adviestraject hebben doorlopen zijn weergegeven in blauw. De werkzame beroepsbevolking van Nederland is weergegeven in rood (bron: CBS)

5.1.2 Medische expertise: is de huidige behandeling adequaat?

De meeste adviestrajecten bevatten een evaluatie van de huidige behandeling door een medisch specialist en een verzekeringsarts. De behandeling kan bijvoorbeeld als niet adequaat worden aangemerkt omdat een advies van een medisch specialist niet is opgevolgd, of omdat de huidige behandeling alleen gericht is op vermindering van de klacht (bijvoorbeeld pijn), en geen rekening houdt met het verhogen van de belastbaarheid (bijvoorbeeld kracht of uithoudingsvermogen). Ook is het mogelijk dat een onjuiste diagnose is gesteld, dat geen follow-up van behandeling heeft plaatsgevonden of dat een betere behandel- of revalidatiemethode niet wordt gebruikt.

De beoordeling van de adequaatheid van de behandeling door het expertisecentrum vindt plaats op basis van één of meer medische second opinions door een medisch specialist uit de reguliere gezondheidszorg en een beoordeling van een verzekeringsarts. Binnen de onderzoeksmethodiek van ons rapport kan niet worden bepaald of de bewering van het adviestraject daadwerkelijk juist is of wat de gevolgen zijn van een inadequate behandeling. We beperken ons daarom tot de rapportage van de bevindingen van het adviestraject.

Het expertisecentrum heeft op basis van het eigen cliëntenbestand voor alle 2595 dossiers aangegeven of de behandeling op het moment van aanmelden volgens één of meer medisch specialisten en verzekeringsarts adequaat is. Bij 51% van de werknemers is de behandeling ten tijde van aanmelding volgens het expertisecentrum niet adequaat. 46% van de behandelingen wordt gezien als adequaat en 3% wordt op basis van het dossier beschouwd als onbekend of niet van toepassing. Er is dus bij een groot percentage van het problematisch verzuim volgens het expertisecentrum sprake van een niet-adequate behandeling. Het adviestraject kan helpen bij de identificatie van de meest optimale behandeling. De literatuurstudie in hoofdstuk 4 laat zien dat met een betere interventie een snellere terugkeer naar werk mogelijk is.

5.1.3 Beperkingen en prognose

Het vaststellen van de belastbaarheid van arbeidsongeschikte werknemers wordt in kaart gebracht door een beoordeling van medische beperkingen op basis van gezondheidsklachten, medische aandoeningen en psychische stoornissen. Deze medische beperkingen worden vastgelegd in een zogenoemde Functionele Mogelijkhedenlijst (FML) die uitgaat van normaalwaarden om te functioneren in het dagelijks leven. Op basis van de samenvattende pagina van de FML in de dossiers is vastgesteld wat de medische beperkingen, prognose en benutbare mogelijkheden van de werknemer zijn. De FML is niet in alle dossiers opgesteld. Voor 1733 dossiers is FML-informatie aanwezig. Tabel 2 geeft een overzicht van de in kaart gebrachte beperkingen en prognose.

In 91% van de dossiers worden beperkingen aangegeven. In 8% wordt de categorie anders ingevuld, waarbij vaak wordt verwezen naar de (voor de onderzoekers niet inzichtelijke) medische rapportage. In 1% van de dossiers wordt vastgesteld dat geen beperkingen aanwezig zijn. Deze werknemers hebben geen medische reden voor verzuim en zouden in principe direct weer volledig terug kunnen keren naar werk.

Van de 1733 FML-dossiers is in 88% door de beoordelende verzekeringsartsen vastgesteld dat er sprake is van benutbare mogelijkheden. Het kan zijn dat de werknemer in de huidige functie herplaatsbaar is, dat er aanpassingen nodig zijn aan de werkplek, of dat er binnen een andere functie benutbare mogelijkheden zijn. De bedrijfsarts kan de werkgever en werknemer hierover adviseren aan de hand van het door het expertisecentrum opgestelde belastbaarheidsprofiel. In 8% is naar oordeel van de verzekeringsartsen sprake van geen benutbare mogelijkheden (GBM). Een werknemer krijgt het oordeel GBM als er geen mogelijkheden zijn om arbeid te verrichten. De verwachting is daarom dat een werknemer met GBM aan het einde van de wachttijd voor de WIA-

beoordeling een IVA-uitkering krijgt. In 66% van de 1733 FML-dossiers wordt de prognose gegeven dat de werknemer tijdelijke beperkingen heeft. 20% van de werknemers heeft blijvende beperkingen.

Tabel 2: Conclusies t.a.v. Beperkingen en prognose	
Aantal FML-dossiers	**1733**
5.1. De werknemer heeft beperkingen	91%
5.2. De werknemer heeft geen beperkingen	1%
5.3. Niet van toepassing/overig	8%
6.1. De werknemer heeft benutbare mogelijkheden	88%
6.2. De werknemer heeft geen benutbare mogelijkheden (GBM)	8%
6.3. Niet van toepassing/overig	4%
7.1. De werknemer heeft blijvende beperkingen	20%
7.2. De werknemer heeft tijdelijke beperkingen	66%
7.3. De werknemer heeft beperkingen die tenminste tot de einde wachttijd WIA duren	4%
7.4. Niet van toepassing/overig	10%

5.1.4 Conclusie

Op basis van analyse van 2595 behandeldossiers blijkt naar oordeel van de verzekeringsartsen van het medisch expertisecentrum dat 91% van de werknemers bepaalde medische beperkingen heeft, dat dit in tweederde van de gevallen tijdelijke beperkingen betreft, en dat bij 88% van de werknemers sprake is van benutbare mogelijkheden. Dat er benutbare mogelijkheden worden geconstateerd, betekent niet automatisch dat iemand bij de WIA-keuring door het UWV als arbeidsgeschikt beoordeeld wordt. Als de benutbare mogelijkheden niet voldoende zijn om loonvormende arbeid te verrichten voor meer dan 65% van het laatstverdiende loon, kan de werknemer toch als (gedeeltelijk) arbeidsongeschikt worden beoordeeld[21].

In 51% van de dossiers constateert het expertisecentrum op basis van een medisch specialistisch consult en beoordeling door verzekeringsarts dat de huidige behandeling niet adequaat is. De behandeling kan bijvoorbeeld als niet adequaat worden beoordeeld omdat een advies van een medisch specialist niet is opgevolgd, of omdat de huidige behandeling alleen gericht is op vermindering van de klacht (bijvoorbeeld pijn), en geen rekening houdt met het verhogen van de belastbaarheid (bijvoorbeeld kracht of uithoudingsvermogen). Ook is het mogelijk dat een onjuiste diagnose is gesteld, dat geen follow-up heeft plaatsgevonden of dat een betere behandel- of revalidatiemethode niet wordt gebruikt. Het vergt een verdere verdieping om na te gaan wat de verschillen zijn tussen de huidige behandeling en de behandeling zoals geadviseerd in het adviestraject. Het is ook niet bekend wat de mogelijke impact op het re-integratietraject is als de behandeling wordt aangepast (zie paragraaf 2.4).

5.2 Analyse van beperkingen en mogelijkheden

Doordat de samenvattende pagina in de dossiers van de FML (beperkingen, benutbare mogelijkheden en prognose) geen gradaties kennen, zijn verdiepende analyses uitgevoerd aan de

21 In het geval van volledige arbeidsongeschiktheid betreft dit voor 20% van het laatstverdiende loon.

hand van de onderliggende rubriekspagina's van de FML. Het expertisecentrum heeft de dossiers geanalyseerd om een overzicht te maken van de belangrijkste diagnoses bij werknemers. Het expertisecentrum geeft daarnaast aan welke afzonderlijke FML-items naar hun inzicht zo beperkend zijn dat terugkeer naar werk sterk wordt belemmerd.

5.2.1 De belangrijkste diagnoses

Het expertisecentrum telt op basis van zoekwoorden hoe vaak de belangrijkste diagnoses in hun cliëntenbestand worden genoemd (tabel 3). Ongeveer 35% van de diagnoses betreft klachten aan het houding- en bewegingsapparaat, 39% betreft psychische klachten en 26% zijn overige klachten. Per cliënt zijn er 1,4 diagnoses geteld. Werknemers met problematisch verzuim kampen dus vaak met meervoudige, complexe problematiek.

Tabel 3: Belangrijkste diagnoses

Houding- en bewegingsapparaat (35%)		**psyche (39%)**		**overig (26%)**	
Rug	46%	Stemmingsstoornis	41%	somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (solk)	29%
Schouder	15%	Angststoornissen	21%	Overgewicht	17%
Nek	10%	Persoonlijkheidsstoornis	19%	Intern	14%
Knie	6%	psychotische stoornis	11%	Neurologisch	10%
Beenklachten	3%	Aanpassingsstoornis	8%	Long	6%
Algemeen	19%			Reuma	5%
				cognitieve klachten	11%
				psychosociale factoren	9%
Totaal	100%		100%		100%

5.2.2 Analyse FML-items

Het expertisecentrum heeft aangegeven bij welke FML-items een bepaalde score de mogelijkheid tot reguliere werkhervatting sterk belemmert. Deze kritische FML-items staan in tabel 4.

Tabel 4: Kritische FML-scores

FML-nummer	FML-item	Score
1.1.	Vasthouden van de aandacht	Sterk beperkt
1.2.	Verdelen van de aandacht	Sterk beperkt
1.3.	Herinneren	Sterk beperkt
1.7.	Handelingstempo	Beperkt
1.9.	Specifieke voorwaarden voor het persoonlijk functioneren in arbeid	1.9.1 De cliënt is aangewezen op volledig voorgestructureerd werk 1.9.3 De cliënt is aangewezen op werk dat onder rechtstreeks toezicht wordt uitgevoerd
2.9.	Samenwerken	Sterk beperkt
4.3.	Hand- en vingergebruik	Beperkt
5.1.	Zitten	Sterk beperkt
5.3.	Staan	Sterk beperkt
6.2.	Uren per dag	Zeer beperkt

Hoewel bij 88% van de werknemers benutbare mogelijkheden wordt geconstateerd (zie tabel 2), is bij een deel van deze groep sprake van beperkingen op kritische FML-items, die sterk belemmerend zijn voor terugkeer naar loonvormende arbeid. Op basis van de 1733 FML-dossiers heeft 29% minstens één van bovenstaande kritische FML-scores. Dit impliceert dat deze medewerkers ten tijde van het adviestraject sterk belemmerd wordt om normaal te functioneren in arbeid. In 71% van alle opgestelde FML's is geen sprake van kritische beperkingen. In de meeste gevallen kunnen de mogelijkheden dus wel voor arbeid aangewend worden[22]. Het percentage daadwerkelijk benutbare mogelijkheden daalt dus op basis van deze verdiepende analyse van 88% naar 71%.

5.2.3 Conclusie

Het expertisecentrum benoemt een aantal kritische functionele mogelijkheden die in belangrijke mate de (volledige) terugkeer naar werk bepalen. Dit betreft onder andere fysieke aspecten zoals lang staan of zitten, psychische aspecten zoals verdelen van aandacht, en sociale aspecten zoals samenwerken. Ondanks dat het merendeel van de werknemers benutbare mogelijkheden heeft, heeft 29% van de werknemers ten tijde van het adviestraject minstens één van de kritische beperkingen.

[22] Van de werknemers die geen kritische functionele mogelijkheden hebben, werkt 64% bij aanmelding niet. Een groot deel van deze groep zou theoretisch wel arbeid kunnen verrichten.

5.3 Tevredenheidenquête werknemers

Het expertisecentrum stuurt sinds medio 2014 een schriftelijke tevredenheidenquête aan de werknemers vlak nadat de medische expertise is afgerond. Eén van de vragen luidt: "Welk rapportcijfer van 0 tot 10 zou u het adviestraject willen geven?". 138 werknemers hebben de enquête ingevuld. De responsratio is ongeveer 15-20%. Het gemiddelde rapportcijfer is een 7,9. Vier werknemers gaven een onvoldoende, elf werknemers beoordeelden het traject met een tien. Doordat de antwoorden anoniem zijn, kan geen koppeling worden gemaakt met het cliëntenbestand, het uiteindelijke re-integratie resultaat ten aanzien van werk en inkomen, en de tevredenheid daarover. Over het algemeen ontstaat het beeld dat de werknemers vlak na afronding (erg) tevreden zijn over het adviestraject.

5.4 De vragenlijst voor werknemers

Zoals beschreven in de methodiek in hoofdstuk 2 heeft het expertisecentrum bijna 1800 werknemers die het adviestraject hebben afgerond benaderd voor vrijwillige deelname aan het onderzoek. 508 werknemers hebben de elektronische vragenlijst ingevuld (respons: 28%).

5.4.1 Representativiteit werknemers

In bijlage 3 worden de werknemers die de vragenlijst hebben ingevuld vergeleken met het gehele cliëntenbestand van het expertisecentrum. Mogelijk zijn de werknemers die de vragenlijst hebben ingevuld niet representatief, zoals beschreven in hoofdstuk 2, paragraaf 2.4.3. Het percentage mannen is met 60%-62% vergelijkbaar tussen de twee databronnen. De uitzendkrachten zijn ondervertegenwoordigd in de ingevulde vragenlijsten: 25% in het totale bestand versus 13% in de vragenlijstdata. Werknemers die meer dan twee jaar geleden ziek zijn gemeld, zijn relatief ondervertegenwoordigd. De resultaten bevestigen het beeld dat de respondenten mogelijk niet volledig representatief zijn voor de gehele doelgroep van het adviestraject. Dit betekent dat de resultaten van de vragenlijst mogelijk afwijken van de beleving van het gehele cliëntenbestand.

5.4.2 Terugkeer naar werk

Van de 508 respondenten geeft 55% aan *momenteel* niet aan het werk te zijn (zie tabel 5). De conclusie is daarom dat 45% van de respondenten die een adviestraject hebben gehad, momenteel geheel of gedeeltelijk werkzaam zijn[23]. Volgens de cliëntendossiers van de groep respondenten is het percentage werknemers dat niet werkt bij aanmelding 63% (tabel 1), terwijl in de vragenlijst 44% wordt gerapporteerd. Er zit dus een discrepantie tussen de antwoorden van de werknemers

[23] Respondenten met tijdelijke klachten rapporteren vaker aan het werk te zijn (48%) dan respondenten met blijvende klachten (34%).

en de aanmelding in het cliëntensysteem[24]. Als de uitkomst wordt gerelateerd aan de werksituatie op het moment van aanmelding, is volgens de respondenten sprake van een *afname in werkzaamheid van 11%*, maar volgens het dossier van het expertisecentrum een *toename van werkzaamheid van 8%* (zie tabel 6). Hoewel onduidelijk is of er sprake is van een afname of een toename in werkzaamheid, is het waarschijnlijker dat er sprake is van een toename. De werkzame status is doorgegeven door de verwijzer bij aanmelding en nagevraagd tijdens de intake bij het expertisecentrum. De respondenten moeten vertrouwen op het geheugen om de situatie op het moment van intake te achterhalen, wat een vertekening kan geven aangezien dit soms al langere tijd geleden is. Ook is het mogelijk dat respondenten verschillende definities van 'aan het werk zijn' hanteren[25], waardoor het gerapporteerde percentage werkzaam op moment van aanmelding te hoog is geschat.

Tabel 5: uitkomst: terugkeer naar werk	
Werkzaam op moment van aanvang van het adviestraject	
De respondent werkt volledig bij aanvang adviestraject	23%
De respondent werkt gedeeltelijk bij aanvang adviestraject	33%
De respondent werkt niet bij aanvang adviestraject	44%
Momenteel werkzaam	
De respondent werkt momenteel volledig	20%
De respondent werkt momenteel gedeeltelijk	25%
De respondent werkt momenteel niet	55%

Tabel 6: Verandering in werkstatus	
Percentage cliëntendossiers waarin het expertisecentrum aangeeft dat de respondent niet werkt (n=508, zie bijlage 3)	63%
Verandering in werkzaamheid volgens uitkomst adviestraject en antwoorden vragenlijst (63%-55%)	+8%
Verandering in werkzaamheid volledig volgens antwoorden vragenlijst (44%-55%)	-11%

5.4.3 Ervaren effect van het adviestraject

De respondenten is gevraagd of het adviestraject heeft geleid tot positieve uitkomsten. Tabel 7 geeft een samenvatting van de resultaten. 34% van de respondenten geeft aan dat het adviestraject heeft geleid tot een beter inzicht in de eigen gezondheidsklachten. Opvallend is dat 14% aangeeft dat het inzicht in de gezondheidsklachten verslechterd is. Mogelijk heeft het extra onderzoek geleid tot meer verwarring bij de respondent. Het is ook mogelijk dat de respondent vanwege andere redenen negatief is over het inzicht in de gezondheidsklachten.

[24] In 7% van de gevallen geeft de respondent aan niet te werken bij aanmelding, terwijl het dossier aangeeft dat de werknemer wel werkt. In 31% van de gevallen geeft de respondent aan wel te werken bij aanmelding, terwijl het dossier aangeeft dat de werknemer niet werkt. In 62% van de gevallen komt het antwoord overeen.
[25] Het is bijvoorbeeld mogelijk dat een werknemer antwoordt werkzaam te zijn op het moment dat er sprake is van volledig verzuim terwijl de werknemer nog onder contract staan bij een werkgever. Het expertisecentrum beoordeelt dit geval als zijnde 'momenteel niet werkzaam'.

Bij de vraag of het adviestraject heeft bijgedragen aan de oplossing van het ziekteverzuim, ervaart 43% van de werknemers de bijdrage als neutraal, terwijl 26% positief is over de bijdrage van het adviestraject. Opvallend is dat een relatief hoog percentage van 31% het adviestraject als negatief heeft ervaren voor de oplossing van het ziekteverzuim. Mogelijk zijn er factoren aanwezig die ervoor zorgen dat het adviestraject negatief bijdraagt aan de re-integratie vanuit het oogpunt van de werknemers. 30 respondenten hebben op alle vragen *zeer sterk negatief* geantwoord. In de kwalitatieve analyse in hoofdstuk 6 wordt verder verkend welke factoren mogelijk bijdragen aan het ervaren effect van het adviestraject.

