

Geïntegreerde zorg en re-integratie voor werkenden en uitkeringsgerechtigden met psychische klachten

Verkenning naar knelpunten en oplossingen

Eindrapport

11 augustus 2014

Menno Soentken (Vrije Universiteit, Talma Instituut)

Romy Steenbeek (TNO)

Ronald Mooij (TNO)

Susan Hommerson (Vrije Universiteit, Talma Instituut)



Inhoudsopgave

Samenvatting	4
1. Inleiding	7
1.1 Aanleiding van de verkenning	7
1.2 Afbakening	8
1.3 Opbouw van de verkenning	9
DEEL I: INVENTARISATIE VAN KNELPUNTEN	10
2. Een micro-analyse van zorgpaden	10
2.1 Methodiek en beschrijving van cliëntcasussen	10
2.2 Belemmeringen en mogelijkheden	10
3. Een institutionele analyse van betrokken stakeholders	12
3.1 Werkgevers en bedrijfsgezondheidszorg	13
3.2 Zorgverzekeraars	18
3.3 Verzuimverzekeraars	20
3.4 Zorgaanbieders	21
3.4.1 Huisarts en POH-GGZ	21
3.4.2 Basis GGZ	24
3.5 UWV	26
DEEL II: OPLOSSINGSRICHTINGEN	29
4. Oplossingen werkenden	32
4.1 Toegankelijkheid	32
4.1.1 Arbeidsgerelateerde geïntegreerde zorg voor CMD via de huisarts	32
4.1.2 Arbeidsgerelateerde geïntegreerde zorg voor CMD via de bedrijfsarts	33

4.2	Kwaliteit	34
4.2.1	Richtlijnen en standaarden	35
4.2.2	Inzet effectieve interventies (snel en vroeg)	36
4.2.3	Opleiding en scholing	36
4.2.4	Goed registreren en toegankelijkheid registraties	36
4.3	Financiering	37
4.3.1	Huisarts als coördinator	37
4.3.2	Bedrijfsarts als coördinator	38
4.3.3	De werkgever of branch aan zet	38
4.3.4	Verzuimverzekeraar	38
4.3.5	Zorgverzekeraar	39
4.3.6	Inzicht in financiering via shared savings en Triple Aim	39
4.4	Implementatie oplossingen	40
5	Oplossingen uitkeringsgerechtigden	41
5.1	Toegankelijkheid	41
5.1.1	UWV als collectief voor zorgverzekeraars	41
5.2	Kwaliteit	42
5.2.1	Richtlijnen en standaarden	42
5.2.2	Registraties	43
5.2.3	Effectiviteit en efficiëntie interventies	43
5.2.4	Invloed op kwaliteit	44
5.3	Financiering	44
5.3.1	UWV collectief als nieuwe vorm van re-integratiebepoorting	44
	Bijlage 1 Lijst gesprekspartners	46
	Bijlage 2 Ervaringsverhalen en gehanteerd gespreksprotocol	47
	Bijlage 3 Literatuurlijst	53

Samenvatting

Verzuim en arbeidsongeschiktheid als gevolg van psychische problemen brengen hoge persoonlijke en maatschappelijke kosten met zich mee. Voor individuen in de vorm van een verslechterde financiële positie, sociaal isolement en afnemende carrière perspectieven op de arbeidsmarkt. Maatschappelijk gezien zijn de kosten hoog vanwege het risico op een langdurige uitkeringssituatie en (permanent) productiviteitsverlies.

Bovenstaande laat zien dat er enorme kansen liggen wanneer arbeidsuitval als gevolg van psychische problemen meer wordt voorkomen en snelle werkhervatting wordt gerealiseerd in het geval van verzuim. Uit onderzoek blijkt dat het *integreren* van zorg en werk (activering) in de behandeling de meest effectieve methode is om mensen weer terug op de arbeidsmarkt te krijgen. Ondanks deze kennis, wordt *geïntegreerde zorg en re-integratie* niet systematisch ingezet in de praktijk. Zorg en werk blijven nog grotendeels gescheiden werelden.

In dit kader heeft het Ministerie van SZW het Talma Institute en TNO gevraagd een verkenning uit te voeren naar de mogelijkheden om zorg en werk wat betreft kwaliteit, toegankelijkheid en financiering meer op elkaar af te stemmen voor mensen met psychische klachten. De verkenning bestaat uit twee delen.

In het eerste deel inventariseren we de bestaande knelpunten waar het gaat om de afstemming zorg en werk voor werkenden en uitkeringsgerechtigden met veel voorkomende psychische klachten (Common Mental Disorders). We kijken hierbij naar twee niveaus. In de eerste plaats maken we een micro analyse van het probleem. We beschrijven de ervaren knelpunten vanuit het perspectief van de cliënt. Op basis van 7 ervaringsverhalen geven we aan welke zorgpaden cliënten doorlopen en welke eventuele hindernissen zij ondervinden in het zoeken naar hulp. In de meeste casussen zijn vanaf de ziekmelding tot het eind van het proces relatief veel actoren actief waarbij coördinatie tussen deze actoren niet altijd aanwezig is. Ook blijkt dat de rol van behandelaren (huisarts, psycholoog, mental coach) positief wordt ervaren, maar dat de kennis van werk niet altijd aanwezig is. Waar van toepassing, wordt het UWV door cliënten positief ervaren.

Het tweede niveau betreft een institutionele stakeholderanalyse. We beschrijven de stakeholders die betrokken zijn bij arbeidsparticipatie van mensen met veel voorkomende psychische aandoeningen en analyseren knelpunten en dilemma's ten aanzien van de inzet van geïntegreerde zorg. De analyse laat zien dat de belangen, doelstellingen, oriëntaties en handelsewijze van stakeholders in sterke mate gestuurd worden door de institutionele prikkels (financiering, wetgeving, richtlijnen, governance) waarmee zij geconfronteerd worden. Deze prikkels zijn van invloed op de financiering, kwaliteit en toegankelijkheid van geïntegreerde zorg. De analyse laat ook zien dat oplossingen gevonden kunnen worden in het op de juiste manier beleggen van institutionele prikkels waardoor partijen meer geneigd zijn om te investeren in coördinatie tussen de domeinen zorg en werk en geïntegreerde zorg en re-integratie willen inzetten in de praktijk.

In het tweede deel gaan we tenslotte in op mogelijke oplossingsrichtingen. Ten aanzien van de groep werkenden formuleren we drie mogelijke oplossingsrichtingen voor geïntegreerde zorg en verzuim/re-integratie, uitgaande van de bestaande systemen:

1. Coördinatie via huisarts
2. Coördinatie via bedrijfsarts

Bij de eerste oplossingsrichting neemt de huisarts de rol van coördinator op zich. Voordeel is dat deze zorg voor iedereen toegankelijk is, ook voor ZZP'ers en anderen zonder toegang tot een bedrijfsarts. De huisarts is nu al vaak het eerste aanspreekpunt bij psychische klachten en kan daarom in een vroeg stadium signaleren dat er sprake is van psychische klachten die een relatie hebben met werk. Hij kan door deze vroegtijdige signalering voorkomen dat de inzetbaarheid van de patiënt vermindert en hij kan het verzuim beperken. Het is echter voor huisartsen niet haalbaar om alle kennis in huis te hebben over de relatie tussen gezondheidsklachten en arbeid. Indien nodig verwijst de huisarts naar een onafhankelijk arbeidsgeneeskundige. Uit een consult met de arbeidsgeneeskundige zal dan blijken of en welke vervolgbehandeling het meest zinvol is. Ook kan in een consult met de arbeidsgeneeskundige afstemming gezocht worden rondom adviezen over werkhervatting. Ten aanzien van de financiering kan de POH-GGZ bekostigd worden vanuit segment 1. Multidisciplinaire zorg, zoals coördinatie met de Basis GGZ en de bedrijfsarts kan vallen onder segment 2. Segment 3 gaat meer over innovatie en outcome dit biedt mogelijkheden om afspraken te maken voor werkenden met psychische problemen. Hier zou de verzekeraar voor hun collectiviteiten innovatieve zorg voor werkenden kunnen inkopen die gebaseerd is op uitkomstmaten. Voor alle segmenten moeten afspraken gemaakt worden met de zorgverzekeraars.

Bij de tweede oplossingsrichting is de bedrijfsarts de coördinator van de geïntegreerde zorg en verzuim/re-integratie. Deze oplossingsrichting zou vooral voor MKB het meest voor de hand liggen. De kosten voor de coördinatie en eventueel bedrijfsmaatschappelijk werk zullen gedragen moeten worden door de arbodienst, werkgever of verzuimverzekeraar. Deze zorg kan, door het maken van goede afspraken, budgetneutraal (ten opzichte van een huidig voldoende contract) worden ingekocht. Er moet wel nadrukkelijk aandacht worden besteed aan de zorg waar de bedrijfsarts naar verwijst. De bedrijfsarts moet naar verzekerde zorg kunnen doorverwijzen en afspraken maken met zorgverzekeraars over Basis GGZ en specialistische GGZ. De werkgever kan ook bijdragen aan de financiering van arbeidsgerelateerde zorg. Werkgevers of branche organisaties kunnen afspraken maken om arbeidsgerelateerde zorg deel uit te laten maken van de collectieve zorgverzekering.

Naast geïntegreerde zorg en verzuim/re-integratie aanbod zien we voordelen van een geïntegreerde inkoop van die diensten door werkgevers, verzuimverzekeraars en zorgverzekeraars. Hierover dienen de drie partijen afspraken te maken om gezamenlijk inkoopspecificaties vast te stellen op basis waarvan ingekocht kan worden.

Een derde element waar we een mogelijke oplossingsrichting zien is het hanteren van Triple Aim systematiek waarbij naast het stellen van uitkomstindicatoren ook sprake is van cost en gain sharing.

Tenslotte, uit de casussen en de interviews kwam naar voren dat het UWV een belangrijke rol speelt in de arbozorg voor uitkeringsgerechtigden. Doelgroepen van het UWV kunnen toegang krijgen tot arbeidsgerelateerde zorg via de eerder besproken optie van de huisarts als coördinator. Hiermee wordt ook het probleem ondervangen dat in het huidige systeem de verzekeringsarts van het UWV tevens de rol van de bedrijfsarts vervult voor mensen zonder dienstverband. Om als UWV zelf de arborol te vervullen kan het UWV ook als collectief optreden. De optie UWV-collectiviteit biedt perspectief voor mensen die nu geen gebruik kunnen maken van extra afspraken die met zorgverzekeraars zijn gemaakt wat betreft de inhoud van de zorg. Wat betreft kwaliteit komt uit de stakeholder analyse naar voren dat voor klanten van het UWV psychische problematiek niet goed wordt herkend en richtlijnen voor effectieve arbozorg niet optimaal kunnen worden ingezet door het ontbreken van een werkgever. Hiervoor zijn twee, complementaire, richtingen denkbaar. Enerzijds kwaliteitscriteria inbedden in collectieve afspraken en anderzijds de signaal- en diagnose capaciteit ten aanzien van psychische problematiek vergroten bij alle in de organisatie betrokken uitvoerders (verzuimmedewerker, re-integratiecoach, verzekeringsarts, arbeidsdeskundige).

Om draagvlak bij verschillende stakeholders te creëren moeten er voor de verschillende oplossingen, in overleg met de stakeholders en betrokken organisaties, business cases worden gemaakt en getoetst. Deze maken inzichtelijk waar de kosten en opbrengsten liggen. Ook valt te denken aan gezamenlijke inkoop aan de hand van patiëntprofielen en kunnen er afspraken worden gemaakt over cost en gain sharing.

De zorgvernieuwing die wij voorstaan kan alleen tot stand komen als zorgverleners, bedrijven, zorgverzekeraars, patiëntenorganisaties en overheden samen willen werken aan het gemeenschappelijk belang van integrale benadering van werkenden en uitkeringsgerechtigden met CMD. Het samen ontwikkelen van nieuwe aanpakken is de basisvoorwaarde en dat betekent over eigen grenzen en belangen heen willen en kunnen stappen. De nadruk in de komende jaren ligt niet op het institutionele perspectief, maar op een 'ontwikkelperspectief': het uitproberen van verschillende vormen van integrale zorg en dienstverlening

Omdat effectieve arbeidsgerelateerde zorg aanpassingen vraagt in het systeem, zijn proeftuinen een goede manier om nieuwe methodes en effectiviteit te testen. Proeftuinen geven de mogelijkheid om tijdens het monitoren het systeem aan te passen aan de situatie en effectiever te maken. Er zijn nu 6 EPA proeftuinen. Proeftuinen voor arbeidsgerelateerde zorg bij Common Mental Disorders kunnen op korte termijn inzicht geven welke de beste oplossingen bieden voor effectieve zorg.

1. Inleiding

1.1 Aanleiding van de verkenning

Psychische klachten vormen een belangrijke factor in verzuim van werknemers, met name in de recente crisis periode¹. Zo blijkt dat het verzuimpercentage door psychische klachten sterk is gestegen, voor zowel mannen als vrouwen. Bij mannen is het verzuim als gevolg van psychische klachten gestegen van 14,6% in 2010 tot 25,6% in 2012². Bij vrouwen nam het verzuim toe van 24,9% naar 38,3% in dezelfde periode. Opvallend is ook dat psychische klachten met 41,1% het meeste ziekteverzuim veroorzaken bij dertigers. Een groep mensen waarbij investeringen in carrière juist terugbetalen op latere leeftijd. Het verlies in productiviteit en verdien capaciteit is daarmee groot.

Niet alleen spelen psychische klachten een grote rol in ziekte verzuim, ook onder arbeidsongeschikten komen psychische klachten veelvuldig voor. Zo heeft 41% van de mensen in de WIA instroom te maken met psychische klachten, in het bijzonder klachten gerelateerd aan depressie, burn-out en overspannenheid³. Opvallend is ook dat het grootste gedeelte van de WIA-instroom bestaat uit 45-plussers, terwijl meer dan de helft (56%) van de instroom wegens psychische aandoeningen juist jonger is dan 45. Juist voor de jongere groep mensen met psychische klachten in een uitkeringssituatie zijn de kosten groot in termen van uitkeringslast en toekomstige verdien capaciteit. Daarnaast blijkt ook dat de arbeidsparticipatie bij WGA klanten als gevolg van psychische problematiek duidelijk lager is dan in de totale WGA populatie⁴. Tenslotte komen mensen die uitvallen vanwege psychische klachten moeilijk weer terug op de arbeidsmarkt. Verzuim door psychische klachten vormt daarmee een aanzienlijk risico op langdurige arbeidsuitval. Dit verlaagt vervolgens weer de kans op een succesvolle re-integratie. Slechts 50% van de mensen die langer dan 6 maanden ziek zijn als gevolg van psychische problematiek keert uiteindelijk weer terug in hun oorspronkelijke baan⁵.

Verzuim en arbeidsongeschiktheid als gevolg van psychische problemen brengen dus hoge persoonlijke en maatschappelijke kosten met zich mee. Voor individuen in de vorm van een verslechterde financiële positie, sociaal isolement en afnemende carrière perspectieven op de arbeidsmarkt. Maatschappelijk gezien zijn de kosten hoog vanwege het risico op een langdurige uitkeringssituatie en (permanent) productiviteitsverlies. De jaarlijkse kosten als gevolg van verzuim met een psychische component wordt geschat op 1,2⁶ en 2,7 miljard euro⁷.

Bovenstaande geeft aanleiding om arbeidsuitval als gevolg van psychische problemen te voorkomen en snelle werkhervatting te realiseren in het geval van verzuim. Uit onderzoek blijkt dat het integreren van zorg en werk (activering) in de behandeling de meest effectieve methode is om mensen weer terug op de arbeidsmarkt te krijgen. Zo blijkt bijvoorbeeld uit een vergelijking van twee cognitieve gedragstherapieën, dat degene waarbij de gedragstherapie gecombineerd werd met een werkplekaanpassingsinterventie effectiever was en korter duurde dan degene zonder interventie⁸. Deze uitkomst wordt ondersteund door de uitkomst van andere interventies die laten zien dat vroegtijdige individuele herstelprogramma's en snelle re-integratie op de werkvloer gecombineerd met begeleiding het beste resultaat opleveren^{9 10}. Behandelingen binnen de curatieve sector dienen dus meer oog te

hebben voor werk. Tegelijkertijd moet binnen de sfeer van bedrijfsgezondheidszorg en verzekeringsgeneeskunde advies gezocht worden over de behandeling bij psychiaters en psychologen in de GGZ sector¹¹. Kortom, effectieve zorg en participatie bij werkenden en uitkeringsgerechtigden met psychische klachten vergt een combinatie van persoonlijke-, werkgerelateerde-, gezondheidsgerelateerde- en omgevingsfactoren¹² in vormen van *geïntegreerde zorg en re-integratie*, die vroegtijdig worden ingezet. Ondanks kennis over de effectiviteit van geïntegreerde zorg en re-integratie, wordt dit niet systematisch ingezet in de praktijk¹³. Zorg en werk blijven nog grotendeels gescheiden werelden¹⁴.

In dit kader heeft het Ministerie van SZW het Talma Institute en TNO gevraagd een eerste verkenning uit te voeren naar de mogelijkheden om zorg en werk wat betreft kwaliteit, toegankelijkheid en financiering meer op elkaar af te stemmen voor mensen met psychische klachten. Hier staan twee kennisvragen centraal (zie kader).

Probleemstelling:

Verzuim vanwege psychische problematiek is groot. Effectieve interventies integreren persoonlijke-, werkgerelateerde-, gezondheidsgerelateerde- en omgevingsfactoren in een vroegtijdige aanpak. In de praktijk wordt geïntegreerde zorg en re-integratie echter niet systematisch ingezet.

Vraagstelling:

1. Welke knelpunten verhinderen de integratie tussen zorg en werk waar het gaat om het verminderen van verzuim en verhogen van arbeidsparticipatie van mensen met psychische klachten?
2. Welke mogelijke oplossingen zijn er met welke voor- en nadelen? Welke randvoorwaarden voor implementatie van die oplossingen zijn noodzakelijk?

1.2 afbakening

De verkenning centreert zich rond werkenden en uitkeringsgerechtigden met Common Mental Disorders (CMD). Hieronder vallen mensen die te maken hebben met depressie, angststoornissen en somatisch psychische aandoeningen. Wij includeren hieronder ook de groep mensen die geen psychische stoornis op grond van de DSMIV hebben, maar wel te maken hebben met psychische klachten zoals burn-out, overspannenheid en aanpassingsproblemen.

Wij motiveren onze afbakening voor de groep met CMD's als volgt:

- CMD's zijn veel voorkomend (hoog volume);¹⁵
- CMD's is één van de hoofdfactoren voor verzuim in westerse landen;¹⁶
- De focus ligt nu voornamelijk op mensen met ernstige psychische aandoeningen (EPA)¹⁷.

1.3 Opbouw van de verkenning

In hoofdstuk twee maken we een micro analyse van het probleem. We beschrijven de ervaren knelpunten vanuit een aantal cliëntcasussen. We geven aan welke zorgpaden cliënten doorlopen en welke hindernissen zij ondervinden in het zoeken naar hulp. De knelpunten op microniveau relateren we in hoofdstuk drie vervolgens aan de institutionele (macro) context waarbinnen de afstemming tussen zorg en arbeidsparticipatie plaatsvindt. Hierbij staan interactie-effecten en verbindingen tussen verschillende beleidsdomeinen centraal. We analyseren in hoeverre instituties complementair zijn of elkaar tegenwerken aan de hand van een stakeholderanalyse. Deze analyse wordt gemaakt op basis van secundaire literatuur en gesprekken in het veld. Een overzicht van gevoerde gesprekken staat in bijlage 1.

Tenslotte formuleren we in hoofdstuk vier, op basis van voorgaande hoofdstukken, oplossingsrichtingen. Hierbij maken we een koppeling tussen wat gewenst en werkbaar zou zijn in de uitvoeringspraktijk en op welke wijze dit institutioneel zou kunnen worden ingebed.

DEEL I: INVENTARISATIE VAN KNELPUNTEN

2. Een micro-analyse van zorgpaden

2.1 Methodiek en beschrijving van cliëntcasussen

Wij hebben in de periode februari 2014 tot April 2014 (ex) werknemers geselecteerd die lichte psychische klachten hebben of hebben gehad. Het overgrote deel van deze werknemers kampten met burnout en overspanningsklachten. Wij hebben deze mensen geïnterviewd over hun ziekteverloop in relatie tot arbeid en hun re-integratie proces. Achteraf is het verslag per mail ter goedkeuring nagestuurd. De gesprekken zijn telefonisch en face to face afgenomen via semi-gestructureerde interviews. De respondenten zijn geselecteerd via een arbeidsdeskundige. Wij hebben in de selectie van casussen rekening gehouden met de aard van het dienstverband, type sector en leeftijd van de respondent.

