

A man with long hair tied back, wearing a dark blue zip-up jacket and blue jeans, is seated in a wheelchair. He is in a large warehouse with tall yellow metal shelving units on both sides, filled with cardboard boxes. He is reaching up with his right hand to a shelf to pick up a small white box. The wheelchair has a large black wheel with the brand name 'COLONIS' visible. The floor is a light-colored polished surface.

Revalidatie en arbeid, investeren voor de toekomst

Verkenning naar het rendement van best-practices en toekomstscenario's
voor arbeidsgerichte revalidatie



Revalidatie 
Nederland

 **revalidatiefonds**
50 JAAR ontwikkelaars in zelfstandigheid

**TNO-rapport
in samenwerking met
Revalidatie Nederland en het Revalidatiefonds**

Arbeid
Polarisavenue 151
Postbus 718
2130 AS Hoofddorp

www.tno.nl/arbeid

T 023 554 93 93
F 023 554 93 94

Revalidatie en arbeid, investeren voor de toekomst

Verkenning naar het rendement van best-practices
en toekomstscenario's voor arbeidsgerichte revalidatie

Datum 15 november 2010

Auteurs Cees Wevers, Joost van Genabeek, Romy Steenbeek, Peter Buijs

Alle rechten voorbehouden. Niets uit dit rapport mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd uitgebracht, wordt voor de rechten en verplichtingen van opdrachtgever en opdrachtnemer verwezen naar de Algemene Voorwaarden voor Onderzoeks- opdrachten aan TNO, dan wel de betreffende terzake tussen partijen gesloten overeenkomst. Het ter inzage geven van het TNO-rapport aan direct belanghebbenden is toegestaan.

© 2010 TNO

Inhoudsopgave

Samenvatting.....	3
1 Aanleiding: waarom dit onderzoek?	5
1.1 Centrale onderzoeksvraag.....	5
1.2 Urgentie en korte historie	5
1.3 Aanpak van het onderzoek.....	8
2 Arbeidsrevalidatie en best-practices	10
2.1 Definiëring.....	10
2.2 Aantallen patiënten in arbeidsrevalidatie	11
2.3 Zoektocht naar best-practices	13
3 De goede voorbeelden en hun rendement	15
3.1 Leeswijzer voor dit hoofdstuk	15
3.2 Beschrijving naar diagnosecategorie	16
3.3 Intensieve begeleiding op het werk.....	21
3.4 Intensieve (om)scholingstrajecten bij revalidatie	22
3.5 Flexjobs: een Deense best-practice	25
3.6 Beschrijving proceskenmerken, risico- en succesfactoren.....	26
3.7 Relatie arbeid en gezondheidszorg: ruimte voor verbetering	31
3.8 Hoe komen kosten-effectiviteit en kosten-baten analyses tot stand?	34
3.9 Conclusies.....	36
4 Trends voor de arbeidsrevalidatie richting 2020	40
4.1 Arbeidsmarktpositie van chronisch zieken en gehandicapten.....	40
4.2 Rol van de overheid en markwerking in de zorg	43
4.3 Invloed zorgverzekeraars.....	45
4.4 Private financiering revalidatiesector.....	46
4.5 Invloed van de patiënt op het aanbod van de revalidatiesector.....	47
4.6 Technologische ontwikkelingen en innovatieve concepten.....	49
4.7 Zorg wordt steeds meer in ketens georganiseerd.....	50
5 Scenario's en strategie	52
5.1 Aanpak van de scenarioverkenning	52
5.2 De vier scenario's	54
5.3 Scenariospecifieke opties voor arbeidsrevalidatie	60
5.4 Toekomstbestendige strategieën	62
6 Conclusies en aanbevelingen.....	65
Literatuur	68
Bijlage: samenstelling van de klankbordgroep	77

Samenvatting

‘Op welke wijze kan de revalidatiesector in de komende jaren de arbeidsparticipatie van gehandicapten en mensen met een chronische aandoening helpen verbeteren?’

Dit is de centrale vraag in het onderzoek en in deze korte samenvatting staat de kern van de bevindingen.

Door (literatuur)onderzoek naar het rendement van best-practices en door resultaten te plaatsen in een toekomstanalyse voor de komende 10 jaar is geprobeerd deze vraag zo goed mogelijk te beantwoorden.

De ongunstige arbeidsmarktpositie van gehandicapten en chronisch zieken is nog steeds een belangrijk maatschappelijk vraagstuk. Tengevolge van de vergrijzing van de beroepsbevolking, verwachte krapte op de arbeidsmarkt en verhoging van de wettelijke pensioenleeftijd wordt deze problematiek alleen maar urgenter. Versterking van de arbeidsgerelateerde revalidatie is deel van de oplossing, zo laat dit onderzoek zien. Hiervoor is het nodig arbeidsrevalidatie hoger op de maatschappelijke en politieke agenda te krijgen door samenwerking te intensiveren met maatschappelijk organisaties en bedrijfsleven.

Arbeidsrevalidatie onvoldoende zichtbaar

In Nederland is helaas geen goed overzicht van de aantallen revalidanten die met behulp van arbeidsgerichte revalidatie hun positie op de arbeidsmarkt proberen veilig te stellen. De revalidatiesector behandelt jaarlijks ongeveer 50.000 cliënten poliklinisch en klinisch in de beroepsleeftijdscategorie van 21 tot 65 jaar. Dit is circa tweederde van het totaal aan patiënten. In hoeverre specifiek op arbeid gerichte revalidatie bij deze patiënten ook feitelijk gebeurt, is niet aan te geven. We weten niet hoeveel patiënten er werk hebben en arbeidsgerelateerde diagnostiek en behandeling zijn niet apart herkenbaar in de behandelkosten. Bovendien voeren ook private partijen arbeidsgerelateerde revalidatie uit. Daarom is het niet mogelijk het rendement van arbeidsgerelateerde revalidatie in enkele aansprekende getallen weer te geven.

Rendement aangetoond...

Belangrijke conclusie is dat voor de grote groep mensen met klachten aan het bewegingsapparaat het positieve rendement van arbeidsgerelateerde revalidatie overtuigend in experimenten is aangetoond. Arbeidsgerelateerde revalidatie leidt tot minder verzuim en betere inzetbaarheid in arbeid, tot minder uitkeringsafhankelijkheid en lagere vervolgzorgkosten. Er zijn voldoende argumenten om deze aanpak voor deze klachten als verzekerde prestatie op te nemen in het basispakket van de Wet zorgverzekeringen. Overheid en verzekeraars zijn hier aan zet. Voor andere diagnosegroepen is er minder onderzoek beschikbaar en is het positieve rendement minder eenduidig aangetoond.

Maar betere onderbouwing nodig

Moge arbeidsrevalidatie in principe kosten-effectief zijn, het moet wel voor verschillende omstandigheden en patiëntengroepen verder onderbouwd worden, voordat arbeidsgerelateerde revalidatie in brede zin in het verzekerde pakket kan worden opgenomen. Voor deze onderbouwing zijn financiële middelen nodig. Naast verzekeraars zullen hier vooral de revalidatiesector en de professionals zelf het voortouw moeten nemen.

Helaas ontbreekt bruikbare informatie over de inzet van specifiek op arbeid gerichte revalidatie. Diagnostiek en behandeling zijn niet apart herkenbaar in de behandelkosten. Arbeidsrevalidatie is daardoor onvoldoende zichtbaar en onderbouwing van positief rendement is op dit moment onmogelijk.

Kosten en baten voor verschillende partijen

Kernobstakel voor de benutting en ontwikkeling van arbeidsrevalidatie zijn de schotten in financiering en regelingen. Een verzekeraar draait in eerste instantie voor de meerkosten op, terwijl andere partijen (werkgevers, UWV, andere verzekeraars) de baten incasseren met een terugverdiendtijd en rendement die variabel zijn. Partijen nemen daardoor een afwachtende houding aan. Wij pleiten voor een boven de partijen staand stimuleringsfonds of programma, waarin de diverse partijen bestuurlijk en financieel participeren om via het organiseren en monitoren van experimenten de noodzakelijke transparantie in kosten en baten te realiseren.

Multidisciplinaire eerstelijns revalidatie (MER)

MER heeft als best-practice bovengenoemde patstelling doorbroken. Sommige verzekeraars vergoeden deze vorm van arbeidsrevalidatie voor al hun verzekerden die langdurig (dreigen te) verzuimen wegens chronische pijnklachten in houding en beweging. Gebaseerd op evidence based interventies bestaat het uit een strak geprotocolleerde diagnostiek, strakke doorlooptijd van de multidisciplinaire behandeling met functieherstel in de arbeid als primair behandel- en trainingsdoel. Bijzonder is ook dat sinds kort niet alleen revalidatiecentra maar ook private instellingen als Zelfstandig BehandelCentrum vergelijkbare dienstverlening als de MER aanbieden die door verzekeraars vergoed wordt.

Kennis delen en innovatie

Het ontstaan van regionale netwerken die onderling verschillen, concurrentie en specialisatie versnellen in de nabije toekomst de noodzakelijke innovatie. Des te meer is het noodzakelijk deze nieuwe kennis te delen en breed te implementeren. Revalidatieinstellingen moeten deelnemen aan 'academische werkplaatsen' voor een efficiënte organisatie van effectiviteitsonderzoek en kennisuitwisseling. Ook is een landelijk platform noodzakelijk voor uitwisseling van regionale best-practices in ketensamenwerking. Er zijn vele lokale samenwerkingsinitiatieven die op dit moment onvoldoende invloed hebben op het landelijk beleid.

1 Aanleiding: waarom dit onderzoek?

1.1 Centrale onderzoeksvraag

Het 50-jarig bestaan van het Revalidatiefonds is een uitstekende aanleiding om niet alleen terug te blikken, maar vooral om vooruit te kijken naar de uitdagingen, waarvoor de revalidatiesector zich de komende jaren ziet geplaatst. Vandaar dit onderzoek met als thema *revalidatie en arbeid*. In dit thema komen de twee wellicht grootste uitdagingen samen waar ons land – en vele andere ‘rijke’ landen – voor staan:

- Vergroting van de *arbeidsparticipatie* om de trends van vergrijzing en ontgroening op te vangen in een globaliserende economie en ter verbetering van de arbeidsmarktkansen van gehandicapten
- Versterking van de *kwaliteit en efficiëntie van de zorg* om de toenemende zorgbehoefte en -mogelijkheden betaalbaar te houden, een trend die niet alleen met de vergrijzing, maar ook met de explosief groeiende medisch-technische kennis te maken heeft.