Tabel 7. Uitkomst: ervaren effect van het adviestraject		
Heeft u door het adviestraject een beter inzicht gekregen in uw gezondheidsklachten?		
	aantal	percentage
zeer sterk verslechterd	37	7%
sterk verslechterd	18	4%
iets verslechterd	16	3%
gelijk gebleven	267	53%
iets verbeterd	80	16%
sterk verbeterd	69	14%
zeer sterk verbeterd	16	3%
Heeft u door het adviestraject een beter inzicht gekregen in uw mogelijkheden en beperkingen voor arbeid (belastbaarheid)?		
zeer sterk verminderd	43	9%
sterk verminderd	25	5%
iets verminderd	20	4%
gelijk gebleven	248	49%
iets verbeterd	94	19%
sterk verbeterd	63	13%
zeer sterk verbeterd	10	2%
Heeft uw adviestraject bijgedragen aan de oplossing van uw ziekteverzuim?		
zeer sterk negatief	74	15%
sterk negatief	41	8%
iets negatief	40	8%
Neutraal	214	43%
iets positief	62	12%
sterk positief	56	11%
zeer sterk positief	16	3%
Totaal	503	100%

5.4.4 Wijziging behandeling

Eén van de manieren waarop het adviestraject bij kan dragen aan betere re-integratie is als er naar aanleiding van het adviestraject een meer gepaste behandeling wordt ingezet. Om te meten in welk deel van de gevallen het adviestraject heeft geleid tot een nieuwe behandeling, is aan de respondenten gevraagd of de behandeling is gewijzigd, en of dat invloed heeft gehad op de re-integratie. De resultaten zijn samengevat in tabel 8. De behandeling is bij 109 respondenten (22%) gewijzigd. Van de 109 respondenten die hebben aangegeven een nieuwe behandeling te hebben gekregen, ervaart 45% de nieuwe behandeling als positief, 33% als neutraal en 22% negatief voor de bijdrage aan zijn re-integratie.

Tabel 8. Uitkomst: ervaren effect van het adviestraject		
Is de behandeling gewijzigd naar aanleiding van het adviestraject?		
	aantal	percentage
Nee, de behandeling is niet gewijzigd	353	70%
Ja, er is een nieuwe behandeling gestart	70	14%
Ja, de huidige behandeling is aangepast	39	8%
Weet ik niet	41	8%
Totaal	503	100%
Heeft de nieuwe behandeling bijgedragen aan de re-integratie?		
zeer sterk negatief	8	7%
sterk negatief	11	10%
iets negatief	5	5%
Neutraal	36	33%
iets positief	20	18%
sterk positief	25	23%
zeer sterk positief	4	4%
Totaal	109	100%

Het percentage respondenten dat een wijziging in de behandeling aangeeft (22%) is veel lager dan het percentage adviestrajecten waarin wordt geadviseerd de behandeling aan te passen (51%). Enkele mogelijke verklaringen hiervoor zijn:

- De groep respondenten wijkt sterk af van de gehele groep in het cliëntendossier
- De behandeling is gewijzigd maar respondenten hebben dit niet zo ervaren
- De behandeling is niet gewijzigd ondanks het advies de behandeling te wijzigen

De eerste verklaring is onwaarschijnlijk, omdat er geen directe reden valt te bedenken dat werknemers met het advies de behandeling te wijzigen de vragenlijst veel minder vaak zouden invullen dan werknemers die dit advies niet hebben gekregen. De overige twee verklaringen kunnen allebei een rol spelen in de gevonden afwijking. In de kwalitatieve analyse wordt hier nader op ingegaan.

5.4.5 Zorggebruik

In de enquête is gevraagd of het bezoek aan het ziekenhuis, huisarts of fysiotherapeut is veranderd naar aanleiding van het adviestraject. De hypothese is dat in sommige gevallen een extra behandeling kan leiden tot snellere terugkeer naar werk, met als gevolg hoger zorggebruik. In andere gevallen kan het adviestraject leiden tot een snellere terugkeer naar werk, eerder herstel en uiteindelijk een afname in dan wel een minder langdurig zorggebruik. Vanuit het oogpunt van effectiviteit en kosteneffectiviteit kan zowel een toename als een afname in zorggebruik wenselijk zijn. De antwoorden op de drie vragen zijn samengevoegd in tabel 9 om te zien of het zorggebruik eenzijdig toeneemt (24%), afneemt (13%), of gelijk blijft (58%). Als de respondent geen gebruik maakt van deze diensten wordt dit beschouwd als gelijk gebleven. Bij 5% van de respondenten nam één type zorg toe, terwijl een ander type zorg afnam.

Tabel 9: Zorggebruik

	Aantal	Percentage
Gelijk gebleven	287	58%
Toegenomen	121	24%
Afgenomen	67	13%
Verandering van type zorggebruik	24	5%
Totaal	499	100%

5.4.6 Arbeidsongeschiktheid

In de enquête is ook gevraagd naar de uitkomst van de beoordeling van de arbeidsongeschiktheid door het UWV. Deze beoordeling vindt voor werknemers in loondienst plaats rond twee jaar na de eerste ziektedag. Als de eerste ziektedag minder dan twee jaar in het verleden plaatsvond, hebben de respondenten nog geen beoordeling gehad. Deze groep (N=244) heeft de vragen over de UWV-beoordeling niet gehad. Het is echter in sommige gevallen wel mogelijk dat een UWV-beoordeling binnen twee jaar heeft plaatsgevonden. Een vervroegde IVA-aanvraag kan bijvoorbeeld eerder worden aangevraagd. Ook worden vangnetters sinds 2013 na één jaar in plaats van na 2 jaar beoordeeld (Wet BeZaVa). De groep vangnetters die onder de wet BeZaVa vallen zijn niet meegenomen in de analyse met betrekking tot het UWV-oordeel.

De respondenten van wie de eerste ziektedag meer dan twee jaar geleden plaatsvond (N=264), hebben alleen een beoordeling gehad als ze in de twee jaar niet zijn teruggekeerd naar werk. Van deze groep heeft 55% een beoordeling door het UWV gehad. 45% is waarschijnlijk binnen twee jaar gere-integreerd[26]. Over de invloed van het adviestraject op de beoordeling van het UVW is 64% van de respondenten neutraal. 19% geeft aan dat door het adviestraject de beoordeling van de arbeidsongeschiktheid hoger is uitgevallen, en 16% geeft aan dat door het adviestraject de beoordeling van de arbeidsongeschiktheid lager is uitgevallen.

[26] Van deze groep geeft 33% aan momenteel niet te werken.

Uit de literatuur blijkt dat ongeveer 35% van de WIA-aanvragen niet leidt tot een uitkering (WGA-beoordeling 35-). Ongeveer 35% leidt tot een beoordeling van niet-duurzaam volledig arbeidsongeschikt (80-100% WGA). Ongeveer 15% leidt tot een beoordeling duurzaam en volledig arbeidsongeschikt (IVA), en ongeveer 15% leidt tot een beoordeling gedeeltelijk arbeidsongeschikt (35-80% WGA). Uit de vragenlijst komen de percentages 18% (35- WGA), 16% (35-80 WGA), 21% (80-100 WGA) en 45% (IVA). Ten opzichte van de percentages uit de literatuur is in deze onderzoeksgroep sprake van een relatief laag percentage WGA 35- en 80-100-WGA-beoordelingen, en een relatief hoog percentage IVA-beoordelingen.

Tabel 10 Uitkomst:Arbeidsongeschiktheid

	Aantal	Percentage	Samenstelling groep met beoordeling
Beoordeling van de arbeidsongeschiktheid door het UWV			
Geen beoordeling door het UWV	119	45%	
Minder dan 35% arbeidsongeschikt	22	8%	18%
Tussen 35% en 80% arbeidsongeschikt	20	8%	16%
Meer dan 80% arbeidsongeschikt	25	9%	21%
Volledig arbeidsongeschikt	54	20%	45%
Weet ik niet	17	6%	
Wil ik niet zeggen	7	3%	
Totaal	264	100%	100%
Effect van het adviestraject op de mate van arbeidsongeschiktheid			
zeer veel lager	21	8%	
veel lager	14	5%	
iets lager	9	3%	
Neutraal	168	64%	
iets hoger	23	9%	
veel hoger	19	7%	
zeer veel hoger	9	3%	
Totaal	263	100%	

5.4.7 Conclusie

Werknemers zijn gemiddeld gezien neutraal over de effecten van het adviestraject. Respondenten geven aan dat het inzicht in de eigen klachten iets is toegenomen, en ook wordt het inzicht in de eigen beperkingen als gevolg van het advies vaker positief dan negatief beoordeeld. Het adviestraject heeft volgens de werknemers echter even vaak een negatief effect op de oplossing van het ziekteverzuim als een positief effect. Bij 44% van de respondenten verandert het zorggebruik naar aanleiding van het traject. Dit is iets vaker een toename dan een afname. Het percentage werknemers dat aangeeft volledig arbeidsongeschikt te zijn verklaard is 29%.

5.5 De vragenlijst voor verwijzers

Om het effect van het adviestraject vanuit het oogpunt van de verwijzer te meten, heeft het expertisecentrum ongeveer 400 verwijzers gevraagd mee te werken aan het onderzoek. 99 verwijzers hebben de vragenlijst ingevuld (respons: 25%). De respondenten bestaan uit casemanagers (52%), bedrijfsartsen (29%), medisch adviseurs (4%) en overig[27] (15%). In vergelijking met de cliëntengegevens hebben relatief veel bedrijfsartsen de vragenlijst ingevuld (29% vs 20%) en relatief weinig casemanagers (52% vs 63%). Bijna 75% van de respondenten verwijst meerdere werknemers per jaar naar een adviestraject, waarbij 17% meer dan 20x per jaar een opdracht voor een adviestraject geeft. 52% geeft aan voornamelijk tussen 6 en 18 maanden een adviestraject aan te vragen. 18% vraagt na 24 maanden een adviestraject aan. Deze groep heeft waarschijnlijk hulp nodig bij onderbouwing van een bezwaarzaak (medische argumentatie), of bij reparatie van een loonsanctie. Opvallend is het lage percentage aanmeldingen tussen de 18 en 24 maanden. Mogelijk wordt aanmelding vlak voor het einde wachttijd WIA gezien als minder zinvol.

[27] Veelgenoemde antwoorden in de categorie *overig* zijn: WGA-expert (8), re-integratiedeskundige of arbeidsdeskundige (4), HR-medewerker (3) en verzuimcoach (2)

Tabel 11: kenmerken van de respondenten		
Functie		
	aantal	percentage
Casemanager	51	52%
Bedrijfsarts	29	29%
Medisch Adviseur	4	4%
Anders	15	15%
Totaal	99	100%
Voor hoeveel werknemers verzorgt u de verzuimbegeleiding?		
minder dan 1000 werkzame personen	44	44%
1000 tot 2000 werkzame personen	15	15%
2000 tot 3000 werkzame personen	11	11%
meer dan 3000 werkzame personen	22	22%
N.V.T.	7	7%
Hoe vaak vraagt u een adviestraject aan?		
Nooit	1	1%
ongeveer 1x per jaar	25	25%
ongeveer 5x per jaar	30	30%
ongeveer 10x per jaar	28	28%
ongeveer 20x per jaar	11	11%
meer dan 25x per jaar	6	6%
niet van toepassing	0	0%
In welk stadium van het re-integratieproces schakelt u (meestal) een adviestraject in?		
Preventief	4	3%
binnen 3 maanden	1	1%
tussen 3 en 6 maanden	16	11%
tussen 6 en 12 maanden	42	28%
tussen 12 en 18 maanden	36	24%
tussen 18 en 24 maanden	10	7%
na 24 maanden	27	18%
niet van toepassing	0	0%
Anders	12	8%

5.5.1 Ervaren effect van het adviestraject

Op de vraag hoe de verwijzers ervaren dat hun inzicht in de situatie verandert naar aanleiding van het adviestraject, geeft 93% aan dat het inzicht in de klachten van de werknemer is verbeterd, en 98% geeft aan dat het inzicht in de mogelijkheden van de werknemer is verbeterd (tabel 12). 83% van de respondenten is positief over het effect van het adviestraject op de oplossing van het ziekteverzuim. Op de aanbevelingsvraag wordt gemiddeld een 8 gegeven. Over het algemeen kan worden geconcludeerd dat verwijzers ervaren dat het adviestraject een (zeer) positieve invloed heeft op het re-integratietraject.

Tabel 12. Uitkomst: ervaren effect van het adviestraject		
Heeft u door het adviestraject een beter inzicht gekregen in de gezondheidsklachten van de werknemer(s)?		
	Aantal	percentage
zeer sterk verminderd	0	
sterk verminderd	0	
iets verminderd	0	
gelijk gebleven	7	7%
iets verbeterd	31	31%
sterk verbeterd	50	51%
zeer sterk verbeterd	4	4%
Heeft u door het adviestraject een beter inzicht gekregen in de mogelijkheden en beperkingen voor arbeid (belastbaarheid) van de werknemer(s)?		
zeer sterk verminderd	0	
sterk verminderd	0	
iets verminderd	0	
gelijk gebleven	2	2%
iets verbeterd	24	24%
sterk verbeterd	61	62%
zeer sterk verbeterd	10	10%
Heeft uw adviestraject bijgedragen aan de oplossing van het ziekteverzuim van de werknemer(s)?		
zeer sterk negatief	0	
sterk negatief	0	
iets negatief	0	
Neutraal	17	17%
iets positief	33	34%
sterk positief	36	37%
zeer sterk positief	3	3%
Totaal	99	100%
Hoe waarschijnlijk is het, op een schaal van nul tot tien, dat u –Het expertisecentrum- zal aanbevelen bij een collega?		
0	0	
1	0	
2	0	
3	0	
4	0	
5	3	3%
6	3	3%
7	29	29%
8	37	37%
9	18	18%
10	9	9%
Totaal	99	100%

5.5.2 Wijziging behandeling

53% van de verwijzers geeft aan dat de behandeling meestal wordt gewijzigd naar aanleiding van het adviestraject (tabel 13). Bedrijfsartsen hebben hier beter zicht op dan overige verwijzers, omdat ze toegang hebben tot de medische gegevens. De overige verwijzers zijn afhankelijk van de informatie van de bedrijfsarts of werknemer, waarbij ze niet mogen vragen naar de medische inhoud van de gewijzigde behandeling. Mogelijk kunnen overige verwijzers deze vraag niet goed beantwoorden, hoewel slechts 8 respondenten aangeven niet te weten of de behandeling is gewijzigd.

Tabel 13. Uitkomst: wijziging behandeling		
Is de behandeling gewijzigd naar aanleiding van het adviestraject?		
	aantal	percentage
Ja, er is (meestal) een nieuwe behandeling gestart	26	24%
Ja, de bestaande behandeling is (meestal) aangepast	32	29%
Nee, de behandeling is (meestal) niet gewijzigd	33	30%
weet ik niet	8	7%
Niet van toepassing	10	9%
Totaal	109[28]	100%
Vergelijking van de antwoorden		
Percentage verwijzers dat aangeeft dat de behandeling is gewijzigd		53%
Percentage respondenten (werknemers) dat aangeeft dat de behandeling is gewijzigd (tabel 8)		22%
Percentage respondenten (werknemers) dat aangeeft dat het zorggebruik is gewijzigd naar aanleiding van het adviestraject (tabel 9)		42%
Percentage dossier waarin het expertisecentrum adviseert de behandeling aan te passen (paragraaf 5.1.2)		51%

Tabel 13 vergelijkt ook de verschillende bronnen met betrekking tot wijziging van de behandeling. Opvallend is het relatief lage percentage respondenten(werknemers) dat aangeeft dat de behandeling is gewijzigd. Met 22% is dit een stuk lager dan de overige schattingen, die rond de 40-50% zitten. Dit lijkt te suggereren dat werknemers mogelijk niet altijd op de hoogte zijn dat het behandeltraject is aangepast, of dat de werknemer de vraag of het behandeltraject is gewijzigd niet goed heeft geïnterpreteerd.

5.5.3 Conclusie

De verwijzers ervaren het adviestraject over het algemeen als zeer nuttig. Met name de bijdrage van de medische expertise aan het zo nodig wijzigen van de behandeling en het in beeld brengen van de benutbare mogelijkheden van de werknemer wordt als zeer positief ervaren. Zoals in paragraaf 2 besproken is, is er door het expertisecentrum in 51% van de gevallen geconstateerd dat de huidige behandeling niet adequaat is. Als in alle gevallen een de adequate behandeling daadwerkelijk wordt ingezet, zou dit leiden tot een percentage van 51% van de respondenten dat een gewijzigde behandeling naar aanleiding van het traject rapporteert. Bij de verwijzers komt dit percentage met 53% goed overeen. Bij de werknemers ligt dit percentage met 22% een stuk lager.

[28] Het is bij deze vraag mogelijk meerdere antwoorden te geven. 99 respondenten hebben in totaal 109 antwoorden gegeven

Het zou kunnen dat in een groot deel van de gevallen de behandeling ondanks het advies niet wordt gewijzigd, maar het is waarschijnlijk dat dit een onderschatting is van het daadwerkelijke percentage gewijzigde behandelingen. 42% van de respondenten geeft namelijk aan dat het zorggebruik wel is veranderd naar aanleiding van het adviestraject. Wellicht is een wijziging in zorggebruik een betere maatstaf voor een wijziging in de behandeling naar aanleiding van het adviestraject.

5.6 Zorgkosten

Om de zorgkosten van de werknemers met problematisch verzuim in kaart te brengen, zijn de gegevens gekoppeld met declaratiegegevens van een grote zorgverzekeraar. Dit is gebeurd door middel van een onomkeerbare anonimisatie door een TTP. De zorgkosten zijn gekoppeld voor 725 van de 2595 dossiers (28%). De zorgkostendata bevatten gegevens over de kosten van elf verschillende categoriën zorg per kwartaal van 2009 tot en met 2013. Dit maakt het mogelijk om, afhankelijk van de ziektemelding, de zorgkosten van werknemers te volgen gedurende enkele jaren voor ziekte en enkele jaren na de eerste ziektedag. De data bevatten alleen de kosten van de zvw. Kosten voor langdurige zorg (AWBZ) en welzijnszorg (WMO) maken geen deel uit van de dataset.