De casussen zijn niet representatief voor alle werknemers, maar geven exemplarisch inzicht in de verschillende factoren die spelen rondom verzuim vanwege psychische klachten en hoe de betrokken actoren hiermee omgaan. Het doel van de gesprekken is:

- Inzicht krijgen in de transitie van werk naar ziekte en het verkrijgen van een chronologisch overzicht vanaf de start van het klachtenproces.
- Inzicht krijgen in de interactie tussen de verschillende actoren betrokken bij het ziekteproces zoals; werkgever, huisarts, bedrijfsarts en zorgaanbieder.
- Inzicht krijgen in de door de cliënt ervaren knelpunten en mogelijkheden met betrekking tot verzuim en werkhervatting

De functie van ervaringsverhalen (narratieve methode) is het blootleggen van de verschillende (subjectieve) interpretaties die mensen geven aan hun ziekteverloop en re-integratie en zijn daarmee een toevoeging op een analyse op systeemniveau. De volledige beschrijving van de verhalen van de geïnterviewde personen zijn te vinden in bijlage 2. In elk verhaal hebben we de meest opvallende punten geaccentueerd. Hoewel elk verhaal op zich zelf staat komen uit de analyse een aantal factoren naar boven die in meerdere ervaringsverhalen een rol spelen. Deze beschrijven we onderstaand.

2.2 Belemmeringen en mogelijkheden

- In bijna alle gevallen is de huisarts het eerste aanspreekpunt waar werknemers met psychische klachten terecht komen. De klachten hebben niet altijd een duidelijk psychische component. Veelgehoorde symptomen zijn: vermoeidheid, slecht slapen, hoofdpijn maar ook griep en

keelontsteking. Er wordt dan ook bij het eerste consult vaak niet doorverwezen naar een psycholoog of andere hulpverlener, wel eventueel later in het in het ziekteproces. De huisarts is behulpzaam en adviseert vaak rust en in sommige gevallen ziekmelding. Over het algemeen wordt niet gesproken over werk en werkhervatting. Opvallend is dat in het geval waarbij we een positief re-integratie traject beschrijven, de huisarts zelf besloot zich op de achtergrond te houden en geen nieuw behandeltraject in te zetten, doordat de werknemer al intensief door andere professionals met kennis over arbeid en gezondheid, werd begeleid.

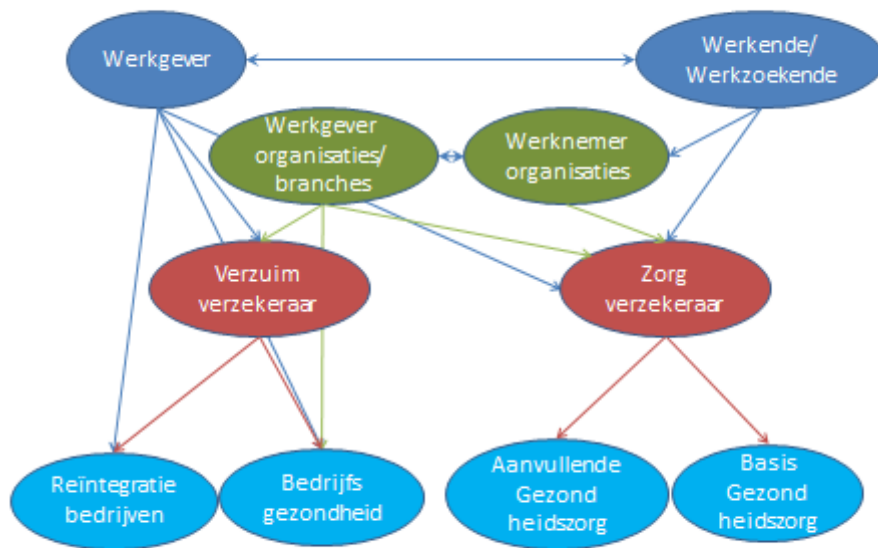
- In de geselecteerde casussen gaat het verzuim vanwege psychische klachten vaak gepaard met een arbeidsconflict. In vijf van de zes gevallen is het arbeidscontract beëindigd. Wanneer de werknemer zich positief uitlaat over de werkgever is dat omdat de opstelling van de werkgever naast zakelijk ook inlevend is. In het positieve geval stuurde de werkgever met toestemming van de werknemer aan op gemeenschappelijke sessies met de bedrijfsarts, zodat er gezamenlijk aan een re-integratie traject kon worden gewerkt.
- Tevens werd het UWV geconsulteerd voor een second opinion, expertise hulp en een ontslag beoordeling. Alle deelnemers aan dit onderzoek zijn zeer te spreken over de service van het UWV en in het geval van de second opinion wordt de kwaliteit van de arts hoog beoordeeld.
- In de meeste casussen zijn vanaf de ziekmelding tot het eind van het proces relatief veel (9 tot 12) actoren actief. Dit kunnen zijn: werknemer, leidinggevende (andere werknemers), huisarts, bedrijfsarts, psycholoog, coach (mental, job, re-integratie), POH'er, GGZ, UWV, rechtsbijstand, advocaat en andere hulpverlener. We zien weinig tot geen regie tussen deze actoren. Opvallend is dat in de succesvolle casus het aantal actoren laag was: werknemer, werkgever, bedrijfsarts en psycholoog. De regie en procesbewaking wat betreft werkhervatting lag in dit geval bij de bedrijfsarts. Er ontbreekt een gecoördineerde aanpak en de werknemer wordt naar veel verschillende professionals doorverwezen met soms tegenstrijdige adviezen.
- Er wordt in bijna alle gevallen door werknemers proactief naar een coach en of psycholoog gezocht. Vaak worden deze professionals als positief ervaren maar veelal hebben ze weinig kennis van werk. Met uitzondering van een enkele psycholoog en de re-integratie coaches zijn ze sterk gericht op psychisch herstel, het verminderen van klachten en nemen zij geen werkhervatting op in hun behandelplan.
- Er wordt verschillend gereageerd op de bedrijfsarts. In een enkel geval neemt hij de regie en begeleidt het proces. In de meeste gevallen behandelt de bedrijfsarts niet en verwijst ook niet door naar een professional. Dit kan doordat hij daar niet de tijd voor krijgt, omdat het arbeidscontract beëindigd werd of hij herkent de symptomen niet als burnout of overspanning. Tevens wordt door sommige respondenten aangegeven dat de bedrijfsarts niet in alle gevallen onafhankelijk is.
- In het merendeel van de casussen worden systematische werkhervattingstrajecten niet ingezet met vaak negatieve consequenties voor de werkrelatie en het herstelproces.

3. Een institutionele analyse van betrokken stakeholders

Het streven om arbeidsparticipatie van mensen met psychische problematiek te bevorderen is sterk context afhankelijk. Instituties, regels, beleidstradities, normen, opvattingen en waarden, structureren belangen en daarmee gedragingen en handelingen van actoren. Instituties kunnen complementair zijn, maar elkaar ook tegenwerken met een "mismatch" tussen beleidsdomeinen als gevolg. Een institutionele analyse is cruciaal in het begrijpen hoe hervormingen uitpakken in een regime specifieke context¹⁸. Met het oog op de (on) mogelijkheden voor arbeidsparticipatie in de zorg is het daarom van belang om in kaart te hebben;

- a. Welke stakeholders betrokken zijn bij de financiering, uitvoering en besturing in de keten(s) werk en zorg met betrekking tot de doelgroep;
- b. Met welke (institutionele) prikkels partijen geconfronteerd worden;
- c. Hoe partijen hun belangen, doelstellingen, oriëntaties en handelwijzen afstemmen op institutionele kaders;
- d. Wat de uitkomst hiervan is in termen van institutionele synergie/mismatch.

Achtereenvolgens beschrijven we de actoren die betrokken zijn bij arbeidsparticipatie van mensen met psychische aandoeningen en de manieren waarop zij zich oriënteren op institutionele kaders. Per actor bespreken we knelpunten en dilemma's ten aanzien van drie dimensies van geïntegreerde zorg en re-integratie; financiering, kwaliteit en toegankelijkheid. Deze dimensies zijn onderling ook op elkaar betrokken. Zo zal financiering voor een belangrijk deel ook de inzet op kwaliteit en toegankelijkheid beïnvloeden. We formuleren aandachtspunten die op basis van de analyse verdere verkenning behoeven. In onderstaande figuur staan de belangrijkste stakeholders en hun relaties weergegeven. In de figuur zijn werkenden en werkzoekenden een belangrijke speler. Voor deze speler is geen aparte paragraaf opgenomen. Wij besteden bij elk van de actoren expliciet aandacht aan de positie van deze actor. Als werknemer of zelfstandige binnen de bedrijfsgezondheidszorg, als patiënt binnen de huisartszorg of Basis GGZ en als klant van het UWV.



Figuur 1: Betrokken stakeholders en hun relaties

3.1 Werkgevers en bedrijfsgezondheidszorg

De huidige arbeidsomstandighedenwet bepaalt dat werkgevers (met > 25 medewerkers) verantwoordelijk zijn voor de organisatie van bedrijfsgezondheid. Het is echter aan werkgevers hoe zij hier invulling aan geven. Soms speelt de bedrijfsarts alleen een rol bij de verzuimbegeleiding. In andere contracten is voor de bedrijfsarts ook nadrukkelijk een rol weggelegd op het gebied van preventie en advisering aan de organisatie. Wij gaan na welke keuzes werkgevers maken en welke (institutionele) condities hierin een rol spelen. Hierbij richten we ons op de vraag in hoeverre werkgevers gericht zijn op de inzet van geïntegreerde zorg en re-integratie. We besteden per factor apart aandacht aan de positie van de bedrijfsarts.

Financiering

Voor werkgevers bepalen bedrijfseconomische overwegingen in belangrijke mate de investeringsbereidheid in arbodienstverlening. Hierbij speelt mee dat werkgevers via de verplichte werkgeversbijdrage een behoorlijke bijdrage leveren aan de zorgkosten. In 2014 dragen zij 7,5% af over het inkomen van iedere werknemer tot een maximum van € 51.414. De relatieve premie loopt op als de zorgkosten meer toenemen dan de gemiddelde loonstijging. De verwachting is dat de kosten nog verder zullen stijgen nu delen vanuit de AWBZ worden overgeheveld naar de ZVW. Deze kosten komen boven op de 'out of pocket' kosten die werkgevers maken aan de bekostiging van arbodienstverlening. Onder werkgevers leeft sterk het gevoel dat ze een hoge bijdrage aan de zorg moeten leveren, maar weinig te zeggen hebben over de vormgeving hiervan¹⁹. Dit remt investeringen in geïntegreerde zorg en re-

integratie²⁰. Dit speelt misschien nog wel meer voor het MKB waar additionele investeringen moeilijker op te brengen zijn²¹. Het financieringsaspect komt extra nadrukkelijk naar voren in de huidige verslechterde economische omstandigheden. Werkgevers stellen investeringen uit, beperken de vraag vooral tot de wettelijke verplichtingen, en richten onderhandelingen vooral op de prijs²². Toch blijkt ook dat werkgevers in de afgelopen twee jaar meer zijn gaan uitgeven aan arbodienstverlening. Hierbij speelt de prijsaanpassing van de dienstverlening een rol, maar ook het feit dat werkgevers meer diensten afnemen²³. De nadruk ligt hierbij echter op verzuimbegeleiding en outplacement en veel minder op preventieve programma's rondom vitaliteit en inzetbaarheid die verzuim zouden kunnen voorkomen.

Naast bedrijfseconomische overwegingen die de inzet van een 'breder' arbobeleid inperken, organiseren werkgevers tevens in beperkte mate geïntegreerde zorg en re-integratie via collectieve afspraken met zorgverzekeraars. Een reden is dat werkgevers, vooral in het MKB, moeilijk een vuist kunnen maken richting zorgverzekeraars om eisen te stellen aan zorgcontractering en zorgverlening²⁴. Hoewel brancheorganisaties en sector specifieke werkgevers-collectiviteiten beter in staat zijn afspraken te maken over extra bedrijfsspecifieke zorg en/of de inzet van niet-reguliere zorgaanbieders²⁵, blijken collectieve contracten toch vooral betrekking te hebben op de prijs en in mindere mate op de inhoud. Zo noemt 63% van de werkgevers korting op aanvullende premies als doorslaggevende factor voor de keuze voor een zorgverzekeraar terwijl maar 5% van de werkgevers selecteert op basis van inhoudelijke zorgaspecten zoals ketenzorg of specifieke behandelprogramma's²⁶. Sturing op prijs in plaats van kwaliteit is mede ingegeven door de partijen die onderhandelingen voeren over collectieve contracten. Aan de kant van werkgevers is vaak niet de afdeling HRM of arbo betrokken, terwijl aan de kant van de zorgverzekeraars vaak accountmanagers de onderhandelingen voeren. Hierdoor wordt het onderhandelingsproces voornamelijk gericht op prijs en minder op de inhoudelijke aspecten van zorgprogramma's²⁷.

Tenslotte speelt de invoering van de Basis GGZ en de specialistische GGZ een rol in de financiering. Met de invoering van deze wet zijn er nieuwe financiële risico's ontstaan voor werkgevers met betrekking tot de inzet van interventies rondom arbeidsgerelateerde psychische klachten. Klachten als burn-out, stress en overspannenheid worden sinds 1 januari 2014 alleen nog maar vergoed als de huisarts of de POH-GGZ de behandelaar is. De Generalistische en specialistische ggz worden niet vergoed als deze klachten geen DSM stoornis zijn. Hierdoor kan het zijn dat werkgevers die de kosten voor de inzet van gezondheidsprogramma's tot dusverre verhaalden op de zorgverzekering van hun medewerkers ('ontdubbelen'), voortaan zelf deze kosten moeten dragen. Kortom, het gevoel onder werkgevers een hoge eigen bijdrage te leveren aan de financiering van de zorgkosten, verslechterde economische omstandigheden en op prijs gerichte onderhandelingen met zorgverzekeraars beperken de investeringen vanuit werkgeverskant in geïntegreerde zorg en re-integratie. Opvallend is wel dat waar werkgevers kosten zien in de inzet van interventies, deze juist wel kunnen leiden tot opbrengsten via lager verzuim. Met de invoering van de Wet Beperking Ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid Vangnetters op 1 januari 2014 zijn de verantwoordelijkheden van werkgevers voor zieke werknemers uitgebreid. Ook de lasten voor werknemers op tijdelijke contracten die ziek uit dienst gaan worden (deels) toegerekend aan werkgevers. Deze verantwoordelijkheden zouden investeringen in

verzuimmanagement en maatregelen voor beheersing van schadelast (nog) meer lonend moeten maken.

De positie van de bedrijfsarts in de financiering van geïntegreerde zorg

Knelpunten rondom de investeringsbereidheid van werkgevers in geïntegreerde zorg en re-integratie wordt ook ervaren door bedrijfsartsen zelf. Zo vindt 70% van de bedrijfsartsen dat de aandacht voor preventie naar de achtergrond is verschoven en de nadruk in het takenpakket op verzuim ligt²⁸. Dit blijkt ook uit ander onderzoek dat aantoont dat een minderheid van de bedrijfsartsen doet aan preventie van arbeidsrisico's en het bevorderen van een gezonde leefstijl²⁹. Een institutioneel knelpunt is hier de ruimte die het door werkgevers afgesloten contract biedt om geïntegreerde zorg en re-integratie in te zetten in de praktijk.

Aandachtspunten

- In welke mate en op welke manier leidt veranderende regelgeving tot een verandering in de investeringsbereidheid van werkgevers in geïntegreerde zorg en re-integratie?
- Hoe kunnen bij werkgevers het bewustzijn voor en het inzicht in de financiële risico's van verzuim en de opbrengst bij het behoud van productiviteit vergroot worden?
- Leidt inzicht in de kosten en baten van een efficiënte aanpak bij psychische klachten tot betere contracten met arbodiensten/bedrijfsartsen?

Kwaliteit

Waar het gaat om verzuim, worden werkgevers aangezet om verzuimbegeleiding via vaste procedures en processtappen te doorlopen. Hiermee wordt beoogd om langdurig ziekteverzuim te voorkomen. Zo wordt vanuit de Wet verbetering Poortwachter bepaald dat in het eerste jaar van de ziekte een probleemanalyse wordt gemaakt met de mogelijkheden voor herstel. Ook moet de werkgever in overleg met de werknemer een plan van aanpak opstellen wat beiden gaan doen om de werknemer weer aan het werk te krijgen. Het hele proces wordt begeleid en gecontroleerd door een casemanager. Na één jaar volgt een eerstejaarsevaluatie waarin de re-integratiedoelen voor het komend jaar worden vastgesteld en hoe deze bereikt worden. Na 87 weken kan vervolgens een WIA aanvraag bij het UWV worden gedaan. Evaluatieonderzoek laat zien dat de WVP positief heeft bijgedragen aan de daling van verzuim, dat de inspanningen van werkgever en bedrijfsarts zijn toegenomen en dat werknemers sneller het werk hervatten sinds de invoering van de WVP³⁰. Uit ander onderzoek³¹ komt echter naar voren dat werknemers vaak meerdere mensen tegenover zich hebben; een case manager, twee leidinggevendenden, iemand van de arbodienst. Werknemers missen een (onafhankelijk) adviseur ter ondersteuning. Tevens blijkt uit dit onderzoek dat de werknemer soms tegengestelde oordelen krijgt over arbeidsmogelijkheden van de bedrijfsarts en verzekeringsarts, terwijl zij dezelfde criteria moeten hanteren. Dit vertraagt het re-integratieproces. Van de bedrijfsartsen geeft 86% aan dat er meer 'warme

overdacht' zou moeten zijn tussen bedrijfsarts en verzekeringsarts³². Nu is er veel afstand tussen de twee professionals.

De positie van de bedrijfsarts in het bevorderen van de kwaliteit van bedrijfsgezondheidszorg

De kwaliteit van bedrijfsgezondheidszorg voor werknemers met psychische klachten wordt in de eerste plaats gespecificeerd in de NVAB richtlijn *Handelen van de bedrijfsarts bij werkenden met psychische problemen*. De bedrijfsarts moet, wil hij een actieve rol kunnen vervullen bij de begeleiding, daarvoor wel in het contract met de werkgever of via de financiering door de zorgverzekeraar de ruimte voor krijgen (zie ook paragraaf financiering). Zo blijkt dat 26% van de bedrijfsartsen vindt dat contracten onvoldoende ruimte laten om de richtlijnen van de NVAB op te volgen³³. Een knelpunt is hier ook dat de bedrijfsarts in het huidige systeem veelal pas na 6 weken in beeld komt (bij het opstellen van het plan van aanpak). Juist bij werknemers met psychische klachten is het belangrijk dat de diagnose en interventie zo vroeg mogelijk worden ingezet^{1 34}.

Waar het gaat om de onafhankelijkheid van de bedrijfsarts (als kwaliteitscriteria) blijkt uit een enquête onder 213 werkgevers en 220 werknemers dat een derde van de werknemers die contact hebben gehad met de bedrijfsarts het idee hadden dat deze meer het belang verdedigde van de werkgever dan zijn/haar belang³⁵. De onafhankelijke positie van de bedrijfsarts wordt in sommige gevallen ook betwist door de bedrijfsarts zelf. Uit dezelfde enquête blijkt dat van alle bedrijfsartsen in het onderzoek 21% het (zeer) eens is met de stelling dat men regelmatig in situaties terecht komt waarbij men niet meer geheel onafhankelijk conform de geldende beroeps- of gedragscodes kan handelen als gevolg van de opstelling van de werkgever. Daarnaast geeft 9 procent aan regelmatig in een dergelijke situatie terecht te komen als gevolg van de opstelling van de werknemer en 22 procent als gevolg van de opstelling van de eigen werkgever, de arbodienst. Ook wat betreft een gecoördineerde aanpak en werknemersinspraak zijn er knelpunten. 22% van de werkgevers geeft aan wel eens onenigheid te hebben met een werknemer over advies van de bedrijfsarts en van de werknemers zegt slechts een derde inspraak te hebben gehad in de keuze voor een arbodienst of zelfstandige bedrijfsarts.

Aandachtspunten

- Op welke wijze kan de bedrijfsarts eerder worden ingezet bij de diagnose, interventie en verwijzing van werknemers met psychische klachten?
- Aan welke (minimale) randvoorwaarden zouden afgesloten contracten moeten voldoen om bedrijfsgezondheidszorg optimaal uit te voeren?
- Hoe zorgen we ervoor dat aanwezige richtlijnen die leiden tot goede zorg nageleefd worden?

¹ Vroegtijdig ingrijpen wordt geadviseerd in de NVAB richtlijn Hierin staat dat voor een adequate uitvoering van de richtlijn de bedrijfsarts in een vroeg stadium, binnen 2 weken, de eerste taxatie zou moeten uitvoeren.

Toegankelijkheid

De financiële kaders en toegenomen verantwoordelijkheden zijn vervolgens van invloed op de toegang die werknemers die te maken hebben met psychische klachten krijgen tot voorzieningen op de werkvloer. Zo bestaat het beeld bij werkgevers dat mensen met een psychische aandoening vaker ziek zijn en de kans op langdurig ziekte verzuim hoger is³⁶. Werkgevers zijn hierdoor bang voor hogere kosten ten aanzien van verzuim en re-integratie³⁷ en kosten die te maken hebben met benodigde samenwerking met UWV en sociale partijen. Tevens schrikken werkgevers in het aannameproces terug van de kosten voor werkplekaanpassingen³⁸. Bestaande beelden en kosten- baten afwegingen van werkgevers zetten een rem op investeringen en begeleiding vanuit de werkgever, terwijl dit juist de voornaamste factor is in het aan het werk krijgen en houden van mensen met een psychische problematiek³⁹.