Over het grote belang van beide thema's bestaat in ons land brede consensus. Vanuit wetenschappelijke hoek vallen daaraan steeds meer studies toe te voegen waaruit blijkt, dat het hebben van werk een cruciale randvoorwaarde is voor kwaliteit van leven (Waddell & Burton, 2006, Blonk 2006). En dit geldt eens te meer voor mensen met een handicap of chronische aandoening. Dat maakt het thema ‘arbeid’ extra van belang voor hen en voor hun behandelaars.

Zo komen we tot de centrale onderzoeksvraag:

‘Op welke wijze kan de revalidatiesector in de komende jaren de arbeidsparticipatie van gehandicapten en mensen met een chronische aandoening helpen verbeteren?’

1.2 Urgentie en korte historie

Historie

Met het oog op de toekomst is het toch goed even terug te kijken, omdat de arbeidsparticipatie van chronisch zieken en gehandicapten in het verleden vaker speciale aandacht heeft gekregen. Al meer dan een eeuw geleden gebeurde het al bij instellingen als de Johanna- en de Adriaanstichting in Rotterdam. Uit pure economische noodzaak, omdat – met amper sociale voorzieningen – de gehandicapte tot armoede gedoemd was als men geen fatsoenlijk vak kon leren. Van recenter datum zijn de pogingen om via wetgeving deelname aan arbeid te bevorderen (Wet Arbeidgehandicapte Werknemers 1986). In de jaren negentig van de vorige eeuw heeft de Nationale Commissie Chronisch Zieken een actieprogramma uitgevoerd ten bevordering van de (arbeids)participatie van chronisch zieken en gehandicapten. Diverse instituten, waaronder ook TNO, hebben tal van onderzoeken gedaan naar de arbeidsparticipatie van chronisch zieken en gehandicapten. En het SCP beschrijft met enige regelmaat de maatschappelijke positie van mensen met beperkingen. Het ministerie van VWS heeft bovendien voor een aantal jaren expertisecentra voor enkele chronische aandoeningen ondersteund, waarbij arbeid een specifiek aandachtspunt was. De stelselwijzigingen in de sociale zekerheid om de in Nederland hoge instroom in verzuim- en arbeidsongeschiktheidsrege-

lingen te beteugelen, hebben tot een overvloed aan beleidsonderzoek geleid en uiteindelijk tot relatief succesvolle ingrepen¹.

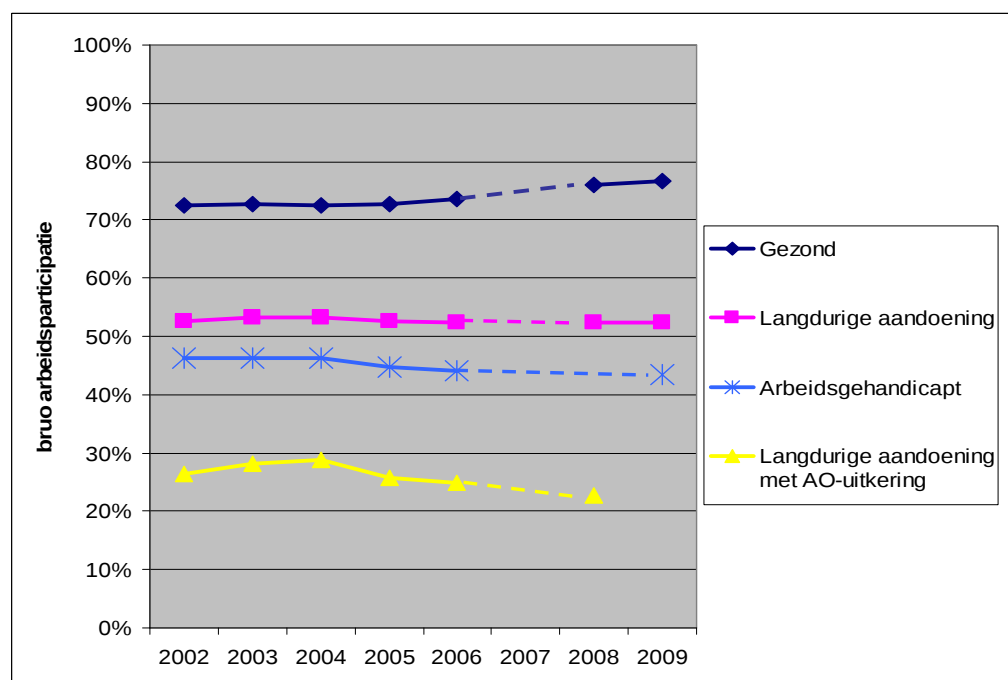
Waar de arbeidsgerichte revalidatie in Nederland internationaal gezien tot in de jaren tachtig achterliep, is er daarna een inhaalslag gemaakt. De Rea-instituten (REA-College Nederland en Eega), revalidatie-instellingen als Heliomare en zorginstellingen als Parc Spelderholt uit Beekbergen hebben zich speciaal met arbeidsrevalidatie geprofileerd. In de private re-integratiesector houden veel bedrijven zich bezig met interventies voor werknemers die om gezondheidsredenen (langdurig) verzuimen.

In de revalidatiesector in den brede is meer aandacht gekomen voor wetenschappelijk onderzoek onder meer via ZonMw-programma's. Er is een Commissie Arbeidsgehandicapten en Werk (2000) geweest en op dit moment staan jonggehandicapten speciaal in de belangstelling bij de overheid en de SER. Vilans, TNO en het REA-College Nederland stonden aan de wieg van het kenniscentrum CrossOver dat in 2007 ter ondersteuning van de maatschappelijke participatie van jongeren met beperking gestart is.

Arbeidsparticipatie teleurstellend

Uit deze korte schets zou men kunnen concluderen dat het dus met de arbeidsparticipatie van mensen met beperkingen de goede kant op is gegaan. Dit blijkt niet zo te zijn. Terwijl de arbeidsparticipatie van de gezonde beroepsbevolking een stijgende trend laat zien, vertoont die van mensen met een langdurige aandoening en arbeidshandicap onmiskenbaar een dalende lijn, alle beleidsinspanningen ten spijt. Voor het afgelopen decennium is dit in beeld gebracht in de onderstaande grafieken.

Figuur 1.1 Bruto arbeidsparticipatie van groepen met een langdurige aandoening, 2002-2009*

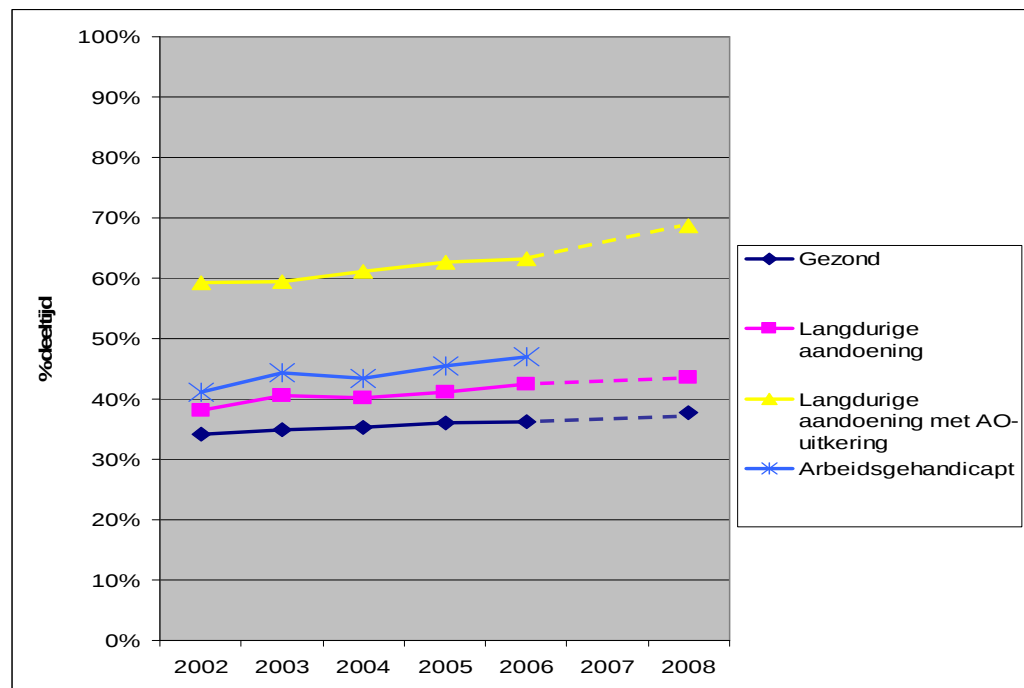


Bron: CBS, EBB

* Gegevens over personen met een langdurige aandoening/arbeidsgehandicapten ontbreken voor 2007, omdat de betreffende bevolkingsenquête niet is gehouden.

¹ WIA, Wet verbetering Poortwachter, Verlenging loondoorbetalingsverplichting.

Figuur 1.2 Percentage deeltijdwerkers naar onderzoeksgroep



Bron: CBS, EBB/SSB

De laatste grafiek illustreert dat steeds meer werkenden met chronische aandoeningen zijn aangewezen op (kleine) deeltijdbanen en daarom ook om die reden een zwakke arbeidsmarktpositie hebben. In hoofdstuk 4 komen we hier nog op terug bij het bespreken van de toekomstige ontwikkelingen op de arbeidsmarkt.

Bureau Veldkamp moest in 2005 constateren dat de weerstand om mensen met een chronische aandoening als collega of ondergeschikte in het arbeidsproces op te nemen vanaf 1992 met zo'n 50% was toegenomen tot ruim een kwart van de ondervraagden.

Opvallend is dat haaks op deze trend in kleinschalig onderzoek bij specifieke re-integratie- en revalidatietrajecten en bepaalde werkgevers juist sprake is van succesverhalen en een succesvolle aanpak, soms zelfs wetenschappelijk 'evidence based' onderbouwd. Zo onderstreepte TNO-onderzoek onlangs het succes en de positieve kosten-batenbalans van Emma at Work (zie paragraaf 3.4). Ook een bedrijf als Valid Express is zeer succesvol in het bieden van volwaardige werkgelegenheid aan mensen met functionele beperkingen².