5.6.1 De kosten van problematisch verzuim

Tabel 14 geeft een uitsplitsing in de gemiddelde jaarlijkse zorgkosten voor de eerste ziektedag en de zorgkosten na de eerste ziektedag voor verschillende zorgsectoren. De gemiddelde jaarlijkse kosten stijgen van €2600 voor de eerste ziektedag tot €7800 na de eerste ziektedag[29]. Medisch specialistische zorg (MSZ) neemt het grootste deel van de kosten in beslag. Na de eerste ziektedag stijgen met name de uitgaven aan MSZ en geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Figuur 1 laat een uitsplitsing van de jaarlijkse zorgkosten voor- en na de eerste ziektedag zien voor lichamelijke klachten, psychische klachten en meervoudige klachten. Zoals verwacht stijgen na de eerste ziektedag bij lichamelijke klachten voornamelijk MSZ-kosten, bij psychische klachten voornamelijk GGZ-kosten, en bij meervoudige klachten beide.
De zvw-zorgkosten van de gemiddelde bevolking zijn gegeven in tabel 14a. De gemiddelde zvw-kosten voor personen van 20-65 jaar liggen tussen de €1300 en €3400 per jaar (2011)[30]. De zorgkosten van problematische verzuimers vóór ziekte zijn vergelijkbaar met de gemiddelde kosten van personen in de leeftijdscategorie 50-59 jaar.

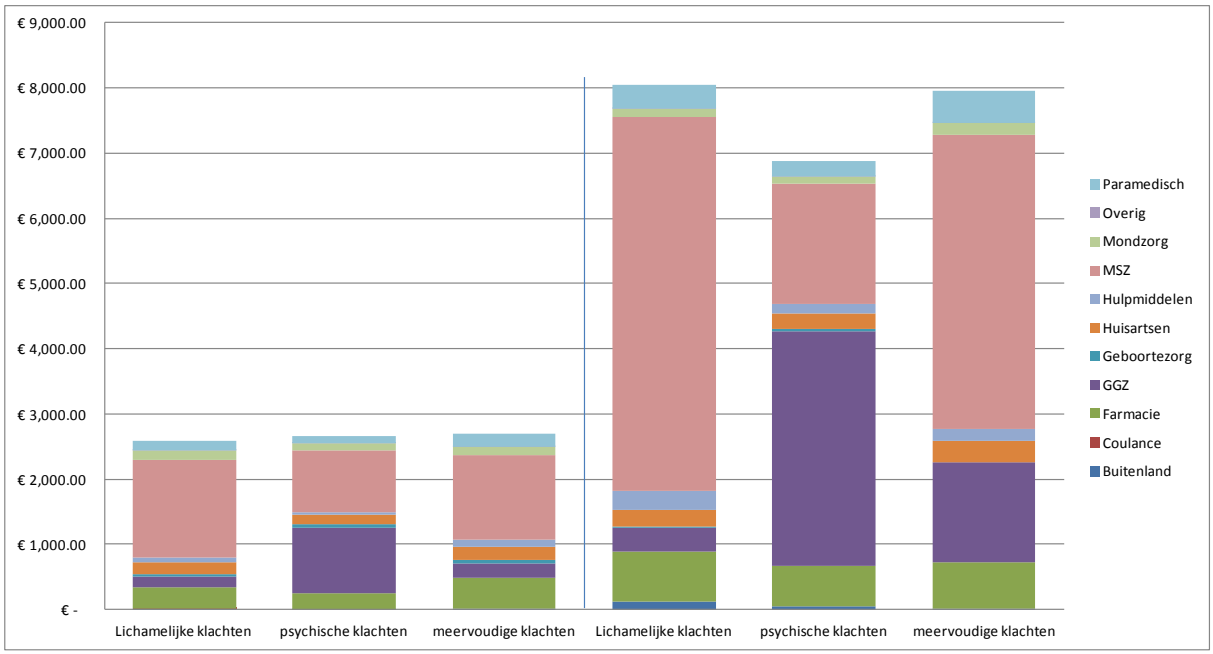
[29] De totale zorgkosten in de eerste twee jaar na het eerste ziektekwartaal bedragen €15,816. Bij deze berekening is alleen de eerste twee jaar na de eerste ziektedag genomen. In de totale berekeningen kan een langere periode zijn genomen, afhankelijk van hoe de eerste ziektedag in het tijdsbestek van de data (2009-2013) valt.
[30] Bron: RIVM: Kosten van ziekten (RIVM: www.kostenvanziekten.nl)

Tabel 14: vergelijking gemiddelde jaarlijkse zorgkosten voor en na ziekmelding bij problematisch verzuim						
	Kosten voor ziekmelding	%	Kosten na ziekmelding	%	Toename	%
Buitenland	€ 4,48	0%	€ 75,52	1%	€ 71,04	+1586%
Coulance[31]	€ 0,17	0%	€ 0,18	0%	€ 0,01	+6%
Farmacie	€ 340,50	13%	€ 736,60	9%	€ 396,10	+116%
GGZ	€ 430,27	16%	€ 1654,16	21%	€ 1223,89	+284%
Geboortezorg	€ 42,16	2%	€ 20,12	0%	€ -22,04	-48%
Huisartsen	€ 187,01	7%	€ 261,46	3%	€ 74,45	-40%
Hulpmiddelen	€ 65,18	2%	€ 262,67	3%	€ 197,49	+303%
MSZ	€ 1303,50	49%	€ 4357,80	56%	€ 3054,30	+234%
Mondzorg	€ 133,01	5%	€ 128,29	2%	€ -4,72	-4%
Overig	€ 2,65	0%	€ 1,38	0%	€ -1,27	-48%
Paramedisch	€ 139,00	5%	€ 332,99	4%	€ 193,99	+140%
Totaal	€ 2647,94		€ 7831,17			

Tabel 14a: Gegenereerde kostentabel met kosten van de zvw per leeftijdscategorie, 2011										
	20-24	**25-29**	**30-34**	**35-39**	**40-44**	**45-49**	**50-54**	**55-59**	**60-64**	Alle leeftijden
2011	1.282	1.667	1.821	1.804	1.784	2.066	2.423	2.868	3.382	2.382
Copyright	Bron: RIVM Kosten van Ziekten database 2013, www.kostenvanziekten.nl									
Referentiecode	kvz_v2l1b1p4r7c1i0t2j0o1y6a-1g0d254s54z0f12w2									

[31] Coulancezorg heeft betrekking op niet-gecontracteerde zorg die uit coulance toch wordt vergoed. Dit kunnen extra behandelingen zijn die buiten het basispakket vallen, of niet-vergoedde zorg voor personen die een zorgverzekering hebben genomen voordat contracten met ziekenhuizen zijn afgesloten.

Figuur 1: De gemiddelde jaarlijkse kosten van zorg vóór de eerste ziektedag (links) en na de eerste ziektedag (rechts), uitgesplitst naar type klacht



5.6.2 Vergelijking van kosten voor en na het adviestraject

Om te vergelijken hoe de zorgkosten veranderen gedurende het ziektetraject is een vergelijking gemaakt tussen de gemiddelde jaarlijkse kosten voor de eerste ziektedag, tussen de eerste ziektedag en aanmelding van het adviestraject en na het adviestraject. Bij de berekeningen zijn de kwartalen waarin de datum eerste ziektedag en de datum van aanmelding vallen niet meegenomen. Omdat het adviestraject vaak 6 tot 8 weken duurt, kunnen de gemiddelde kosten na aanmelding adviestraject voor een deel de zorgkosten van het adviestraject (second opinion) bevatten. De gemiddelden zijn gegeven in tabel 15. De zorgkosten zijn voor het adviestraject hoger (€9,355) dan na het adviestraject (€6,358). Dit kan een gevolg zijn van het herstelproces. Het is niet mogelijk om het effect van het adviestraject te relateren aan de verandering in zorgkosten. In 56% neemt het gemiddelde zorggebruik meer dan €100 af na het adviestraject, in 33% neemt het gemiddelde zorggebruik meer dan €100 toe, en in 10% is het verschil kleiner dan €100.

Tabel 15: Vergelijking gemiddelde jaarlijkse kosten voor en na het adviestraject

	Kosten	Observaties (aantal kwartalen in data)
Gemiddelde kosten voor eerste ziektedag	€ 2,648	7629
Gemiddelde kosten tussen eerste ziektedag en aanmelding adviestraject	€ 9,355	1481
Gemiddelde kosten na aanmelding/afronding adviestraject	€ 6,358	1625

5.6.3 Vroege aanmelding en zorgkosten

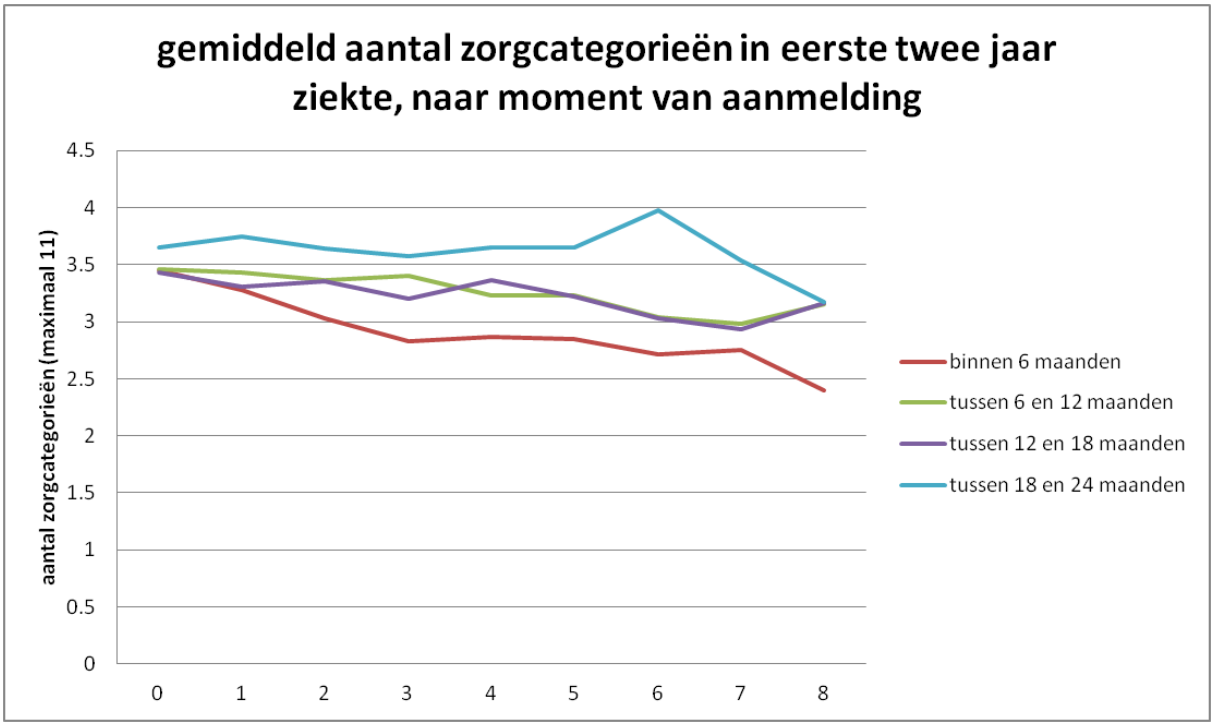
Om de invloed van een vroege aanmelding op zorgkosten te onderzoeken, zijn de zorgkosten van vier verschillende cohorten over tijd vergeleken. Zowel de gemiddelde zorgkosten als de mediane zorgkosten zijn onderzocht. De cohorten zijn geselecteerd op basis van tijd tussen de eerste ziektedag en aanmelding voor het adviestraject, met een verschil van een half jaar tussen de cohorten:

1. Tijd tussen eerste ziektedag en aanmelding voor adviestraject tussen 0 en 6 maanden (N=166)
2. Tijd tussen eerste ziektedag en aanmelding voor adviestraject tussen 6 en 12 maanden (N=200)
3. Tijd tussen eerste ziektedag en aanmelding voor adviestraject tussen 12 en 18 maanden (N=125)
4. Tijd tussen eerste ziektedag en aanmelding voor adviestraject tussen 18 en 24 maanden (N=51)

De werknemers met een periode tussen de eerste ziektedag en aanmelding voor het adviestraject langer dan 24 maanden zijn buiten beschouwing gelaten (N=37). Werknemers waarbij de eerste ziektedag in 2014 valt (N=100), of waarvan de eerste ziektedag niet bekend is (N=46), kunnen niet meegenomen worden in de analyses. De resultaten zijn gegeven in bijlage 4. De resultaten laten zien dat het verloop in zorgkosten tot aan het eerste ziektekwartaal niet verschilt tussen de cohorten. Het vierde cohort heeft hogere mediane zorgkosten, dit heeft mogelijk te maken met een kleinere groepsgrootte. Na de eerste ziektedag dalen de mediane zorgkosten sneller voor de cohorten met een eerdere aanmelding. Dit is een indicatie dat een vroegere aanmelding is gerelateerd aan een sterkere daling van de gemiddelde zorgkosten na het eerste ziektekwartaal. De gemiddelde zorgkosten laten dezelfde trend zien als de mediane zorgkosten, al zijn de gemiddelde zorgkosten rond de ziekmelding hoger voor cohorten met een latere aanmelding. Dit geeft weer dat de zorgkostenverdeling in deze cohorten schever is verdeeld. Met andere woorden, in de cohorten met een latere aanmelding zitten meer personen met zeer hoge zorgkosten. Dit is een indicatie dat de cohorten met latere aanmelding een complexer ziekteprofiel hebben, gegeven dat de zorgkosten een indicatie zijn voor complexiteit van ziekte.

Mogelijk veranderen in de loop van ziekte niet alleen de kosten, maar verandert ook het soort zorg dat wordt ontvangen. Figuur 2 geeft het gemiddelde aantal zorgcategorieën weer waarin kosten zijn gemaakt, opgesplitst naar moment van aanmelding voor het adviestraject. De figuur laat zien dat het gemiddeld aantal categorieën afneemt na de eerste ziektedag. De afname is het sterkst voor de personen die binnen 6 maanden zijn aangemeld. Deze groep maakt na twee jaar ziekte in één categorie minder zorgkosten.

Figuur 2: Gemiddeld aantal zorgcategorieën in de eerste twee jaar ziekte, naar moment van aanmelding.

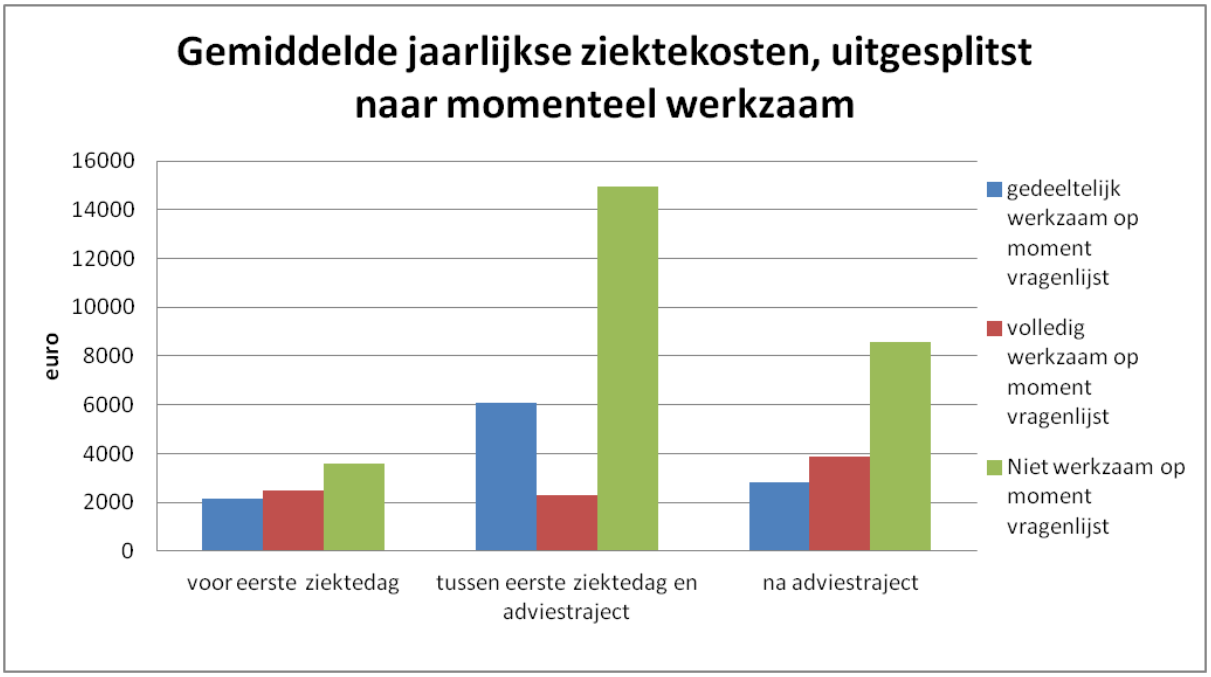


Figuur 2: op de x-as staat het aantal kwartalen vanaf het kwartaal waarin de eerste ziektedag valt (t=0) tot het 8e kwartaal, wat overeenkomt met twee jaar ziekte. In de data zijn in totaal 11 zorgcategoriën te onderscheiden (zie tabel 14). Op moment van ziekte maken personen gemiddeld van 3,5 zorgcategorieën gebruik. Dit aantal daalt tot 2,5 na twee jaar ziekte in de groep die binnen 6 maanden ziekte voor het adviestraject is aangemeld, en tot 3 voor de groepen die later dan 6 maanden zijn aangemeld.

5.6.4 Verschil in kosten naar werkzame status

Ter verdieping is gekeken naar mogelijke verschillen in zorgkosten tussen personen die in de vragenlijst aangeven momenteel werkzaam te zijn en personen die aangeven momenteel niet werkzaam te zijn (op het moment van afname van de vragenlijst). De zorgkosten voor ziekte, tussen ziekte en adviestraject en na adviestraject zijn weergegeven voor deze groepen in figuur 3. De figuur laat zien dat de ziektekosten van personen die aangeven op het moment van de vragenlijst niet werkzaam te zijn op elk moment hoger zijn dan de ziektekosten van personen die aangeven wel te werken.

Figuur 3: Gemiddelde jaarlijkse ziektekosten, uitgesplitst naar momenteel werkzaam



5.6.5 Conclusie

De kosten van zorg bij problematisch ziekteverzuim zijn bijna €8000 per jaar[32]. Het grootste deel van de kosten bestaat uit medisch specialistische zorg (met name bij lichamelijke klachten) en geestelijke gezondheidszorg (met name bij psychische klachten). Werknemers met psychische klachten maken gemiddeld minder zorgkosten dan werknemers met lichamelijke klachten. De kosten nemen sterk toe rond de eerste ziektedag, en nemen daarna iets af. Mede door dit effect zijn de gemiddelde kosten tijdens verzuim vóór het adviestraject hoger dan na het adviestraject. Bij 33% van de werknemers nemen de gemiddelde zorgkosten toe na het adviestraject. Werknemers die later worden aangemeld voor het adviestraject maken gemiddeld meer zorgkosten dan werknemers die vroeger worden aangemeld. Mogelijk wordt dit veroorzaakt doordat een groter deel van de werknemers met latere aanmelding zeer complexe klachten hebben.