Ook kan de toegang per sector verschillen. Zo ligt de mogelijkheid voor investeringen in gezondheidsprogramma's op de werkvloer lastiger in branches waarbij veel gebruik wordt gemaakt van tijdelijke dienstverbanden. Door de aard van de contracten kunnen werkgevers terughoudend zijn om in hun personeel te investeren. Zo blijkt dat werknemers met een tijdelijk contract die langdurig ziek worden een grotere kans lopen op het niet-verlengen van het arbeidscontract en een minder actieve opstelling van de werkgever als het gaat om re-integratie⁴⁰. Ook komen de knelpunten met betrekking tot financiering en beschikbaarheid van goede arbeidsgerelateerde zorg met name sterk terug in het MKB⁴¹.

Tenslotte geldt dat toegankelijkheid van bedrijfsgezondheidszorg voor de groeiende groep ZZP'ers nog onvoldoende is geborgd. Zij zijn voor werk gerelateerde gezondheidsklachten afhankelijk van zorg in de huisartspraktijk.

De positie van de bedrijfsarts in de toegankelijkheid van bedrijfsgezondheidszorg

Waar het gaat om de positie van de bedrijfsarts in het bevorderen van de toegankelijkheid van bedrijfsgezondheidszorg liggen gedeelde verantwoordelijkheden bij de werkgever en de bedrijfsartsen zelf⁴². Vanuit de kant van werkgevers bepaalt in belangrijke mate de inhoud van het contract de toegang tot de bedrijfsarts. Waar sprake is van een zogenoemd 'basiscontract' zal de toegang van werknemers tot de bedrijfsarts zich grotendeels beperken tot het verzuimspreekuur. In dergelijke contracten is minder ruimte voor bijvoorbeeld arbeidsgezondheidskundig onderzoek en toegang tot preventieve activiteiten. Werkgevers hebben ook een rol waar het gaat om het informeren van werknemers over de procedures en situaties waarin zij toegang kunnen zoeken tot een bedrijfsarts. Hier blijkt dat veel werknemers momenteel niet goed op de hoogte zijn van de mogelijkheden van toegang tot de bedrijfsarts. Ook bedrijfsartsen/arbodiensten zelf kunnen een rol vervullen in het bekend maken van hun functie binnen de organisaties. Dit gebeurt nog onvoldoende.

3.2 Zorgverzekeraars

Financiering

Bij de zorgverzekeraars is in ons zorgstelsel de regie neergelegd rond de zorginkoop. In de context van de financiering van de curatieve GGZ liepen zorgverzekeraars tot aan 2010 geen risico over de uitgaven. Zorgverzekeraars kregen compensatie van de overheid als zij de totale uitgaven het oorspronkelijke budget overschreven. Vanaf 2012 moeten zorgverzekeraars echter zelf de kosten dragen van een overschrijding. Centrale gedachte daar bij is dat zij een sterkere prikkel krijgen om hun zorg prijsbewust in te kopen, innovaties en doelmatigheid te belonen en daarmee de kostengroei bestrijden⁴³. Toch is dat voor verzekeraars niet eenvoudig. De financiering (inkoop) van (preventieve) geïntegreerde zorg loopt niet altijd synchroon met het primaire belang van verzekeraars. Namelijk, de kwantitatieve voordelen van innovaties zijn vaak moeilijk te berekenen en de opbrengst van investeringen doen zich pas later voor. Dit resulteert in een *paradox*⁴⁴ waarbij investeringen in geïntegreerde zorg leiden tot hogere zorgkosten op korte termijn en daarmee een hogere premie. Hierdoor zou de verzekeraar minder aantrekkelijk worden voor verzekerden die mogelijk naar een concurrerende verzekeraar overstappen. Daarnaast bestaat het risico dat een verzekerde ook na gebruik van een interventie toch overstapt naar een andere zorgverzekeraar. Zodoende komt de opbrengst van interventies op de lange termijn ten gunste van de concurrent. Echter, slechts weinig mensen veranderen nog van zorgverzekeraar waardoor dit probleem in de huidige markt nog niet speelt. Tenslotte, hoewel verzekeraars op zoek zijn naar een zo gunstig mogelijke verhouding tussen premie-inkomsten en zorguitgaven op de korte termijn, zijn verzekeraars ook gebaad bij omzetvergroting op de lange termijn. Dit verhoudt zich slecht met de inzet van preventieve interventies⁴⁵.

Aandachtspunt

In welke mate zijn verzekerden gevoelig voor kwaliteitsprikkel naast financiële prikkels? Hoe werken preferenties van verzekerden door in de professionalisering van de zorginkoop van verzekeraars?

Kwaliteit

Zorgverzekeraars zijn beperkt in het aanbieden van maatwerk en innovatie in het basispakket in relatie tot preventie, verzuim en re-integratie. Dit komt door wetgeving die het basispakket van een zorgverzekeraar al vastlegt. Het afsluiten van een aanvullend pakket via collectieve afspraken biedt wel ruimte voor maatwerk en innovatie. Dit komt, zoals in voorgaande paragraaf over werkgevers beschreven, echter moeizaam van de grond. Sturen op kwaliteit door zorgverzekeraars is verder afhankelijk van inzicht in kwaliteit en kwaliteitsstandaarden. Deze zijn nog niet altijd aanwezig. Wat zijn betrouwbare gegevens, welke indicatoren moeten gebruikt worden hoe worden deze geïnterpreteerd?

Aandachtspunten

- Hoe verschillen de zorginkoopstrategieën van verzekeraars en op welke gebieden kan zorgefficiëntie en sturen op kwaliteit vergroot worden?
- Wie bepaalt wat kwalitatieve zorg is: overheden, publieke instanties als CVZ, verzekeraars, zorgaanbieders of zorgvragers (shared decision making)?

Toegankelijkheid

Ten aanzien van toegankelijkheid van programma's gericht op vroegtijdige interventie speelt dat de reikwijdte en verantwoordelijkheden van verzekeraars sterk worden afgebakend door het College van Zorgverzekeringen (CVZ). Waar het gaat om preventie, gaat het CVZ uit van vier typen.

Universele preventie	Bevorderen gedragogerelateerde gezondheid van de hele bevolking
Selectieve preventie	Identificeren risicogroepen en uitvoeren gerichte preventieprogramma's
Geïndiceerde preventie	Gezondheidsschade voorkomen bij individuen die symptomen hebben, maar waar de diagnose nog niet is gesteld
Zorggerelateerde preventie	Tegengaan van complicaties bij mensen met bestaande gezondheidsproblemen en ondersteunen zelfredzaamheid

Bron: CVZ (2007). Van preventie verzekerd.

Hierbij stelt het CVZ dat alleen geïndiceerde en zorg gerelateerde preventie onderdeel zijn van de ZVW en dus onder de verantwoording van zorgverzekeraars vallen. Een knelpunt hierbij is dat geïndiceerde preventie alleen werkt als de risicogroepen ook bewust zijn van hun gezondheidsrisico en zelf toegang zoeken tot vormen van geïndiceerde preventie. Echter, een grote groep mensen is niet bewust van het risico op ziekte en zal daarom ook geen toegang zoeken tot zorgaanbod⁴⁶. Hier is selectieve preventie van belang om deze groep op te sporen en toe te leiden naar het zorgaanbod. Deze vorm van preventie valt echter tussen de publieke gezondheid (gemeente verantwoordelijkheid) en cure in. Toegankelijkheid is daarmee sterk afhankelijk van de welwillendheid van gemeenten en zorgverzekeraars.

Aandachtspunt

Welke samenwerkingsvormen tussen gemeenten en zorgverzekeraars zijn er in het aanbieden van integrale preventieprogramma's (universeel, selectief, geïndiceerd, zorg gerelateerd) gericht op psychische klachten?

3.3 Verzuimverzekeraars

Financiering

Aan de kant van de verzuimverzekeraars liggen de prikkels om te investeren in preventie en verzuimreductie anders. Vroegtijdige interventie en voorkomen van arbeidsuitval zijn deel van de business case van verzuimverzekeraars die risico dragen voor de loondoorbetaling in de eerste twee jaar ziekte. Verzuimverzekeraars hebben een sterk instrument in de vorm van premieverhoging of verlaging om werkgevers te stimuleren te investeren in preventieve interventies. Dit geldt vooral voor de kleine bedrijven waarbij de verzuimverzekeraar het zieketraject coördineert⁴⁷. De premiebepaling is echter niet uitputtend om inzet van werkgevers te stimuleren. Verzuimverzekeraars opereren op een concurrerende markt. Een te hoge premiestelling zal leiden tot een overstap van werkgevers naar een andere verzekeraar.

Kwaliteit

Ten aanzien van kwaliteit kunnen verzuimverzekeraars in gesprekken met werkgevers eisen stellen aan de naleving van verzuimbeleid en verzuimprotocollen. Daarnaast spelen zij een coördinerende rol. Zij kennen het veld goed en hebben korte lijnen met arbeidsdeskundigen en dienstverleners die gerichte interventies kunnen inzetten. Wanneer werkgevers afspraken hebben gemaakt met verzuimverzekeraars leidt dit veelal tot snelle interventies bij ziekmelding waarbij de verzekeraar direct aan het roer staat. Een voorbeeld is KPN die, op aangeven van de verzekeraar, haar managers heeft opgeleid om psychische problematiek te herkennen bij werknemers en vervolgens gerichte interventies hierop inzet. Een ander voorbeeld is Movir die arbeidsongeschiktheidsverzekeringen aanbiedt aan zakelijke en medische professionals. Een belangrijk aspect in het pakket zijn preventieve trainingen om met hoge werkdruk om te gaan en burnouts te voorkomen.

Aandachtspunt

Op welk type preventie zijn verzuimverzekeraars gericht? In welke mate maken zij gebruik van determinanten voor het bepalen van gezondheidsrisico's?

Toegankelijkheid

Met betrekking tot toegankelijkheid blijkt echter dat de verzuimverzekeraar niet altijd de gewenste regierol kan spelen. Waarbij de verzekeraar vooral bij kleinere bedrijven de zorg uit handen neemt, organiseren grotere bedrijven de arbodienst en bedrijfsgezondheidszorg intern. Zo maakt slechts 19% van de bedrijven met meer dan 100 werknemers gebruik van een verzuimverzekeraar⁴⁸. Toegang tot 'extra' preventieve zorg hangt bij deze bedrijven dus in sterke mate af van de bedrijfscultuur en bedrijfseconomische afwegingen. Ook kan het voor verzuimverzekeraars niet altijd makkelijk zijn om werkgevers te bewegen alle mogelijkheden van de polis te benutten. Wanneer werkgevers meer op de hoogte zijn van wat mogelijk is in het geval van ziekte, kan sneller actie ondernomen worden, ook in de preventieve sfeer.

3.4 Zorgaanbieders

Voor mensen met psychische klachten wordt zorg geleverd door verschillende typen zorgaanbieders. Vanaf 1 januari 2014 is de Generalistische Basis GGZ (GBGGZ) ingevoerd, de huisarts krijgt hier dezelfde poortwachters functie voor psychische klachten zoals hij die al heeft voor somatische klachten. Daarnaast heeft hij de mogelijkheid om zijn POH-GGZ in te zetten voor lichte klachten waarbij geen vermoeden is van een DSM stoornis. In de Basis GGZ wordt de huidige eerstelijns ggz en een deel van de tweedelijns ggz samengevoegd. De Basis GGZ biedt alleen zorg aan mensen met lichte, niet-complexe ggz-problematiek. Gespecialiseerde GGZ (GGGZ) komt in beeld wanneer er sprake is van het vermoeden van een DSM stoornis met een hoog risico en/of hoge complexiteit. De inhoudelijke aanleiding voor deze indelingswijziging was dat teveel mensen met lichtere psychische problematiek vanuit de eerstelijns in de voormalig tweedelijns GGZ terecht kwamen, en ten tweede dat ook te weinig mensen na behandeling weer terugkeerden vanuit de tweede lijn in de basiszorg⁴⁹. In dit nieuwe stelsel wordt de poortwachtersfunctie van de huisarts versterkt. De huisarts wordt in de diagnose en/of behandeling ondersteund door een POH-GGZ. We bespreken achtereenvolgens de nieuwe functie van de huisarts en de rol van aanbieders in de Basis GGZ.

3.4.1 Huisarts en POH-GGZ

De huisarts bepaalt of een patiënt behandeld kan worden in de huisartsenzorg, dan wel moet worden doorverwezen naar de GBGGZ of de GGGZ. De huisarts verwijst door op basis van (vermoede) DSM stoornis, ernst van de problematiek, risico, complexiteit en beloop van de klachten. De huisarts kan alleen doorverwijzen naar de GBGGZ of GGGZ wanneer er sprake is van (het vermoeden van) een DSM-benoemde *stoornis*. Zo komen psychische *klachten*, zoals stress klachten, burnout verschijnselen en beginnende depressie, als gevolg van werk, na bijvoorbeeld fusies, reorganisaties of toename van werkzaamheden, niet in aanmerking voor vergoeding⁵⁰. Zoals eerder beschreven spelen dergelijke psychische klachten een grote rol in arbeidsuitval. Behandeling van psychische werk gerelateerde *klachten* komt daarmee voornamelijk binnen de huisartsenpraktijk te liggen. Het is nog een open vraag hoe huisartsen hiermee om zullen gaan. Zo blijkt dat niet alle huisartsen in gelijke mate kennis en ervaring hebben met patiënten met psychische problematiek en dat zij weinig tijd hebben om zelf de diagnose en behandelplan vast te stellen⁵¹. Ander, internationaal, onderzoek concludeert dat bij mensen die een beroep doen op huisartszorg psychische problematiek wordt onderherkend en onderbehandeld⁵². Data van 26.422 huisartspatiënten in 14 landen laat zien dat in het geval van depressie slechts 15% tot 26% van de patiënten ook daadwerkelijk de diagnose depressie toegeschreven krijgt. Tegelijkertijd moet opgemerkt worden dat de huisarts een poortwachtersfunctie heeft in het zorgstelsel. De huisarts maakt een inschatting van de zorgvraag en zorgbehoefte van de patiënt. De insteek in de huisartsenzorg is anders dan in de tweedelijnszorg. In de huisartsenzorg wordt bekeken of een verwijzing van de patiënt noodzakelijk is, op basis van richtlijnen en rekening houdend met een veelheid aan factoren waaronder patiëntkenmerken, ziektegeschiedenis en sociaal systeem van de patiënt. Onderherkenning van psychische problematiek is dus relatief.

Financiering

Met betrekking tot de extra ondersteuning rondom psychische klachten is vanaf 2014 het inschrijftarief POH-GGZ verhoogd waardoor huisartsen een POH-GGZ 12 uur per week per normpraktijk zou kunnen inzetten. De huisarts bepaalt zelf hoe de POH-GGZ functie wordt ingevuld. De POH-GGZ kan in loondienst van de huisartsenpraktijk werken of ingehuurd worden, bijvoorbeeld bij een GGZ instelling, of heeft een ZZP contract. Verder is het mogelijk specialisten te consulteren zoals een klinisch psycholoog of een psychiater naar gelang de vraag van de patiënten. Ook is het mogelijk behandelingen via internet (e-health) onder de POH-GGZ aan te bieden die helpen om diagnostiek en begeleiding/behandeling ondersteunen. Daarnaast kunnen ook groepsconsulten voor een bepaalde indicatie worden vergoed. Dit biedt ruimte voor praktijkvariatie. De mix van behandelingen, e-health en consultaties bepaalt de POH-GGZ in principe zelf. In wat voor verhouding personele kosten en andere mogelijkheden worden vergoed is per zorgverzekeraar georganiseerd. De NZA stelt voor 2015 een nieuwe bekostiging van de huisartsenzorg voor, die verder uiteengezet zal worden in de oplossingsrichtingen.

Aandachtspunt

In hoeverre is de huidige inzet en bekostiging van de POH-GGZ voldoende voor het ondersteunen van de huisarts? Welke ruimte laat de huidige bekostiging voor het identificeren en behandelen van werkgerelateerde klachten?

Hoewel extra ondersteuning kan bijdragen aan het verstevigen van de poortwachtersfunctie van huisartsen in de GGZ, is hiermee nog niet integratie tussen de systemen zorg en werk gerealiseerd. Hoewel er verschillende projecten lopen om de samenwerking tussen bedrijfsarts en huisarts te verbeteren is dit nog niet structureel; samenwerking blijft lastig. Dit heeft deels te maken met de bekostiging⁵³: overleg en afstemming worden niet vergoed. Daarnaast lopen de taken van de POH-GGZ niet altijd synchroon met het primaire belang van huisartsen. Waar de POH-GGZ vanuit zijn of haar rol als regievoerder soms moet overleggen en samenwerken met andere stakeholders zoals de bedrijfsarts, maatschappelijk werk of de GGZ, is deze tijd niet altijd declarabel⁵⁴. Hierdoor ligt de druk voornamelijk op de inzet van patiëntgebonden tijd en minder op coördinatie en samenwerking.

Kwaliteit

Doordat de huisarts vaak het eerste aanspreekpunt is bij psychische klachten, fungeert de huisarts als een poortwachter van de GGZ. Alle verwijzingen verlopen via de huisarts zodat de huisarts altijd op de hoogte is waar de patiënt in behandeling is. De huisarts kan zich dus bij de behandeling laten ondersteunen door een POH-GGZ maar altijd onder de verantwoordelijkheid van de huisarts. Ten aanzien van kwaliteit van de POH-GGZ speelt dat er in grote mate sprake is van variatie in achtergrond en functie-invulling. Daar komt bij dat de zorgverzekeraars nog niet op een lijn zitten wat betreft de functie eisen⁵⁵. Deze kunnen dus per regio verschillen. Over het algemeen zijn dit minimaal HBO geschoolde professionals zoals SPVers, WO afgestudeerde psychologen, eerstelijnspsychologen, GZ-

psychologen, of maatschappelijk werkers. Verschillende hogescholen bieden een aanvullende POH-GGZ opleiding en op landelijk niveau zijn zij in overleg om een eenduidig gestructureerd aanbod op te zetten. De Landelijke vereniging POH-GGZ streeft naar een helder en eenduidig kader en kwaliteit (registratie) systeem⁵⁶. Wat betreft de opleiding POH-GGZ werken LHV, NHG en hogescholen momenteel aan het opstellen van instroomeisen. De zorgactiviteiten van de POH-GGZ zijn opgenomen in de prestatiebeschrijving van de NZA⁵⁷. Dit biedt kaders hoe, waarvoor en in welke mate GGZ-ondersteuning ingezet wordt. Daarnaast schetsen zorgverzekeraars gewenste taken pakketten. Zo neemt bijvoorbeeld Achmea naast taken als stimuleren van preventie en zelfmanagement, aanvullende regionale werkafspraken met GGZ instellingen en na en bijscholingen in hun module op⁵⁸. Aan de andere kant is nog niet iedere POH-GGZ'er doelgericht bezig met de gezonde terugkeer in /naar werk⁵⁹.

Aandachtspunten

- In welke mate wordt er aandacht besteed aan de factor werk in de ontwikkeling van competenties, beroepsprofielen en protocollen voor de POH-GGZ?
- Welke rol speelt werk in de zorgactiviteiten van de POH-GGZ in het takenpakket van zorgverzekeraars?
- Op welke wijze worden opleidingen voor de ondersteuners georganiseerd?

Toegankelijkheid

De POH-GGZ wordt geacht een plaats in de huisartsenpraktijk te hebben, snel te kunnen schakelen met de huisartsen en andere zorgverleners binnen de praktijk en toegang te hebben tot het huisartseninformaties systeem HIS. De POH-GGZ maakt afspraken hierover met de huisartsen in een onderling contract of door bij de huisarts in dienst te treden. Daarmee is de POH-GGZ dus potentieel toegankelijk voor iedereen die gebruik maakt van huisartsenzorg. Hoewel huisartsen niet verplicht zijn om gebruik te maken van een POH-GGZ, blijkt uit een recente peiling onder ruim 1000 huisartsen⁶⁰ dat 72% van de huisartsen samenwerkt met een POH-GGZ. Daarmee komt deze dienstverlening beschikbaar voor een grote groep patiënten.