Het is slechts een schrale troost dat Nederland in de beschreven situatie niet uniek is. De OESO herkent deze trend voor alle rijke landen en in deze internationale vergelijkingen wat betreft preventie van langdurig verzuim en re-integratie doet Nederland het niet eens zo slecht, integendeel. Wel is in sommige buitenlandse landen de toegankelijkheid van de publieke ruimte beter ontwikkeld, mogelijk onder invloed van antidiscriminatiewetgeving of het feit dat men vanouds meer ervaring heeft met oorlogsveteranen. Recente evaluaties van de fameuze ADA ('American with Disabilities Act') stemmen niet optimistisch: Volgens Deleire heeft de ADA de arbeidsmarktpositie in de VS van mensen met beperkingen eerder verslechterd dan verbeterd (Deleire in Stapleton and Burkhauser eds. 2003).

² Zie www.validexpress.nl

De conclusie dringt zich op dat de arbeidsmarktpositie van mensen met beperkingen nog steeds onder druk staat. Het lijkt erop dat de grote internationale trends op de arbeidsmarkt – globalisering, privatisering, flexibilisering, productiviteitstijging, migratie, veroudering van de beroepsbevolking, en verdienstelijking van productieprocessen – zich tot op heden moeizaam laten rijmen met de participatie van mensen met beperkingen. In hoofdstuk 4 komt dit thema nog terug.

Nieuwe kansen?

Toch zouden de zojuist geschetste arbeidsmarktontwikkelingen ook voor nieuwe kansen kunnen zorgen. Vergrijzing en ontgroening brengen hernieuwde aandacht voor verbetering van de kwaliteit van de arbeid. Als werknemers – het liefst gezond en wel – tot na hun 65^{ste} moeten doorwerken, dienen de arbeidsomstandigheden en loopbaanontwikkeling dat wel mogelijk maken. Als er relatief veel meer mensen van 45 jaar en ouder aan het werk zijn, betekent dit ook meer werkenden met chronische aandoeningen en beperkingen, omdat de kans hierop met de leeftijd toeneemt. De historisch gezien bijzondere situatie van een krimpende beroepsbevolking impliceert vooral ook dat de productieve bijdragen van mensen met beperkingen niet meer kunnen worden gemist. Immers de spiegelbeeldige conclusie van de bovenstaande figuren is dat er een aanzienlijke arbeidsreserve te vinden is onder niet-werkenden met een chronische aandoening. En de toenemende medisch technische mogelijkheden zijn niet alleen een kostenpost, maar kunnen ook oplossingen bieden voor vergroting van de (arbeids)participatie van chronische zieken en gehandicapten.

Al verslechtert – zo blijkt in het algemeen uit onderzoek – door een economische recessie de positie voor mensen met beperkingen, de verwachte krapte op de arbeidsmarkt kan in combinatie met de trend van het maatschappelijk verantwoord ondernemen (MVO) op termijn voor nieuwe kansen zorgen. Voor de kansen van chronisch zieken en gehandicapten zijn tevens ontwikkelingen op verwante terreinen belangrijk, zoals veranderingen in de Wajong-regeling en Bijstand, de regelingen rond gesubsidieerde arbeid (waaronder de Wet sociale werkvoorziening) en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).

1.3 Aanpak van het onderzoek

Hoe nu met al deze onzekerheden de koers voor de (arbeids)revalidatie te bepalen?

Op de eerste plaats gaan we op zoek naar goede voorbeelden ('best-practices') die richting kunnen geven aan de arbeidsgerichte revalidatie van de toekomst. Dit doen we in hoofdstuk 2. Daarbij zijn we niet alleen op zoek naar inhoudelijke vernieuwing, maar vooral naar informatie over de toegevoegde waarde, het rendement van deze best-practices. De hierboven genoemde stijging van de zorgkosten maakt deze focus op kosten en baten begrijpelijk. In revalidatieonderzoek in den brede wordt de laatste jaren meer aandacht besteed aan de effecten van de behandeling op de kwaliteit van leven en de maatschappelijke participatie. Het doel van de revalidatiebehandeling is immers niet zozeer het 'genezen' van de klachten, als wel het optimaal zelfstandig functioneren en participeren, gegeven de gezondheidsklachten en beperkingen. Een recente studie van SEO (Kok et al. 2008) veronderstelt een positieve kosten-batenbalans met aan de batenkant een hogere kwaliteit van leven van de patiënt en lagere vervolgzorgkosten. Het bijzondere van *arbeidsrevalidatie* is dat in principe de bijdrage aan productiviteitsverbetering (minder verzuim, duurzame terugkeer in arbeid) in geld is uit te drukken ('monetariseren'). Een positieve kosten-baten verhouding is dan ook een sterk argument – ze-

ker in een krappe arbeidsmarkt – om de bijdrage en verdere ontwikkeling van de arbeidsgerichte revalidatie te onderstrepen.

Een beeld van de kwaliteit en de kosten en baten van goede voorbeelden geeft richting aan de arbeidsrevalidatie van de toekomst. We moeten echter ook rekening houden met de grote onzekerheden in de ontwikkelingen rond arbeid en zorg in de komende 10 jaar. Dit doen we door in hoofdstuk 4 en 5 de goede voorbeelden in te kaderen in een trendanalyse en scenariostudie. Deze brengt aan de hand van een verkenning van vier scenario's de strategische opties voor de revalidatiesector in kaart om in de komende jaren de arbeidsparticipatie van gehandicapten en chronische zieken te verbeteren. De onderzoekers konden zich hierbij stevig ondersteund weten door een klankbordgroep. Deze was breed samengesteld uit deskundigen uit de revalidatiesector, patiëntenorganisaties en de wetenschap (zie bijlage voor de samenstelling). Wij zijn hen zeer erkentelijk voor hun stimulerende bijdragen.

De zoektocht naar de arbeidsrevalidatie van de toekomst wordt afgesloten met conclusies en aanbevelingen. Dit slothoofdstuk is tot stand gekomen in samenspraak met het Revalidatiefonds en Revalidatie Nederland, de branchevereniging van revalidatieinstellingen.

2 Arbeidsrevalidatie en best-practices

2.1 Definiëring

Wat verstaan wij onder arbeidsrevalidatie?

Revalidatie is erop gericht een zo groot mogelijke zelfstandigheid en kwaliteit van leven te bewerkstelligen van mensen met blijvend lichamelijk letsel of een functiebeperking. Een ideaaltypische definitie van *arbeidsrevalidatie* of *arbeidsgerichte revalidatie* (vocational rehabilitation) is die van Selander, geciteerd in Gobelet en Franchignoni (2006): medical, psychological, social and occupational activities aiming to re-establish among sick or injured people with previous work history their working capacities and prerequisites for returning to the labour market, to a job or availability for a job.

In deze definitie komt het multidisciplinaire ('multimodale') behandelaspect én de werkgerichtheid als *geïntegreerd* onderdeel van de revalidatiebehandeling goed naar voren. Zoals later nog uitgebreid aan de orde zal komen is deze werkgerichtheid geen vanzelfsprekendheid zowel in de revalidatie als in het algemeen in curatieve gezondheidszorg.

Uit deze definitie volgt ook een afbakening van de doelgroep van patiënten waar de arbeidsrevalidatie en dus onze 'best-practices' zich op richten. Zo moet er in principe sprake zijn van een arbeidsverleden. Dit betekent dat in dit onderzoek de groep jonggehandicapten in eerste instantie buiten beeld valt. Toch besteden wij hier aandacht aan voor zover het gaat om de combinatie beroepsgerichte scholing en revalidatie, omdat hier inspirerende lessen uit te trekken zijn voor de arbeidsrevalidatie en omdat er enige kosten-baten gegevens over bekend zijn.

De sociale werkvoorziening waar circa 100.000 mensen met beperkingen werken met als formele wettelijke doelstelling dat men zich verder kan ontwikkelen, hebben wij eveneens buiten het onderzoek gelaten.

Bovendien blijven mensen met verstandelijke en psychische beperkingen die in het algemeen niet tot de doelgroep voor de revalidatiesector worden gerekend, buiten ons onderzoek.

Twee soorten arbeidsrevalidatie

Globaal hanteren wij voor dit onderzoek de volgende tweedeling in de doelgroep.

a) Behandeling bij chronische aandoeningen/klachten

Het betreft arbeidsgerichte revalidatie bij werkenden met chronische aandoeningen/klachten die (dreigen te gaan) verzuimen of (gedeeltelijk) arbeidsongeschikt zijn geworden. Het primaire doel van de interventie is hier het behoud van (eigen) werk of terugkeer naar ander geschikt werk, met als belangrijk onderdeel het optimaliseren van de gezondheid en het optimaliseren van de inzetbaarheid en productiviteit.

Mensen met (pijn)klachten aan het houdings- en bewegingsapparaat en met name lage rugklachten, zijn verreweg de grootste groep en hier is ook relatief het meeste onderzoek naar gedaan, zoals blijkt uit de te presenteren best-practices³. Andere aandoeningen waar minder onderzoek naar gedaan is, zijn chronische ziekten als reumatoïde artritis (RA), multiple sclerose of astma (COPD). De andere relatief grote groep werknemers met langdurige klachten met een groot uitvalsrisico betreffen de mensen met psychische

³ Niet verwonderlijk omdat de maatschappelijke schade van deze aandoeningen (productiviteitsverlies en zorgkosten tezamen) meer dan drie miljard bedraagt (van der Es-Lambeek 2010) en het zeker bij 45-plussers de belangrijkste reden is van uitval uit het arbeidsproces.

klachten. Aan deze groep besteden wij – zoals al opgemerkt – in dit onderzoek geen aandacht, omdat hun behandeling primair het terrein is van de geestelijke gezondheidszorg.

b) Behandeling bij acute aandoeningen of ongevallen

Het betreft arbeidsgerichte revalidatie als een meer of minder geïntegreerde module in de revalidatie van mensen met een acute aandoening of een ongeval, waarbij de medische specialistische behandeling in eerste instantie voorop staat. Hier gaat het om mensen met een dwarslaesie, een niet aangeboren hersenletsel (NAH), trauma's of bijvoorbeeld een hartinfarct. Chamberlain (2009) pleit ervoor ook hier arbeidsrevalidatie zo vroeg mogelijk onderdeel van de behandeling te laten zijn, maar dit blijkt in de dagelijkse praktijk (nog) onvoldoende het geval. 'Evidence based' onderzoek naar kosten en opbrengsten in deze groep is aanzienlijk schaarser en ook minder eenduidig. Dit heeft ermee te maken dat de variatie in ernst van de klachten/beperking groot is – ook binnen een diagnose – en de hersteltijd uiteenloopt. De tijdshorizon wordt langer, de te bereiken arbeidsproductiviteit kan structureel minder zijn en de noodzaak voor assistentie en speciale voorzieningen op het werk, bij vervoer en in de privésituatie kan blijvend zijn.