[32] Uitgaande van een schatting van de verzuimkosten van een brutojaarloon van ongeveer €40.000,- (bron: CBS), beslaan de zorgkosten ongeveer 17% van de totale kosten van verzuim.

6 Verdiepende analyses

6.1 Statistische analyse werknemersenquête

Om in kaart te brengen welke factoren zijn gerelateerd aan de antwoorden van de werknemers op verschillende uitkomsten is een data-analyse uitgevoerd. De data van de enquêtes zijn gekoppeld aan de data van het cliëntenbestand via de elektronische code (zie hoofdstuk 2). Dit bestand is in Stata (versie 11.2) geanalyseerd. Hiervoor zijn multinominale logistische regressies gebruikt. Deze statistische techniek wordt gebruikt om te onderzoeken of bepaalde factoren gerelateerd zijn aan een indeling in een bepaalde groep. Respondenten worden ingedeeld in drie groepen op basis van de gegeven antwoorden. Groep 1 bestaat uit respondenten die het adviestraject als positief ervaren op de uitkomsten van de re-integratie; groep 2 uit respondenten die het adviestraject als negatief ervaren op de uitkomsten van de re-integratie; en groep 3 bestaat uit respondenten die neutraal zijn over het effect van het adviestraject. Vervolgens wordt gekeken of deze indeling afhangt van verschillende factoren, zoals het type dienstverband, het type klacht of het aantal dagen tussen de eerste ziektedag en de aanmelding voor het adviestraject. De factoren die proberen te verklaren waarom respondenten in een bepaalde groep binnen deze uitkomstcategorieën zitten, zijn het type werkverband (uitzendkracht, zelfstandige of werknemer in loondienst), het type klacht (psychische klacht, lichamelijke klacht, meervoudige klacht en overige klacht) en de tijd tussen eerste ziektedag en aanmelding. Deze variabelen zijn bekend voor 473 respondenten. Van 35 respondenten is de eerste ziektedag niet bekend. De volgende vier uitkomstvariabelen zijn onderzocht: bijdrage aan oplossing ziekteverzuim, verandering in herhaalverzuim, verandering in zorggebruik en mate van arbeidsongeschiktheid.

6.1.1 Toelichting en uitkomsten

De resultaten zijn weergegeven in tabel 16 en bijlage 5. De tabel moet als volgt worden geïnterpreteerd: Bij de eerste uitkomst, bijdrage aan oplossing van het ziekteverzuim, zijn drie antwoordmogelijkheden (groepen). Een respondent kan positief zijn, negatief zijn, en neutraal zijn. In de regressieanalyse wordt gekeken of de respondent significant vaker of minder vaak in een groep wordt geplaatst als hij bepaalde eigenschappen (verklarende factoren) heeft. In de eerste rij wordt getest welke factoren eraan bijdragen dat een respondent significant vaker of minder vaak in de groep negatief zit ten opzichte van de groep neutraal (de baseline groep). De waarde van 0,35 voor uitzendkrachten in de eerste rij wil zeggen dat geschat wordt dat een uitzendkracht een hogere kans heeft om in de groep te zitten die negatief oordeelt over de bijdrage aan de oplossing van het ziekteverzuim. Dit effect is echter niet statistisch significant. De statistische significantie (p-waarde) wordt in de tabel aangegeven met sterren. Bij een statistisch significant resultaat kan worden geconcludeerd dat met 95% zekerheid een eigenschap gecorreleerd is met een indeling in een bepaalde groep. In de groep die positief is over de bijdrage van het adviestraject zitten bijvoorbeeld significant minder uitzendkrachten dan in de baseline-groep.

Tabel 16: uitkomsten regresssieanalyses[33]					
Afhankelijke variabele: Bijdrage aan oplossing ziekteverzuim					
Groep:	Uitzend-kracht	Zelf-standige	Lichamelijke klacht	Psychische klacht	Aanmeld-tijd
Negatief	0,35	-0,68	0,36	0,63	-0,04
Neutraal	Baseline				
Positief	-1,29***	-0,90	0,34	0,64	-0,08**
Afhankelijke variabele: Opnieuw uitval					
Nooit	Baseline				
Zelden/ regelmatig	0,34	1,62**	-0,71	-0,94**	-0,01
Zeer vaak	0,62	0,61	-0,34	-0,84**	0,07
Afhankelijke variabele: Verandering in zorggebruik					
Afgenomen	0,47	-13,20	-0,40	-0,94	-0,11
Gelijk gebleven	Baseline				
Toegenomen	1,08***	0,17	-0,53	-0,93**	-0,04
Verandering type zorg	-0,14	0,91	-1,16**	-1,18	-0,39***
Afhankelijke variabele: Arbeidsongeschiktheid					
Geen oordeel UWV	Baseline				
Deels arbeids-ongeschikt	2,13***	-16,38	-0,15	-0,72	0,41***
Geheel arbeids-ongeschikt	1,49***	-3,28***	-0,11	-0,50	0,45***
*p<0.05, **p<0.01					

Uitzendkrachten rapporteren vaker gedeeltelijke of gehele arbeidsongeschiktheid, zijn negatiever over de resultaten van het traject en hebben meer zorggebruik. Werknemers met psychische klachten rapporteren minder vaak opnieuw uitval met dezelfde klachten, en hebben minder vaak een toegenomen zorggebruik als gevolg van het adviestraject. Een positief oordeel over de bijdrage aan de oplossing van het ziekteverzuim is waarschijnlijker bij een korte tijd tussen de eerste ziektedag en de aanmelding. De kans dat het type zorg verandert, is ook groter bij een vroege aanmelding. Het percentage gehele of gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid ligt lager bij een vroege aanmelding. De resultaten suggereren dat het adviestraject vaker door de werknemers wordt ervaren als effectief in bevorderen van re-integratie als het adviestraject vroeg in het verzuimtraject wordt doorlopen.

[33] De groep reguliere werknemers wordt wegens methodologische redenen (multicolineariteit door dummy variable trap) niet meegenomen in de regressie. Idem voor de groep met overige klachten. De variabele *meervoudige klachten* is in geen enkele specificatie significant en is weggelaten.

6.1.2 Conclusie

Uit de statistische analyse blijkt dat hoe eerder de aanmelding voor het adviestraject in het ziektetraject hoe positiever het oordeel over de bijdrage aan de oplossing van het ziekteverzuim, een grotere kans op verandering in zorggebruik en een lagere kans op arbeidsongeschiktheid. Mogelijk komt dit doordat het adviestraject positief bijdraagt aan herstel van functioneren en vergroting van belastbaarheid. De bevinding dat de kans op terugkeer naar werk hoger is bij een vroege aanmelding is consistent met de lagere zorgkosten voor de groep die vroeg wordt aangemeld. Het is echter ook mogelijk dat de werknemers die vroeger worden aangemeld op zichzelf al een grotere kans hebben op een succesvolle re-integratie. Binnen dit onderzoek is geen onderscheid te maken tussen deze mogelijke verklaringen.

Uitzendkrachten rapporteren vaker een beoordeling door het UWV. Dit komt waarschijnlijk doordat uitzendkrachten sinds 2013 na 1 jaar verzuim een tussentijdse keuring door het UWV krijgen. Als deze keuring leidt tot een beoordeling van minder dan 35% WGA, dan wordt de uitkering stopgezet. Toch rapporteren uitzendkrachten ook vaker een negatieve invloed van het adviestraject op de uitkomst van de re-integratie, en worden vaker gedeeltelijk of volledig arbeidsongeschikt verklaard. Dit lijkt er op te wijzen dat de re-integratie moeizamer verloopt bij uitzendkrachten ten opzichte van reguliere werknemers. Een mogelijke achterliggende oorzaak is dat uitzendkrachten bij ziekteklachten volledig zonder werk komen te zitten, en minder mogelijkheid hebben om het werk langzaam op te bouwen of passend werk binnen een bedrijf te vinden (Cox 2015). Dit kan het herstel bemoeilijken. Mogelijk is de inkomensterugval bij gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid bij uitzendkrachten groter omdat er wellicht minder mogelijkheden zijn om gedeeltelijk aan het werk te gaan in de uitzendbranche (UWV 2015). Een inkomensterugval kan ertoe leiden dat de uitzendkrachten negatiever terugkijken op de re-integratie inclusief het adviestraject.

Uitzendkrachten zijn ondervertegenwoordigd in de antwoorden van de vragenlijst. Het kan zijn dat de beslissing om de vragenlijst in te vullen bij uitzendkrachten structureel anders is dan bij reguliere werknemers en zelfstandigen. In dat geval zou de analyse een vertekend beeld geven van de gehele populatie. De onderzoekers zien echter geen redenen om aan te nemen dat uitzendkrachten structureel anders reageren op deelname aan de vragenlijst dan reguliere werknemers, los van hun ervaringen met het adviestraject. Het is niet bekend waarom uitzendkrachten ondervertegenwoordigd zijn. Uitzendkrachten stellen mogelijk minder vaak een e-mailadres beschikbaar, of wisselen vaker van e-mailadres.

6.2 Adviestraject in tweede verzuimjaar

Om in kaart te brengen welk percentage van de werknemers in het tweede verzuimjaar een adviestraject hebben gekregen, en welk percentage van de respondenten van de vragenlijst hiervan momenteel aangeeft werkzaam te zijn, zijn verdiepende analyses uitgevoerd. De resultaten zijn weergegeven in tabel 17. Werknemers die het adviestraject doorlopen hebben in het tweede

jaar, geven minder vaak aan momenteel aan het werk te zijn. Dit bleek ook uit de statistische analyse. Overigens heeft deze groep een iets hogere kans de pensioensleeftijd te hebben bereikt. Bij een adviestraject in het tweede jaar keert 32% nog terug naar werk.

Tabel 17: het adviestraject in het tweede verzuimjaar (respondenten vragenlijst)			
	N	% van totaal	% van subgroep
Werknemers aangemeld in het eerste verzuimjaar	285 (60%)		
Werknemers aangemeld in het eerste verzuimjaar en werkzaam	137	29%	48%
Werknemers aangemeld in het eerste verzuimjaar en niet werkzaam	148	31%	52%
			100%
Werknemers aangemeld in tweede verzuimjaar	188 (40%)		
Werknemers aangemeld in tweede verzuimjaar en werkzaam	61	13%	32%
Werknemers aangemeld in tweede verzuimjaar en niet werkzaam	127	27%	68%
Totaal werknemers	473* (100%)	100%	100%
*Van 35 van de 508 respondenten is geen aanmelddatum beschikbaar			

6.3 Datum van betermelding

Om de mate van terugkeer naar werk en de datum van betermelding te achterhalen is een verdiepende analyse uitgevoerd in samenwerking met een grote verzuim- en re-integratiebegeleider. Een adviestraject wordt ingezet op het moment dat de casemanager in overleg met de betrokkenen inschat dat het adviestraject zinvol kan zijn voor de verzuimende cliënt. Naast het adviestraject kan het bedrijf ook andere of aanvullende interventies inzetten, deze zijn niet meegenomen in de analyse. Het bedrijf heeft een anoniem databestand aangeleverd met de datum van ziekmelding, de datum van aanmelding bij het adviestraject en de datum van betermelding aangeleverd voor alle cliënten van het bedrijf die sinds 2011 een adviestraject bij het expertisecentrum hebben doorlopen. De koppeling resulteerde in een bestand van 564 dossiers. Deze cliënten zijn niet één op één te vergelijken met de 2595 werknemers die zijn gebruikt voor de eerdere analyses, omdat andere verwijzers mogelijk een andere verzuimbegeleidingstrategie hanteren. Wel geeft de analyse een verdiepend inzicht in het uiteindelijke re-integratieresultaat en de tijd tussen het adviestraject en betermelding van deze specifieke doelgroep.

6.3.1 De tijd tussen ziekmelding en aanmelding

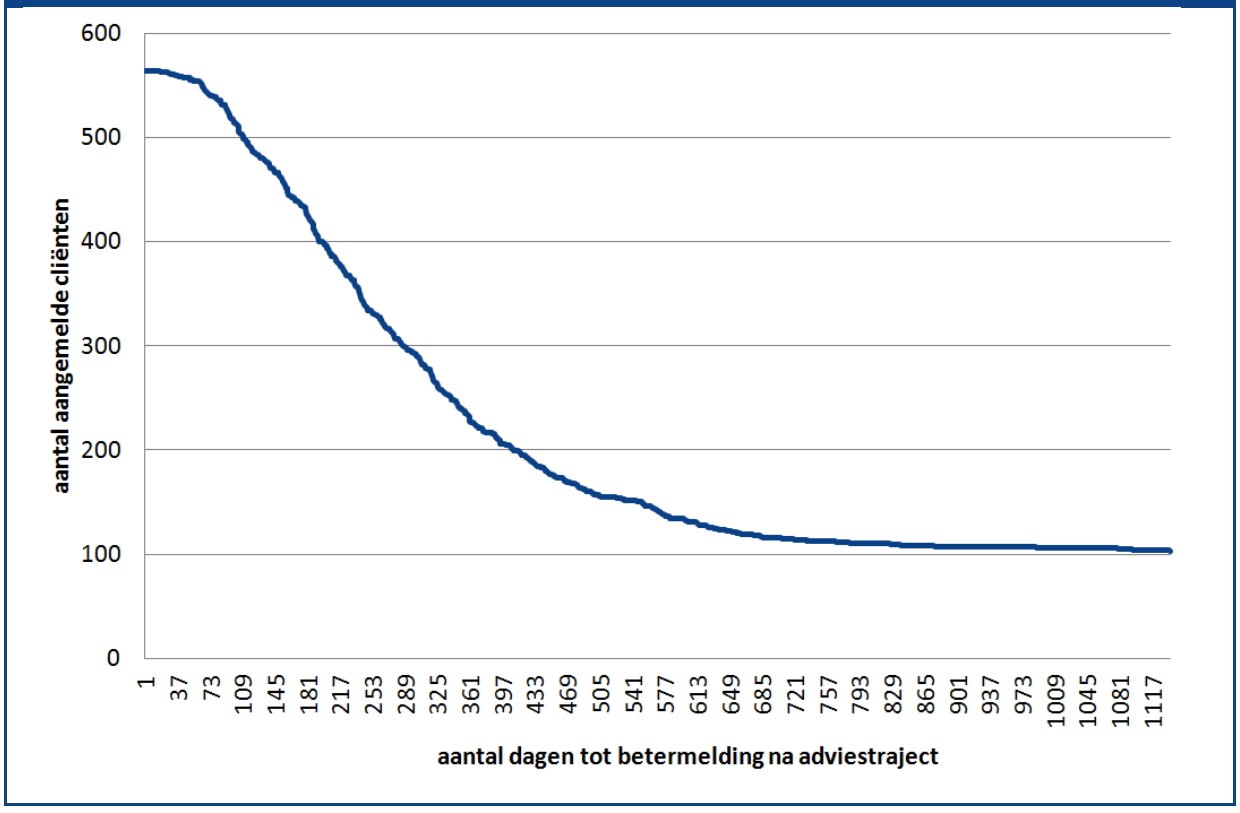
Gemiddeld zitten er 436 dagen tussen de eerste ziektedag en aanmelding voor het adviestraject. De verschillen zijn echter groot. Ruim een kwart van de aanmeldingen vind plaats binnen 180 dagen na de eerste ziektedag, terwijl nog 14% procent van de aanmeldingen meer dan 24 maanden na de eerste ziektedag plaatsvindt.

6.3.2 De betermelding

In de aangeleverde database is een datum van betermelding beschikbaar in 471 van de 564 dossiers (83%). Van de 17% van de dossiers zonder betermelding is in 7% van de dossiers de eerste ziektedag meer dan twee jaar geleden. Deze cliënten hebben waarschijnlijk een WIA-beoordeling gehad. Van de overige 10% is de eerste ziektedag minder dan twee jaar geleden. Deze cliënten hebben waarschijnlijk nog geen WIA-beoordeling gehad. Mogelijk keert een deel van deze cliënten alsnog binnen twee jaar terug naar werk. Het totale aantal cliënten met een betermelding na het adviestraject kan dus nog iets toenemen. Als alleen wordt gekeken naar de dossiers met een eerste ziektedag langer dan twee jaar geleden, dan heeft 85% van de dossiers een datum van betermelding. Van alle aanmeldingen keert 58% binnen de WVP-termijn van twee jaar terug naar werk. Werknemers kunnen langer dan twee jaar worden gevolgd doordat de re-integratiebegeleider in veel gevallen ook de WGA-begeleiding verzorgt.

Gemiddeld zit negen maanden tussen de datum van aanmelding voor het adviestraject en de betermelding. Grafiek 2 geeft een verzuim-survivalcurve weer, waarbij op de eerste dag van aanmelding (t=0) alle 564 cliënten nog verzuimen. Bij een betermelding verdwijnt de cliënt en blijven alleen de verzuimende cliënten over. Zes maanden na aanmelding verzuimen 423 cliënten (een afname van 25%), en één jaar na aanmelding verzuimen nog 224 cliënten (een afname van 60%). Van 21 cliënten vindt de betermelding na 2 jaar na het adviestraject plaats.

Grafiek 2: Verzuim-survivalcurve: De afname in het aantal cliënten dat verzuimt (y-as) over tijd (x-as).



6.3.3 Een vroege aanmelding

Tabel 18 geeft het percentage betermelding voor verschillende aanmeldperiodes. Opvallend is het hoge percentage betermeldingen (op basis van volledig herstel). Het herstelpercentage is relatief constant tussen 6 en 18 maanden. Bij een aanmelding tussen 18 en 24 maanden is het herstelpercentage iets hoger. Mogelijk heeft dit te maken met de dreigende werking die van de WIA-beoordeling uitgaat, maar dit vergt een verdiepend onderzoek. De totale gemiddelde verzuimduur in dagen neemt toe bij een latere aanmelding. Opvallend is dat de gemiddelde verzuimduur relatief lang is, waarbij overigens geen rekening is gehouden met tussentijds deelherstel tijdens opbouw van de re-integratie. Cliënten die het adviestraject doorlopen verzuimen gemiddeld iets minder dan twee jaar. Zelfs bij een vroege aanmelding is de verzuimduur gemiddeld nog iets meer dan een jaar. Van de werknemers die binnen 6 maanden wordt aangemeld voor het adviestraject keert ongeveer één derde binnen 6 maanden na het advestraject terug naar werk, en ongeveer tweederde binnen een jaar. Dit geeft weer dat er sprake is van relatief complexe verzuimgevallen. Verder is niet bekend in hoeveel van de gevallen sprake is van terugkeer naar werk bij de eigen werkgever of – na een over het algemeen langer durend 2e spoor traject – bij een andere werkgever.