Wat betreft de toegankelijkheid van arbo gerelateerde zorg kan de huisarts overleg voeren met de bedrijfsarts en advies geven over de gezondheidssituatie van de patiënt. Maar de huisarts heeft nu niet de functie van de bedrijfsarts en zal voorzichtig zijn in het geven van werk gerelateerde adviezen (wel of niet werken)⁶¹. De huisarts is onafhankelijk ten opzichte van de werkgever en heeft een beroepsgeheim waardoor (medische) informatie niet zonder toestemming uitgewisseld kan worden. Wat betreft de taakverdeling in de begeleiding handelt de huisarts vanuit zijn kennis van de patiënt, diens omgeving en wijze van omgaan met ziekten en problemen. De bedrijfsarts handelt vanuit zijn kennis over arbeids- en beroepsgerelateerde aandoeningen, zijn kennis van het bedrijf en van de specifieke werkomstandigheden⁶². De bedrijfsarts kan op basis daarvan komen tot werkhervattingsadviezen. Voor de huisarts is de verwijsmogelijkheid naar de bedrijfsarts van belang. Richtlijnen rondom coördinatie van zorg (huisarts) en werk (bedrijfsarts) zijn goed opgesteld. Maar de implementatie, vanwege de eerder geschetste financiële randvoorwaarden, komt niet altijd van de grond. Een knelpunt in de gescheiden functies van huisarts en bedrijfsarts is de toegankelijkheid voor mensen zonder dienstverband zoals

ZZP'ers, maar ook schoolverlaters die met arbeidsgerelateerde klachten kampen en geen gebruik kunnen maken van bedrijfsgezondheidszorg.

3.4.2 Basis GGZ

Financiering

In het oude systeem was de bekostiging gebaseerd op 8 sessies voor een behandeling in de eerstelijns. Hierdoor was er beperkte ruimte om uitgebreid stil te staan bij het aspect werk en werkhervatting, de behandeling in curatieve zin stond centraal⁶³. In het nieuwe systeem wordt niet uitgegaan van een vast aantal behandelingen, maar binnen de BGGZ gewerkt vanuit patiëntprofielen waaraan vier type prestaties gekoppeld kunnen worden:

- Basis GGZ Kort (BK)
- Basis GGZ Middel (BM)
- Basis GGZ Intensief (BI)
- Basis GGZ Chronisch (BC)

Binnen de prestatie worden verschillende behandelcomponenten aangeboden die passen bij de individuele zorgvraagwaarde van de individuele patiënt en waarbij sprake kan zijn van gezamenlijk zorgverlening door behandelaars (NZa beleidsregel CU-5091). Een prestatie kan maximaal 1 jaar 'open' staan en wordt afgesloten wanneer er sprake is van een afgeronde behandeling of het patiëntprofiel niet meer voldoet aan het patiëntprofiel Basis GGZ. Per prestatie gelden maximum tarieven die onder andere afgeleid zijn van de hoeveelheid patiëntgebonden directe en indirecte tijd. Het NZa gaat hierbij uit van een vast aantal aantal minuten per behandeling voor de verschillende profielen:

Prestatie	Duur in Minuten
BK	294
BM	495
BI	750
BC	753

Dit betreft zowel direct als indirect patiëntgebonden tijd. Een mogelijk knelpunt is dat toegenomen regeldruk ten koste gaat van de direct patiëntgebonden tijd⁶⁴.

Aandachtspunten

- In hoeverre laat de huidige beschikbare tijd per behandeling meer ruimte voor de inzet van werk gerelateerde aspecten in de behandeling?
- In hoeverre leidt financiering op basis van zorgzwaarteprofielen tot *upcoding*?

Kwaliteit

Waar het gaat om de invulling van de kwaliteit van de zorginhoud zijn in het nieuwe systeem zorgaanbieders vrij om te innoveren op het zorgproces en de organisatie van de zorg en kunnen zorgaanbieders en verzekeraars zelf beslissen welk behandelaanbod past bij welke patiënt (NZa beleidsregel CU-5091). Hieronder kan ook zorggerelateerde preventie en consultatie en inzet van deskundigheden vallen. Dit biedt mogelijkheden voor het inbedden van op werk gerichte programma's, met name voor de groep BK en BM. De voorwaarde is wel dat innovaties dienen te gebeuren binnen de afgesproken prijs. Opvallend is echter dat bedrijfsartsen en arbeidsgeneeskundigen niet vermeld worden in de opsomming van aanbieders die zorg gerelateerde preventie en consultatie mogen uitvoeren.

Aandachtspunten

- Op welke wijze maken zorgaanbieders en verzekeraars gezamenlijk afspraken over de invulling van de zorginhoud per prestatie?
- In hoeverre hebben verzekeraars inzicht in de zorgvraag van patiëntgroepen en de effectiviteit van behandelingen?
- Hoe verzamelen verzekeraars informatie over behandelingen en zorgvraag en in hoeverre gebruiken zij dit in het inkoopproces?

De kwaliteit van behandelingen in de Basis GGZ wordt ook gemeten via een zogenoemde 'Routine Outcome Monitoring' (ROM). Uitgangspunt is dat cliënten op basis van uitkomstenmetingen een beter beeld krijgen van het beloop van hun klachten en ziekte en daardoor met hun hulpverleners gerichte keuzes kunnen maken in behandeling en begeleiding⁶⁵. Ook kunnen hulpverleners op basis van uitkomstenmetingen gerichte keuzes maken in de behandeling en begeleiding en de zorg tijdig bijsturen. Tevens kunnen middels dit instrument instellingen vergeleken worden hoe zij ten opzichten van elkaar presteren in termen van behandelresultaten. Mede op basis hiervan kunnen zorgverzekeraars beslissen bij wie zij zorg inkopen. ROM heeft daarmee een belangrijke positie in het primaire proces van de GGZ. Echter, werk maakt nog geen integraal onderdeel uit van de meeste ROM vragenlijsten. De nadruk in de ROM metingen ligt op de uitkomsten met betrekking tot klachtenbeloop, dagelijks functioneren en kwaliteit van leven. Hiermee zijn de (on)mogelijkheden voor participatie op de arbeidsmarkt geen onderdeel van de effectiviteit van de behandeling. Ook wordt informatie over samenwerking tussen behandelaar, bedrijfsarts of verzekeringsarts nog niet expliciet uitgevraagd in de ROM rapportage.

Toegankelijkheid

Hier blijkt dat 68 procent van de huisartsen minder verwijsmogelijkheden naar de generalistische Basis GGZ ervaart, dat is een verdubbeling ten opzichte van vorig jaar. Hier speelt het schrappen van vergoedingen een rol, zoals ook een LHV-bestuurder aangeeft⁶⁶:

“Als er nu geen sprake van een stoornis is of een vermoeden daarvan, moet de patiënt de psycholoog zelf betalen. Veel huisartsen merken dat deze patiënten dan toch afzien van deze hulp, zeker de mensen die het niet breed hebben. We moeten daarom blijven monitoren of we kwalitatief hetzelfde resultaat bereiken als voorheen.”

Wat betreft toegankelijkheid tot de gespecialiseerde GGZ blijkt dat het merendeel van de huisartsen (58%) nog steeds onverminderd lange wachlijsten ervaart en 17% zelfs een verslechtering⁶⁷. Dat lijkt erop te wijzen dat op dit moment de invoering van de Basis GGZ nog niet heeft geleid tot het toegankelijker worden van zwaardere zorg wanneer dat nodig wordt geacht.

Aandachtspunten

- In hoeverre krijgt de huisarts te maken met onbehandelde psychische problematiek vanwege het schrappen van vergoedingen?
- In welke mate kan dit leiden tot de inzet van zwaardere en dus duurdere zorg?

3.5 UWV

Financiering⁶⁸

UWV draagt de verantwoordelijkheid voor de re-integratie van werkzoekenden, ontslagwerklozen en werkzoekenden met een ziekte of handicap. Deze werkzoekenden ontvangen een WW-, ZW- of een arbeidsongeschiktheidsuitkering (WGA-, WAO/WAZ- en/of Wajong-uitkering) van UWV. Uitsluitend voor klanten die een ziektewet – of arbeidsongeschiktheidsuitkering hebben koopt UWV – als zij extra ondersteuning nodig hebben – re-integratiedienstverlening in bij re-integratiebedrijven. UWV beschikt hiervoor over een re-integratiebudget dat door het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid beschikbaar is gesteld. Dit budget is taakstellend. Dit betekent dat UWV uitsluitend kan inkopen voor de werkzoekende voor zover UWV de re-integratieverantwoordelijkheid draagt voor de klant en onder voorwaarde dat er re-integratiebudget beschikbaar is. Bij de inkoop van re-integratiedienstverlening gaat het UWV uit van vraaggerichte re-integratie. Dit betekent dat UWV dienstverlening inkoopt voor klanten die een reële kans hebben om het werk weer te hervatten. De bekostiging van re-integratie dienstverlening is daarmee deels gebaseerd op het selectief inzetten van dit instrument. Daarnaast wordt de divisie UWV Werkbedrijf (verantwoordelijk voor de re-integratie van mensen met een WW-uitkering) geconfronteerd met een halvering van het budget in 2015⁶⁹. Face-to-face dienstverlening zal dus alleen blijven bestaan voor werkzoekenden met een grotere afstand tot de arbeidsmarkt.

Naast reguliere aanbestedingen en individuele re-integratie overeenkomsten, bekostigt het UWV ook innovatie re-integratiedienstverlening. Deze bekostiging is bedoeld voor een nog niet bestaande klantgroep of een methodiek die vernieuwend is. Momenteel ontwikkelt het UWV in samenwerking met Kenniscentrum Phrenos, ministerie van SZW en GGZ Nederland een tijdelijke specifieke IPS financieringsvorm. Voor de bekostiging wordt er gebruik gemaakt van de mogelijkheden vanuit de regeling Innovatieve Dienstverlening.

Aandachtspunt

Welke mogelijkheden zijn er om re-integratie instrumentarium te ontwikkelen voor mensen met CMD? In welke mate laat het huidige (gecontracteerde) instrumentarium ruimte voor maatwerk?

Welke mogelijkheden (en noodzaak) liggen er binnen de Innovatieve Dienstverlening?

Kwaliteit

Bij het UWV komt naar voren dat verzekeringsartsen bij de WIA-aanvraag psychische aandoeningen moeilijk herkennen⁷⁰. Dit is problematisch wanneer deze tevens niet door andere artsen of hulpverleners in de aanloop naar de WIA zijn opgemerkt. Tevens blijken verzekeringsartsen een functionele verbetering niet goed te kunnen voorspellen (Cornelius, 2013). Dat vormt een knelpunt in het beoordelen van de belastbaarheid, werkinzet en het maken van een juiste selectie van personen die in aanmerking komen voor een herbeoordeling. Zo blijkt bijvoorbeeld dat WIA-aanvragers in veel gevallen beter functioneren één jaar na de WIA-claimbeoordeling zonder dat zij het werk hervatten. Onderherkenning van psychische problematiek bij WIA gerechtigden is echter niet alleen gelegen in de beoordeling van de verzekeringsarts. De verzekeringsarts baseert zijn of haar oordeel voor een belangrijk deel ook op de diagnose gesteld door bedrijfsarts en behandelend arts (huisarts). Hierbij blijkt uit onderzoek van Cornelius⁷¹ dat een grote groep mensen onderbehandeld is in de periode voorafgaand aan de WIA-aanvraag. Dit heeft dus implicaties voor de begeleiding en beoordeling tijdens de WIA periode.

Een ander kwaliteitsaspect betreft de invulling van re-integratiebegeleiding voor mensen met psychische klachten. Een methode waarbij re-integratie samen oploopt met herstel vergt investering in contact met de klant. Idealiter moet de professional binnen twee weken na ziekmelding contact leggen, gemiddeld elke drie weken vervolcontact hebben en minimaal een half uur uittrekken voor elk gesprek⁷². Uit eerder onderzoek blijkt dat voor slechts 35% van de vangnetters een tijdige probleemanalyse wordt gesteld en voor 45% een tijdig plan van aanpak wordt opgesteld⁷³. Deze bevinding is in lijn een evaluatie van de arborol van het UWV voor vangnetters met psychische klachten⁷⁴. Deze evaluatie laat zien dat in het merendeel van de 58 onderzochte dossiers het plan van aanpak zeer beperkt is ingevuld en in 18 gevallen er geen plan van aanpak is opgesteld. Een institutionele belemmering hierin is de samenwerking tussen verzekeringsarts en de curatieve sector. Voor het stellen van de diagnose en opstellen van het plan van aanpak kunnen verzekeringsartsen, na toestemming van de patiënt, informatie opvragen bij de behandelend arts⁷⁵. Deze informatieoverdracht komt echter niet in alle gevallen goed van de grond.

Aandachtspunt

Onderzoek naar dienstverlening voor vangnetters is gedateerd. Welke nieuwe ontwikkelingen zijn er en in welke mate zijn er verbeteringen doorgevoerd?

Toegankelijkheid

Een knelpunt in toegankelijkheid van geïntegreerde arbozorg en re-integratie is de (mogelijke) invulling van de arborol van het UWV. Voor mensen zonder werkgever die ziek zijn geworden (vangnetters) treedt het UWV in feite op als werkgever in dezelfde zin als in het kader van de Wet verbetering Poortwachter is beoogd voor reguliere werknemers. Hierbij vervult de verzekeringsarts de rol van de bedrijfsarts. De rechten en plichten van vangnetters en het UWV is sinds 2008 op dezelfde wijze geregeld als bij reguliere werknemers⁷⁶. In het geval van psychische klachten dient de verzekeringsarts van het UWV ook te handelen volgens de richtlijnen die van toepassing zijn in de bedrijfsgezondheidszorg. Het gaat hier bijvoorbeeld om de NVAB richtlijn *Handelen van de bedrijfsarts bij werkenden met psychische klachten*. Een verschil is echter dat een relatie met een werkgever ontbreekt. Anders dan reguliere werknemers, heeft de groep vangnetters geen werkgever om te re-integreren. Hierdoor zijn bepaalde onderdelen van de richtlijn moeilijker tot uitvoering te brengen wat de toegang tot geïntegreerde arbozorg en re-integratie voor UWV klanten belemmert.

Tevens geldt dat interventies gericht op werkhervatting van mensen met psychische klachten niet stoppen als de cliënt weer aan het werk is. De rol van de (re-integratie)begeleider moet ook gericht zijn op het werksysteem, waarbij de begeleider contact heeft met de werkgever om het effect van de interventie te kunnen nagaan om zo nodig de cliënt bij te sturen of informatie te verstrekken aan de werkgever. Deze rol kan minder goed vervuld worden vanuit het UWV. Wanneer iemand vanuit een uitkering weer aan het werk komt, wordt de ZW of WIA uitkering beëindigd en daarmee ook de toegang tot re-integratie ondersteuning vanuit het UWV.

Een instrument vanuit het UWV dat re-integratie begeleiding en ondersteuning ook toegankelijk maakt op de werkvloer is job coaching. De job coach helpt de werknemer in het arbeidsritme en het omgaan met eventuele gezondheidsklachten op het werk. De job coach heeft daarnaast een coördinerende rol in het informeren van de werkgever. De job coach wordt over het algemeen als een effectief instrument gezien om mensen met psychische klachten duurzaam te laten re-integreren⁷⁷. Een institutionele belemmering is dat dit instrument niet ingezet kan worden voor de groep mensen uit de ZW en WIA die als minder dan 35% arbeidsongeschikt beoordeeld zijn. Hieronder valt ook een grote groep mensen met common mental disorders. Hoewel deze mensen klachten hebben die hun functioneren in het werk belemmert, moeten zij hulp hiervoor zelf organiseren en betalen.

Aandachtspunt

Vangnetters die als minder dan 35% arbeidsongeschikt beoordeeld worden hebben geen aanspraak op een WIA uitkering en bijbehorende re-integratiedienstverlening. Deze groep mensen hebben aanspraak op een WW uitkering (afhankelijk van opgebouwde rechten). Verder onderzoek moet duidelijk maken:

- a. Welke mogelijkheden en belemmeringen deze groep ervaart in het verdere re-integratieproces
- b. In hoeverre deze groep een verhoogde kans heeft om weer uit te vallen na re-integratie

DEEL II OPLOSSINGSRICHTINGEN

Uit de gepresenteerde casussen, de interviews en uit de institutionele analyse komen een aantal gemeenschappelijke knelpunten naar voren. We hebben een synthese gemaakt van deze knelpunten en deze vertaald naar verschillende mogelijke oplossingsrichtingen. Hierbij kijken we naar toegankelijkheid van de zorg, kwaliteit en financiering. Voor de rode draad daarbinnen hebben we gekeken naar verdergaande integratie op alle drie de verschillende thema's. De zorgvernieuwing die wij voorstaan kan alleen tot stand komen als zorgverleners, bedrijven, zorgverzekeraars, patiëntenorganisaties en overheden samen willen werken aan het gemeenschappelijk belang van integrale benadering van werkenden met CMD. Het samen ontwikkelen van nieuwe aanpakken is de basisvoorwaarde en dat betekent over eigen grenzen en belangen heen willen en kunnen stappen. De nadruk in de komende jaren ligt niet op het institutionele perspectief, maar op een 'ontwikkelperspectief': het uitproberen van verschillende vormen van integrale zorg en dienstverlening. We kunnen daarbij leren van pioniers en van internationale voorbeelden. Door goede samenwerking met opleidingen, beroepsverenigingen en patiëntenverenigingen kunnen de geleerde lessen worden verankerd in opleidingen, en (regionaal en landelijk) beleid⁷⁸.

Knelpunten op hoofdlijnen per stakeholder:

Werkgevers:

0. Werkgever is zich onvoldoende bewust van de kosten van behandeling en verzuim van werkende met CMD;
1. Contracten met arbodiensten zijn vaak minimaal waardoor de bedrijfsarts de werkende met CMD pas na 6 weken ziet;
2. Collectiviteitskortingen bij zorgverzekeraars zijn vaak kwantitatief en in de aanvullende sfeer, gericht op de prijs voor de klant in plaats van kwalitatief gericht op geïntegreerde zorg (vitaliteit, preventie en snel en duurzaam herstel van functioneren);
3. Samenwerking werkgevers (in overleg met werknemers), verzuim- en zorgverzekeraar op het gebied van geïntegreerde inkoopspecificaties komt niet van de grond.

Aanbieders:

4. Geïntegreerde activerende begeleiding en werkgerichte behandeling (tijd en proces contingent in plaats van klachtcontingent) bij CMD wordt nog onvoldoende toegepast;
5. Aandacht voor vitaliteit en preventie en de factor werk bij CMD klachten blijft minimaal in de richtlijnen;
6. Aanwezige multidisciplinaire richtlijnen en LESA worden onvoldoende geïmplementeerd;
7. Een groeiend aantal ZZP'ers heeft geen toegang tot een bedrijfsgeneeskundige;
8. Ook MKB'ers hebben moeilijk toegang tot een bedrijfsgeneeskundige;
9. Door de invoering van de Basis GGZ ontstaat er een scheiding tussen de behandeling van mensen die problemen ervaren met burnout en overspanning (HA en POH GGZ) en mensen met DSM stoornissen zoals depressie en angststoornissen (BGGZ of SGGZ);

10. Overleg en afstemming tussen verschillende stakeholders (bedrijfsarts, maatschappelijk werk, Basis GGZ, POH-GGZ/huisarts) kan moeilijk vergoed worden en komt daardoor niet altijd tot stand
11. Arbeid ontbreekt in de ROM en in diverse richtlijnen, terwijl het deel is van de uitkomstmaten;
12. Data wordt niet of nauwelijks gedeeld.

Verzekeraars:

13. Verzuim- en zorgverzekeraars maken geen gezamenlijke inkoopspecificaties. Zoals gemeente en zorgverzekeraars dat wel doen;
14. (geanonimiseerde) data wordt niet gedeeld tussen verzuim- en zorgverzekeraars zoals bijvoorbeeld benchmarking.

UWV:

15. De inzet van (re-integratie) instrumenten is beperkt voor sommige doelgroepen en niet gericht op herstelbegeleiding.
16. Psychische problematiek wordt niet goed herkend en richtlijnen voor effectieve arbozorg kunnen niet optimaal worden ingezet door het ontbreken van een werkgever.
17. Samenwerking tussen verzekeringsarts, bedrijfsarts en huisarts komt nog niet altijd van de grond.

In dit hoofdstuk werken we verschillende mogelijke oplossingsrichtingen voor bovengenoemde knelpunten uit. Deze oplossingsrichtingen zijn gebaseerd op het aanbieden van geïntegreerde zorg. Daarom geven we eerst een toelichting over wat onder geïntegreerde zorg kan worden verstaan. Vervolgens werken we de oplossingsrichtingen apart uit voor werkenden en uitkeringsgerechtigden. Deze oplossingsrichtingen zijn nog niet in het veld getoetst. Het zijn ideeën die samen met het veld verder kunnen worden uitgewerkt, bijvoorbeeld in een proeftuinsetting. Daarom gaan we aan het eind van dit hoofdstuk in op mogelijkheden tot implementatie.