2.2 Aantallen patiënten in arbeidsrevalidatie

De omzet van de revalidatiesector bedroeg in 2009 ongeveer 400 miljoen, wat ten opzichte van de totale eerste en tweede lijnszorgkosten en langdurige zorgkosten in Nederland (circa 60 miljard) relatief bescheiden is.

Voor ons thema van de arbeidsgerelateerde revalidatie is het vooral relevant om naar het aantal patiënten te kijken in de beroepsleeftijd. In onderstaande tabel 2.1 staan de aantallen patiënten naar leeftijdscategorie in 2009.

In de klinische revalidatie behoort 70% van de patiënten tot de beroepsleeftijd, in de poliklinische revalidatie is dit 60%. Een deel van hen heeft geen werk en/of heeft een uitkering. Toch zal bij een meerderheid van de revalidanten het thema van een mogelijke terugkeer naar werk aan de orde zijn. Maar in hoeverre specifiek op arbeid gerichte revalidatie ook feitelijk gebeurt, is niet aan te geven, omdat daarvoor geen landelijk toegankelijke gegevens worden bijgehouden. Arbeidsgerelateerde diagnostiek en behandeling zijn niet apart herkenbaar in de behandelkosten. Als hiervan al sprake is, wordt het meegenomen in activiteiten van bijvoorbeeld ergo- of fysiotherapeut. Zorgverzekeraars zijn ook bewust terughoudend om arbeidsgerelateerde activiteiten via de zorgverzekering te bekostigen. In hoofdstuk 3 en 6 gaan komt dit thema nog herhaaldelijk terug. Ook de afzonderlijke jaarverslagen van (arbeids)revalidatie-instellingen bieden geen uitkomst. Geen van de in de tabel onderscheiden diagnosecategorieën sluit arbeidsgerichte revalidatie ook principieel uit, al kan er bij elke diagnose sprake zijn van zodanig ernstige beperkingen dat terugkeer in de arbeid niet aan de orde is. Uit de tabel is op te maken dat ruim 40% (klinisch) en ruim 30% (poliklinisch) van de patiënten in de voor werk kwetsbare leeftijdscategorie van 45 tot 65 jaar valt. Op deze leeftijd heeft men al een hele loopbaan achter de rug en kan een loopbaanverandering en omscholing een hele opgave zijn. Bovendien is de arbeidsmarktpositie van deze leeftijdsgroep over het algemeen ongunstig en zal het aantal werknemers in deze groep door de vergrijzing de komende jaren sterk toenemen, zoals in hoofdstuk 4 wordt uiteengezet.

Tabel 2.1 Aantallen patiënten naar diagnose- en leeftijdscategorie in de klinische en poliklinische revalidatie in 2009 (bron: Revalidatie Nederland).

Klinisch

	<21	21-45	45-65	65>	Totaal	% ♀
NAH	256	644	1768	747	3415	38
Bewegingsapparaat 1)	122	388	348	135	993	46
Amputatie	5	58	227	181	471	33
Neurologische, neuromusculaire aand.	51	207	363	132	753	46
Dwarslaesie	42	253	294	151	740	35
Orgaanaand. mn. hart, longen, huid	16	82	240	199	537	47
Chronische pijn	203	348	200	15	766	70
Onbekend	41	148	218	146	553	41
Totaal	736	2128	3658	1706	8228	
Percentage	9	26	44	21	100	

Poliklinisch

	<21	21-45	45-65	65>	Totaal	% ♀
NAH	9659	2977	5365	2154	20055	39
Bewegingsapparaat 1)	2269	4410	4880	1849	13408	57
Amputatie	178	281	554	396	1409	33
Neurologische, neuromusculaire aand.	1486	1782	2586	1019	6873	50
Dwarslaesie	649	652	729	403	2433	43
Orgaanaand. mn. hart, longen, huid	690	724	2373	1231	5018	37
Chronische pijn	1180	4796	3446	631	8873	78
Onbekend	840	1676	2398	1040	5954	53
Totaal	16951	17298	22331	8723	65203	
Percentage	26	27	34	13	100	

1) incl. afwijkingen wervelkolom, reuma en multitrauma.

Een ruwe schatting is mogelijk voor het aantal patiënten per jaar dat zich bij de 14 samenwerkende revalidatiecentra aanmeldt voor ‘Vroege Interventie’, het goed omschreven product van de arbeidsrevalidatie voor mensen met chronische pijn- (en voornamelijk rug-)klachten (zie paragraaf 3.5). Het gaat hier in 2009 om ongeveer 3000 mensen. Dit is ongeveer eenderde van het totale aantal poliklinische chronische pijnpatiënten van 21 tot 65 jaar in de revalidatie.

Private markt

Daarnaast zijn er private interventiebedrijven die recentelijk in aanmerking kunnen komen voor erkenning als een ‘Zelfstandig Behandel Centrum’ en dus contracten kunnen sluiten met zorgverzekeraars. Hun dienstverlening werd voorheen meestal door de werkgever van de verzuimende werknemer betaald. Zij richten zich naast psychische problematiek (buiten beschouwing in ons onderzoek) vooral op patiënt/werknemer-groepen die vergelijkbaar zijn met die van Vroege Interventie. Ook nu kunnen we hiervan de omvang slechts schatten en lijkt het te gaan om enkele duizenden deelnemers. Deze interventies die (deels) op het terrein van de arbeidsrevalidatie liggen, vormen slechts een fractie van het totaal aantal interventies bij werknemers van deze private interventiebedrijven. Volgens opgave van Boaborea waren er in 2008 circa 275.000 interventies bij werknemers, uitgevoerd door interventiebedrijven en arbodienstverleners, die bij Boaborea zijn aangesloten.

Om deze aantallen in perspectief te plaatsen: In de beroepsleeftijd zijn er ongeveer 1,3 miljoen werkenden die een langdurige aandoening hebben en nog ruim 180.000 werklozen met een langdurige aandoening die voor 12 of meer uur aan het werk zouden willen (CBS). Het bereik van de revalidatie (circa 50.000) en de arbeidsrevalidatie is daarom niet heel groot, maar zeker ook niet te verwaarlozen.

De conclusie moet echter zijn, dat we in Nederland geen goed overzicht hebben van de aantallen revalidanten die met behulp van arbeidsgerichte revalidatie hun positie op de arbeidsmarkt trachten veilig te stellen.

2.3 Zoektocht naar best-practices

Wat verstaan wij onder een best-practice?

Goed voorbeeld doet goed volgen, al geldt dit niet zonder meer voor de gezondheidszorg, zoals we in paragraaf 3.6 nog zullen zien. Goede voorbeelden die richting kunnen geven aan de (arbeids)revalidatie voldoen aan de volgende criteria:

1. De inhoud van de behandeling is zoveel mogelijk 'evidence based', dat wil zeggen dat de beoogde effecten door wetenschappelijk onderzoek worden onderbouwd; arbeidsparticipatie is steeds één van de geanalyseerde effecten.
2. Niet alleen de effecten maar ook de kosten en opbrengsten zijn onderbouwd en de baten overtreffen de kosten.
3. De behandeling is het experimentele stadium ontgroeid en wordt ingebed in stabiele organisaties die de kwaliteit van de uitvoering borgen.
4. Er wordt ingegaan op succes- en faalfactoren voor verdere implementatie; in hoeverre is de best-practice 'toekomstbestendig', dat wil zeggen kan worde ingespeeld op toekomstige situaties in de zorg en in de arbeidsmarkt.

Zoektocht naar best-practices

Best-practices zijn we op het spoor gekomen via een internationaal literatuuronderzoek en via ons eigen netwerk in binnen en buitenland en dat van de klankbordgroep.

De literatuursearch is verricht op geleide van de aandacht voor arbeid in de wetenschappelijke revalidatie/*rehabilitation*-bladen, vooral gericht op het vinden van bruikbare *best-practices* en zo mogelijk op kosten/batenanalyses. De door ons gebruikte trefwoorden zijn Engelstalige termen. De volgende zoektermen zijn geformuleerd: Vocational rehabilitation, multimodal medical rehabilitation; Cost benefits analysis, cost effectiveness, economic evaluation, cost benefit, absence from work, QALY (Quality adjusted life years), return to work, sick leave, work ability, work resumption.

Er is gezocht naar Nederlandstalige, Duitstalige en Engelstalige literatuur in het internationale databestand Pubmed (National Library of Medicine) vanaf 2000 tot heden.

De volgende vijf tijdschriften zijn in de search met extra aandacht meegenomen:

Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, Disability and rehabilitation, Int J Rehabilitation Research, J of Occupational Rehabilitation en J of Rehabilitation Medicine.

De gevonden evidence based publicaties blijken meestal weinig informatie te bevatten over de organisatorische en implementatievoorwaarden, die voor onze best-practice beschrijving belangrijk zijn. Om met name achter deze informatie te komen, hebben wij gebruik gemaakt van ander onderzoek en bovendien via internet, telefonisch en via interviews contact gezocht met circa 20 functionarissen in binnen- en buitenland die betrokken zijn bij de uitvoering van dergelijke interventies.

In het volgende hoofdstuk presenteren wij deze best-practices aan de hand van de gevonden literatuur. De informatie uit de gesprekken leidt tot nadere detaillering, met name op het terrein van de proceskwaliteit.

3 De goede voorbeelden en hun rendement

3.1 Leeswijzer voor dit hoofdstuk

Zoals is opgemerkt, hebben wij alleen die voorbeelden geselecteerd die ook op hun rendement voor arbeidsparticipatie zijn geanalyseerd. We hebben vooral gekeken naar de publicaties die in recente overzichtstudies als van voldoende kwaliteit beoordeeld zijn. Deze studies en de enkele die wij nog hebben toegevoegd, hebben wij zelf niet beoordeeld op hun wetenschappelijke kwaliteit. In het onderstaande kader staat de inmiddels algemeen geaccepteerde manier om de kwaliteit van dergelijke studies te beoordelen. Speciaal voor de Nederlandse situatie hebben we voorbeelden toegevoegd die qua vernieuwing interessant zijn, al zijn er over hun (maatschappelijke) opbrengst wat betreft arbeidsparticipatie geen harde cijfers bekend en komen zij niet hoger dan ‘kwaliteitsniveau 4’.