Tabel 18b: aanmeldperiode en percentage betermelding

	n	Percentage personen met betermelding	Gemiddeld aantal dagen tussen eerste ziektedag en aanmelding voor het adviestraject	gemiddeld aantal dagen tussen aanmelding adviestraject en betermelding	Gemiddelde totale verzuimduur in dagen
binnen 3 maanden	154	88%	112	276	384
tussen 3 en 6 maanden	166	80%	275	290	564
tussen 6 en 12 maanden	103	81%	449	253	701
tussen 12 en 24 maanden	61	89%	607	237	842
na 24 maanden	80	83%	1247	340	1568

De tabel laat zien dat de gemiddelde tijd tussen het adviestraject en volledige betermelding 8 tot 10 maanden is, en niet sterk afhangt van het moment van aanmelding. De gemiddelde tijd tussen het adviestraject en volledige betermelding is het kortst bij een aanmelding tussen 12 en 24 maanden. De getallen tellen niet precies op, omdat ook de personen zonder betermelding worden meegenomen in de berekening van de gemiddelde tijd tussen de eerste ziektedag en aanmelding voor het adviestraject.

6.3.4 Vergelijking met de eerdere resultaten

Het percentage betermeldingen (83%) is bijna twee keer zo hoog als het percentage respondenten dat in de werknemersenquête aangeeft werkzaam te zijn (45%). Enkele mogelijke verklaringen zijn denkbaar. Het is mogelijk dat de verzuimbegeleider effectiever is in het stimuleren van terugkeer naar werk dan andere verwijzers, of een doelgroep hanteert die hogere kans op terugkeer heeft dan andere verwijzers. De derde mogelijkheid is dat een deel van de cliënten van de verzuimbegeleider beter is gemeld, maar momenteel niet (meer) werkzaam is. Ten vierde is het mogelijk dat de respondenten en de verzuimbegeleider een andere definitie hanteren van betermelding. De laatste mogelijkheid is dat de vragenlijst voornamelijk is ingevuld door personen die niet werkzaam zijn. Waarschijnlijk hebben alle mogelijke verklaringen enige invloed op de gevonden verschillen.

Uit de analyse van de datum van betermelding blijkt dat meer dan 80% van de werknemers die het adviestraject na 12 maanden verzuim doorlopen terugkeert naar werk. Uit tabel 17 in paragraaf 6.2. blijkt tevens dat een derde van de werknemers die in het tweede jaar wordt aangemeld voor een adviestraject aangeeft momenteel werkzaam te zijn. Dit geeft een aanwijzing dat adviestrajecten ook in het tweede verzuimjaar kunnen bijdragen aan terugkeer naar werk. Er is meer onderzoek nodig om het causale effect van het adviestraject op terugkeer naar werk in het tweede jaar te onderzoeken.

6.4 Interviews met werknemers

Vier telefonische interviews zijn gehouden met werknemers die het adviestraject hebben doorlopen en naar aanleiding van de vragenlijst aangeboden hebben meer informatie te verschaffen. De geïnterviewde werknemers hebben de mogelijkheid gekregen de uitwerking aan te vullen of te wijzigen. De geïnterviewden hebben geen wijzigingen of aanvullingen doorgegeven. De interviews zijn zeer gevarieerd en lijken niet representatief voor alle adviestrajecten. Dit komt omdat de doelgroep van het adviestraject werknemers zijn waarbij het verzuimtraject niet goed loopt, en er veel verschillende oorzaken denkbaar zijn die een verzuimtraject problematisch kunnen maken. Vier interviews is te weinig gebleken om een volledig en representatief beeld te schetsen. Daarom worden alleen de belangrijkste uitkomsten kort besproken.

6.4.1 De uitkomsten van het adviestraject

Het adviestraject werd ingezet omdat bij werkgever of casemanager onduidelijkheid was over de duur en mogelijkheid van terugkeer van de klachten. In een ander geval was er sprake van gebrek aan communicatie tussen werknemer, bedrijfsarts en werkgever. Het adviestraject werd in dit geval ingezet om de onduidelijkheid, ontstaan door gebrekkige communicatie, weg te nemen. Het adviestraject verschafte in alle gevallen duidelijkheid, maar dit leidde in twee gevallen tot de conclusie dat er onvoldoende benutbare mogelijkheden voor werk waren. In twee gevallen kwam het adviestraject tot de conclusie dat er mogelijkheden voor terugkeer naar werk aanwezig waren. Werknemers geven aan een goede communicatie belangrijk te vinden, omdat het niet altijd

duidelijk is wat het doel of procedure van het adviestraject is. Ook vinden werknemers een goede bejegening belangrijk, en ze hechten belang aan een persoonlijk onderzoek door de specialist of verzekeringsarts.

6.4.2 Belemmerende factoren in de re-integratie

De geïnterviewden ervoeren vaak meerdere en uiteenlopende belemmeringen tijdens de re-integratie. Alle vier werknemers werken momenteel niet. In drie interviews komt naar voren dat de afwezigheid van de mogelijkheid tot terugkeer naar eigen werk als belemmerend wordt ervaren. In twee interviews is sprake van een 2e spoortraject in combinatie met beperkingen en een hoge leeftijd. De geïnterviewden geven aan dat dit niet effectief is in de terugkeer naar werk. Het gebrek aan vraag naar personen met beperkingen in de huidige economische conjunctuur wordt als belemmerende factor genoemd. Ook wordt als belemmerend ervaren dat het adviestraject GBM concludeert, de bedrijfsarts of werkgever het advies van het expertisecentrum niet opvolgt of dat het adviestraject niet aangeeft dat de klachten waren gerelateerd aan de werkplek/werkgever.

6.5 Focusgroep met verwijzers

Om te achterhalen in welke situaties het adviestraject wordt ingezet, wat het ervaren effect is van het adviestraject, en welke belemmeringen worden ervaren met betrekking tot de re-integratie is een focusgroep opgezet. De focusgroep bestond uit drie bedrijfsartsen en drie casemanagers. Doordat slechts één focusgroep is georganiseerd, zijn de uitkomsten mogelijk niet representatief voor de mening van alle verwijzers. Daarom worden de uitkomsten van de focusgroep slechts kort besproken, waarbij alleen de belangrijkste punten worden vermeld.

6.5.1 De uitkomsten van het adviestraject

De respondenten geven aan het adviestraject vaak in te zetten als er sprake is van onduidelijkheid over het verzuim. Vaak zoeken de verwijzers antwoord op enkele concrete vragen. Het verschilt bij de deelnemers in welke situatie het adviestraject precies wordt ingezet. Casemanagers en verzuimbegeleiders geven aan dat dit is als er behoefte is aan meer concrete informatie. Bedrijfsartsen zetten een adviestraject vaak in om meer zekerheid te krijgen over de genomen stappen. De deelnemers aan de focusgroep geven aan dat het traject vooral tot duidelijkheid leidt. Dit kan in sommige gevallen zorgen dat de werknemer en werkgever meer op één lijn komen. Hierdoor kan de re-integratie worden hervat of kan opbouw in passend werk worden opgestart. In andere gevallen wordt het duidelijk dat terugkeer naar werk niet tot de opties behoort, waardoor de werknemer niet onnodig belastende re-integratietrajecten hoeft te doorlopen. Het effect op re-integratie is daarom niet eenzijdig.

Sommige respondenten geven aan dat het adviestraject niet primair als doel heeft om de re-integratie te versnellen, hoewel dit wel een van de uitkomsten kan zijn. Het adviestraject kan namelijk onderbouwen dat werkhervatting op dat moment (nog) niet gewenst is. De verwijzers

hebben voornamelijk behoefte aan duidelijkheid bij de problematische verzuimgevallen, en het adviestraject voorziet in deze behoefte. De verwijzers geven aan dat die duidelijkheid helpt om het re-integratietraject aan te passen rekening houdend met de medische beperkingen en de arbeidsmogelijkheden.

De deelnemers aan de focusgroep geven aan dat de behandeling in de reguliere zorg met name bij psychische klachten niet altijd adequaat is. Ook nemen behandelaars in de reguliere zorg de belastbaarheid niet altijd mee in de behandeling. In principe zou de bedrijfsarts moeten kunnen inschatten of de behandeling adequaat is, maar omdat het expertisecentrum alle informatie opvraagt en nieuwe consulten initieert, kan het adviestraject in sommige gevallen leiden tot nieuwe inzichten.

6.5.2 Belemmerende factoren in de re-integratie

De deelnemers geven aan na het adviestraject soms aanvullend onderzoek in te zetten om te kijken naar de mogelijkheden voor aanpassingen aan het werk of vervangend werk. Als terugkeer naar de eigen werkgever niet mogelijk is, dan wordt een 2^{e} spoortraject opgestart. Terugkeer naar werk bij de eigen werkgever wordt nog gezien als kansrijk, maar een 2^{e} spoortraject leidt volgens de deelnemers zelden tot succesvolle re-integratie bij deze doelgroep.

De deelnemers geven aan dat de motivatie van de werknemer bepalend is voor een succesvolle re-integratie. De dreiging van verlies van baan bij de eigen werkgever en verlies aan inkomen is daarop van invloed. Psychische klachten zijn volgens de deelnemers de moeilijkste klachtencategorie voor een succesvolle re-integratie. De deelnemers van de focusgroep herkennen niet dat een deel van de werknemers in de vragenlijst het effect van het adviestraject als negatief ervaren. Een mogelijke oorzaak voor de uitkomsten is de onduidelijkheid die het adviestraject kan scheppen bij de werknemers. Zieke medewerkers krijgen te maken met verschillende partijen en verplichtingen tijdens de ziekte, en daarom kan het opstarten van een nieuw traject soms leiden tot verwarring.

7 Conclusies

In dit onderzoek hebben we de effecten van adviestrajecten bij problematisch verzuim op terugkeer naar werk, zorgconsumptie en zorgkosten onderzocht. We hebben daarvoor een analyse gemaakt van arbeidsgerelateerde medische adviestrajecten van een medisch expertisecentrum voor multidisciplinaire arbeidsgeneeskundige diagnostiek van gezondheidsklachten en daarmee samenhangende beperkingen. Verschillende informatiebronnen zijn gecombineerd: informatie over de doelgroep en de uitkomst van het adviestraject (afkomstig van de cliëntendossiers van het expertisecentrum) is aangevuld met informatie over de zorgkosten (afkomstig van een grote zorgverzekeraar), met enquête-uitkomsten (afkomstig van werknemers die het adviestraject hebben doorlopen) en met informatie over de datum van betermelding (afkomstig van een grote verwijzer). Tevens is informatie uit de literatuur, uit enquêteresultaten van verwijzers en uit kwalitatieve analyses toegevoegd. Het onderzoekt kent wel enkele belangrijke beperkingen. Er is geen sprake van een controlegroep, waardoor de causale effectiviteit niet beoordeeld kan worden. Ook geven de vragenlijsten en interviews mogelijk een vertekend beeld, doordat sprake is van bepaalde selectie-effecten. Ten derde is maar één expertisecentrum onderzocht. Ondanks de beperkingen geeft het rapport inzicht in het arbeidsgerelateerde medische adviestraject door een uitgebreide beschrijving van de interventie, en geven de analyses duidelijke indicaties voor de meerwaarde van het traject. Ook geeft het onderzoek meer informatie over de eigenschappen van werknemers met een problematisch verzuimtraject. Tot slot is dit het eerste onderzoek dat de daadwerkelijke zorgkosten van problematisch verzuim volgt.

Hieronder geven we een opsomming van de conclusies die we op basis van het onderzoek kunnen trekken:

- **Het medische expertisecentrum stelt bij 51% van de werknemers vast dat de behandeling niet adequaat is**. Dit blijkt uit analyse van 2595 behandeldossiers. De beoordeling van de behandeling vindt plaats door een medisch specialist en verzekeringsarts. Uit de literatuurstudie blijkt dat de inzet van specifieke interventies de terugkeer naar werk kunnen bevorderen. Het adviestraject kan de keuze voor de juiste interventie verbeteren en dus zorgen voor een beter ingericht re-integratietraject.
- **Tweederde van de werknemers werkt niet ten tijde van het adviestraject, terwijl het adviestraject stelt dat sprake is van benutbare mogelijkheden**. Op basis van analyse van de 2595 dossiers blijkt tevens dat de verzekeringsartsen van het medisch expertisecentrum bij 91% van de werknemers medische beperkingen constateren. Een aantal kritische functionele mogelijkheden bepalen in belangrijke mate de (volledige) terugkeer naar werk. Voor 71% van de werknemers is geen sprake van beperkingen die de mogelijkheden om loonvormende arbeid te verrichten sterk belemmeren. Een groot deel van deze werknemers zou in staat moeten zijn om (aangepast) werk te verrichten. Toch werkt 64% van de groep zonder kritische beperkingen op het moment van beoordeling niet. Dit geeft weer dat een groot deel van de werknemers die wegens problematisch verzuim niet werkzaam is, wel in staat is een vorm van arbeid te verrichten.

- **Personen die vroeg in het verzuimtraject worden aangemeld zijn positiever over het effect van het adviestraject op de oplossing van het ziekteverzuim.** Ook is een vroegere aanmelding gerelateerd aan een lagere kans op gedeeltelijke of volledige arbeidsongeschiktheid. Hiernaast is een vroege aanmelding geassocieerd met een hoger percentage betermeldingen. Dit kan komen doordat personen die later worden aangemeld complexere problematiek hebben, en daardoor een kleinere kans op re-integratie hebben. Het is ook mogelijk dat het adviestraject effectiever is bij een vroegere aanmelding in het verzuimtraject.
- **De kosten van zorg bij problematisch ziekteverzuim zijn bijna €8000 per jaar**. Werknemers met psychische klachten maken gemiddeld minder zorgkosten dan werknemers met lichamelijke klachten. De kosten nemen sterk toe rond de eerste ziektedag, en nemen daarna iets af. Mede door dit effect zijn de gemiddelde kosten tijdens verzuim vóór het adviestraject hoger dan na het adviestraject. Bij 33% van de werknemers nemen de gemiddelde zorgkosten toe na het adviestraject. Werknemers die later worden aangemeld voor het adviestraject maken gemiddeld meer zorgkosten dan werknemers die vroeg worden aangemeld. Mogelijk wordt dit veroorzaakt doordat een groter deel van de werknemers met latere aanmelding zeer complexe klachten hebben.
- **Gemiddeld zit er 9 maanden tussen de datum voor aanmelding voor het adviestraject en de betermelding.** Dat blijkt uit verdiepende analyse van aanvullende data van een grote verzuimbegeleider. Ook bij deze deelgroep is de kans op terugkeer naar werk groter bij een vroege aanmelding. Het percentage betermeldingen binnen twee jaar ziekte is 83%. Bij aanmelding voor het adviestraject in het tweede jaar ziekte is het aandeel betermeldingen hoog (meer dan 80%). De gemiddelde tijd tussen het adviestraject en volledige betermelding hangt niet af van het moment van aanmelding.
- **Verwijzers zijn zeer tevreden over (de effecten van) het adviestraject bij problematisch verzuim onder werknemers**. Dit wijst een enquête onder ruim 400 verwijzers/opdrachtgevers uit. De beoordeling van het adviestraject is gemiddeld een 8. De bijdrage van de medische expertise aan het in beeld brengen van behandelopties en de benutbare mogelijkheden wordt door de respondenten als positief ervaren.
- **45% van de respondenten die een adviestraject hebben gehad, zijn momenteel geheel of gedeeltelijk werkzaam.** Dit is de uitkomst van een vragenlijst onder 1800 werknemers (respons: 28%). Ook geeft 45% aan na twee jaar geen keuring van het UWV gehad te hebben. Dit betekent waarschijnlijk dat deze groep is teruggekeerd naar werk. Van de groep die aangeeft wel een keuring gehad te hebben, is het grootste deel volledig arbeidsongeschikt[34]. Het is niet bekend of de terugkeer naar werk gedeeltelijk toe te schrijven is aan het adviestraject.
- **De werknemers zijn in de enquête minder positief over het effect van het adviestraject dan de verwijzers.** 31% van de respondenten reageert negatief op de vraag of het adviestraject heeft bijgedragen aan de oplossing van het ziekteverzuim. Dit staat in contrast met de tevredenheidenquête die het expertisecentrum zelf vlak na afronding van het traject afneemt een gemiddelde beoordeling van een 8 scoort. Uitzendkrachten zijn gemiddeld

[34] 30% heeft aangegeven volledig (meer dan 80%) arbeidsongeschikt te zijn, 8% is gedeeltelijk arbeidsongeschikt, 8% is minder dan 35% arbeidsongeschikt en 9% weet dit niet of wil dit niet zeggen.

vaker gedeeltelijk of geheel arbeidsongeschikt, zijn vaker negatief over de resultaten van het adviestraject en rapporteren vaker een toename in het zorggebruik.

- **De schattingen in hoeveel procent van de gevallen een nieuwe behandeling is ingezet of gewijzigd naar aanleiding van het adviestraject lopen uiteen van 22% tot 53%.** Slechts 22% van de werknemers geeft aan dat hun behandeling is gewijzigd naar aanleiding van het adviestraject. Echter geeft 42% van de werknemers aan dat het zorggebruik is veranderd naar aanleiding van het adviestraject. Het zorggebruik is vaker toegenomen dan afgenomen[35]. 53% van de verwijzers geeft aan dat de behandeling meestal wordt gewijzigd naar aanleiding van het adviestraject.
- **Re-integratie kan belemmerd worden door verschillende factoren.** Uit de analyse van interviews met vier werknemers kwamen enkele factoren naar boven die belemmerend kunnen werken in de re-integratie. Als de werknemer niet meer terug kan keren naar de oude werkgever, bijvoorbeeld door een verstoorde arbeidsverhouding, kan dit de re-integratie belemmeren. Volgens de geïnterviewden werkt de combinatie van beperkte arbeidsmogelijkheden en een hoge leeftijd in de huidige economische omstandigheden belemmerend in een terugkeer naar werk bij een nieuwe werkgever of bij een 2^{e} spoortraject.
- **Het adviestraject wordt voornamelijk ingezet om duidelijkheid te krijgen.** Dat wordt bevestigd door een focusgroep met zes verwijzers. In sommige gevallen leidt het adviestraject tot nieuwe inzichten. Ook kan het adviestraject zorgen dat partijen op één lijn komen en kan het dienen als hulpmiddel om werknemers toch te laten re-integreren door vergroting van inzicht in (de prognose van) mogelijkheden en beperkingen. De verwijzers geven aan dat die duidelijkheid helpt om het re-integratietraject aan te passen, rekening houdend met de medische beperkingen en de arbeidsmogelijkheden van de werknemer.