Geïntegreerde zorg

Geïntegreerde zorg komt voort uit de noodzaak tot integratie en optimalisatie van zorg en behandeling vanwege negatieve ervaringen met gefragmenteerde zorg. De term geïntegreerde zorg komt oorspronkelijk voort uit de *disease-management* benaderingen rondom chronische ziekten als diabetes, die preventie, vroegopsporing, diagnose en behandeling integreren. Het concept 'geïntegreerde zorg' heeft zich daarbij steeds meer ontwikkeld van een ziektegerichte benadering, naar een mensgerichte benadering. Hierbij raken welzijn en sociale zekerheid verweven met de medische wereld. Dit brengt ook de werelden van de zorgverzekeraars en gemeenten samen. Geïntegreerde zorg is daarbij geen doel op zich, maar een middel om te komen tot hogere kwaliteit, betere uitkomsten (minder uitval, hogere productiviteit) en lagere kosten.

De ervaringen met geïntegreerde zorg voor ouderen en chronisch zieken kunnen we goed toepassen in de oplossingsrichtingen als het gaat om zorg voor werkenden en uitkeringsgerechtigden, vanwege de raakvlakken op verschillende terreinen:

- Het gaat om een nieuwe, gecoördineerde manier van dienstverlening
- Waarbij verbindingen tussen zorgverlener in en tussen organisaties centraal staan
- Waar samenwerkingsafspraken gemaakt moeten worden tussen organisaties
- Met knellende vragen rondom financiering, uitwisseling en beschikbaarheid van gegevens en kwaliteitsmonitoring

Deze raakvlakken zijn eerder beschreven als vier doelen van integratie^{79 80 81}:

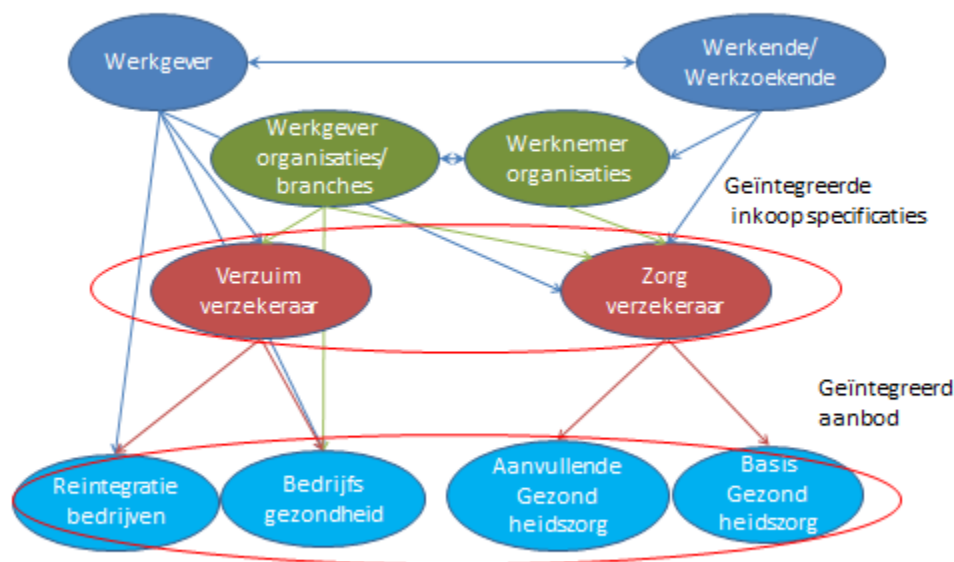
Doelen integratie	Omschrijving
Service integratie	Coördinatie van zorgverlening aan de werkende door het afstemmen van activiteiten en diensten tussen de coördinerende huisarts/bedrijfsarts en andere betrokken zorgverleners.
Professionele integratie	Verbindingen tussen zorgverleners binnen de eigen organisatie of in verschillende organisaties, bijvoorbeeld huisarts, specialist en bedrijfsarts.
Organisatorische integratie	Verbindingen op strategisch niveau tussen organisaties, bijvoorbeeld tussen het gezondheidscentrum en ziekenhuis of gezondheidscentrum en Arbodienst.
Functionele integratie	Ondersteunende en facilitaire activiteiten, zoals ICT systemen, registratie van kwaliteitsindicatoren en kwaliteitsmonitoring en afspraken over financiering

Het proces om deze doelen te bereiken, blijkt niet eenvoudig te zijn en vraagt een combinatie van strategieën. Samengevat, bevatten strategieën om tot geïntegreerde zorg te komen de volgende activiteiten⁸²:

- 1) Het delen van data: Bepalen van relevante indicatoren en databronnen
- 2) Het betrekken van werkenden bij zorg en behandeling, gericht op de doelen die werkenden belangrijk vinden
- 3) Het verbeteren van dienstverlening: Toepassen van richtlijnen, ondersteunende ICT, samenwerking tussen organisaties en zorgverleners, coördinatie van verschillende momenten en plaatsen van zorgverlening
- 4) Het op één lijn brengen van baten en financiering

De oplossingsrichtingen die we hieronder bespreken, kunnen we ieder zien als een vorm van geïntegreerde zorg vanuit verschillende perspectieven. Bij de toepassing van de oplossingsrichtingen zal elk doel van integratie (functioneel, organisatorisch, professioneel en service) aan bod komen. Er bestaat op dit moment nog geen blauwdruk om deze typen van integratie te bereiken. Een combinatie van strategieën is noodzakelijk, waarbij bovengenoemde activiteiten steeds een rol in zullen spelen.

Naast een geïntegreerd aanbod denken we ook aan de mogelijkheid van geïntegreerde inkoopspecificaties. In de langdurende zorg en sociale zekerheid op gemeentelijk niveau zijn er al initiatieven van geïntegreerde inkoopspecificaties tussen gemeenten en zorgverzekeraars bij bepaalde groepen zoals mensen met EPA die in de bijstand zitten. Hier zou de volgorde zijn dat werkgevers en werknemers geïntegreerde inkoopspecificaties opstellen en die voorleggen aan de zorgverzekeraar, al dan niet met een verzuimverzekeraar, die vervolgens hun geïntegreerde inkoopspecificaties voor de aanbieders opstellen (zie onderstaande figuur).



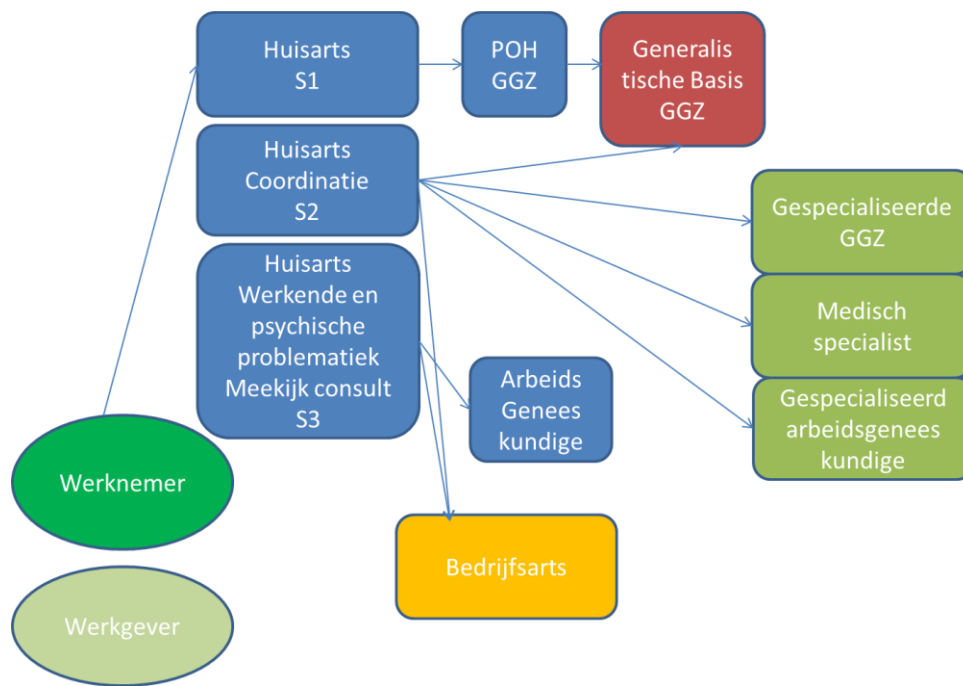
4 Oplossingen werkenden

4.1 Toegankelijkheid

4.1.1 Arbeidsgerelateerde geïntegreerde zorg voor CMD via de huisarts

De eerste mogelijke oplossing is arbeidsgerelateerde zorg door de huisarts (zie figuur 2 onderstaand). De huisarts neemt de rol van coördinator op zich. Voordeel is dat deze zorg voor iedereen toegankelijk is, ook voor ZZPers en anderen zonder toegang tot een bedrijfsarts. Hierbij horen ook werknemers die niet naar hun eigen bedrijfsarts durven of willen gaan. De huisarts is nu al vaak het eerste aanspreekpunt bij psychische klachten en kan daarom in een vroeg stadium signaleren dat er sprake is van psychische klachten die een relatie hebben met werk. Hij kan door deze vroegtijdige signalering voorkomen dat de inzetbaarheid van de patiënt vermindert en hij kan het verzuim beperken. De huisarts is echter nog onvoldoende alert op het herkennen van psychische klachten en het leggen van de relatie tussen (psychische) klachten en arbeid. Huisartsen moeten bijgeschoold worden over de relatie gezondheidsklachten en arbeid en de primaire rol die zij kunnen spelen als coördinator. Ook de POH-

GGZ moet bijgeschoold worden in de relatie tussen (psychische) klachten en arbeid en de rol die de POH-GGZ kan vervullen. Het is voor huisartsen niet haalbaar om alle kennis in huis te hebben over de relatie tussen gezondheidsklachten en arbeid. Indien nodig kan de huisarts een (meekijk) consult met een onafhankelijk arbeidsgeneeskundige organiseren. Uit een consult met de arbeidsgeneeskundige zal dan blijken of en welke vervolgbehandeling het meest zinvol is. Ook kan in een consult met de arbeidsgeneeskundige afstemming gezocht worden rondom adviezen over werkhervatting. Indien nodig, kan de arbeidsgeneeskundige contact leggen met de bedrijfsarts van de werkgever of met de werkgever zelf. Later in dit hoofdstuk gaan we op de financiering van dit consult in. Belangrijk hierbij is wel dat de huisarts en/of de arbeidsgeneeskundige zijn onafhankelijke positie ten opzichte van de werkgever behoudt.

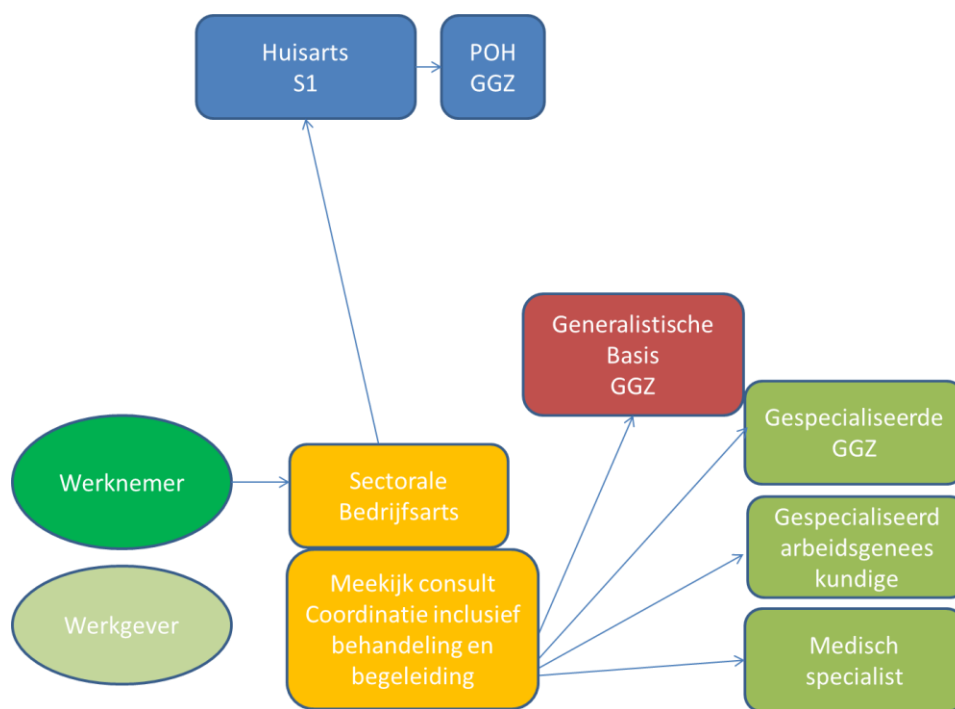


Figuur 2: Model voor huisarts als coördinator van geïntegreerde CMD zorg

4.1.2 Arbeidsgerelateerde geïntegreerde zorg voor CMD via de bedrijfsarts

Een tweede mogelijke oplossing is arbeidsgerelateerde geïntegreerde zorg waarbij de bedrijfsarts de coördinatie op zich neemt. Hij biedt dan, naast de taken op het gebied van verzuim en re-integratie begeleiding, ook de diagnose en behandeling integraal aan. Dit vraagt wel andere inkoopspecificaties vanuit de werkgever of de verzuimverzekeraar om een snelle en proactieve interventie te garanderen. Hier komen we later in dit hoofdstuk op terug. Bij deze nieuwe manier van werken levert de bedrijfsarts snelle en efficiënte geïntegreerde arbeidsgerelateerde zorg, waarbij bestaande richtlijnen worden gevolgd. Meer snelheid wordt bereikt door bijvoorbeeld verzuim op de eerste dag te melden. Dan kan

op de eerste verzuimdag meteen bepaald worden of a) er meteen gereageerd moet worden, of b) alertheid gevraagd is (contact houden met werknemer), of c) dat actie van de bedrijfsarts niet nodig is. Door niet te wachten tot het wettelijk verplicht is, maar te reageren wanneer nodig, kan verzuim worden verkort. Verder moet de bedrijfsarts kunnen verwijzen naar de generalistische Basis GGZ, gespecialiseerde GGZ, een gespecialiseerd arbeidsgeneeskundige of een medisch specialist. De bedrijfsarts mag nu verwijzen maar de verzekeraar vergoedt dit vaak niet meer. Hier moeten dus betere afspraken met de verzekeraars worden gemaakt. De bedrijfsarts informeert de huisarts en kan als coördinator bepaalde zorg via de huisarts en diens POH-GGZ laten lopen. Op deze manier wordt de zorg goed gecoördineerd en dubbele zorg of tegenstrijdige adviezen voorkomen.



Figuur 3: Model voor bedrijfsarts als coördinator van geïntegreerde CMD zorg

4.2 Kwaliteit

Naast toegankelijkheid moet de kwaliteit van arbeidsgelateerde zorg geborgd worden. Vanuit de zorg zal vooral het doel van herstel voorop staan terwijl vanuit werkgever/UWV vooral werkhervatting centraal zal staan. Bij beide staat preventie (nog) niet in hoofdletters geschreven. Om deze doelen te integreren zullen in de richtlijnen en standaarden beide doelen geborgd moeten worden. Dit kan bijvoorbeeld door een generieke module arbeidsparticipatie en arbocuratieve zorg zoals die nu in de call 2014 staat met betrekking tot kwaliteitsontwikkeling GGZ. Zo wordt de trend van monodisciplinaire via

multidisciplinaire naar multi-sectorale standaarden en richtlijnen verder vorm gegeven. Het ook betrekken van werkenden bij de ontwikkeling van standaarden en richtlijnen is natuurlijk een vereiste.

De volgende kwaliteitsaspecten worden hieronder uitgewerkt:

- Richtlijnen en standaarden
- Inzet effectieve interventies (snel en vroeg)
- Opleiding en scholing
- Goed registreren en toegankelijkheid registraties

4.2.1 Richtlijnen en standaarden

Er zijn vele richtlijnen en standaarden. Wij geven hier geen volledig overzicht maar noemen een paar belangrijke multidisciplinaire richtlijnen waar arbeid in is opgenomen. Er is bijvoorbeeld een multidisciplinaire richtlijn overspanning en burnout. Op basis van die richtlijn is een Landelijke Eerstelijns afspraken (LESA) gemaakt. Een LESA heeft tot doel landelijke uitgangspunten te formuleren voor het maken van werkafspraken in de regio. De LESA sluit aan bij bestaande richtlijnen van de beroepsgroepen. Deze geeft aanbevelingen en handelingsinstructies om cliënten met overspanning/burnout de beste samenwerkende zorg te bieden volgens het stepped care principe. Zo kunnen de eerstelijns professionals, bedrijfsartsen, eerstelijnspsychologen en huisartsen hun deskundigheid nog beter op elkaar afstemmen. De LESA bevat duidelijke afspraken over de inhoud en tijdstippen van de onderlinge afstemming tussen bedrijfsarts, huisarts en eerstelijns-psycholoog en over verwijzing. Recent is de Zorgmodule Arbeid ontwikkeld (CBO). Dit is een hulpmiddel voor zorgverleners en patiënten met een chronische aandoening om het functioneren in de werksituatie een duidelijke plaats te geven in het behandel- en begeleidingsplan. In de module is vooral ook aandacht voor de benodigde afstemming tussen betrokken professionals uit de curatieve gezondheidszorg en de bedrijfsgezondheidszorg. Het uiteindelijke doel is om de arbeidsparticipatie van patiënten met een chronische aandoening te stimuleren, arbeidsuitval te voorkomen en de terugkeer van chronisch zieken naar werk te bevorderen. De eerder genoemde te ontwikkelen generieke module arbeidsparticipatie en arbocuratieve zorg in de GGZ is een verbijzondering daarvan.

Het Trimbos instituut heeft met verschillende beroepsgroepen verschillende multidisciplinaire richtlijnen ontwikkeld waar arbeid deel van uitmaakt (depressie, angststoornissen, werk en EPA). De NVAB heeft de richtlijn Handelen van de bedrijfsarts bij werkenden met psychische problemen ontwikkeld. Deze richtlijn beoogt de bedrijfsarts handvatten te geven om de werkende met psychische problemen en diens werkomgeving optimaal te ondersteunen in behoud of herstel van functioneren. Hierin worden randvoorwaarden voor een adequate uitvoering gedefinieerd, waaronder een vroegtijdige aanpak (binnen 2 weken na ziek melding). Deze vroegtijdige aanpak is aantoonbaar effectief bij CMD.⁸³In de praktijk blijkt dat deze richtlijnen slecht worden nageleefd. Het volgen van richtlijnen en standaarden zou deel uit moeten maken van afspraken die worden gemaakt bij de inkoop van zorg. Ook zouden de Inspecties hier thematisch op kunnen toezien. Hiernaast geeft de NHG aan dat implementatiematerialen bijdragen aan de naleving, deze zijn voor de LESA nog niet ontwikkeld.

4.2.2 Inzet effectieve interventies (snel en vroeg)

Van veel interventies is het onduidelijk wat de effecten zijn. Door registreren kan de effectiviteit worden gemeten en kan gestuurd worden op inkoop van bewezen effectieve interventies. Op het ogenblik zijn er vele initiatieven op het gebied van kwaliteitsontwikkeling in de GGZ (www.kwaliteitsontwikkelingGGZ.nl) Hier kan aangesloten worden bij een database van effectieve interventies voor CMD en werk. Panteia heeft in 2013 een overzicht gemaakt van effectieve interventies voor zieke werkenden, onder andere voor psychische klachten⁸⁴. Zij beschrijven twee effectieve maar onderbenutte interventies namelijk: Activerende begeleiding en werkgerichte behandeling bij werknemers met veel voorkomende psychische klachten⁸⁵⁸⁶ respectievelijk Screening en preventie van verzuim door depressie⁸⁷. Daarnaast heeft Panteia nog twee veelbelovende interventies beschreven: Het voorkomen van terugval bij re-integrerende werknemers met psychische klachten⁸⁸ en Snelle activering van personen in de ziektewet met lichte psychische klachten⁸⁹. Daarnaast hebben Terluin et al.⁹⁰ een systematisch literatuuroverzicht gemaakt voor de behandeling van overspanning. Omdat effectieve arbeidsgerelateerde zorg aanpassingen vraagt in het systeem, zijn proeftuinen een goede manier om nieuwe methodes en effectiviteit te testen. Het gaat hier niet alleen om interventies voor werkenden met CMD klachten maar ook voor preventie en vitaliteit van werkenden ter voorkoming van CMD.

4.2.3 Opleiding en scholing

Een extra aandachtspunt wat betreft kwaliteit is de POH-GGZ. Er worden hoge eisen gesteld aan de POH-GGZ. De POH-GGZ moet in staat zijn om te handelen of hiervoor opgeleid worden. Daartoe zou een functieomschrijving en profiel met bepaalde competentie-eisen nuttig zijn. Deze is er nu niet. De POH-GGZ zou bijvoorbeeld meer moeten afweten van de wet verbetering poortwachter en hoe er moet worden omgegaan met de bedrijfsarts. Dit kan worden ingebed in nascholing en opleiding. De POH-GGZ kan een rol vervullen als bemiddelaar die contact opneemt met de bedrijfsarts. De patiënt kan de rol van casemanager vervullen om betrokkenheid en verantwoordelijkheid te versterken.