Illustratie hoe evidence based studies naar kwaliteit beoordeeld worden (Holm 2000)

Kwaliteitsniveau 1:

Het bewijs wordt gedefinieerd als sterk bewijs ontleend aan tenminste 1 systematische review van meerdere goed uitgevoerde randomized controlled trials.

Kwaliteitsniveau 2:

Het bewijs wordt gedefinieerd als sterk bewijs van tenminste 1 goed uitgevoerde randomized controlled trial van voldoende omvang.

Kwaliteitsniveau 3:

Het bewijs wordt gedefinieerd als bewijs van goed ontworpen onderzoeken die niet gerandomiseerd zijn.

Kwaliteitsniveau 4:

Het bewijs wordt gedefinieerd als bewijs van goed uitgevoerde niet-experimentele studies van meer dan één onderzoeksgroep.

Kwaliteitsniveau 5:

Het bewijs wordt gedefinieerd als meningen van gerespecteerde experts, gebaseerd op beschrijvende studies, klinische casuïstiek of rapporten van expert groepen.

Er komt langzamerhand steeds meer effectiviteitsonderzoek beschikbaar op het gebied van arbeidsgelateerde interventies. Toch betekent met name de eis dat kosten-effectiviteit en kosten-baten moeten zijn onderzocht en aangetoond, een sterke inperking van het onderzoeksveld. Ter illustratie enkele aantallen in één van de recente overzichtstudies die gedaan zijn (Hillage e.a. 2008). Van de ruim 15.000 gescreende artikelen over medische interventies bij langdurig verzuim uit de OECD-landen bleken er 709 mogelijk relevant voor de effectiviteitsvraag en uiteindelijk maar 45 feitelijk relevant. Wat betreft de kosten-effectiviteit bleven er uiteindelijk 11 studies over. Ook een review van Tompa et al (2006, 2008) komt tot een vergelijkbaar klein aantal kosten-baten studies van goede kwaliteit.

In de eerstvolgende paragraaf hebben wij de gevonden best-practices gegroepeerd naar klachten/diagnose. In de daarop volgende paragrafen 3.3 en 3.4 komen ongeacht de aandoening enkele specifieke methoden aan de orde waarover wij enige kosten-baten informatie gevonden hebben: Intensieve individuele begeleiding (supported employment) en beroepsgerichte revalidatie. Vervolgens besteden we in paragraaf 3.5 aandacht aan een complementaire aanpak vanuit werkgeverskant. De paragrafen 3.6 en 3.7 behandelen andere kwaliteitskenmerken naast kosten-baten die een revalidatiepraktijk tot een best-practice maken en de mogelijke ruimte voor verbetering. In paragraaf 3.8 gaan we dieper in op kosten-baten analyses en de verschillende manieren om rendement weer te geven. Daarbij behandelen we de definitie van de veel gebruikte effectmaat QALY.

Tenslotte zijn er in de slotparagraaf 3.9 de conclusies ten aanzien van de zoektocht naar best-practices op het gebied van de arbeidsgerelateerde revalidatie.

3.2 Beschrijving naar diagnosecategorie

Patiënten met klachten van houding en beweging en chronische pijnklachten

Dit is de groep klachten ten aanzien waarvan het meeste effectiviteits- en kosten-baten onderzoek is gedaan in relatie tot arbeid. In het algemeen is hierbij de conclusie dat door de forse (en duurzame) verzuimwinst bij deze klachten, de baten de soms geringe extra kosten ruimschoots overtreffen. In Tabel 3.1 staan deze onderzoeken samengevat.

Inhoudelijk komen deze interventies op het volgende neer (zie ook paragraaf 3.6):

- Fysiotherapeutische oefeningen/trainingen volgens een schema van ‘graded activity’ (geleidelijk opvoeren activiteiten ongeacht pijnbeleving, ook wel ‘tijd-contingent’ genoemd)
- Participatieve werkaanpassing (overleg werkgever en werknemer)
- Multidisciplinaire diagnostiek/begeleiding/afstemming
- Cognitieve gedragstraining.

De diverse onderzoeken gebruiken verschillende manieren om de kosten-baten verhouding of de kosten-effectiviteit uit te drukken. In paragraaf 3.8 zullen wij deze vrij complexe methodologische kwesties belichten. Norrefalk (2008) geeft bijvoorbeeld in zijn onderzoek expliciet aan dat de kosten van de trajecten die mislukken (en dus geen opbrengsten in werkhervatting hebben) gedragen worden door de succesvolle interventies en dus het rendement van deze succesvolle interventies doen verminderen. De beoordeling van rendement kan dus nooit op individuele gevallen gebaseerd zijn.

In de tabel valt de grote spreiding in kosten op van de behandelingen/interventies. Dit heeft enerzijds te maken met operationele kostenverschillen tussen instellingen. Anderzijds heeft het te maken met de intensiteit van de behandeling, die weer een relatie heeft met de ernst van de klachten, de conditie en de afstand tot de arbeidsmarkt van de behandelenden. Er is een groot verschil tussen werknemers met een vaste arbeidsrelatie die met rugklachten verzuimen (de onderzoekspopulatie van bijvoorbeeld Lambeek) en de populatie van Norrefalk die voornamelijk bestaat uit langdurig werkloze arbeidsongeschikten. Toch is de conclusie gerechtvaardigd dat ook de duurdere trajecten bij de ‘moeilijkere’ patiënten een positief rendement hebben in termen van arbeidsparticipatie.

Tabel 3.1 Interventies bij klachten van houding en beweging en chronische pijnklachten: effectiviteit en kosten-baten

Auteurs	Aard interventies	Uitkomstmaten	Effectiviteit	Kosten baten
Critchley DJ et al. (2007)	(1) Gebruikelijke individuele fysiotherapie (2) Fysiotherapie met pijn management programma (3) Fysiotherapie met specifieke rompspieroefeningen RCT	Pijnscore Kwaliteit van leven score Patiënttevredenheid Verzuimreductie Na max. 18 maanden	Alle 3 interventies resulteerden in klachtreductie en scoorden niet significant verschillend op andere uitkomstmaten.	(1) was de duurste interventie (2) had lagere vervolg zorgkosten tov (1) en (3) niet-significant minder verzuimdagen (2) is het meest kosten-effectief: £300 bij marginaal betere opbrengst
Smeets RJ et al (2007)	(1) conditietraining en spieroefening (2) graded activity + training pro-bleemoplossing (3) combinatie 1 en 2 RCT	Kwaliteit van leven Pijnbeleving Psychologische variabelen Verzuim	Alle drie aanzienlijke verbetering; (3) het minst, maar niet significant	Kosten (3): €3787, significant hoger Kosten (2) laagst: €1709 Geen significant verschil in verzuimkosten (1) meest kosten-effectief per QALY
Lambeek et al (2009, 2010)	(1) 'integrated care': participatieve werkinterventie, graded activity (2) gebruikelijke zorg RCT	Kwaliteit van leven Pijnbeleving Verzuimdur Patiënttevredenheid	Significant verschil in verzuimreductie bij (1) van gemiddeld meer dan 100 dagen Geen significant verschil in pijnbeleving; klein significant verschil in QALY-verbetering Na max. 1 jaar	Kosten (1) £1479, £217 meer dan gebruikelijke zorg. Ongeacht de investering per QALY is (1) altijd kosten-effectiever Door verzuimreductie positieve kosten-baten van £5310 £1 investering levert £24 op.
Hlobil et al (2007)	(1) graded activity + gebruikelijke zorg (2) gebruikelijke zorg RCT	Nog aanvullen	Significant verschil in verzuim reductie Max. 3 jaar	Extra kosten (1) €475, marginaal verschil in gebruikelijke kosten Verzuimreductie levert tenminste €999 na eerste jaar; na 3 jaar €1661
Steenstra et al (2006a)	(1) graded activity (2) gebruikelijke zorg	Verzuim Duurzame terugkeer in werk Pijnbeleving Beperkingen	(1) Geen effect, zelfs verzuimverlengend effect, mogelijk door niet tijdcontingent proces	Op deze wijze georganiseerd niet kosteneffectief
Steenstra et al (2006b)	(1) participatieve werkinterventie (2) idem + klinische interventie (graded activity) (3) gebruikelijke zorg (4) idem + klinische interventie (graded activity)	Kwaliteit van leven Pijnbeleving Verzuim Beperkingen	(1) en (2) meest effectief in verzuimreductie 30-50 dagen eerder dan (3). (1) Geen significante verschillen in kwaliteit van leven, pijnbeleving	Kosten werkinterventie €19 per één dag verzuimreductie Werkinterventie het meest kosten-effectief
Norrefalk FR et al (2008)	(1) 8 weeks, werkgerelateerd multi-professioneel revalidatie programma (2) gebruikelijke zorg Gemachte controlegroep	Kwaliteit van leven Werkhervatting na langdurig verzuim/arbeidsongeschiktheid Na max. 3 jaar	(1) tweemaal hogere werkhervattingpercentage (significant)	(1) kosten: €5.406, opbrengsten €3.799 – 7.515 per jaar Break-even na 9-17 maanden, incl. mislukte revalidatie (geen werk)
Loisel et al. (2002)	(1) Sherbrooke interventie (werkgericht, participatief, klinisch onderzoek, multidisciplinair, training) (2) Standaard arbozorg werkgericht (3) Geen werkgerichte interventie	(Kosten) Verzuimdagen cq uitkeringsdagen Follow up zorgkosten Sickness impact profiel Pijnscore	Na 1 jaar en veel meer na 6 jaar waren de zorgkosten van (4) het hoogst Na 6 jaar (1) laagste zorgkosten (niet significant)	Gemiddelde zorgkosten (1): \$3291 Na 6 jaar meerkosten alle interventies tov gebruikelijke zorg negatief; (1) spaarde meeste zorgkosten \$18585, terwijl de opbrengst in

	wel klinisch onderzoek (4) Niet werkgericht, gebruikelijke zorg	Follow up 6 jaar	Na 6 jaar (1) laagste verzuimkosten	minder verzuimdagen het grootst was: 292,7
Rivero-Arias O et al (2005)	Rugpijnklachten (1) operatieve stabilisatie (2) intensief pijn revalidatieprogramma RCT	Kwaliteit van leven Zorgkosten Gewerkte uren Na max. 24 maanden	Geen significante verschillen in verzuimreductie en gewerkte uren	(2) is met £4.526 circa £2.300 goedkoper Als men £30.000 voor een QALY wil betalen is er minder dan 20% kans dat (1) kosteneffectief is
Abásolo et al (2005)	(1) geprotocolleerd programma olv reumatologen (2) gebruikelijke eerste lijnszorg Bewegingsapparataklachten van verschillende aard/CD-diagnosen	Dagen verzuim Aantal duurzaam arbeidsongeschikte patiënten Follow up 1 jaar	Significant korter verzuim en minder arbeidsongeschiktheid bij (1)	Zorgkosten en verzuimkosten significant (58 tot 88%) lager bij (1). 1 dag verzuimreductie vergde investering van \$8 met een return on investment van 1:8 tot 1:20