Samenvattend geeft het arbeidsgerelateerde medische adviestraject duidelijkheid bij problematische verzuimgevallen. Ten eerste kan dit leiden tot een geschikter medisch behandeltraject. In 51% van de gevallen constateren de medisch specialist(en) en verzekeringsarts van het medische expertisecentrum dat de huidige behandeling niet adequaat is. 53% van de verwijzers geeft aan dat de behandeling meestal wordt gewijzigd. Ook geeft 42% van de werknemers aan dat het zorggebruik verandert naar aanleiding van het adviestraject.

Ten tweede wordt duidelijkheid geboden over de aard van de beperkingen, en over de mogelijkheden die de werknemer nog heeft om arbeid te verrichten. Bij 29% van de werknemers wordt door het medische expertisecentrum geconstateerd dat de beperkingen dusdanig zwaar zijn dat terugkeer naar werk sterk wordt belemmerd. Dit blijkt ook uit de vragenlijst aan de werknemers: 29% van de werknemers geeft aan volledig arbeidsongeschikt te zijn verklaard. In deze gevallen leidt het adviestraject niet tot snellere re-integratie, maar wordt in een vroeg stadium duidelijkheid gegeven over de inrichting van het re-integratietraject. Dit blijkt ook uit analyse van de focusgroep met verwijzers. De deelnemers geven aan dat de motivatie van de werknemer bepalend is voor een succesvolle re-integratie. De dreiging van verlies van baan en inkomen is daarop van invloed.

[35] Er wordt geantwoord dat het zorggebruik eenzijdig toeneemt (24%), afneemt (13%), of gelijk blijft (58%). Bij 5% van de respondenten nam één type zorg toe, terwijl een ander type zorg afnam.

In 71% van de gevallen komt het medische expertisecentrum tot de conclusie dat loonvormende arbeid in principe mogelijk is. Toch geeft slechts 45% van de werknemers aan momenteel geheel of gedeeltelijk werkzaam te zijn. Mogelijk ervaren werknemers andere belemmeringen bij terugkeer naar werk, waarbij gebrek aan mogelijkheid tot terugkeer naar eigen werkgever en gebrek aan vraag naar personen met beperkingen in de huidige economische conjunctuur factoren zijn die uit de kwalitatieve analyse naar voren komen.

De resultaten van dit onderzoek indiceren dat re-integratie bij problematisch ziekteverzuim vraagt om een samenhangende aanpak in de driehoek zorg, werk en inkomen. Het gaat immers niet alleen om behandeling van gezondheidsklachten, maar ook en vooral om vergroting (en behoud) van belastbaarheid ten behoeve van arbeidsparticipatie en benutting van mogelijkheden voor loonvormende arbeid. Multidisciplinaire diagnostiek met een gecombineerd behandel- en belastbaarheidsadvies kan in stagnerende verzuimdossiers duidelijkheid bieden over de juiste oplossing. Hoewel er op basis van de data en de beperkingen van de onderzoeksopzet geen harde conclusies getrokken kunnen worden over de effectiviteit van het adviestraject, wijzen de resultaten op een meerwaarde van een adviestraject bij problematisch verzuim.

8 Literatuur

Bakker, I. M., B. Terluin, H. W. Van Marwijk, D. A. M. van der Windt, F. Rijmen, W. van Mechelen and W. A. Stalman (2007). "A cluster-randomised trial evaluating an intervention for patients with stress-related mental disorders and sick leave in primary care." Plos Clinical Trials **2**(6): e26.

Bee, P. E., P. Bower, S. Gilbody and K. Lovell (2010). "Improving health and productivity of depressed workers: a pilot randomized controlled trial of telephone cognitive behavioral therapy delivery in workplace settings." General Hospital Psychiatry **32**(3): 337-340.

Bernacki, E. J. and S. P. Tsai (2003). "Ten years' experience using an integrated workers' compensation management system to control workers' compensation costs." Journal of Occupational and Environmental Medicine **45**(5): 508-516.

Blonk, R. W., V. Brenninkmeijer, S. E. Lagerveld and I. L. Houtman (2006). "Return to work: A comparison of two cognitive behavioural interventions in cases of work-related psychological complaints among the self-employed." Work & Stress **20**(2): 129-144.

Bond, G. R., R. E. Drake and D. R. Becker (2008). "An update on randomized controlled trials of evidence-based supported employment." Psychiatric Rehabilitation Journal **31**(4): 280.

Bongers, P., S. Ijmker, S. Van den Heuvel and B. Blatter (2006). "Epidemiology of work related neck and upper limb problems: psychosocial and personal risk factors (part I) and effective interventions from a bio behavioural perspective (part II)." Journal of Occupational Rehabilitation **16**(3): 272-295.

Burns, T., J. Catty, S. White, T. Becker, M. Koletsi, A. Fioritti, W. Rössler, T. Tomov, J. van Busschbach and D. Wiersma (2009). "The impact of supported employment and working on clinical and social functioning: results of an international study of individual placement and support." Schizophrenia Bulletin **35**(5): 949-958.

Clayton, S., C. Bambra, R. Gosling, S. Povall, K. Misso and M. Whitehead (2011). "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 **11**: 170.

Clayton, S., B. Barr, L. Nylen, B. Burström, K. Thielen, F. Diderichsen, E. Dahl and M. Whitehead (2012). "Effectiveness of return-to-work interventions for disabled people: a systematic review of government initiatives focused on changing the behaviour of employers." The European Journal of Public Health **22**(3): 434-439.

Cooke, M., K. Holzhauser, M. Jones, C. Davis and J. Finucane (2007). "The effect of aromatherapy massage with music on the stress and anxiety levels of emergency nurses: comparison between summer and winter." Journal of Clinical Nursing **16**(9): 1695-1703.

Cox, F. (2015). "Ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid onder vangnetters."

de Jong, P., T. Everhardt and C. Schrijvershof (2011). "Toepassing van de wet Ver-betering Poortwachter."

de Jong, P., T. Everhardt and C. Schrijvershof (2013). "Duurzaam niet-duurzaam?".

De Vente, W., J. H. Kamphuis, P. M. Emmelkamp and R. W. Blonk (2008). "Individual and group cognitive-behavioral treatment for work-related stress complaints and sickness absence: a randomized controlled trial." Journal of Occupational Health Psychology **13**(3): 214.

Drake, R. E., D. R. Becker, R. E. Clark and K. T. Mueser (1999). "Research on the individual placement and support model of supported employment." Psychiatric Quarterly **70**(4): 289-301.

Duffy, M., K. Gillespie and D. M. Clark (2007). "Post-traumatic stress disorder in the context of terrorism and other civil conflict in Northern Ireland: randomised controlled trial." BMJ (Clinical Research Ed.) **334**(7604): 1147.

Duijts, S. F., I. Kant, P. A. van den Brandt and G. M. Swaen (2008). "Effectiveness of a preventive coaching intervention for employees at risk for sickness absence due to psychosocial health complaints: Results of a randomized controlled trial." Journal of Occupational and Environmental Medicine **50**(7): 765-776.

Engers, A., P. Jellema, M. Wensing, D. Van der Windt, R. Grol and M. W. van Tulder (2008). "Individual patient education for low back pain." Cochrane Database of Systematic Reviews (Online) **1**.

Franche, R.-L., K. Cullen, J. Clarke, E. Irvin, S. Sinclair and J. Frank (2005). "Workplace-Based Return-to-Work Interventions: A Systematic Review of the Quantitative Literature." Journal of Occupational Rehabilitation **15**(4): 607-631.
Furlan, A. D., W. H. Gnam, N. Carnide, E. Irvin, B. C. Amick III, K. DeRango, R. McMaster, K. Cullen, T. Slack and S. Brouwer (2012). "Systematic review of intervention practices for depression in the workplace." Journal of Occupational Rehabilitation **22**(3): 312-321.
Hagen, E. M., H. R. Eriksen and H. Ursin (2000). "Does early intervention with a light mobilization program reduce long-term sick leave for low back pain?" Spine **25**(15): 1973-1976.
Henschke, N., R. Ostelo, M. W. van Tulder, J. Vlaeyen, S. Morley, W. Assendelft and C. J. Main (2010). "Behavioural treatment for chronic low-back pain." Cochrane Database of Systematic Reviews (Online) **7**(7).
Heymans, M. W., H. C. de Vet, P. M. Bongers, D. L. Knol, B. W. Koes and W. van Mechelen (2006). "The effectiveness of high-intensity versus low-intensity back schools in an occupational setting: a pragmatic randomized controlled trial." Spine **31**(10): 1075-1082.
Higgins, A., P. O'Halloran and S. Porter (2012). "Management of Long Term Sickness Absence: A Systematic Realist Review." Journal of Occupational Rehabilitation **22**(3): 322-332.
Hillage, J., J. Rick, H. Pilgrim, N. Jagger, C. Carroll and A. Booth (2008). "Review of the Effectiveness and Cost Effectiveness of Interventions, Strategies, Programmes and Policies to Reduce the Number of Employees Who Move From Short Term to Long Term Sickness Absence and to Help Employees on Long Term Sickness Absence Return to Work." Nice Medical.
Høgelund, J. and A. Holm "Returning long-term Sick-Listed to Work."
Høgelund, J. and A. Holm (2006). "Case management interviews and the return to work of disabled employees." Journal of Health Economics **25**(3): 500-519.
Høgelund, J., A. Holm and J. McIntosh (2010). "Does graded return-to-work improve sick-listed workers' chance of returning to regular working hours?" Journal of Health Economics **29**(1): 158-169.
Hollinghurst, S., T. J. Peters, S. Kaur, N. Wiles, G. Lewis and D. Kessler (2010). "Cost-effectiveness of therapist-delivered online cognitive–behavioural therapy for depression: randomised controlled trial." The British Journal of Psychiatry **197**(4): 297-304.
Houtman, I., R. Steenbeek, M. v. Zwieten and S. Andriessen (2013). Verklaring stijging WIA instroom vanuit werkgeversperspectief: een vignettenstudie, TNO.
Indahl, A., L. Velund and O. Reikeraas (1995). "Good prognosis for low back pain when left untampered. A randomized clinical trial." Spine **20**(4): 473-477.
Jehoel-Gijsbers, G. (2007). Beter aan het werk: trendrapportage ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en werkhervatting, Sociaal en Cultureel Planbureau.
Karlson, B., P. Jönsson, B. Pålsson, G. Åbjörnsson, B. Malmberg, B. Larsson and K. Österberg (2010). "Return to work after a workplace-oriented intervention for patients on sick-leave for burnout-a prospective controlled study." BMC Public Health **10**(1): 301.
Klein Koerkamp, I. (2009). "Re-integratie van zieke werknemers en de rol van het initiatief nemen." MSc Scriptie Universiteit Twente.
Knegt, R., J. Besseling, R. Hoffius, T. Veerman and J. Ybema (2004). Scènes uit een reïntegratieproces, TNO.
Kok, L. and P. Hop (2008). Langdurig in de WAO, SEO.
Lagerveld, S. E., R. W. Blonk, V. Brenninkmeijer, L. Wijngaards-de Meij and W. B. Schaufeli (2012). "Work-focused treatment of common mental disorders and return to work: a comparative outcome study." Journal of Occupational Health Psychology **17**(2): 220.
Lambeek, L. C., J. E. Bosmans, B. J. Van Royen, M. W. Van Tulder, W. Van Mechelen and J. R. Anema (2010). "Effect of integrated care for sick listed patients with chronic low back pain: economic evaluation alongside a randomised controlled trial." BMJ (Clinical Research Ed.) **341**.
Lambeek, L. C., W. van Mechelen, D. L. Knol, P. Loisel and J. R. Anema (2010). "Randomised controlled trial of integrated care to reduce disability from chronic low back pain in working and private life." BMJ (Clinical Research Ed.) **340**.
Lambeek, L. C., M. W. van Tulder, I. C. Swinkels, L. L. Koppes, J. R. Anema and W. van Mechelen (2011). "The trend in total cost of back pain in The Netherlands in the period 2002 to 2007." Spine **36**(13): 1050-1058.

Lexis, M. A., N. W. Jansen, M. J. Huibers, L. G. van Amelsvoort, A. Berkouwer, G. T. A. Ton, P. A. van den Brandt and I. Kant (2011). "Prevention of long-term sickness absence and major depression in high-risk employees: a randomised controlled trial." Occupational and Environmental Medicine **68**(6): 400-407.
Lindström, I., C. Öhlund, C. Eek, L. Wallin, L.-E. Peterson, W. E. Fordyce and A. L. Nachemson (1992). "The effect of graded activity on patients with subacute low back pain: a randomized prospective clinical study with an operant-conditioning behavioral approach." Physical therapy **72**(4): 279-290.
Lötters, F., S. Hogg-Johnson and A. Burdorf (2005). "Health status, its perceptions, and effect on return to work and recurrent sick leave." Spine **30**(9): 1086-1092.
Meyenfeldt, L. v., P. d. Jong and C. Schrijvershof (2009). Langdurig verzuim en inspanningen van werkgevers. Den Haag, Ape en AStri.
Molde Hagen, E., A. Grasdal and H. R. Eriksen (2003). "Does early intervention with a light mobilization program reduce long-term sick leave for low back pain: a 3-year follow-up study." Spine **28**(20): 2309-2315.
Nielsen, M. B. D., J. Vinsløv Hansen, B. Aust, T. Tverborgvik, B. L. Thomsen, J. Bue Bjorner, O. Steen Mortensen, R. Rugulies, G. Winzor, P. Ørbæk, T. Helverskov, N. Kristensen and O. Melchior Poulsen (2014). "A multisite randomized controlled trial on time to self-support among sickness absence beneficiaries. The Danish national return-to-work programme." The European Journal of Public Health.
Noordik, E., J. J. van der Klink, E. F. Klingen, K. Nieuwenhuijsen and F. J. van Dijk (2010). "Exposure-in-vivo containing interventions to improve work functioning of workers with anxiety disorder: a systematic review." BMC Public Health **10**(1): 598.
Nordin, M., R. Hiebert, M. Pietrek, M. Alexander, M. Crane and S. Lewis (2002). "Association of Comorbidity and Outcome in Episodes of Nonspecific Low Back Pain in Occupational Populations." Journal of Occupational and Environmental Medicine **44**(7): 677-684.
Richardson, K. M. and H. R. Rothstein (2008). "Effects of occupational stress management intervention programs: a meta-analysis." Journal of Occupational Health Psychology **13**(1): 69.
RIVM (2011). Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. B. RIVM.
Roelen, C. A. M., P. C. Koopmans, J. R. Anema and A. J. Beek (2010). "Recurrence of Medically Certified Sickness Absence According to Diagnosis: A Sickness Absence Register Study." Journal of Occupational Rehabilitation **20**(1): 113-121.
Rossignol, M., S. Rozenberg and A. Leclerc (2009). "Epidemiology of low back pain: what's new?" Joint, Bone, Spine **76**(6): 608-613.
Schaafsma, F. G., K. Whelan, A. J. van der Beek, L. C. van der Es-Lambeek, A. Ojajarvi and J. H. Verbeek (2013). "Physical conditioning as part of a return to work strategy to reduce sickness absence for workers with back pain." Cochrane Database of Systematic Reviews (Online) **30**(8).
Schandelmaier, S., S. Ebrahim, S. C. Burkhardt, W. E. de Boer, T. Zumbrunn, G. H. Guyatt, J. W. Busse and R. Kunz (2012). "Return to work coordination programmes for work disability: a meta-analysis of randomised controlled trials." Plos One **7**(11).
Scheel, I. B., K. B. Hagen, J. Herrin and A. D. Oxman (2002). "A Call for Action: A Randomized Contolled Trial of Two Strategies to Implement Active Sick Leave for Patients With Low Back Pain." Spine **27**(6): 561-566.
Skivington, K. (2013). Incapacity Benefit, employment transitions, and health: evidence from longitudinal data and a qualitative study, University of Glasgow.
Staal, J., R. De Bie and E. Hendriks (2007). "Aetiology and management of work-related upper extremity disorders." Best Practice & Research Clinical Rheumatology **21**(1): 123-133.
Staal, J. B., A. De Rijk, I. Houkes and M. Heymans (2013). Clinical Interventions to Reduce Work Disability in Workers with Musculoskeletal Disorders or Mental Health Problems. Handbook of Work Disability, Springer**:** 317-334.
Staal, J. B., H. Hlobil, J. W. Twisk, T. Smid, A. r. J. Köke and W. van Mechelen (2004). "Graded Activity for Low Back Pain in Occupational Health CareA Randomized, Controlled Trial." Annals of internal Medicine **140**(2): 77-84.