Ook is het van belang dat de huisarts bij arbeidsgerelateerde psychische klachten gericht verwijst naar GGZ deskundigen. Deze moeten namelijk kennis hebben van arbeid en arbeid als belangrijke factor meenemen in de behandeling. Dit vraagt aanpassing van curricula van de opleidingen bijvoorbeeld bij het Hoger onderwijs tot zelfs nieuwe opleidingen.

4.2.4 Goed registreren en toegankelijkheid registraties

Registraties geven inzicht in de effecten van behandelingen. Voorbeelden zijn de Routine Outcome Measurement (ROM) en CQ-index, die inzicht geven in de behandeling zoals ervaren door de cliënt. Gegevens over de uitkomsten kunnen worden gebruikt om verloop en effecten in beeld te brengen. De gedefinieerde uitkomstmaten werken echter ook sturend op de behandeling zelf. Arbeid en re-integratie moeten deel uitmaken van de uitkomstmaten (bijvoorbeeld ROM). In de brancheafspraken zijn afspraken gemaakt over het implementeren en door-ontwikkelen van ROM's. Het is daarom van belang om bij het organiseren van arbeidsgerelateerde zorg direct aandacht te besteden aan het registreren van die uitkomstmaten. Het gaat bij registreren om alle effecten voor betrokken stakeholders, zowel op het gebied van gezondheid, kwaliteit, zorgconsumptie, verzuim, productiviteit, re-integratie en investeringen in voorzieningen. In de MDR overspanning en burnout worden ook andere uitkomst

maten gehanteerd dan voorheen. Lag vroeger de nadruk op vermindering van de klachten waardoor het functioneren vanzelf zou herstellen, ligt nu de focus op herstel van het functioneren. Daarbij wordt een procescontingente aanpak toegepast met drie fasen. Indien de behandelaar de werkende volgens dit model consequent en activerend begeleidt kan de werkende meestal binnen 3 maanden weer aan het werk zijn. Door goede registraties zouden deze uitkomstmaten verder getoetst en bijgesteld kunnen worden.

4.3 Financiering

Om efficiënte arbeidsgerelateerde geïntegreerde zorg voor cliënten met CMD mogelijk te maken zijn ook aanpassingen in de financiering nodig. Vanuit de stakeholder analyse komen een aantal partijen naar voren die bij de financiering een belangrijke rol spelen: zorgverzekeraar, verzuimverzekeraar en werkgever. Bij mogelijke oplossingen voor financiering maakt het uit of de bedrijfsarts of de huisarts de rol van coördinator vervult. Daarom gaan we eerst in op welke financiering nodig is wanneer de huisarts of de bedrijfsarts de rol als coördinator vervult. Hierna kijken we naar de mogelijke rol van de werkgever of branche, de zorgverzekeraar en de verzuimverzekeraar bij de inkoop van arbo(zorg) en gezamenlijk inkopen (werkgever, verzuimverzekeraar en zorgverzekeraar). Ten slotte kijken we naar hoe verschillende modellen van zorginkoop getoetst kunnen worden om zo de financiering inzichtelijk te maken.

4.3.1 Huisarts als coördinator

Wanneer de huisarts een coördinerende rol vervult en gebruik maakt van een consult met een arbeidsgeneeskundige moet hiervoor financiering komen. Hierbij gaan we uit van twee veranderingen, ten eerste de invoering van de Basis GGZ (2014) en ten tweede de nieuwe bekostiging huisartsenzorg (2015). De POH-GGZ zal gefinancierd worden uit segment 1. Indien nodig kan de cliënt verwezen worden naar de Basis GGZ, mits de behandelaar daar kennis heeft van de relatie tussen psychische klachten en werk en er sprake is van een DSM stoornis. Een belangrijk knelpunt in de huidige financiering is dat zorg in de Basis GGZ niet wordt vergoed bij overspanning en burnout, maar wel bij de POH-GGZ. Segment 2 is bedoeld voor multidisciplinaire zorg. Op basis van de multidisciplinaire richtlijnen zowel van depressie en angststoornissen als van overspanning en burnout voor eerstelijns zorgprofessionals (LESA) kunnen we vaststellen dat er voor de huisarts sprake is van multidisciplinair werken, de huisarts coördineert met de Basis GGZ en de bedrijfsarts. Segment 3 gaat meer over innovatie en outcome dit biedt mogelijkheden om afspraken te maken voor werkenden met psychische problemen. Hier zou de verzekeraar voor hun collectiviteiten innovatieve zorg voor werkenden kunnen inkopen die gebaseerd is op uitkomstmaten zoals bijvoorbeeld het voorkomen van burnout met behulp van een stresscoach (digitaal) of zoveel procent van mensen met burnout aan het werk houden (geheel of gedeeltelijk) of binnen zoveel weken weer geheel of gedeeltelijke werkhervatting. In de multidisciplinaire richtlijn overspanning en burnout worden ook dit soort uitkomstmaten genoemd. De huisarts kan uit dit segment ook meekijk consulten organiseren bij specialistische zorg, bijvoorbeeld een gespecialiseerd

arbeidsgeneeskundige . Voor alle segmenten moeten afspraken gemaakt worden met de zorgverzekeraars.

4.3.2 Bedrijfsarts als coördinator

Een bedrijfsarts die ook de behandeling gaat coördineren moet hierover afspraken maken met de zorgverzekeraar. Bij het volgen van de richtlijn zal er ook afstemming plaatsvinden met de huisarts. De kosten voor de coördinatie en eventueel bedrijfsmaatschappelijk werk zullen gedragen moeten worden door de arbodienst, werkgever of verzuimverzekeraar. Deze zorg kan, door het maken van goede afspraken, budgetneutraal (ten opzichte van een huidig voldoende contract) worden ingekocht. Er moet wel nadrukkelijk aandacht worden besteed aan de zorg waar de bedrijfsarts naar verwijst. De bedrijfsarts mag verwijzen, maar niet alle zorgverzekeraars vergoeden de zorg waarnaar de bedrijfsarts verwijst. De bedrijfsarts moet naar verzekerde zorg kunnen doorverwijzen en afspraken maken met zorgverzekeraars over Basis GGZ en specialistische GGZ. Bedrijfsartsen moeten dan wel contact onderhouden met de huisarts. Daarnaast kan de bedrijfsarts er net zoals de huisarts er voor kiezen een bedrijfsmaatschappelijk werker in te zetten. De verzuimverzekeraar of werkgever en zorgverzekeraar kan ook zorg inkopen op basis van uitkomstindicatoren (die bijvoorbeeld in MDR worden benoemd).

4.3.3 De werkgever of branche aan zet

De werkgever kan ook bijdragen aan de kwaliteit en financiering van arbeidsgerelateerde zorg.

Een eerste mogelijkheid is dat grote werkgevers of sector/branche organisaties afspraken maken om arbeidsgerelateerde zorg deel uit te laten maken van de collectieve zorgverzekering. Dan kan aandacht worden besteed aan zowel vitaliteit, preventie als geïntegreerde behandeling en re-integratie bij werkenden met psychische klachten. Een tweede mogelijkheid is dat de werkgever zelf of via de inkomensverzekeraar invloed uitoefent op de kwaliteit van geleverde arbozorg door effectievere arbozorg in te kopen. Hier kunnen afspraken gemaakt worden over bijvoorbeeld een vroege inzet van begeleiding (indien nodig op dag 1 verzuim) en sturing op uitkomstindicatoren.

Bovenstaand gaat over geïntegreerde inkoop. Er is geen vast model van geïntegreerde inkoop, Capgemini Consulting heeft in augustus 2013 een rapport geschreven "Collectieve inkoop van een integrale keten van preventie, verzuim en re-integratie"⁹¹ waarin gekeken is naar collectieve inkoop door branche organisaties voor het MKB bij (verzuim- en zorgverzekeraars, arbodiensten en re-integratiebedrijven. Zij concluderen dat collectieve inkoop kan bijdragen aan een integrale keten. Maar zij geven verder aan dat het gebruik van die integrale keten afhangt van de werkgever en de werknemer. Collectieve inkoop door grote bedrijven kan ook leiden tot een meer integrale keten maar dan moeten de afspraken met de zorgverzekeraar niet alleen over het aanvullend pakket gaan of extra diensten voor hun werknemers maar ook over de kwaliteit en toegankelijkheid van de basiszorg, afgestemd op de functionele eisen die dezelfde werkgever stelt aan de arbodienst.

4.3.4 Verzuimverzekeraar

Verzuimverzekeraars zouden samen met Zorgverzekeraars gezamenlijke inkoopspecificaties kunnen opstellen voor werkenden met CMD of liever nog ter voorkoming van CMD. Zoals al eerder besproken liggen er voldoende multidisciplinaire richtlijnen en evidence based interventies op de plank maar die

worden niet systematisch ingekocht. De financiering van deze geïntegreerde zorg kan een hybride systeem zijn van Zvw, verzuimverzekeraar en werkgever.

4.3.5 Zorgverzekeraar

Zorgverzekeraars stellen vaak hun eigen inkoopspecificaties vast op basis waarvan zij zorgaanbieders contracteren namens hun verzekerden. Rondom werkenden en CMD zouden de verzekeraars gezamenlijk, pre competitief, inkoopspecificaties kunnen maken voor geïntegreerde zorg voor deze groep. Zoals al eerder besproken liggen er voldoende multidisciplinaire richtlijnen en evidence based interventies op de plank maar die worden niet systematisch ingekocht. De financiering van deze geïntegreerde zorg kan een hybride systeem zijn van Zvw, verzuimverzekeraar en werkgever.

4.3.6 Inzicht in financiering via shared savings en Triple Aim

Naast een geïntegreerde financiering voor zorg en participatie moet er ook worden gekeken naar het delen van de winsten en de verliezen tussen de verschillende stakeholders in de zorg. Hier lopen al een paar experimenten, bijvoorbeeld voor EPA cliënten het project :‘ Werken als medicijn’ onderdeel van het Arbeidsmarkt Offensief van de gemeente Enschede met bedrijvengroep ADG en Menzis.

Bij gezamenlijke inkoop moet voor alle betrokkenen duidelijk worden waar de kosten en opbrengsten liggen, bijvoorbeeld door het maken van een business case. Vooraf kan men afspraken maken over shared benefits. Voor alle betrokken partijen wordt gekeken naar kosten en baten en die worden achteraf verrekend. Het gaat hier om alle kosten (en baten), zoals de zorg, verzuim en re-integratie. De business case die hieruit ontstaat vormt dan de basis voor nieuwe afspraken.

Het model van shared savings zou hier een optie kunnen zijn. Echter dit model dient wel in een breder kader ingebed te zijn zoals Triple Aim. Triple Aim is ontwikkeld door het Institute for Healthcare Improvement (IHI). Triple Aim staat voor het gelijktijdig realiseren van drie doelstellingen.

- Het verbeteren van de ervaren kwaliteit van de zorg c.q. dienstverlening
- Het verbeteren van de gezondheid van een gedefinieerde populatie
- Het verlagen van de kosten per hoofd van die populatie

Het is hierbij belangrijk de populatie vooraf te definiëren, dit hebben we reeds gedaan. Vervolgens is het belangrijk wie de uitvoerder is van de drie doelstellingen. Dit kan verschillende vormen hebben. Bijvoorbeeld de huisarts als coördinator of de bedrijfsarts als coördinator. In IHI termen wordt er dan gesproken over Accountable Care Organisatie (ACO). Daarna dienen op de drie verschillende doelen indicatoren te worden gesteld. Voor de ervaren kwaliteit van de dienstverlening kan de CQ Index worden gebruikt en voor het verbeteren van de gezondheid kan een (aangepaste) ROM worden gebruikt. De aanpassing zit bijvoorbeeld in het meenemen van de factor arbeid in een ROM. Een fictief voorbeeld van een indicator van de populatie kan dan zijn:

- Binnen 3 maanden weer geheel of gedeeltelijke werkhervatting of
- 30% van de populatie blijft minimaal 50% werken tijdens zijn/haar herstel.

Als de uitvoerder de kosten inderdaad kan verlagen en tegelijk de doelstellingen kan bereiken op de andere twee onderdelen dan mag de uitvoerder deze bedragen houden voor verdere verbeteringen/innovaties. Hierover maakt hij afspraken met de financiers (zorgverzekeraars, verzuimverzekeraars, werkgevers). Deze samenwerking moet ondersteund worden door vernieuwende

business modellen en verdienmodellen: 'cost and gain sharing' modellen om voor de verschillende partners investeringen en opbrengsten in beeld te brengen.

Op basis van determinanten op het gebied van persoonlijke -, werk gerelateerde – en gezondheid gerelateerde factoren in combinatie met ernst en duur maar ook de zorgbehoefte en re-integratie behoefte kunnen dit soort analyses door onafhankelijke instanties worden uitgevoerd.

4.4 Implementatie oplossingen

Deze oplossingsrichtingen zouden in experimenten en proeftuinen verder verkend kunnen worden. Daarvoor is het noodzakelijk, dat zorgverleners, bedrijven, zorgverzekeraars, patiëntenorganisaties en overheden samen willen werken aan het gemeenschappelijk belang van geïntegreerde zorg, vitaliteit, preventie, diagnose, behandeling, verzuim en re-integratie begeleiding bij CMD. Het samen ontwikkelen van nieuwe aanpakken is een basisvoorwaarde en dat betekent over eigen grenzen en belangen heen willen en kunnen stappen. Zo'n 'ontwikkelperspectief' – het uitproberen van verschillende vormen van integrale zorg en dienstverlening in regionaal of branche/sectoraal verband – kan een welkome en op korte termijn toepasbare aanvulling zijn op het ontwikkelen van een institutioneel perspectief. Zoals eerder gezegd is het daarbij belangrijk kennis te hebben van eerdere pogingen om tot verbetering te komen, en van het noodzakelijk draagvlak onder de stakeholders om tot daadwerkelijke verbetering te komen. Er zijn nu bijvoorbeeld 6 EPA proeftuinen. Proeftuinen voor arbeidsgerelateerde zorg bij CMD kunnen op korte termijn inzicht geven welke de beste oplossingen bieden voor effectieve zorg. Om de drie doelstellingen van Triple aim te kunnen toetsen zouden een aantal proeftuinen net zoals dat bij EPA gebeurt geëvalueerd dienen te worden aan de hand van de uitgewerkt drie doelstellingen. Een aantal proeftuinen hebben zich al gemeld maar de kans is groot dat er nog een paar mooie proeftuinen over het hoofd worden gezien daarom pleiten we voor een oproep voor deze proeftuinen.

Naast de Triple aim doelstellingen is het zeer relevant ook naar het proces te kijken hoe de integratie tot stand komt dit levert bouwstenen op van succes en faalfactoren die in ander regio's of branches weer gebruikt kan worden.

5. Oplossingen uitkeringsgerechtigden

5.1 Toegankelijkheid

Uit de casussen en de interviews kwam naar voren dat het UWV een belangrijke rol speelt in de arbozorg voor werknemers zonder dienstverband. Een bevinding van de stakeholder analyse is echter dat geïntegreerde zorg en re-integratie nog onvoldoende wordt ingezet en niet voor alle doelgroepen toegankelijk is. Doel moet zijn om geïntegreerde programma's beschikbaar te maken voor de brede doelgroep van het UWV, zodat het UWV de beoogde arborol goed kan vervullen. Het gaat hierbij dus met name om vangnetters en WIA cliënten met psychische klachten, waarbij de UWV de arborol vervult.

Doelgroepen van het UWV kunnen toegang krijgen tot arbeidsgerelateerde zorg via de eerder besproken optie van de huisarts als coördinator. Hiermee wordt ook het probleem ondervangen dat in het huidige systeem de verzekeringsarts van het UWV tevens de rol van de bedrijfsarts vervult voor mensen zonder dienstverband. Deze oplossingsrichtingen zijn bovenstaand in het kader van werkenden al uitgewerkt.

5.1.1 UWV als collectief voor zorgverzekeraars

Om als UWV zelf de arborol te vervullen kan het UWV ook als collectief optreden. De optie UWV-collectiviteit biedt perspectief voor mensen die nu geen gebruik kunnen maken van extra afspraken die met zorgverzekeraars zijn gemaakt wat betreft de inhoud van de zorg. Klanten van het UWV kunnen namelijk geen aanspraak meer maken op werkgevers-collectiviteiten. Bij ontslag beëindigt namelijk de collectieve verzekering en wordt de ex-werknemer weer op individuele basis verzekerd. Paradoxaal is echter dat juist deze mensen gebaat zijn bij 'extra' zorg voor preventie en herstel van functioneren in geval van ziekte, om de re-integratie te bevorderen. Zorg die werkgevers in een collectief contract kunnen bedingen, maar dus onbereikbaar is voor mensen die de arbeidsmarkt (tijdelijk) verlaten. Klanten van het UWV zullen daarnaast veelal niet voor gemeente collectiviteiten in aanmerking komen aangezien hun uitkeringen gekoppeld zijn aan het laatst verdiende loon (afhankelijk van de duur van het arbeidsverleden). Deze zullen veelal hoger zijn dan de inkomensgrens voor gemeente collectiviteiten².

Kortom, via een UWV-collectiviteit kan een grote groep mensen die nu geen toegang heeft tot 'extra' afspraken hier gebruik van maken. Het gaat hier om een relatief grote groep mensen. In 2014 (raming) ontvangen 485.000 mensen een WW uitkering, 568.000 een arbeidsongeschiktheidsuitkering (WAO, WAZ, WIA-WGA, WIA-IVG, exclusief Wajong) en stroomden er 214.000³ in, in de ZW-vangnet regeling⁹².

² In de gemeente Amsterdam is de inkomensgrens vastgesteld rondom de bijstandsnorm. Voor de gemeente Den Haag geldt een inkomensgrens van 110% van de bijstandsnorm of lager. In Rotterdam geldt 130% van het minimuminkomen of minder als criteria. Hierbij geldt ook dat als één van de partners werkt, er geen aanspraak gemaakt kan worden op de gemeente polis.

³ Voor deze groep zijn alleen de instroom cijfers en volume in uitkeringsjaren gepubliceerd. Het UWV verstrekt in het kennisverslag geen informatie over de lopende uitkeringen Vangnet-ZW.

Om de toegankelijkheid van effectieve geïntegreerde zorg en re-integratie te vergroten voor klanten van het UWV via een collectieve zorgverzekering moet aandacht besteed worden aan een aantal randvoorwaarden:

- Differentiatie naar verzekerden vallend onder eigenrisicodragerschap werkgever. Ex-werknemers, flexwerkers en uitzendkrachten doen geen beroep op het vangnet-Ziektewet UWV als de (voormalig) werkgever eigenrisicodrager is. De werkgever neemt dan zelf de ZW uitkering voor de zieke (ex) werknemer voor hun rekening. Ook is de werkgever dan verantwoordelijk voor de verzuimbegeleiding en re-integratie. Dat geldt ook in het geval van de WIA-WGA. De cliënt maakt dan geen gebruik van de dienstverlening van het UWV. Wanneer voor de zorgverzekering deze groep aangesloten zou zijn bij een UWV zorgcollectief kan een integrale dienstverlening (zorg & re-integratie) niet van de grond komen. Voor deze groep moet gezocht worden naar een ander arrangement. Bijvoorbeeld een vorm waarbij zieke werknemers die uit dienst treden van een werkgever die eigenrisicodragend is, nog steeds onder het werkgeverscollectief vallen.
- Gezien de potentiële omvang van het aantal verzekerden dat onder een UWV collectief valt (meer dan een miljoen wanneer iedereen zich zou aansluiten) zouden verschillende UWV collectieven opgericht kunnen worden die elk verschillende contracten kunnen aangaan met zorgverzekeraars. Hierbij kan gedacht worden aan collectieven rondom uitkeringssoort (UWV-WW, UWV-ZW, UWV-WIAwga, UWV-WIAivg) of collectieven rondom cliënten met specifieke zorgbehoeften. Om de juiste cliëntgroepen te identificeren moet initieel geïnvesteerd worden in goede identificatie, segmentatie en stratificatie.
- Investing vanuit het UWV in een geïntegreerde aanpak.

5.2 Kwaliteit

Wat betreft kwaliteit komt uit de stakeholder analyse naar voren dat voor klanten van het UWV psychische problematiek niet goed wordt herkend en richtlijnen voor effectieve arbozorg niet optimaal kunnen worden ingezet door het ontbreken van een werkgever. Hiervoor zijn twee, complementaire, richtingen denkbaar. Enerzijds kwaliteitscriteria inbedden in collectieve afspraken en anderzijds de signaal- en diagnose capaciteit ten aanzien van psychische problematiek vergroten bij alle in de organisatie betrokken uitvoerders (verzuimmedewerker, re-integratiecoach, verzekeringsarts, arbeidsdeskundige). We bespreken beide richtingen in de volgende alinea's.

5.2.1 Richtlijnen en standaarden

Uit de institutionele analyse bleek dat er nog geen specifieke richtlijnen en standaarden zijn ten aanzien van psychische klachten bij uitkeringsgerechtigden. Verzekeringsartsen worden geacht te werken op basis van de richtlijn *Handelen van de bedrijfsarts bij werkenden met psychische problemen*. Een breed gedragen probleem is dat het ontbreken van een werkgever de implementatie van de richtlijn frustreert. Er moet op zoek gegaan worden naar standaarden die in de eerste plaats gericht zijn op een zo snel mogelijke arbeidsplaatsing, zonder de behandeling uit het oog te verliezen.