Tabel 3.2 Interventies bij reumatoïde artritis: effectiviteit en kosten-baten

Auteurs	Aard interventies	Uitkomstmaten	Effectiviteit	Kosten baten
Allaire et al. (2003)	(1) werkgerichte interventie, werkaanpassing, advies, empowerment (2) controle: schriftelijke voorlichting	Periode tot tijdelijk dan wel permanent baanverlies Ervaren gezondheid Follow up 4 jaar	(1) significant minder baanverlies, significant langere periode tot baanverlies	Kosten niet vermeld Kosten-baten ratio niet vermeld
Van den Hout WB et al (2007)	(1) multidisciplinaire werkgerichte begeleiding geïntegreerd met reumatologische behandeling (2) gebruikelijke medisch specialistische behandeling RCT	Kwaliteit van leven Fysiek functioneren Angst en depressie Verzuim Follow up 2 jaar	Geen verschil in verlies van werk, wel enig verschil (niet significant) in kosten hiervan ten faveure van (1) (1) effectiever in verbetering moeheid en geestelijke gezondheid	Kosten interventie (1): €1.426 Totale gezondheidszorgkosten (1) €847 hoger (niet significant) Geen verschil in QALY Totale maatschappelijke kosten (1) 5.868€ lager: €28.638, vooral door minder productiviteitsverlies (niet significant)
Van den Hout WB et al (2009)	(1) volgfijdelijke monotherapie (2) step-up combinatie therapie (3) initiële combinatie therapie met prednison (4) initiële combinatie therapie met infliximab	Kwaliteit van leven Ziekte activiteit, reumafactor Verzuim Kosten Follow up 2 jaar	Alle 4 interventies QALY-verbetering, vooral in aanvang. (4) gedurende hele looptijd effectiever in QALY-verbetering. In alle 4 interventies: lagere ervaren kwaliteit van leven, lagere productiviteit	In eerste jaar kosten behandeling (4) significant hoger; in tweede jaar kosten van (1) en (4) hoger. Kosten verzuimdagen over hele periode significant lager bij (4). Kosten-effectiviteitsratio's (4) tov (3) € 130.000 per QALY
Nordmark B (2006)	Multidisciplinaire werkgerichte begeleiding geïntegreerd met reumatologische behandeling met specifieke medicatie: DMARD's Geen RCT!!	Fysiek functioneren Verzuim en uitkeringshoogte Follow up 2 jaar	Toename full time werk: 14% Volledig => gedeeltelijk verzuim: 65%	Niet vermeld
Puolakka (2007)	(1) klinische revalidatie in combinatie therapie met DMARD's (2) geen klinische revalidatie in combinatie met DMARD Na 2 en 5 jaar	Fysiek functioneren, gezondheid Verzuimdagen Uitkeringen 5 jaars follow up	Geen verschil in effect op gezondheid en werkherleving	Kosten interventie: €5400

Het onderzoek van Loisel (2002) bij patiënten met rugklachten laat zien dat de interventie ook over een langere periode kosten-effectief is, als we alleen al naar de uitgespaarde zorgkosten kijken (break-even punt na het eerste jaar). Daar komt dan de opbrengst van aanzienlijk minder verzuimdagen nog bij.

De spreiding in kosten – en dus ook in het rendement – betekent wel dat de effectiviteitsvraag niet los van de efficiency van de organisatie kan worden gezien en niet los van een goede assessment/diagnostiek of indicatiestelling. Al heeft een relatief dure behandeling een positief rendement, een goedkope behandeling met hetzelfde resultaat heeft natuurlijk de voorkeur. In paragraaf 3.6 komt dit thema van kwaliteit en diagnostiek nog terug.

Het onderzoek van Rivero-Arias naar het rendementsverschil tussen operatieve behandeling en intensieve arbeidsrevalidatie wijst op het belangrijke element van de vervolgbehandeling. Naarmate het meer zal voorkomen dat in een later stadium na de arbeidsrevalidatie de patiënt alsnog geopereerd moet worden, verbetert de relatieve kosten-effectiviteit van de operatie aanzienlijk. Ook dit wijst op het grote belang van goede diagnostiek en kennis van risicofactoren in de assessment.

Patiënten met reumatoïde artritis (RA)

Ook voor deze groep patiënten is kosten-effectiviteitsonderzoek op gang gekomen, maar hier zijn mede in verband met de aard van de ziekte de conclusies minder eenduidig. In tabel 3.2 staan de bevindingen van de inventarisatie. Kenmerkend en instructief voor de best-practices van arbeidsrevalidatie bij RA is de samenhang met de toepassing van relatief nieuwe en soms kostbare ontstekingsremmende medicijnen en dus de nauwe samenwerking tussen arbeidsrevalidatie en de behandelend medisch specialist reumatoloog.

Het onderzoek naar de arbeidsrevalidatie van chronisch reuma laat een aspect zien dat vaker bij de behandeling van chronische ziekten een rol speelt. Ondanks dat ziekteverschijnselen kunnen toenemen, kan er na verloop van tijd een verbetering in ervaren kwaliteit van leven optreden, omdat na de eerste onzekere periode de patiënt een nieuw evenwicht vindt. Deze verbetering is er dus onafhankelijk van de gekozen therapie (in statistische vaktermen: regression to the mean). De arbeidsrevalidatie kan hierop inspelen.

Zoals Van den Hout et al. (2009) laten zien maken verschillende therapieën niet alleen verschil in ervaren kwaliteit van leven maar ook in verzuimreductie. De extra kosten van dergelijke nieuwe therapieën kunnen echter dermate hoog zijn – in dit onderzoek 130.000 euro per QALY – dat dit via werkhervatting niet zomaar kan worden terugverdiend. Hierbij speelt ook nog een rol op welke manier de verzuimkosten worden berekend (zie paragraaf 3.8). Alleen berekend volgens de meest gunstige methode (de human capital methode) bleken in het onderzoek deze kosten min of meer gecompenseerd te kunnen worden door bekorting van de verzuimduur. In een ander onderzoek van Van den Hout en collega's blijkt de onderzochte geïntegreerde werkgerichte interventie geen significant verschil in kwaliteit van leven op te leveren of een verlaging van overige zorgkosten. Desondanks treedt er wel enige productiviteitsverbetering – in termen van verzuimreductie – op (van den Hout et al 2007).

Allaire et al. (2003) onderzochten een interventie, waarbij niet zozeer de reumamedicatie maar de werkgerichte aanpak centraal stond: werkaanpassingen, arbeidsdeskundige coaching en training van 'self-advocacy'. Over een periode van 4 jaar bleek er significant minder baanverlies op te treden.

Omdat de meerkosten van dergelijke interventies relatief gering zijn, zou het rendement van de interventie positief kunnen zijn, concluderen Van den Hout en collega's. Maar hierbij beginnen de salarissen en productiviteit van individuele patiënten doorslaggevend te worden. Om dit te analyseren zijn grotere studiepopulaties nodig. Het betekent ook, zoals al eerder geconstateerd is, dat voor een positief kosten-baten saldo de efficiency van de zorg zelf een voorwaarde is. De auteurs voegen daar nog de voorwaarde van een goede

afstemming of geïntegreerd aanbod tussen specialistische zorg, arbeidsrevalidatie en bedrijfsgezondheidszorg aan toe. Vliet Vlieland (2009) concludeert voorzichtig: De meerkosten van de interventies variëren van enkele honderden tot enkele duizenden dollars zonder een eenduidig bewezen effect op arbeidsproductiviteit. Zeker bij ziektes als reuma is het belangrijk een werkelijk beeld van de productiviteit te krijgen dus inclusief aanwezige maar niet of minder productieve uren (presenteïsme).

Niet aangeboren hersenletsel

De meeste mensen met traumatisch hersenletsel (circa 15.000) zijn van de beroepsleeftijd evenals 30% (eveneens ongeveer 15.000) van de mensen met niet-traumatisch hersenletsel. Niettemin hebben wij geen resultaten van kosten-effectiviteits- of kosten-baten onderzoek kunnen vinden wat betreft hun arbeidsrevalidatie, een studie uit 1993 daargelaten. In deze studie naar de kosten-baten van een specifiek werkhervattingsprogramma becijferen Abrams et al. (1993) in de VS de extra kosten van het programma op \$ 4.377 per deelnemer. Het werkhervattingspercentage bleek 75%. De positieve return on investment ratio varieerde afhankelijk van de berekeningen van 2:1 tot 4:1 op basis van afgedragen belasting, premies en uitkeringen.

Op dit moment lopen nog enkele onderzoekstrajecten wat betreft de arbeidsrevalidatie in Nederland (zie o.m. Van Velzen 2009). Er is wel enig recent onderzoek gedaan naar de effectiviteit van revalidatie in het algemeen (dus niet specifiek gericht op arbeid). Volgens een recente Cochrane review (Turner Stokes et al. 2009) zijn er aanwijzingen dat multidisciplinaire revalidatie effectief is bij volwassenen met NAH in de beroepsleeftijd en dat een grotere intensiteit leidt tot eerder en mogelijk tot een hoger niveau van herstel. Aan de andere kant zou voor mensen met een lichte vorm van hersenletsel (zonder een periode van tenminste 30 minuten geheugenverlies of ziekenhuisopname) een dergelijke intensieve behandeling niet nodig en dus niet efficiënt zijn. Wehman et al. (2005) geven aan dat intensieve arbeidsrevalidatie leidt tot meer werkhervatting en hogere productiviteit van mensen met hersenletsel (zie ook paragraaf 3.3). De auteurs bepleiten meer werk te maken van de re-integratie van deze patiëntengroep en in te spelen op nieuwe arbeidsrelaties als telewerk, tijdelijk werk en werken als zelfstandige.