Ståhl, C., A. Toomingas, C. Åborg, K. Ekberg and K. Kjellberg (2013). "Promoting occupational health interventions in early return to work by implementing financial subsidies: a Swedish case study." BMC Public Health **13**(1): 1-11.
Steenbeek, R., W. Hooftman, G. Geuskens and C. Wevers (2010). "Objectiveren van gezondheidsgerelateerde nonparticipatie en de vermijdbare bijdrage van de gezondheidszorg hieraan." Hoofddorp: TNO.
Steenstra, I. A., J. R. Anema, P. M. Bongers, H. C. De Vet, D. L. Knol and W. van Mechelen (2006). "The effectiveness of graded activity for low back pain in occupational healthcare." Occupational and Environmental Medicine **63**(11): 718-725.
Stenlund, T., C. Ahlgren, B. Lindahl, G. Burell, K. Steinholtz, C. Edlund, L. Nilsson, A. Knutsson and L. S. Birgander (2009). "Cognitively oriented behavioral rehabilitation in combination with qigong for patients on long-term sick leave because of burnout: REST—a randomized clinical trial." International Journal of Behavioral Medicine **16**(3): 294-303.
Strohle, A. (2009). "Physical activity, exercise, depression and anxiety disorders." Journal of Neural Transmission **116**(6): 777-784.
Uegaki, K., I. Bakker, M. de Bruijne, A. van der Beek, B. Terluin, H. van Marwijk, M. Heymans, W. Stalman and W. van Mechelen (2010). "Cost-effectiveness of a minimal intervention for stress-related sick leave in general practice: results of an economic evaluation alongside a pragmatic randomised control trial." Journal of Affective Disorders **120**(1): 177-187.
UWV (2015). "UWV Monitor Arbeidsparticipatie 2014
Aan het werk zijn, komen en blijven van mensen met een arbeidsbeperking."
van der Hoek, W., K. Baal, E. van der Hoek, W. van der Lingen, A. Meij, J. Simons and E. Tolsma (2008). "De vangnetpopulatie in de Ziektewet: kenmerken en risicofactoren voor langdurig verzuim." TBV – Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde **16**(6): 240-245.
Van der Klink, J., R. Blonk, A. H. Schene and F. Van Dijk (2001). "The benefits of interventions for work-related stress." American Journal of Public Health **91**(2): 270.
van Oostrom, S. H., M. W. Heymans, H. C. de Vet, M. W. van Tulder, W. van Mechelen and J. R. Anema (2010). "Economic evaluation of a workplace intervention for sick-listed employees with distress." Occupational and Environmental Medicine **67**(9): 603-610.
Versantvoort, M. and P. van Echtelt (2012). "Belemmerd aan het werk." Trendrapportage ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en arbeidsdeelname personen met gezondheidsbeperkingen. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
Verwer, I. J. G. M., J. W. Groothoff, J. van der Velden and J. W. J. van der Gulden (2014). "Verschillen in verzuim en verzuimbegeleiding in Nederland en Duitsland." Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen **92**(6): 240-247.
Viljanen, M., A. Malmivaara, J. Uitti, M. Rinne, P. Palmroos and P. Laippala (2003). "Effectiveness of dynamic muscle training, relaxation training, or ordinary activity for chronic neck pain: randomised controlled trial." BMJ (Clinical Research Ed.) **327**(7413): 475.
Vlasveld, M., C. Van der Feltz-Cornelis, H. Adèr, J. Anema, R. Hoedeman, W. Van Mechelen and A. Beekman (2012). "Collaborative care for major depressive disorder in an occupational healthcare setting." The British Journal of Psychiatry **200**(6): 510-511.
Wang, P. S., G. E. Simon, J. Avorn, F. Azocar, E. J. Ludman, J. McCulloch, M. Z. Petukhova and R. C. Kessler (2007). "Telephone screening, outreach, and care management for depressed workers and impact on clinical and work productivity outcomes: a randomized controlled trial." Jama **298**(12): 1401-1411.
Watzke, S. and A. Galvao (2008). "The feasibility of vocational rehabilitation in subjects with severe mental illness." Salud Publica Mex **50**(2): s260-272.
Wheeler, P. M., J. R. Kearney and C. A. Harrison (2001). "The U.S. study of work incapacity and reintegration." Social Security Bulletin **64**(1): 32-44.
Wiles, N. J., A. M. Haase, J. Gallacher, D. A. Lawlor and G. Lewis (2007). "Physical activity and common mental disorder: results from the Caerphilly study." American Journal of Epidemiology **165**(8): 946-954.
Willert, M. V., A. M. Thulstrup and J. P. Bonde (2011). "Effects of a stress management intervention on absenteeism and return to work-results from a randomized wait-list controlled trial." Scandinavian Journal of Work, Environment & Health: 186-195.

Wynne-Jones, G., J. Cowen, J. L. Jordan, O. Uthman, C. J. Main, N. Glozier and D. van der Windt (2014). "Absence from work and return to work in people with back pain: a systematic review and meta-analysis." Occupational and Environmental Medicine **71**(6): 448-456.

9 Bijlagen

Bijlage 1: Vragenlijsten verwijzers

Vragenlijst voor verwijzers voor het meten van het effect van de dienstverlening.

1 [1]Wat is uw functie?
Selecteer alles wat voldoet

- ☐ Casemanager
- ☐ Bedrijfsarts
- ☐ Medisch adviseur
- ☐ Anders:

2 [A2]Voor hoeveel werknemers verzorgt u de verzuimbegeleiding?
Selecteer alles wat voldoet

- ☐ minder dan 1000 werkzame personen
- ☐ 1000 tot 2000 werkzame personen
- ☐ 2000 tot 3000 werkzame personen
- ☐ meer dan 3000 werkzame personen
- ☐ niet van toepassing

3 [A3] Hoe vaak roept u de hulp van Het expertisecentrum in bij langdurige ziekte van een werknemer?
Selecteer alles wat voldoet

- ☐ Nooit
- ☐ ongeveer 1x per jaar
- ☐ ongeveer 5x per jaar
- ☐ ongeveer 10x per jaar
- ☐ ongeveer 20x per jaar
- ☐ meer dan 25x per jaar
- ☐ niet van toepassing

4 [A4]In welk stadium van het re-integratieproces roept u (meestal) de hulp van het expertisecentrum in?

Selecteer alles wat voldoet

- ☐ preventief
- ☐ binnen 3 maanden
- ☐ tussen 3 en 6 maanden
- ☐ tussen 6 en 12 maanden
- ☐ tussen 12 en 18 maanden
- ☐ tussen 18 en 24 maanden
- ☐ na 24 maanden
- ☐ niet van toepassing
- ☐ Anders:

5 [A5]Heeft u door het onderzoek van Het expertisecentrum een beter inzicht gekregen in de gezondheidsklachten van de zieke werknemer(s)?
Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

	zeer sterk vermind erd	sterk vermind erd	iets vermind erd	gelijk geble ven	iets verbet erd	sterk verbet erd	zeer sterk verbet erd	niet van toepass ing
mijn inzicht is:	○	○	○	○	○	○	○	○

6 [A6]Heeft u door het onderzoek van Het expertisecentrum een beter inzicht gekregen in de mogelijkheden en beperkingen voor arbeid (belastbaarheid) van de werknemer(s)?
Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

	zeer sterk vermind erd	sterk vermind erd	iets vermind erd	gelijk geble ven	iets verbet erd	sterk verbet erd	zeer sterk verbet erd	niet van toepass ing
mijn inzicht is:	○	○	○	○	○	○	○	○

7 [A8]Is het behandeltraject gewijzigd naar aanleiding van het onderzoek bij het expertisecentrum?
Selecteer alles wat voldoet

- ☐ Ja, er is (meestal) een nieuwe behandeling gestart
- ☐ Ja, de bestaande behandeling is (meestal) aangepast
- ☐ Nee, de behandeling is (meestal) niet gewijzigd
- ☐ weet ik niet
- ☐ niet van toepassing

8 [A7]Heeft het onderzoek van het expertisecentrum bijgedragen aan de oplossing van het ziekteverzuim van de werknemer(s)?
Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

	zeer sterk negati ef	sterk negati ef	iets negati ef	neutra al	iets positi ef	sterk positi ef	zeer sterk positi ef	niet van toepassi ng
de bijdrage aan de oplossing was:	○	○	○	○	○	○	○	○

9 [A10]Heeft de dienstverlening van het expertisecentrum geholpen bij vermindering van uitval van de werknemer(s) door verzuim (duurzame inzetbaarheid)?
Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

	zeer sterk negati ef	sterk negati ef	iets negati ef	neutra al	iets positi ef	sterk positi ef	zeer sterk positi ef	niet van toepassi ng
het effect op een vermindering van uitval was:	○	○	○	○	○	○	○	○

10 [A9]Heeft de dienstverlening van het expertisecentrum geholpen bij het realiseren van een correcte aanspraak op loondoorbetaling (WVP) of een uitkering (WGA/IVA) van de werknemer(s)?
Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

	zeer sterk negati ef	sterk negati ef	iets negati ef	neutra al	iets positi ef	sterk positi ef	zeer sterk positi ef	niet van toepassi ng

Het effect op een correcte aanspraak was:	○	○	○	○	○	○	○	○

11 [nps]Hoe waarschijnlijk is het, op een schaal van nul tot tien, dat u het expertisecentrum zal aanbevelen bij een collega?
Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
aanbeveling score:	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

12 [opm]Heeft u nog opmerkingen?
Vul uw antwoord hier in:

Vragenlijst werknemers

Vragenlijst traject bij Het expertisecentrum: Werknemers na 2 jaar

Er zijn 17 vragen in deze enquête
U wordt verzocht onderstaande velden in te vullen

1 In welke sector bent u werkzaam? *
Selecteer alles wat voldoet

- ☐ Landbouw, bosbouw en visserij
- ☐ Nijverheid (geen bouw) en energie
- ☐ Bouwnijverheid
- ☐ Handel, vervoer en horeca
- ☐ Informatie en communicatie
- ☐ Financiële dienstverlening
- ☐ Verhuur en handel van onroerend goed
- ☐ Zakelijke dienstverlening
- ☐ Overheid en zorg
- ☐ Cultuur, recreatie, overige diensten
- ☐ Anders:

2 Werkte u toen u bij het expertisecentrum voor onderzoek kwam? *
Kies a.u.b. een van de volgende mogelijkheden:

- ○ Ja, volledig
- ○ Ja, gedeeltelijk
- ○ Nee, helemaal niet

3 Heeft u door het onderzoek bij het expertisecentrum een beter inzicht gekregen in uw gezondheidsklachten? *
Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

	zeer sterk verslechterd	sterk verslechterd	iets verslechterd	gelijk gebleven	iets verbeterd	sterk verbeterd	zeer sterk verbeterd
mijn inzicht is:	○	○	○	○	○	○	○

4 Heeft u door het onderzoek bij het expertisecentrum een beter inzicht gekregen in uw mogelijkheden en beperkingen voor arbeid (belastbaarheid)? *
Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

	zeer sterk verminderd	sterk verminderd	iets verminderd	gelijk gebleven	iets verbeterd	sterk verbeterd	zeer sterk verbeterd
mijn inzicht is:	○	○	○	○	○	○	○

5 Heeft uw onderzoek van het expertisecentrum bijgedragen aan de oplossing van uw ziekteverzuim? *
Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

	zeer sterk negatief	sterk negatief	iets negatief	neutraal	iets positief	sterk positief	zeer sterk positief
de bijdrage aan de oplossing was:	○	○	○	○	○	○	○

6 Is uw behandeling door uw arts of andere zorgverlener gewijzigd naar aanleiding van het onderzoek bij het expertisecentrum? *
Kies a.u.b. een van de volgende mogelijkheden:

- ○ Ja, er is een nieuwe behandeling gestart
- ○ Ja, de bestaande behandeling is aangepast
- ○ Nee, de behandeling is niet gewijzigd
- ○ weet ik niet

7 Heeft de nieuwe behandeling bijgedragen aan uw duurzame inzetbaarheid en preventie van ziekteverzuim? *
Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:
° Is A1'Ja, de bestaande behandeling is aangepast' of 'Ja, er is een nieuwe behandeling gestart' op vraag '6 [6]' (Is uw behandeling door uw arts of andere zorgverlener gewijzigd naar aanleiding van het onderzoek bij het expertisecentrum?) *en* Is A2'Ja, de bestaande behandeling is aangepast' of 'Ja, er is een nieuwe behandeling gestart' op vraag '6 [6]' (Is uw behandeling door uw arts of andere zorgverlener gewijzigd naar aanleiding van het onderzoek bij het expertisecentrum?)
Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

	zeer sterk negatief	sterk negatief	iets negatief	neutraal	iets positief	sterk positief	zeer sterk positief
de bijdrage van de nieuwe behandeling was:	○	○	○	○	○	○	○

8 Is uw ziekenhuisbezoek na het onderzoek bij het expertisecentrum gewijzigd? *
Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

	zeer sterk afgenomen	sterk afgenomen	iets afgenomen	gelijk gebleven	iets toegenomen	sterk toegenomen	Zeer sterk toegenomen
het ziekenhuisbezoek is:	○	○	○	○	○	○	○

9 Is uw bezoek aan de huisarts na het onderzoek van het expertisecentrum gewijzigd? *
Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

	zeer sterk afgenomen	sterk afgenomen	iets afgenomen	gelijk gebleven	iets toegenomen	sterk toegenomen	zeer sterk toegenomen
het huisartsenbezoek is:	○	○	○	○	○	○	○

10 Is uw bezoek aan de fysiotherapeut na het onderzoek van het expertisecentrum gewijzigd? *
Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

	zeer sterk afgenomen	sterk afgenomen	iets afgenomen	gelijk gebleven	iets toegenomen	sterk toegenomen	zeer sterk toegenomen
het fysiotherapeut bezoek is:	○	○	○	○	○	○	○

11 Bent u na het onderzoek bij het expertisecentrum opnieuw uitgevallen met dezelfde gezondheidsklachten? *
Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

	nooit	zelden	regelmatig	zeer vaak
mate van uitval	○	○	○	○

12 Bent u door het UWV (gedeeltelijk) arbeidsongeschikt verklaard?
Kies a.u.b. een van de volgende mogelijkheden:

- ○ Nee, ik ben niet gekeurd door het UWV
- ○ Ja, voor minder dan 35%
- ○ Ja, voor 35-80%
- ○ Ja, voor meer dan 80%
- ○ Ja, volledig arbeidsongeschikt
- ○ weet ik niet

○ zeg ik liever niet

Als u langer dan twee jaar ziek bent, volgt een keuring bij het UWV waarbij de mate van arbeidsongeschiktheid wordt bepaald. Heeft u deze keuring gehad? Vink dan in uw mate van arbeidsongeschiktheid aan. Heeft u deze keuring niet gehad, bijvoorbeeld omdat u binnen twee jaar weer bent gaan werken, vink dan 'nee' aan.

13 Heeft het onderzoek bijgedragen aan een goede onderbouwing van het re-integratiedossier voor het UWV? *
Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

	zeer sterk negatief	sterk negatief	iets negatief	neutraal	iets positief	sterk positief	zeer sterk positief
De bijdrage van het onderzoek was:	○	○	○	○	○	○	○

14 Heeft het onderzoek van het expertisecentrum, naar uw inschatting, de mate van uw arbeidsongeschiktheid zoals beoordeeld door het UWV verhoogd of verlaagd? *
Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

	zeer veel lager	veel lager	iets lager	neutraal	iets hoger	veel hoger	zeer veel hoger
door het onderzoek is het uiteindelijke percentage arbeidsongeschiktheid:	○	○	○	○	○	○	○

15 Bent u momenteel aan het werk? *
Kies a.u.b. een van de volgende mogelijkheden:

- ○ Ja, volledig
- ○ Ja, gedeeltelijk
- ○ Nee, niet

16 Wat is uw laatstverdiende loon?
Kies a.u.b. een van de volgende mogelijkheden:

- ○ bruto minder dan 20.000 euro per jaar (ongeveer 1600 euro bruto per maand)
- ○ bruto tussen de 20.000 en 35.000 euro per jaar (tussen ongeveer 1600 en 2300 euro bruto per maand)
- ○ bruto tussen de 35.000 en 50.000 euro per jaar (tussen ongeveer 2300 en 3600 euro bruto per maand)
- ○ bruto meer dan 50.000 euro per jaar (ongeveer 3600 euro bruto per maand)

○ weet ik niet
○ zeg ik liever niet

Wij vragen dit omdat het percentage arbeidsongeschiktheid onder andere afhangt van het laatstverdiende loon. Om het effect van de dienstverlening van Het expertisecentrum op de mate van arbeidsongeschiktheid goed in te schatten, moet worden gecontroleerd voor het laatstverdiende loon. Net als de overige gegevens wordt deze informatie vertrouwelijk behandeld. Mocht u desondanks deze informatie liever niet verschaffen, dan kunt u bijvoorbeeld kiezen voor de optie: zeg ik liever niet.

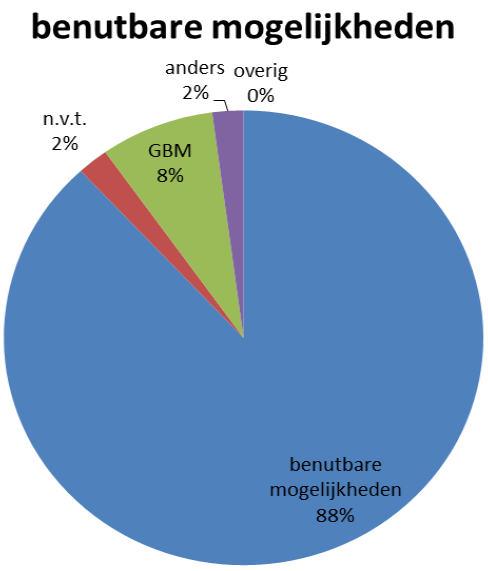
17
Hartelijk dank voor het invullen van de vragenlijst
Heeft u nog opmerkingen?
Vul uw antwoord hier in:

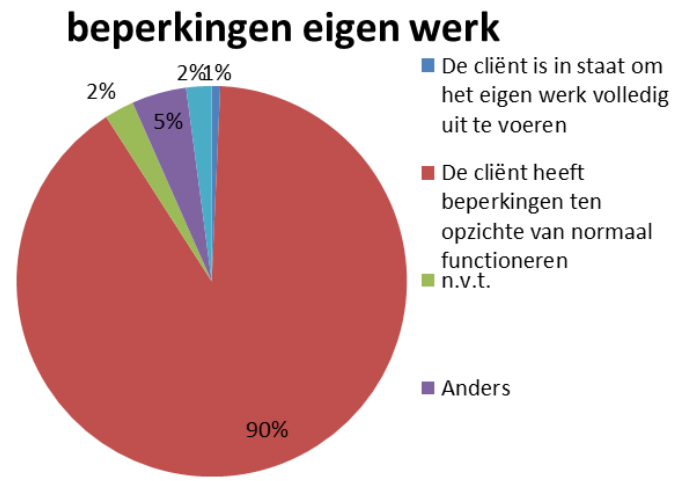
Bedankt voor uw deelname aan deze enquête.