Potentie heeft de implementatie van een participatieve ondersteunende methode (POM). Dit bevat elementen zoals die ook binnen IPS gehanteerd. POM bestaat uit drie elementen; een participatieve aanpak, geïntegreerde zorg en directe plaatsing in betaald werk. Het gaat hier om het creëren van consensus in de aanpak, tussen klant en UWV, maar ook tussen de professionals onderling. Doel is de dienstverlening multidisciplinair en integraal vorm te geven, re-integratie en herstel krijgen beide aandacht. Hiervoor staat de re-integratiebegeleider aan kop van het proces en fungeert de arbeidsdeskundige als coach. De arbeidsdeskundige zorgt dat re-integratiebegeleider en klant op één lijn komen wat betreft het plan van aanpak (PvA) voor werkherleving. De arbeidsdeskundige informeert enerzijds de re-integratiebegeleider over mogelijke knelpunten en passende arbeid. Anderzijds stimuleert de arbeidsdeskundige de klant om zelf na te denken over knelpunten voor werkherleving en mogelijkheden om deze knelpunten te overbruggen. Doel is uiteindelijk dat er een concreet werkprofiel in het PvA wordt opgenomen. Hierbij is het van belang dat het PvA door de cliënt zelf gedragen wordt. Dit vergt wel meer capaciteit en ruimte voor de arbeidsdeskundige dan nu het geval is. De arbeidsdeskundige moet standaard worden ingebed in het team. De verzekeringsarts ontvangt vervolgens het plan van aanpak en beoordeelt of het PvA aansluit bij de eerdere beoordeling van de belastbaarheid. Zo nodig kan op dat moment nog eens worden afgestemd met de behandelaren. Op basis hiervan stemt de verzekeringsarts af met behandelaren over mogelijkheden wat betreft re-integratie. Middels deze stap worden tegenstrijdige adviezen richting de klant voorkomen. Eventueel wordt het PvA aangepast naar aanleiding van input van de verzekeringsarts en behandelaren. Tenslotte wordt de klant door een re-integratiebureau ondersteund in het zoeken naar vacatures voor passend werk die aansluiten bij het PvA.

Deze optie vergt ook een investering vanuit het UWV om de opvolging van de stappen in strakke termijnen te laten verlopen. De verwachting is echter dat deze investering aan de voorkant van het traject zich uitbetaalt in een hogere en snellere uitstroom van uitkeringsgerechtigden met psychische klachten. De effectiviteit van deze methode wordt momenteel getoetst door het EMGO instituut van het VU Medisch Centrum⁹³.

5.2.2 Registraties

Net zoals registraties in de GGZ via ROM en CQ-index inzicht geven in de effectiviteit van behandelingen, zou het UWV ook in het inkoopproces kunnen sturen op de inzet van evidence-based arbozorg. Het UWV heeft sturingsmacht richting private re-integratiebedrijven om multidisciplinaire en integrale trajecten op te zetten die methoden volgen die voldoende getoetst zijn. Het gaat hierbij dan om meer kwalitatieve maatstaven dan alleen het aantal beëindigde trajecten of succesvolle uitstroom.

5.2.3 Effectiviteit en efficiëntie interventies

Om interventies die via collectiviteiten gefinancierd zijn effectief en efficiënt in te zetten is coördinatie tussen verzekeringsarts en huisarts belangrijk. Dit voorkomt overlap in de verstrekte zorg en tegenstrijdige adviezen en stroomlijnt keuzes in de behandeling. De huisarts kan namelijk besluiten tot doorverwijzing of zelf een behandeling in de praktijk starten die bekostigd wordt vanuit de basisverzekering van de patiënt. De verzekeringsarts kan ook besluiten tot de inzet van programma's, al

dan niet met een behandelingscomponent, vanuit de aanvullende collectieve voorwaarden. Duidelijk moet zijn welke zorg geleverd kan worden vanuit de basisverzekering en waar collectief gemaakte afspraken benut kunnen worden.

5.2.4 Invloed op kwaliteit

Bij het realiseren van kwaliteit is het van belang dat gecontracteerde zorg wordt afgestemd op de behoefte van de doelgroep. Dit kan gefaciliteerd worden door afspraken die collectiviteiten kunnen maken met zorgverzekeraars. Hoewel bij werkgeverscollectiviteiten afspraken nog voornamelijk om prijs draaien, maken andere collectiviteiten zoals patiëntverenigingen wel degelijk inhoudelijke afspraken over de aard en kwaliteit van de gecontracteerde zorg⁹⁴. UWV zou dit ook kunnen doen. UWV kan via onderhandelingen met zorgverzekeraars hun re-integratie activiteiten verknopen met de zorg. Gezien het hoge aandeel van mensen met psychische aandoeningen in de ZW en WIA, zijn programma's gericht op psychosociale zorg met name relevant. Hierbij zou de voorwaarde gesteld kunnen worden dat binnen deze programma's:

- Er aandacht is voor werk in de behandeling;
- Ook programma's vergoed worden die gericht zijn op behandeling van werkgerelateerde klachten zoals burn-out en overspanning (die niet binnen de basisverzekering vergoed worden);
- Herstelbegeleiding deel van de behandeling is.

5.3 Financiering

De stakeholderanalyse liet zien dat de inzet van geïntegreerde zorg en re-integratie nog beperkt is voor sommige doelgroepen van het. Hier speelt tevens een financieringskwestie. Door bezuinigingen op het re-integratiedeel moeten bepaalde keuzes gemaakt worden welke onderdelen voor welke doelgroep wordt ingezet. Collectiviteiten bieden hier een mogelijkheid om geïntegreerde zorg en re-integratie te bekostigen.

5.3.1 UWV collectief als nieuwe vorm van re-integratiebekostiging

Via collectieve afspraken met zorgverzekeraars kunnen elementen vergoed worden die van belang zijn bij de re-integratie en die momenteel niet goed passen in de inkoop van re-integratietrajecten of welke voor bepaalde groepen niet inzet baar zijn (zoals job coaching voor 35-minners). Waar onder de oude wetgeving arbeidsgerelateerde zorg door de toezichthouder als niet rechtmatige uitgaven aangemerkt kon worden (vanwege afwijkende tariefstelling en specifieke wijze van werken) hebben zorgverzekeraars in het nieuwe stelsel meer ruimte om eigen keuzes te maken welke zorg zij vergoeden als onderdeel van collectieve afspraken. Hiermee behoren dus ook op preventie en screening gerichte programma's voor nog niet zieke WW'ers tot de mogelijkheden. Doel van programma's binnen collectieve afspraken is om de instroom in de ZW/WIA als gevolg van psychische problematiek substantieel te verlagen met een directe besparing op de uitkeringslasten op langere termijn als gevolg.

Immers, de kans op snelle werkhervatting neemt af wanneer mensen verder van de arbeidsmarkt af komen te staan. Deze mensen doen daarmee een groter beroep op sociale regelingen. Ook zorgverzekeraars profiteren. Snellere re-integratie van WW'ers betekent gezondere verzekerden die minder een beroep doen op huisartszorg en mogelijk ook duurdere specialistische zorg. Voor deze optie gelden tevens een aantal randvoorwaarden in de uitvoering:

- Afspraken over een gezamenlijk geïntegreerde inkoop. Welke delen van het programma kunnen vergoed worden vanuit het re-integratie budget van het UWV en welke delen vallen binnen collectieve afspraken met verzekeraars? Deze afspraken kunnen uitgewerkt worden in een gestandaardiseerd onderdeel van het plan van aanpak dat voor elke cliënt van het UWV wordt opgesteld.
- Afspraken over shared benefits aan de hand van verdere effectiviteitsstudies naar de kosten en baten van geïntegreerde zorg en re-integratie activiteiten. Welke besparing kan gerealiseerd worden aan de uitkeringskant? Welke besparing op ziektekosten? Welke investering staat hier tegenover? Wat zijn de maatschappelijke kosten en baten in termen van participatie en productiviteitswinst die eerdere werkhervatting met zich meebrengt? Wat is de uiteindelijke *return on investment*? De opbrengst van een dergelijke studie zou extra legitimering moeten geven voor een gezamenlijke investering vanuit verzekeraars en UWV in programma's voor verzekerden zonder werkgever. Onderzoek moet tevens inzichtelijk maken in hoeverre preventieve gezondheidsinterventies in de WW zouden kunnen leiden tot een daling in aanspraken op de ZW door zieke WW'ers en uiteindelijk daling in WIA instroom. Momenteel blijkt dat meer dan de helft van de instroom in de WIA komt vanuit vangnetters⁴, terwijl deze groep 'slechts' 20% van de beroepsbevolking is⁹⁵.

⁴ Hier moet nog een onderscheid gemaakt worden tussen type vangnetters. Met andere woorden, welk percentage van de WIA instroom wordt veroorzaakt door de instroom van zieke WW'ers?

Bijlage 1 Lijst gesprekspartners

Wij danken de volgende experts voor hun deelname aan de verkenning⁵.

Dhr. A.T.F. Beekman	Vrije Universiteit Amsterdam, GGZ inGeest
Dhr. R. J. Blonk	TNO
Dhr. L. Boomsma	LHV
Mw. L. Buurke	GGZ Nederland
Dhr. J. Dogger	Bedrijfsarts
Mw. Hagen	Vrije Universiteit Amsterdam
Mw. J. Hogendorp	LHV
Mw. A. Jansen	VNG
Dhr. A. Klink	Vrije Universiteit Amsterdam, VGZ
Mw. S. Lagerveld	TNO
Mw. L. Lammerts	EMGO, Vrije Universiteit Amsterdam
Dhr. J. Manders ⁶	NVAB
Mw. L.C. Nicolai	Landelijke vereniging POH-GGZ
Mw. K. Nieuwenhuijsen	Coronel Instituut
Dhr. B. Roest	VNG
Dhr. C. Scheele	LVE
Dhr. K.L.J.M. Siau	Tebodin Nederland
Dhr. P.J.A. Smit	UWV

⁵ Gesprekspartners hebben input gegeven voor de institutionele analyse in hoofdstuk 3. De opstellers van dit rapport blijven verantwoordelijk voor de inhoud.

⁶ De NVAB is geconsulteerd in de vakantieperiode, waardoor de input van bestuursleden niet heeft kunnen plaatsvinden.

Bijlage 2 Ervaringsverhalen⁷ en gehanteerd gespreksprotocol

R, vrouw, 34, vast contract als Art Director

De klachten begonnen halverwege 2012. R sliep slecht was regelmatig ziek en had last van oorspijn. R had een drukke baan en een vader die ernstig ziek was. In september 2012 werden de spanningsklachten heftiger wat zich onder andere uitte in tintelende vingers. Het bedrijf waar ze werkte maakte onzekere tijden door waardoor R nog harder ging werken. **Ze is met deze klachten naar de huisarts gegaan die haar adviseerde het rustig aan te doen.**

In januari 2013 gaf R aan bij haar leidinggevende dat ze vakantie wilde opnemen omdat ze merkte dat ze zich steeds minder goed voelde. Dit was pas mogelijk in mei. In februari kreeg R griep en oorontsteking waardoor ze zich twee weken ziek meldde. In maart kreeg ze weer griep waarna ze bij terugkomst in gesprek moest met een bedrijfsarts die ingehuurd was door de werkgever. **De bedrijfsarts gaf aan dat R niet goed met stress kon omgaan en beter voor zichzelf moest zorgen. Hij benadrukte dat ze niet overspannen was omdat ze geen depressie klachten had.** Inmiddels waren de spanningsklachten verergerd en kampte R met rug/nek klachten en RSI. In juli sprak R weer met de bedrijfsarts die haar adviseerde om met een mental coach te gaan praten. Met haar werkgever sprak R af om na een paar weken tijdens haar herstel, thuis aan het werk te gaan. R heeft zich dan ook niet ziek gemeld in deze periode. In de tussentijd sprak R met een mental coach. Zij gaf R het advies om haar ziek te melden en de komende 2 maanden volledig rust te nemen. Hierna heeft R de mental coach niet meer gezien omdat de kosten erg hoog waren en niet vergoed werden.

In de komende weken daarna, was R bezig met haar revalidatie vanwege een operatie aan haar kruisband en is **zij door de huisarts doorverwezen naar een eerstelijnspsycholoog**. Vijf sessies heeft ze vergoed gekregen (met eigen bijdrage) de zesde sessie heeft R zelf bekostigd. **Met de psycholoog is gesproken over karakter trekken die in het werk een rol spelen maar er is niet gesproken over re-integratie.** De psycholoog wist niet goed wat een burnout was en kon daarom daar ook niet mee omgaan. In de tussentijd had R op aanraden van de mental coach geen contact met haar werkgever maar verliep al het contact via de bedrijfsarts die zo nodig contact met de huisarts kon opnemen.

In september/oktober begon R te re-integreren door drie keer per week een halve dag te werken. R verzocht haar leidinggevende om een integratiecoach maar hier kwam geen antwoord op. In november vertelde haar werkgever in een gesprek dat ze haar niet meer konden betalen. Er was een verzoek bij het UWV ingediend om haar te ontslaan. Hierop zocht R hulp bij het juridisch loket. Het juridisch loket gaf aan dat ze niet ontslagen mocht worden tijdens haar ziekte verlof. Vlak voor kerst 2013 kreeg R haar ontslag brief waar ze niet mee akkoord ging. R kreeg namelijk het advies niet akkoord te gaan omdat ze anders niet in de ziekte wet terecht zou komen maar in de WW. Hierop is de werkgever naar de kantonrechter gegaan die alsnog het ontslag heeft goedgekeurd. De werkgever heeft de kosten van de advocaat betaald, een werkcomputer meegegeven en drie sessies met een integratiecoach vergoed. R is nu in de ziekte wet.

⁷ Respondenten hebben toestemming gegeven voor het publiceren van deze verhalen. De uitwerking van de verhalen is de verantwoordelijkheid van de onderzoekers. De verhalen zijn opgetekend vanuit het perspectief van de (ex) werknemer.

P, vrouw, 29, vast contract als kinderleidster

In september 2012 kreeg P veelvuldig last van hoofdpijnen. Hiermee ging ze naar haar huisarts die vermoedde dat ze migraine klachten had. Begin 2013 merkte P dat ze naast hoofdpijnen snel vermoeid begon te raken. In haar vrije tijd was ze mentaal veel met werk bezig. Op haar werk verliepen de werkprocessen chaotisch. De directe leidinggevende van P was zelf langdurig met ziekteverlof waardoor de directie direct taken delegerden aan de mensen op de werkvloer zonder dat te overleggen. Al het contact wat P met haar werkgever in die tijd had, was met de directie. In april/mei vroeg P vakantie voor de zomer aan. Dit werd geweigerd bij gebrek aan personeel in die periode. Hierop schreef P een brief aan de directie dat zij zich niet goed voelde in haar werkomgeving. P heeft eerder meerdere malen in gesprekken met de directie aangegeven dat er op het werk e.e.a. niet goed verliep.

In juli is P met dezelfde klachten naar de huisarts gegaan die haar adviseerde zich ziek te melden. In de tussentijd werd ze doorverwezen naar de praktijkondersteuner GGZ. Hier kon ze snel (binnen een paar dagen) terecht. Ze meldde zich ziek en vertelde haar werkgever waar zij last van had. P was in de veronderstelling dat ze deze informatie moest doorgeven. Drie dagen later ontving P een brief van haar werkgever dat haar ziekmelding in twijfel werd getrokken. De werkgever had namelijk iemand naar het huis van P gestuurd en vond daar niemand thuis. Op dat moment had P een afspraak bij de POH GGZ. De huisarts legde n.a.v. deze gebeurtenis ook uit dat het bij psychische klachten juist goed is om in de buitenlucht te zijn.

Na twee weken werd P opgeroepen bij een bedrijfsarts. **De bedrijfsarts adviseerde om zo snel mogelijk te re-integreren en per direct uren op te bouwen.** Een paar dagen later moest P met haar werkgever een re-integratieplan opstellen. De directrice was zelf op vakantie en liet het over aan andere managers. In plaats van een integratieplan kreeg P een ontslagbrief. Redenen voor ontslag waren: ongeldige ziekmelding, het volgen van een opleiding zonder toestemming, solliciteren tijdens werktijd, het opstellen van factuur (twee jaar terug) die niet opgesteld had mogen worden. Tijdens het gesprek werd gevraagd of P wilde reageren. P gaf aan dit niet te doen zonder juridisch advies. Hierop heeft P een advocaat in handen genomen die het ontslag bij de kantonrechter aanvocht. De kantonrechter stelde P in het gelijk en verklaarde het ontslag nietig maar adviseerde wel om een regeling te treffen om uit elkaar te gaan. De werkverhoudingen waren inmiddels sterk verstoord. P heeft een vergoeding uit onderhandeld op voorwaarde dat ze niet ziek uit dienst zou gaan waardoor P een WW uitkering kreeg. **De rechterlijke procedure heeft vier tot zes weken geduurd. In die periode nam de stress voor P toe. Zij zag de POH GGZ geregeld. Dit hielp P erg goed.** Uiteindelijk zijn ze gestopt met de sessies. Mocht het niet goed gaan met P dan kan ze weer naar haar behandelaar. P is dan ook zeer positief over de POH GGZ. P is teleurgesteld in haar werkgever waarvoor zij acht jaar werkzaam is geweest. Als er meer duidelijkheid was geweest over werkprocessen had het niet zover hoeven komen.

N, vrouw, 35, jaar jaarcontract als beleidsmedewerker

De klachten begonnen meteen bij aanvang van N d'r aanstelling in december 2012. Door spanning, onzekerheid en gebrek aan duidelijke taakomschrijving op het werk raakte N overprikkeld, vermoeid en slecht geconcentreerd. **In januari is ze met deze klachten naar de huisarts gegaan. De huisarts was van mening dat stress bij een nieuwe baan hoort en raadde aan dat N dit met haar leidinggevende zou bespreken.** N ging daarop met haar beide leidinggevendenden in gesprek en besloot de klachten een half jaar aan te kijken. In de tussentijd zocht zij steun bij vrienden en familie. Met een van de leidinggevendenden maakte ze de afspraak om iedere week samen de werkzaamheden te bespreken. In de praktijk was de leidinggevende te druk om hier iedere week tijd voor vrij te maken. N merkte dat de behoefte verminderde om hier actief achteraan te gaan.

Doordat de werktaken 'vaag' waren en hier geen verandering in werd gebracht werd het steeds lastiger voor N om haar draai te vinden. In maart is N op zoek gegaan naar een werkcoach. In de sessies met de werkcoach wilde N leren beter met haar emoties op de werkvloer om te gaan. Met haar coach zette N in augustus haar fysieke en psychische klachten op papier. Ze heeft deze coach zelf bekostigd. **In de loop van de tijd ontwikkelde N ook RSI klachten. Hiermee ging ze naar de huisarts die haar zei dat ze overspannen was.** N meldde dit aan haar leidinggevende waarop haar leidinggevende haar naar huis stuurde.

Vervolgens had zij i.v.m. met drukte een maand geen contact met haar leidinggevende.

Drie weken nadat N ziek thuis zat werd ze opgeroepen door een bedrijfsarts die door de werkgever ingehuurd was. **Deze arts toonde begrip en stimuleerde haar binnen twee weken weer trapsgewijs (ochtenden) aan het werk te gaan.** De re-integratie verliep stroef, op de eerste dag liet N vallen niet meer te willen werken maar later stelde ze op schrift dat ze toch graag verder wilde blijven werken. **In oktober verwees de huisarts N alsnog door naar een psycholoog.** Eind oktober werd N medegedeeld dat haar contract niet verlengd werd.

M, man, 42, vast contract bij een ingenieursbureau

M heeft al ongeveer 20 jaar last van een paniekstoornis. 2 jaar geleden verergerde deze klachten. M was regelmatig ziek en kwam daardoor in contact met de bedrijfsarts nadat hij 2 weken ziek thuis was met darmklachten. De bedrijfsarts gaf aan dat er waarschijnlijk sprake was van stressklachten en raadde aan om met een psycholoog te gaan praten. M wilde los hiervan zich al aanmelden bij het centrum Obesitas Europa en heeft dit dus ook gedaan.

Het Obesitas Europa centrum heeft een psychiater, psycholoog, andere arts en diëtist in dienst. De psycholoog heeft M intensief begeleid. **Op verzoek van M, met advies van de bedrijfsarts nam de psycholoog arbeidsintegratie op in haar behandelplan. Zij had al ervaring met arbeidsintegratie.**

Tegelijkertijd heeft M met zijn leidinggevende over zijn ziekte gesproken. Deze gaf aan daar niet zo goed mee te weten omgaan maar wel bereid was om dat te leren. **Zo vroeg de leidinggevende of hij mee mocht naar de bedrijfsarts om daar advies in te winnen. M vond dit prettig.**

M heeft 3 tot 4 maanden thuis gezeten. In deze periode was hij bij de psycholoog in behandeling. Met de bedrijfsarts heeft hij tijdens het gehele proces om de 2 tot 3 weken contact gehad waarbij de voortgang en het re-integratie proces besproken werd. **M is ook bij de huisarts geweest die van mening was dat M genoeg en intensief begeleid werd door de bedrijfsarts en psycholoog en hield zich daardoor op de achtergrond.** Uiteraard, hield hij wel een vinger aan de pols indien nodig.