Carlier en Kramer (2006) constateerden voor Nederland echter dat er sprake is van onderdiagnostiek en onderbehandeling, omdat 90% van de patiënten na de acute ziekenhuisopname rechtstreeks naar huis (en de eerste-lijnszorg) ontslagen wordt en allerlei moeilijk zichtbare gevolgen onvoldoende in kaart worden gebracht. Het is dus goed voorstelbaar dat ook werkhervatting gemiddeld suboptimaal verloopt. Zoals Cremer en Zuidam (2005) opmerken is het waarschijnlijk dat er een groep mensen werkzaam is die klachten ondervindt van een lichte vorm van hersenletsel zonder het hiermee in verband te brengen of juist toeschrijft aan andere oorzaken, zoals overspannenheid. Volgens een literatuurreview van Van Velzen (2009) keert gemiddeld 40% van de mensen terug naar werk na 1 tot 2 jaar, al is er een aanzienlijke spreiding. Wij vonden slechts één recente studie die over de effectiviteit van een gespecialiseerd arbeidsrehabilitatieprogramma rapporteerde en wel in de UK (Murphy et al. 2006). 72% stroomde door naar betaald werk, vrijwilligerswerk of studie. Maar dit resultaat is niet vertaald in kosten-baten.

Multipele sclerose

Op het gebied van een specifiek op MS gerichte arbeidsrevalidatie vond een recente Cochrane review (Khan et al 2009) slechts 2 interventiestudies van matige kwaliteit uit 1996 en 1998. Er kon geen bewijs gevonden worden voor de meerwaarde en effectiviteit van een dergelijke vorm van arbeidsrevalidatie, noch preventief of therapeutisch, noch in preventie van verzuim of herintrede in het arbeidsproces. De auteurs concluderen dat arbeids-

revalidatie voor mensen met MS zeer gespecialiseerde kennis vereist vanwege de complexiteit van de ziekte MS in relatie tot de persoonlijke en contextfactoren.

Hartrevalidatie

Al is de meerderheid van de mensen met hartfalen boven de 75, ook in de beroepsleeftijd is de aandoening zeer relevant gezien zijn impact. De kern van de hartrevalidatie wordt gevormd door (fysieke) trainingsprogramma's en leefstijladvisering. Het merendeel van de hartrevalidatie vindt plaats vanuit het ziekenhuis. Kosten-effectiviteitsonderzoek is schaars. We hebben slechts één effectiviteitsonderzoek gevonden dat ingaat op werk(hervatting (Dugmore et al. 1999). Onbekend is ook in hoeverre het aspect arbeid een vast onderdeel is van de 'standaard' hartrevalidatie die nu in Nederland gebruikelijk is. Een overzichtstudie van Jolliffe et al. (2000) en een meta-analyse van Europese revalidatiecentra (ExtraMatch Collaborative 2004) lijken positieve effecten aan te tonen op mortaliteit en vervolgzorgkosten. De heterogeniteit van de diverse onderzoekspopulaties maken definitieve conclusies moeilijk en specifiek voor de beroepsleeftijd is het niet bekend. Juist bij deze relatief jonge populatie kunnen echter grote (maar onbekende) 'inverdien-effecten' optreden. Jolliffe et al. refereren aan kosten per QALY van £ 6900. Yu et al. (2004) vonden in een gecontroleerde studie dat de kwaliteit van leven van patiënten met een doorgemaakt myocard infarct door een arbeidsrevalidatieprogramma significant verbetert tenminste tot 2 jaar na de interventie. De kosten-opbrengst verhouding was positief met \$ 640 per gewonnen QALY, hetgeen vooral verband hield met minder kosten in verdere cardiologische interventies. In het bovengenoemde onderzoek van Dugmore et al. was de gemiddelde leeftijd van de hartinfarctpatiënt 56 jaar. De behandelgroep bleek eerder aan het werk te zijn gegaan, meer voltijds te werken, minder te verzuimen en zich beter te voelen dan de controlegroep. Een economische analyse is echter niet gedaan.

3.3 Intensieve begeleiding op het werk

Supported Employment (SE), ook wel Individual Placement and Support (IPS) genoemd, wordt vooral bij mensen met psychische of verstandelijke beperking toegepast en is daarom niet inbegrepen in ons onderzoek. Maar in dit overzicht van best-practices kan de aanpak toch niet ongenoemd blijven, omdat het toepassingsgebied breder is en bijvoorbeeld ook bij mensen met niet-aangeboren hersenletsel wordt toegepast. Wehman, één van de belangrijkste pleitbezorgers van de aanpak, deed in 2003 verslag van een kosten-effectiviteitsanalyse bij patiënten met matig tot ernstig hersenletsel. Over een periode van 42 maanden verdiende de behandelde groep \$17.515 meer dan de kosten van de Supported Employment (Wehman et al. 2003). In eerder onderzoek constateerde hij bij eenzelfde patiëntengroep dat meer dan 70% met behulp van SE aan het werk kon blijven.

Cook en O'Day (2006) deden verslag van een groot onderzoek in de VS onder mensen met schizofrenie, depressie en verslaving. De SE-groep had een grotere kans betaald werk te krijgen, om meer uren per maand te werken en meer te verdienen. Hoe intensiever de aanpak des te groter de kans op succes. Wel bleek een ruime arbeidsmarkt en ongunstige economie van negatieve invloed. Ook Crowther et al. (2001) concluderen in hun review van controlled trials dat voor mensen met psychische stoornissen SE bewezen meer effectief is voor terugkeer naar werk dan gebruikelijke methoden.

Aan de andere kant zijn de bevindingen van een inventariserende studie van SE in Europa niet eenduidig (Spjelkavik en Evans 2007). Zij constateren dat in de praktijk van de verschillende landen de uitvoering, protocollen en behandeldoelen nogal uiteenlopen. In sommige landen is het doel van deelname aan *regulier* werk bij reguliere werkgevers veel minder uitgesproken dan in andere landen. Laat staan dat er éénvoudigheid is over het rendement van SE. Deze conclusie trekken ook de auteurs in een literatuuronderzoek naar de

effectiviteit van SE door Vilans en TNO (Hagen et al. 2008). SE is wel effectiever dan de meer traditionele vormen van re-integratie. Hierbij zijn vooral de niet-werkgerelateerde ondersteuning, ondersteuning vanuit het (arbeidsmatige) netwerk en extra training de versterkende elementen.

In de activering en re-integratie van mensen met een grote afstand tot de arbeidsmarkt (met name bijstandsccliënten) wordt deelname aan vrijwilligersactiviteiten als opstap gezien naar regulier werk. Specifiek voor arbeidsrevalidatie hebben wij hier geen (kosten)effectiviteitsgegevens over kunnen vinden. De begeleiding in de Sociale Werkvoorziening valt buiten de scope van het onderzoek.

3.4 Intensieve (om)scholingstrajecten bij revalidatie

In de vorige paragraaf zijn de gevonden kosten-baten gegevens besproken van arbeidsgerelateerde interventies bij specifieke aandoeningen. Het gaat hier doorgaans om maximaal enkele duizenden euro's aan extra kosten voor dergelijke interventies. Van een geheel andere orde van grootte zijn de investeringen die gemoeid zijn met de beroepsgerichte (om)scholingstrajecten die met de arbeidsrevalidatie verbonden kunnen zijn. Vooral in Duitsland en Oostenrijk neemt deze 'berufliche Rehabilitation' een belangrijke plaats in, al kwamen we ook daar maar een enkele kosten-baten studie op het spoor. Ondanks de schaarse gegevens besteden we er toch aandacht aan, omdat in de kenniseconomie scholing en 'upgrading' van belang zijn voor de revalidant om duurzaam aan het werk te blijven. Bovendien sluit de berufliche Rehabilitation aan bij de praktijk van de vijf REA-scholingsinstituten in Nederland, waar we in deze paragraaf eveneens aandacht aan besteden.

Blumberger (2004) heeft een econometrische analyse gedaan van de effectiviteit en kosten/opbrengsten van beroepskwalificering van gehandicapten. Beroepskwalificering blijkt de kansen op regulier werk bij revalidatie te vergroten. De extra (publieke) kosten voor een dergelijk traject betreffen circa 45.000 euro. Wanneer deze personen aan het werk blijven en belasting en premies betalen, becijfert Blumberger het break-even point op 11 (mannen) tot 16 jaar (vrouwen). De opbrengsten zijn berekend aan de hand van de gerealiseerde inkomens (hoger dan de controlegroep) en uitkeringsduren (lager dan de controlegroep). De spreiding in dit break-even point is echter zeer groot en mede afhankelijk van het salaris, de gehanteerde rente en netto-effecten in de modellering: 7 tot 23 jaar. Ook is niet duidelijk in hoeverre rekening is gehouden met (deels) mislukte trajecten, waarbij men niet aan het werk komt of na enige tijd weer uitvalt. Blumberger constateert geen noemenswaardige verdringingseffecten op macroniveau, maar hij waarschuwt wel dat daadwerkelijke realisatie van de opbrengst van de investering afhangt van de toegankelijkheid op de arbeidsmarkt van mensen met beperkingen. De bevindingen van Bach et al. (2007) ondersteunen dit. Ook zij tonen met econometrische analyses – in dit geval voor Denemarken – aan dat beroepskwalificering de kansen op werk van revalidanten aanmerkelijk vergroot, maar dat dit effect sterker is richting gesubsidieerd werk dan richting regulier werk, waardoor de kosten-baten balans van beroepskwalificering minder gunstig wordt. Blumberger staat ook nog stil bij de vraag welke publieke partijen het meest van de inverdieneffecten profiteren en komt tot de (ook voor Nederland) interessante conclusie dat dit de arbeidsongeschiktheids- en pensioenverzekeringen zijn: meer inkomsten aan premies én minder uitgaven.

Berufliche Rehabilitation in Duitsland

Hoewel ons van de Duitse situatie geen kosten-baten gegevens bekend zijn, willen we er als een soort 'best-practice' toch enkele lessen voor Nederland uitlichten.

Op de eerste plaats stuurt de Deutsche Rentenversicherung (met als motto: Rehabilitation – mit Sicherheit Qualität) sterk op kwaliteit en monitoring van de prestaties van de circa 30 Berufsförderungswerke (Bfw, circa 15.000 plaatsen voor volwassenen) en circa 50 Berufsbildungswerke (Bbw, instellingen voor jonggehandicapten)⁴. Dit betekent onder meer dat prestatie-, proces- en outcome-criteria ontwikkeld zijn en systematisch gemonitord worden. Het gaat bijvoorbeeld om bereikt competentieniveau en arbeidsdeelname tot 2 jaar na beëindiging van de opleiding, drop-out percentage, klanttevredenheid op verschillende aspecten, doorlooptijden. Daarnaast is op basis van de ICF het ‘RehaAssessment’ gesystematiseerd via psychometrisch instrumentarium, zodat klantprofielen gekoppeld kunnen worden aan de resultaten. Deze toegenomen transparantie leidt tot concurrentie op kwaliteit tussen de Bfw. Deutsche Rentenversicherung heeft in de bekostiging ook financiële prikkels ingebouwd, onder meer een korting bij lager en een bonus bij hoger dan gemiddelde werkhervattingpercentages (norm = 70% werkhervatting). Op basis van deze gegevens zijn kosten-baten analyses mogelijk (maar helaas dus nog niet beschikbaar).