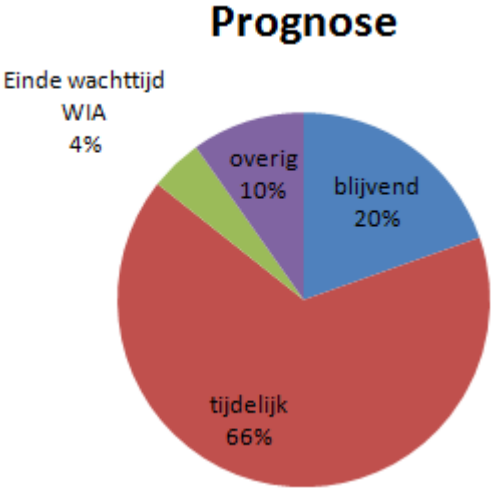
Bijlage 2: Uitsplitsing cliënt werkt niet bij aanvang traject

1. Uitsplitsing: cliënt werkt niet bij aanvang traject

Sinds 2013 wordt bijgehouden of werknemers werken of niet op het moment van aanmelding. Voor ongeveer 20% van de werknemers in de database is deze informatie beschikbaar. Er kan worden verwacht dat werknemers die niet werken bij aanmelding afwijken van de werknemers die wel werken. Mogelijk is de kans groter dat deze werknemers arbeidsongeschikt worden. Als alleen wordt gekeken naar de werknemers die op moment van aanmelding **niet werken**, valt op dat de resultaten vergelijkbaar zijn met de gehele groep werknemers. Het percentage werknemers met benutbare mogelijkheden is in deze groep met 88% hetzelfde als in de gehele database. De beperkingen wijken met 90% vrijwel niet af van de gehele database (91%). De verdeling van de prognose is exact gelijk tussen de twee groepen.





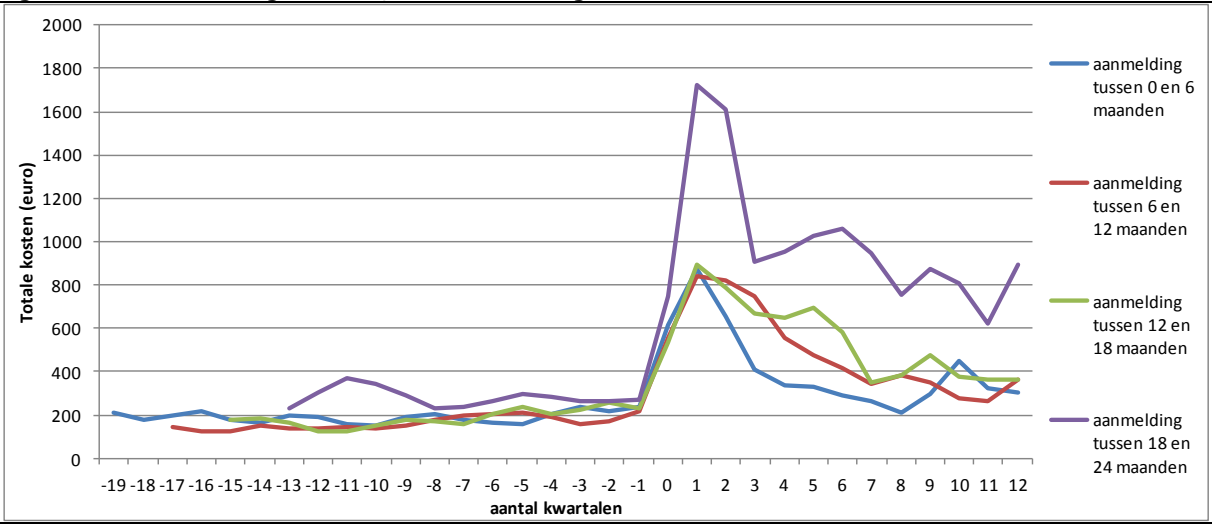


Bijlage 3: Representativiteit werknemers

	Gehele dataset (n=2655)	Ingevulde enquêtes (n=508)
1. Opbouw geslacht		
Percentage man	62%	60%
Percentage vrouw	38%	40%
2. Type werknemer		
Uitzendkracht	25%	13%
zelfstandige	6%	6%
Overig/niet bekend	69%	81%
3. Type verwijzer van de werknemer		
Bedrijfsarts	16%	20%
Casemanager	68%	63%
Medisch Adviseur	6%	6%
Overig	10%	11%
4. Werkzaam op moment van aanmelding		
Werknemer werkt op moment van aanmelding	33%	37%
Werknemer werkt niet op moment van aanmelding	67%	63%
5. Datum ziekmelding		
Minder dan 2 jaar geleden	41%	48%
Meer dan 2 jaar geleden	59%	52%
6. Gezondheidsklachten:		
Lichamelijke klachten	47%	51%
Psychische klachten	23%	19%
Meervoudige klachten	14%	15%
overig	16%	15%
7. Moment van aanmelding		
Binnen 6 maanden	33%	29%
Tussen 6 en 12 maanden	31%	31%
Tussen 12 en 18 maanden	21%	21%
Na 18 maanden	15%	19%
8. Beperkingen		
Geen beperkingen	1%	1%
Beperkingen	91%	92%
Overig/n.v.t.	8%	7%
9. Benutbare mogelijkheden		
Benutbare mogelijkheden	89%	92%
GBM	6%	3%
Overig/n.v.t.	5%	5%
10. Prognose		
Tijdelijk	65%	61%
Blijvend	18%	21%
Tenminste tot einde wachttijd WIA	7%	7%
Overig/n.v.t.	10%	11%

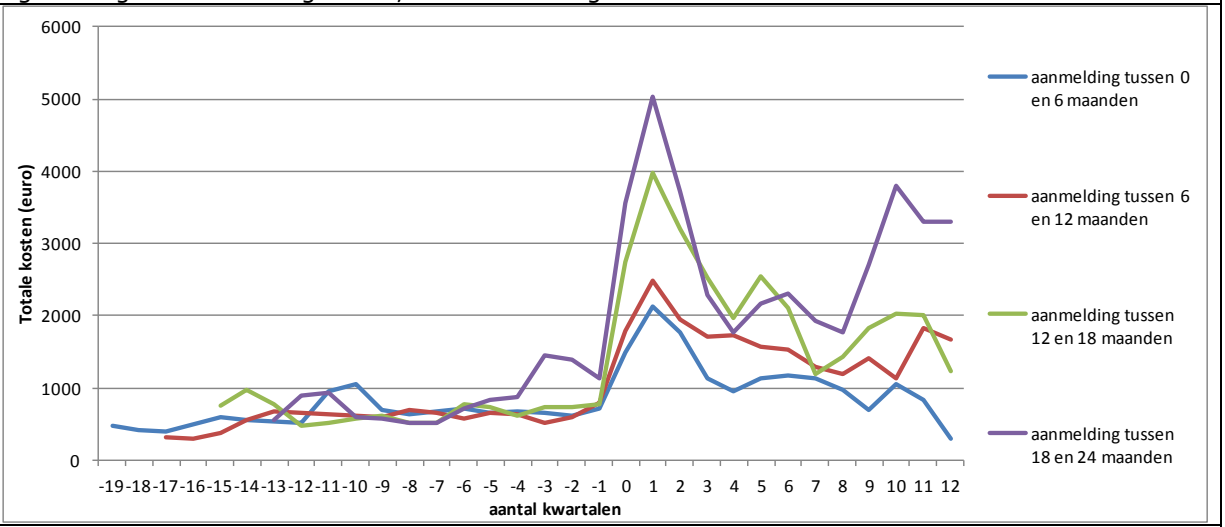
Bijlage 4: Cohortvergelijking zorgkosten

Figuur 2: mediane zorgkosten[36], tweekwartaalsgemiddelde



De mediane zorgkosten worden weergegeven ten opzichte van t=0, het kwartaal waarin de eerste ziektemelding plaatsvindt. Vanwege het grillige verloop van de lijnen is gekozen om een historisch tweekwartaalsgemiddelde te nemen. De waarde van t=1 is het gemiddelde van t=1 en t=0; de waarde van t=2 is het gemiddelde van t=2 en t=1, enz.

Figuur 3: gemiddelde zorgkosten, tweekwartaalsgemiddelde



De gemiddelde zorgkosten worden weergegeven ten opzichte van t=0, het kwartaal waarin de eerste ziektemelding plaatsvindt. Vanwege het grillige verloop van de lijnen is gekozen om een historisch tweekwartaalsgemiddelde te nemen. De waarde van t=1 is het gemiddelde van t=1 en t=0; de waarde van t=2 is het gemiddelde van t=2 en t=1, enz.

[36] De mediane zorgkosten geven de zorgkosten van de persoon in een groep weer waarvan de helft hogere kosten maakt, en de helft lager kosten. Als de kosten normaal verdeeld waren, zou het gemiddelde en de mediaan overeen komen. De zorgkosten kennen echter een verdeling die sterk afwijkt van een normaalverdeling.

Bijlage 5: Resultaten multinominale logistische regressie

De specificatie kan als volgt worden genoteerd:

$$f_{(k,i)} = \beta 0 \quad + \beta_k X_i$$
$$Uitkomst_{(k,i)} = \beta_0 + \beta_k Factoren_i$$

De groepen voor de logistische regressie zijn:

Tabel B3: Uitkomstvariabelen MLR	
Afhankelijke variabelen (F):	Groepen (k):
Bijdrage aan oplossing ziekteverzuim:	-1: negatief 0: neutraal (baseline) 1: positief
Opnieuw uitval:	0: nooit (baseline) 1: zelden/regelmatig 2:zeer vaak
Verandering in zorggebruik	-1: afgenomen 0: gelijk gebleven (baseline) 1: toegenomen 2: verandering van type zorggebruik
Arbeidsongeschiktheid	0: geen oordeel UWV (baseline) 1: deels arbeidsongeschikt 2: geheel arbeidsongeschikt

Tabel B4: Verklarende variabelen MLR	
Verklarende variabelen:	Groepen (i):
Type werknemer:	Uitzendkracht Zelfstandige Reguliere werknemer (baseline groep)
Type klacht:	Lichamelijke klachten Psychische klachten Meervoudige klachten Overig/niet gespecificeerd (baseline groep)
Aanmeldtijd:	Tijd tussen eerste ziektedag en aanmelding voor het adviestraject in dagen.

De output van de analyses is als volgt:

1: bijdrage aan oplossing ziekteverzuim

```
Iteration 0:   log likelihood = -509.01433
Iteration 1:   log likelihood = -495.72328
Iteration 2:   log likelihood = -495.33738
Iteration 3:   log likelihood = -495.33512
Iteration 4:   log likelihood = -495.33512

Multinomial logistic regression                 Number of obs   =        473
                                                LR chi2(12)     =      27.36
                                                Prob > chi2     =     0.0069
Log likelihood = -495.33512                     Pseudo R2       =     0.0269
```

uitkomstin~e	Coef.	Std. Err.	z	P>|z|	[95% Conf.	Interval]
-1						
uitzendkra~t	.3483617	.3049817	1.14	0.253	-.2493915	.9461149
zelfstandige	-.6845926	.6023934	-1.14	0.256	-1.865262	.4960766
meervoudig~t	.1999406	.3996286	0.50	0.617	-.583317	.9831983
psychische~t	.6320139	.3724044	1.70	0.090	-.0978854	1.361913
lichamelij~t	.3552444	.32072	1.11	0.268	-.2733553	.9838441
aanmeldtijd	-.0003862	.0003422	-1.13	0.259	-.001057	.0002846
_cons	-.5521651	.3135088	-1.76	0.078	-1.166631	.0623009
0	(base outcome)					
1						
uitzendkra~t	-1.291518	.4753651	-2.72	0.007	-2.223216	-.3598193
zelfstandige	-.9028134	.6715293	-1.34	0.179	-2.218987	.4133598
meervoudig~t	.3018722	.4057115	0.74	0.457	-.4933076	1.097052
psychische~t	.6414178	.3980791	1.61	0.107	-.1388028	1.421639
lichamelij~t	.3493242	.3416539	1.02	0.307	-.3203051	1.018953
aanmeldtijd	-.0008302	.0004038	-2.06	0.040	-.0016216	-.0000389
_cons	-.3865165	.3308587	-1.17	0.243	-1.034988	.2619546

2. Opnieuw uitval

```
Iteration 0:   log likelihood = -501.86877
Iteration 1:   log likelihood = -489.30678
Iteration 2:   log likelihood = -489.20891
Iteration 3:   log likelihood = -489.20871
Iteration 4:   log likelihood = -489.20871

Multinomial logistic regression                 Number of obs   =        463
                                                LR chi2(12)     =      25.32
                                                Prob > chi2     =     0.0134
Log likelihood = -489.20871                     Pseudo R2       =     0.0252
```

herhaalver~1	Coef.	Std. Err.	z	P>|z|	[95% Conf.	Interval]
0	(base outcome)					
1						
uitzendkra~t	.3395372	.3874395	0.88	0.381	-.4198303	1.098905
zelfstandige	1.624632	.7955049	2.04	0.041	.0654712	3.183793
meervoudig~t	.0305036	.4556404	0.07	0.947	-.8625351	.9235424
psychische~t	-.9355161	.4221111	-2.22	0.027	-1.762839	-.1081935
lichamelij~t	-.7140719	.3785411	-1.89	0.059	-1.455999	.0278551
aanmeldtijd	-.0001208	.0004454	-0.27	0.786	-.0009939	.0007522
_cons	.837159	.3711431	2.26	0.024	.1097319	1.564586
2						
uitzendkra~t	.6238549	.3709865	1.68	0.093	-.1032652	1.350975
zelfstandige	.6098177	.8400396	0.73	0.468	-1.03663	2.256265
meervoudig~t	-.1849397	.4721205	-0.39	0.695	-1.110279	.7403994
psychische~t	-.8446093	.4256983	-1.98	0.047	-1.678963	-.0102559
lichamelij~t	-.3370729	.3785064	-0.89	0.373	-1.078932	.4047861
aanmeldtijd	.0007165	.0003944	1.82	0.069	-.0000565	.0014895
_cons	.4125202	.3727445	1.11	0.268	-.3180455	1.143086

3. Zorggebruik

```
Iteration 0:   log likelihood = -469.62039
Iteration 1:   log likelihood = -451.63309
Iteration 2:   log likelihood = -449.16764
Iteration 3:   log likelihood = -448.97766
Iteration 4:   log likelihood = -448.93599
Iteration 5:   log likelihood = -448.92569
Iteration 6:   log likelihood = -448.92369
Iteration 7:   log likelihood = -448.92336
Iteration 8:   log likelihood = -448.92328
Iteration 9:   log likelihood = -448.92327

Multinomial logistic regression                 Number of obs   =        473
                                                LR chi2(18)     =      41.39
                                                Prob > chi2     =     0.0013
Log likelihood = -448.92327                     Pseudo R2       =     0.0441
```

zorggebruik	Coef.	Std. Err.	z	P>|z|	[95% Conf.	Interval]
-1						
uitzendkra~t	.4653846	.4461354	1.04	0.297	-.4090247	1.339794
zelfstandige	-13.20604	532.9097	-0.02	0.980	-1057.69	1031.278
meervoudig~t	.0200881	.4953113	0.04	0.968	-.9507043	.9908804
psychische~t	-.9412727	.5373253	-1.75	0.080	-1.994411	.1118656
lichamelij~t	-.4042041	.4195747	-0.96	0.335	-1.226555	.4181472
aanmeldtijd	-.0010999	.0006423	-1.71	0.087	-.0023589	.000159
_cons	-1.011446	.4237222	-2.39	0.017	-1.841926	-.1809656
0	(base outcome)					
1						
uitzendkra~t	1.081311	.3238825	3.34	0.001	.4465134	1.716109
zelfstandige	.174097	.6003831	0.29	0.772	-1.002632	1.350826
meervoudig~t	-.0931881	.3995088	-0.23	0.816	-.8762109	.6898347
psychische~t	-.9322117	.4063357	-2.29	0.022	-1.728615	-.1358084
lichamelij~t	-.5259431	.3313098	-1.59	0.112	-1.175298	.1234121
aanmeldtijd	-.0004352	.0004073	-1.07	0.285	-.0012335	.0003631
_cons	-.6585291	.3284898	-2.00	0.045	-1.302357	-.0147008
2						
uitzendkra~t	-.1446223	.7921099	-0.18	0.855	-1.697129	1.407885
zelfstandige	.9057122	1.129036	0.80	0.422	-1.307158	3.118582
meervoudig~t	-1.292035	.860642	-1.50	0.133	-2.978863	.3947918
psychische~t	-1.184227	.7501026	-1.58	0.114	-2.654401	.285947
lichamelij~t	-1.162024	.5909525	-1.97	0.049	-2.320269	-.003778
aanmeldtijd	-.0038834	.0014979	-2.59	0.010	-.0068193	-.0009475
_cons	-.7444622	.5606296	-1.33	0.184	-1.843276	.3543517

4. arbeidsongeschiktheid

```
Iteration 0:   log likelihood = -222.54371
Iteration 1:   log likelihood = -193.21353
Iteration 2:   log likelihood = -190.18979
Iteration 3:   log likelihood = -190.04377
Iteration 4:   log likelihood = -190.01158
Iteration 5:   log likelihood = -190.00431
Iteration 6:   log likelihood = -190.00272
Iteration 7:   log likelihood = -190.00248
Iteration 8:   log likelihood = -190.00245
Iteration 9:   log likelihood = -190.00245

Multinomial logistic regression                 Number of obs   =        214
                                                LR chi2(12)     =      65.08
                                                Prob > chi2     =     0.0000
Log likelihood = -190.00245                     Pseudo R2       =     0.1462
```

arbeidsong~2	Coef.	Std. Err.	z	P>|z|	[95% Conf.	Interval]
0	(base outcome)					
1						
uitzendkra~t	2.133298	.5555834	3.84	0.000	1.044374	3.222222
zelfstandige	-16.38802	881.0491	-0.02	0.985	-1743.212	1710.436
meervoudig~t	1.001208	.7365796	1.36	0.174	-.4424619	2.444877
psychische~t	-.7161706	.7224611	-0.99	0.322	-2.132168	.6998271
lichamelij~t	-.1539169	.603375	-0.26	0.799	-1.33651	1.028676
aanmeldtijd	.0041176	.0009468	4.35	0.000	.002262	.0059733
_cons	-2.735998	.6926542	-3.95	0.000	-4.093575	-1.37842
2						
uitzendkra~t	1.49324	.5008372	2.98	0.003	.5116173	2.474863
zelfstandige	-3.27868	1.083542	-3.03	0.002	-5.402383	-1.154977
meervoudig~t	.2207433	.6714497	0.33	0.742	-1.095274	1.53676
psychische~t	-.4957487	.5877778	-0.84	0.399	-1.647772	.6562747
lichamelij~t	-.1094981	.5139752	-0.21	0.831	-1.116871	.8978749
aanmeldtijd	.0044685	.0008572	5.21	0.000	.0027884	.0061486
_cons	-2.047	.5875803	-3.48	0.000	-3.198636	-.8953638