Na een paar maanden begon M met zijn integratie. Met uitzondering van een korte terugval van 2 weken is de re-integratie voorspoedig verlopen. Na ongeveer een jaar begeleiding, werkt hij weer op (parttime) basis en is gezond.

M is erg positief over zijn psycholoog. Hij heeft geleerd met zijn paniekstoornis te leren omgaan met name in werksituaties. Hij is ook erg tevreden over zijn leidinggevende die zowel zakelijk als bezorgd was en zijn best deed om M te helpen. De bedrijfsarts heeft het proces goed begeleid.

E, vrouw, 31, halfjaarcontract als software consultant

De klachten begonnen rond maart 2011, 2 tot 3 maanden nadat E bij haar werkgever was begonnen. Zij is toen op eigen initiatief naar haar huisarts gegaan met de volgende klachten: hyperventilatie, kortademigheid en slecht slapen. **De huisarts wees er op dat E oververmoeid/overspannen was en rust moest nemen. Ze wilde E doorverwijzen naar een burnout psycholoog maar zei meteen dat de wachttijd (3 maanden) erg lang was.** Daardoor is E niet naar een psycholoog gegaan maar is ze op eigen initiatief naar een haptonoom gegaan. **De huisarts raadde E aan om haar werkgever in te lichten over haar klachten.**

E deed dit en meldde zich ziek met de reden dat ze oververmoeid was. De tweede dag van haar ziekte belde haar leidinggevende met het verzoek op gesprek te komen. E gaf aan daar niet toe in staat te zijn en vroeg om een week thuis uit te rusten. Dit accepteerde de leidinggevende niet en bleef de dagen daarop bellen met hetzelfde verzoek. Vervolgens stuurde de werkgever meerdere aangetekende brieven waarin stond dat E volgens de wet Poortwachter niet mee werkte aan haar herstel en om die reden haar salaris zou worden ingehouden. E vroeg haar werkgever om een consult met een bedrijfsarts, dit werd geweigerd door de werkgever die eerst persoonlijk met E wilde spreken.

Een maand later nam alsnog een bedrijfsarts contact op met E. Hij adviseerde haar een paar weken rust te nemen. Een paar dagen later belde de bedrijfsarts E met de mededeling dat haar werkgever wilde dat hij een ander verhaal opschreef dan datgene wat hij had geschreven. **Hier wilde hij niet aan meewerken dus trok hij zich terug.** In ditzelfde tijdsframe nam E contact op met het UWV om een second opinion aan te vragen. E vindt de rol van het UWV erg prettig. Ze waren volgens haar geduldig, respectvol en lieten zich niet intimideren door haar werkgever. Een vriendin van E wees haar op de mogelijkheden om via de FNV vakbond, waar E lid van is, een re-integratie coachgesprek aan te vragen. Deze coach wees erop dat E mee moest werken aan haar herstel en hielp haar een integratieplan op te stellen. Dit hield in dat ze 3 dagen 4 uur per dag ging werken en dit langzaam verder zou uitbreiden. Tevens was er het verzoek om ander soort werk te doen omdat het huidige werk teveel prikkels en stress gaf. De werkgever accepteerde het tijdschema maar ging niet akkoord met ander werk.

E begon haar werkhervatting maar de relatie tussen haar en de werkgever was diep verstoord. Ook omdat de werkgever nog steeds geen salaris wilde betalen (sinds 2 maanden). Zij heeft 2 weken deeltijd gewerkt. **In de tussentijd moest ze verplicht naar een andere bedrijfsarts. Het contact met deze bedrijfsarts was van korte duur, er is geen vervoltraject besproken.** In de tussentijd oordeelde het UWV dat E niet verwijtbaar ziek was. Haar werkgever moest het salaris uit betalen wat inmiddels 3 maanden was stopgezet. Aan het einde van E haar integratie (2-3 weken) liep ook haar contract af. In overleg werd het contract niet verlengd.

Gehanteerd gespreksprotocol individuele casussen

- 1) Wanneer begonnen de gezondheidsklachten? Wat voor gezondheidsklachten waren dat?
- 2) Hadden de gezondheidsklachten een relatie met werk? Is hierdoor de arbeidsparticipatie verminderd?
- 3) Heb je zelf besloten hulp te zoeken, bij wie? Zo nee, heeft iemand je naar een zorgverlener verwezen? Is er bij de hulpverlener over werk gesproken?
- 4) Heb je hierover contact gehad met je directe leidinggevende/ bedrijfsarts/ HR?
- 6) Wanneer merkte je dat je moeite had met werken? Heb je je ziek gemeld?
- 7) In het geval van een langdurige ziekmelding (langer dan 6 weken), is er een re-integratieplan opgesteld? Hoe ging dit? Werkten de gemaakte afspraken? Zijn ze nagekomen? Ken je de Wet verbetering poortwachter? Is die nageleefd?
- 8) Was er samenwerking tussen de hulpverleners?
- 9) Wat ging goed en wat had beter gekund door werkgever, zorgverleners, andere betrokkenen?

Bijlage 3 Literatuurlijst

- ¹ Uit een onderzoek van ArboNed op basis van ruim één miljoen werknemers blijkt dat van de 4,6 miljoen verzuimdagen in de eerste helft van 2014, 10 procent veroorzaakt wordt door stress. Dat is acht keer zoveel als in 2009.
- ² RIVM (2014). Nationaal Kompas Volksgezondheid. Zieteverzuim en arbeidsongeschiktheid: Wat is de relatie met ziekten en aandoeningen?
- ³ UWV Kennisverslag 2012-I. Kenniscentrum UWV, directie SBK.
- ⁴ UWV Monitor Arbeidsparticipatie 2012. Aan het werk zijn, kunnen en blijven van mensen met een arbeidsbeperking.
- ⁵ Blank, L., Peters J., Pickvance, S., Wilford, J. & MacDonald, E. (2008). "A systematic review of the factors which predict return to work for people suffering episodes of poor mental health". *Journal of Occupational Rehabilitation*, 18:27-34.
- ⁶ Steenbeek, R. et al. (2010). Objectiveren van gezondheidsgerelateerde non participatie en de vermijdbare bijdrage van de gezondheidszorg hieraan. Hoofddorp: TNO.
- ⁷ De Graaf, R., Tuijthof, M., van Dorsselaer, S. & ten Have, M. (2011). Verzuim door psychische en somatische aandoeningen bij werkenden. Resultaten van de 'Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2. Utrecht: Trimbos Instituut.
- ⁸ Blonk, R. W., Brenninkmeijer, V., Lagerveld, S. E., & Houtman, I. L. (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.
- ⁹ Vlasveld, M.C. (2012). Sickness absence and return to work in workers with major depressive disorder: The Netherlands Depression Initiative in the occupational healthcare setting. Doctoral Dissertation, Vrije Universiteit.
- ¹⁰ Hoefsmit, N., Houkes, I., & Nijhuis, F. J. (2012). Intervention characteristics that facilitate return to work after sickness absence: a systematic literature review. *Journal of occupational rehabilitation*, 22(4), 462-477.
- ¹¹ van der Feltz-Cornelis, C. M., Hoedeman, R., de Jong, F. J., Meeuwissen, J. A., Drewes, H. W., van der Laan, N. C., & Adèr, H. J. (2010). Faster return to work after psychiatric consultation for sicklisted employees with common mental disorders compared to care as usual. A randomized clinical trial. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 6, 375.
- ¹² Deze indeling sluit aan op een indeling gehanteerd door het RIVM. Zie RIVM (2014). Gezondheid en Maatschappelijke participatie. Themarapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014.
- ¹³ Klink, A. (2012). Toerusting in de arena van de gezondheidszorg. Waarom kostenbesparende innovaties de zorg vaak duurder maken. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- ¹⁴ TNO (2014). Zorg voor Werk. Hoe kan de (eerstelijns) zorg bijdragen aan een gezonde beroepsbevolking.
- ¹⁵ Moffitt TE, Caspi A, Taylor A, Kokaua J, Milne BJ, et al. (2010) How common are common mental disorders? Evidence that lifetime prevalence rates are doubled by prospective versus retrospective ascertainment. *Psychological Medicine*, 40: 899–909.
- ¹⁶ Henderson, M., Glozier, N. & Holland, E.K (2005). Long term sickness absence. *British Medical Journal* 330: 802–803.
- ¹⁷ OECD (2014). Mental Health and Work: the Netherlands.
- ¹⁸ Zie ook Helderma, J.K. (2007). Bringing the market back in? Institutional complementarity and hierarchy in Dutch housing and health care. Doctoral dissertation, Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (iBMG).
- ¹⁹ Talma Institute (2013). Zorg voor Werk. Opbrengst van een inhoudelijke verkenning op het terrein van de bedrijfsgezondheidszorg met CNV, CZ, IBM, KLM Health Services, Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, NVAB, NVVA, Philips, Rabobank, Research voor Beleid, Siemens, Tata Steel, TNO, Vrije Universiteit, VUmc.
- ²⁰ Klink, A. (2012).
- ²¹ Witkamp, A., van Oploo, M. & de Ruig, L. (2013). Aandacht voor arbeid in de zorg. Effectieve interventies met het oog op werkhervatting voor zieke werknemers en arbeidsongeschikten. Een onderzoek in opdracht van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. Zoetermeer: Research voor Beleid.
- ²² Van der Kemp, S.A. & van der Zeijden, P.Th. (2014). De markt en kwaliteit van arbodienstverlening. Zoetermeer: Research voor Beleid.

-
- ²³ Van der Kemp & van der Zeijden (2014)
- ²⁴ Van Puijbroek, T & Visscher, K. (2013). Collectieve inkoop van een integrale keten van preventie, verzuim en re-integratie. Capgemini Consulting.
- ²⁵ Van Puijbroek, T., Visscher, K., Moor, C. & Nelissen, M. (2014). Sector- en branchgeorganiseerde bedrijfsgezondheidszorg. Zes casussen van sectoren en branches. Capgemini.
- ²⁶ NIVEL (2007). De rol van collectiviteiten in het nieuwe zorgstelsel. Utrecht.
- ²⁷ Van den Broek, P., Streng, R. & van der Linden, M. (2008). Synergie in de keten van zorg en sociale zekerheid: utopie of realiteit? Den Haag: Atos Consulting.
- ²⁸ Dit blijkt uit een ledenraadpleging van de NVAB van mei 2014. De NVAB heeft toestemming gegeven deze cijfers op te nemen in de rapportage.
- ²⁹ Recht van Spreken. Onderzoek naar Knelpunten in de uitvoering van de Wet Verbetering Poortwachter. Stichting De Ombudsman, Breed Platform Verzekerden en Werk.
- ³⁰ Reijenga, F.A., Veerman, T.J. & van den Berg, N. (2006). Onderzoek evaluatie Wet Verbetering Poortwachter. AStri beleidsonderzoek- en advies.
- ³¹ Recht van Spreken. Onderzoek naar Knelpunten in de uitvoering van de Wet Verbetering Poortwachter. Stichting De Ombudsman, Breed Platform Verzekerden en Werk.
- ³² Interne ledenraadpleging NVAB mei 2014.
- ³³ Dit blijkt uit een interne ledenraadpleging van de NVAB van mei 2014. De NVAB heeft toestemming gegeven deze cijfers op te nemen in de rapportage.
- ³⁴ Van der Klink, J.J.L., Blonk, R.W.B., Schene, A.H. & van Dijk, F.J.H. (2003). Reducing long term sickness absence by an activating intervention in adjustment disorders: a cluster randomised controlled design. *Occupational & Environmental Medicine*, 60: 429-437.
- ³⁵ De Zwart, B.C.H., Prins, R. & van der Gulden, J.W.J. (2011). Onderzoek naar de positie van de bedrijfsarts. AStri beleidsonderzoek- en advies.
- ³⁶ OECD (2011). Sick on the job. Myths and Realities about Mental Health and Work.
- ³⁷ Houtman, I., Steenbeek, R., van Zwieten, M. & Andriessen, S. (2013). Verklaring stijging WIA instroom vanuit werkgeversperspectief: een vignettenstudie. Delft: TNO.
- ³⁸ Brohan, E. (2012). Systematic review of beliefs, behaviours and influencing factors associated with disclosure of a mental health problem in the workplace. *BMC*, 12(11): 1-14.
- ³⁹ Ecorys (2014). Zo gek nog niet, aan het werk met een psychische stoornis. Vooronderzoek: literatuurstudie.
- ⁴⁰ Timmerman, J.P.H.K., Wissink, C.E. & Geuns, R.C. (2007). Werkgeversaanpak van re-integratie bij ziekte. Amsterdam: Regioplan Beleidsonderzoek.
- ⁴¹ Interview NVAB.
- ⁴² Deze conclusies zijn gebaseerd op De Zwart, B.C.H., Prins, R. & van der Gulden, J.W.J. (2011). Onderzoek naar de positie van de bedrijfsarts. AStri beleidsonderzoek- en advies.
- ⁴³ Nederlandse Zorgautoriteit (2012). Marktscan Zorgverzekeringsmarkt: Weergave van de markt 2007-2012.
- ⁴⁴ Zie ook College voor Zorgverzekeringen (2007). Van Preventie Verzekerd. Acht invalshoeken op preventie en verzekerde zorg.
- ⁴⁵ Van der Grinten, T.E.D. & Drewes, J.B.J. (2007). Zorgverzekeraar en preventie. Nieuw kansen of business as usual? *Zorg & Financiering*, 6(7): 9-15.
- ⁴⁶ Ploch, T. (2010). Preventie met zorg : visie van de gezondheidsfondsen op de organisatie en financiering van preventie in de Nederlandse gezondheidszorg. Visiedocument Samenwerkende Gezondheidsfondsen.
- ⁴⁷ NVAB (2005). De bedrijfsarts en de eerste lijn. Over samenwerking, zorgverzekeringen en regionale ondersteuningsstructuren.
- ⁴⁸ NVAB (2005)
- ⁴⁹ Nederlandse Zorgautoriteit (2011). Advies Basis GGZ.
- ⁵⁰ College voor Zorgverzekeringen (2013). Advies Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg, deel 2.
- ⁵¹ Nederlandse Zorgautoriteit (2011). Advies Basis GGZ.
- ⁵² Lecrubier, Y. (2006). Widespread underrecognition and undertreatment of anxiety and mood disorders: results from 3 European studies. *The Journal of clinical psychiatry*, 68, 36-41.

-
- ⁵³ Zie ook Batenburg, R.S., Hassel, D. van, Lee, I. van der. (2012). Knelpunten in de arbocuratieve samenwerking tussen bedrijfsartsen en de eerstelijnszorg. Utrecht: NIVEL.
- ⁵⁴ Interview Landelijke Vereniging POH-GGZ
- ⁵⁵ Zie Landelijke vereniging POH-GGZ. Verkregen via <http://www.poh-ggz.nl/over-poh-ggz/functieprofiel>
- ⁵⁶ Zie ook <http://www.poh-ggz.nl/over-poh-ggz/functieprofiel>
- ⁵⁷ NZa (2013). Prestatiebeschrijving POH-GGZ. Gedownload via http://www.nza.nl/95826/99522/133253/Prestatiebeschrijving_POH-GGZ.pdf
- ⁵⁸ Zie http://www.poh-ggz.nl/images/POH_GGZ_module_Achmea_2014.pdf
- ⁵⁹ Interview Landelijke Vereniging POH-GGZ
- ⁶⁰ LHV (2014). Uitkomsten tweede LHV-peiling GGZ. Gedownload via <http://lhv.artsennet.nl/Actueel/Nieuws6/Nieuwsartikel/Huisarts-vangnet-voor-patienten-met-psychische-problemen.htm>
- ⁶¹ Interview LHG
- ⁶² Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Overspanning en Burn-Out, 2011.
- ⁶³ Interview GGZ Nederland
- ⁶⁴ Interview LVE
- ⁶⁵ Interview GGZ Nederland
- ⁶⁶ Verkregen via <http://lhv.artsennet.nl/Actueel/Nieuws6/Nieuwsartikel/Huisarts-vangnet-voor-patienten-met-psychische-problemen.htm>
- ⁶⁷ LHV (2014). Uitkomsten tweede LHV-peiling GGZ.
- ⁶⁸ Gebaseerd op inkoopkader en overzicht re-integratiedienstverlening UWV
- ⁶⁹ UWV Kennisverslag 2013
- ⁷⁰ Langerak, W., Langeland, W., Draijer, N., Draisma, S. & Balkom, T. van. (2011). Diagnostiek en classificatie van psychiatrische aandoeningen bij een steekproef van langdurig psychisch arbeidsongeschikten. Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde, 19: 14-21.
- ⁷¹ Cornelius, B. (2013). A view beyond the horizon. A prospective cohort study on mental health and long-term disability. Proefschrift, Rijksuniversiteit Groningen.
- ⁷² UWV Kennisverslag 2012
- ⁷³ Inspectie Werk en Inkomen (2009). Verbetering re-integratie tweede spoor. Rol UWV belicht.
- ⁷⁴ Visscher, K., van den Hauten, M. & de Jong, P. (2006). Re-integratie van zieke uitzendkrachten in Den Haag en Venlo. Evaluatie van het project *Van arborol naar arbodienstverlening*, arboconvenant uitzendbranch. Den Haag: APE.
- ⁷⁵ KNMG (2007). Code Gegevensverkeer en samenwerking bij arbeidsverzuim en re-integratie.
- ⁷⁶ Inspectie Werk en Inkomen (2009). Verbetering re-integratie tweede spoor. Rol UWV belicht.
- ⁷⁷ Interview UWV
- ⁷⁸ TNO (2014). Zorg voor Werk. Hoe kan de (eerstelijns) zorg bijdragen aan een gezonde beroepsbevolking.
- ⁷⁹ Nolte, E. & McKee, M. (2008). *Caring For People With Chronic Conditions: A Health System Perspective: A Health System Perspective*. McGraw-Hill International.
- ⁸⁰ Kodner, D. L. (2009). All together now: a conceptual exploration of integrated care. *Healthcare quarterly*, 13, 6-15.
- ⁸¹ Valentijn, P., Schepman, S., Opheij, W., & Bruijnzeels, M. (2013). Understanding integrated care: A comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *International Journal of Integrated Care*, 13
- ⁸² Wagner E, Austin B, Coleman C. It takes a region: creating a framework to improve chronic disease care. MacColl Institute for Healthcare Innovation, 2006.
- ⁸³ Klink J J L van der, Blonk R W B, Schene A H, Dijk F J H van. Reducing long term sickness absence by an activating intervention in adjustment disorders: a cluster randomised controlled design. *Occup Environ Med*. Jun 2003; 60(6): 429-437.
- ⁸⁴ Panteia, Research to progress, Aandacht voor arbeid in de zorg, "effectieve interventies met het oog op werkherhvatting voor zieke werknemers en arbeidsongeschikten" Zoetermeer, 2012

-
- ⁸⁵ Van der Klink et al, "reducing long term sickness absence by an activating intervention in adjustment disorder, *Occup Environ Med*, 60(2003)429-437.
- ⁸⁶ Lagerveld en Blok et al, "workfocused treatment of common mental disorders and return to work" *Journal of Occupational Health Psychology*, 17(2012) 220-234.
- ⁸⁷ Lexis, "prevention of longterm sickness absence and major depression through early intervention" Maastricht, 2011.
- ⁸⁸ Arends en van der Klink, Bültmann. "Prevention of recurrent sickness absence among employees with CMD" *BMC Public health* 15 (2010) 132.
- ⁸⁹ UWV Hengelo, 2011
- ⁹⁰ Bijlagen bij: Terluin B, Van Dijk DM, Van der Klink JLL, Hulshof CTJ, Romeijnders ACM. De behandeling van overspanning. *Huisarts Wet* 2005;48(1):7-12.
- ⁹¹ Capgemini Consulting, "Collectieve inkoop van een integrale keten van preventie, verzuim en re-integratie". 2013.
- ⁹² UWV Kennisverslag 2014
- ⁹³ Lammerts, L., Vermeulen, S.J., Schaafsma, F.G., van Mechelen, W., Anema, J. R. (2014). Return to work of workers without a permanent employment contract, sick-listed due to a common mental disorder: design of a randomised controlled trial. *BMC Public Health*, 14: 594.
- ⁹⁴ Van Ruth, L.M., de Jong, J.D. & Groenewegen, P.P. (2007). De rol van collectiviteiten in het nieuwe zorgstelsel: keuzes, verloop en uitkomsten van de onderhandelingen over de collectieve zorgverzekering voor 2006 en 2007. Utrecht: NIVEL.
- ⁹⁵ CPB (2013). Verkregen via http://www.cpb.nl/sites/default/files/mev2013_kaderp46_0.pdf