Op de tweede plaats hanteert Deutsche Rentenversicherung als principieel uitgangspunt dat beroepsoriëntering en arbeidsgerichte activiteiten een onverbrekelijk onderdeel uitmaken van de *medische* revalidatie. Al kan in de praktijk hierin nog veel verbeterd worden, de verzekeraar neemt hierin het voortouw (zie voor de Nederlandse situatie paragraaf 3.6).

Op de derde plaats wordt systematisch onderzoek en het versneld toepassen van deze nieuwe kennis in de dagelijkse praktijk essentieel gevonden voor de toekomstige kansen en mogelijkheden van de arbeidsrevalidatie. Dit versterkt het kwaliteitsniveau van het personeel.

Deze en andere beleidsuitgangspunten zijn helder uiteengezet in Korsukéwitz & Rehfeld (2007) en in het recente ‘Positionspapier Rehabilitation 2010’ van Deutsche Rentenversicherung. Deze oriëntatie op innovatie wordt ook buiten Deutsche Rentenversicherung breed gevoeld, getuige een rapport van het Bundesministerium für Arbeit und Soziales wat betreft de toekomst van de arbeidsrevalidatie. De demografische, economische en arbeidsmarktontwikkelingen nopen tot een forse vernieuwingslag (in hoofdstuk 4 wordt hier voor Nederland aandacht aan besteed). De Duitse beroepsgeoriënteerde revalidatie heeft als het ware last van de wet van de remmende voorsprong. Het is een gedegen – en kostbare – voorziening, maar gezien de arbeidsmarkt- en economische ontwikkelingen niet toekomstbestendig genoeg, vandaar dat sterk op innovatie van de sector wordt ingezet.

Tot slot nog twee typisch Duitse fenomenen die preventie bevorderen. De Kurkliniken, een voorziening die veel zorgverzekeraars bieden en veel Duitsers als hun culturele erfgoed beschouwen, gaan steeds meer werkgerichte elementen in hun programma opnemen. Hiermee werkt de gezondheidszorg actief aan – en betaalt mee voor – het onderhouden van de productiviteit en inzetbaarheid van de werknemer. Ook de Unfallversicherung – waarin de vakbonden (Berufsgenossenschaften) een belangrijke rol spelen – is door de verbinding met de werkvloer sterk georiënteerd op preventie van gezondheidsrisico’s in de arbeidsomstandigheden.

⁴ Om heel beknopt het beeld van de aanbieders te completeren: Daarnaast zijn er vele en uiteenlopende instellingen voor beroepsonderwijs en scholing, die zich niet speciaal op gehandicapten richten, maar waar gehandicapten in voorkomende gevallen wel gebruik van kunnen maken. Aan de andere kant zijn er voor mensen met relatief ernstige beperkingen de Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation, waar men in de training en dagbesteding zoveel mogelijk beroepsgerichte elementen benut. Dit alles vanzelfsprekend naast de vele integratie en arbeidsbemiddelingsbureaus die in het domein van de Bundesagentur für Arbeit opereren. Deutsche Rentenversicherung heeft ‘Rea-Fachberater’ in dienst die zich op advies en casemanagement toeleggen. Hoewel de samenwerking tussen partijen, instanties en overheden in Duitsland natuurlijk niet per definitie beter loopt dan in Nederland, is er in 2001 wel een belangrijke wettelijke stap voorwaarts gezet met het Sozialgesetzbuch (SGB) IX, waarin niet alleen de paradigmawisseling naar participatie en zelfbestemming van mensen met beperkingen voorop wordt gesteld, maar tevens de daarbij noodzakelijke afstemming en coördinatie tussen instanties en de noodzaak van preventie. Opgemerkt moet ook worden dat Duitsland een quotasysteem heeft voor het percentage werknemers met beperkingen in bedrijven.

Wat betreft de lessen voor Nederland moeten we bedenken dat de arbeidsrevalidatie in Duitsland geworteld is in het ‘Rijnlandse model’, dat sterk de nadruk legt op de maakindustrie, middelgrote bedrijven, technisch onderwijs, arbeidsethos in vakmanschap en kwaliteit. Ook kent het een lange traditie gezien het grote aantal gehandicapten en het gebrek aan personeel na de laatste oorlog, zodat arbeidsgehandicapten op de werkvloer breed geaccepteerd zijn. Een sterk punt van de Berufsförderungswerke is bijvoorbeeld het intensieve contact met het regionale bedrijfsleven, zodat leerwerkplekken, maatwerkopleidingseisen en de uiteindelijke re-integratie optimaal gestalte kunnen krijgen.

REA-scholingsinstellingen

Vergelijkbaar met de Berufsförderungswerke zijn in Nederland de vijf REA-scholingsinstellingen⁵. Het gaat hier grotendeels om de doelgroep van jonggehandicapten, waarop het onderzoek zich niet primair richt. Wij willen er toch kort aandacht aan besteden, vanwege het belang van onderwijs voor gehandicapten en de parallel met de Duitse situatie, temeer omdat wel enige kosten-baten informatie beschikbaar is.

In 2008 heeft TNO een kosten-effectiviteitsanalyse gedaan (van Genabeek et al. 2008). Het arbeidsinstroompercentage van de vijf instellingen varieerde van 25 tot 60 procent en het opleidingsresultaat (behaald diploma/deelcertificaat) van 50 tot 95 procent. De klantgroepen verschillen echter sterk en deze percentages kunnen niet gebruikt worden voor een verantwoorde prestatievergelijking van de instellingen, omdat goede profiling- en assessmentgegevens van de kandidaten ontbreken (zie de Duitse situatie als ‘best-practice’ waar men deze gegevens wel landelijk verzamelt). Ze kunnen wel gebruikt worden om de kosten per geslaagd (= aan het werk) traject te berekenen. De kosten variëren van 40.000 tot 114.000 euro en voor kandidaten in de ernstige handicapcategorie van 97.000 tot 169.000 euro. Bij deze bedragen moeten we bedenken dat ook niet gehandicapte jongeren vanzelfsprekend scholingskosten veroorzaken en deze zouden eigenlijk in mindering gebracht moeten worden. Het gaat immers om de meerkosten die met de handicap samenhangen. Dit is echter niet gebeurd. Per geslaagde scholing bedragen de kosten 26.000 tot 65.000 euro en voor kandidaten in de ernstige handicapcategorie 67.000 tot 97.000 euro. Uit deze grote verschillen tussen de kosten-effectiviteit van de scholing en die van de re-integratie blijkt weer – zoals het ook in het eerder geciteerde onderzoek van Bach (2007) geconcludeerd wordt – het grote belang van de vraagkant van de arbeidsmarkt in de kosten-baten resultaten van revalidatie. Een behaald diploma zonder daarna aan het werk te komen verslechtert het rendement aanzienlijk. De maatschappelijke opbrengst heeft TNO gedefinieerd als de terugverdientijd vanuit het standpunt van het UVW in uitgespaarde uitkeringen. Deze varieerde in de analyses van ruim 3 tot 14 jaar. In het onderzoek is tevens geconcludeerd dat voor kandidaten in de categorie met relatief geringere beperkingen, beschikbare alternatieven in de private re-integratiemarkt en in het MBO waarschijnlijk kosten-effectiever zijn (goedkoper en dichter in de buurt) dan de REA-scholingsinstellingen. Deze zijn zich dan ook meer gaan richten op kandidaten met ernstiger beperkingen. Omdat gegevens over cliëntprofielen ontbreken, kunnen hierover geen betrouwbare uitspraken worden gedaan. Ook andere informatie over de geleverde kwaliteit is niet voor handen. De onderzoekers trekken wel de conclusie dat de kosten-effectiviteit is verbeterd (meer trajecten tegen gelijke kosten) door een ander bekostigingsmechanisme gebaseerd op onderlinge vergelijkingen (‘maatstafconcurrentie’). Aan de hand van geoffreerde prijzen en plaatsingspercentages beslist UWV welke aanbieders voor welk deel van het subsidiebudget in aanmerking komen.

⁵ Het gaat om de instellingen Bartiméus, Heliomare, Hoensbroeck en Werkenrode (behorend tot het REA-college Nederland) en Eega. Zij verzorgen beroepsopleidingen en hulp bij het vinden van werk. In meer (zoals Heliomare) of mindere (zoals Eega) zijn zij aan revalidatie-instellingen gelieerd. Volgens een in 2006 herziene subsidie-regeling ‘scholing jonggehandicapten met ernstige scholingsbelemmeringen’ krijgen zij subsidie van het ministerie van SZW.

Emma at Work

Op het gebied van de arbeidsrevalidatie voor jonggehandicapten is ons één ander effectiviteitsonderzoek bekend. Met deze best-practice willen we deze paragraaf besluiten. Emma at Work is een uitzendbureau dat jongeren van 15 tot 25 jaar met een chronische aandoening helpt bij het vinden van werk⁶. Intensieve contacten met het regionale bedrijfsleven in combinatie met kennis van de situatie van de jongere is hét sterke punt. TNO heeft de effectiviteit en de meerwaarde onderzocht (Brouwer en Giesen 2009). Er is niet gebruik gemaakt van een controlegroep: de meerwaarde is door de deelnemers geschat. De werkervaring blijkt voor de jongere belangrijk voor inzicht in eigen mogelijkheden en eigenwaarde; zij hebben meer geld te besteden en de kwaliteit van leven neemt gemiddeld toe. Het aantal jongeren dat extra aan het werk komt door Emma at Work wordt geschat op 28% van het totaal aantal jongeren dat werkt via het uitzendbureau Emma at Work (100 in 2009). In bespaarde Wajong-uitkeringen, extra productiviteit en afname zorgkosten is de geschatte maatschappelijke opbrengst 482.891 euro, ofwel circa 4.800 euro per deelnemende jongere per jaar. Over de extra kosten geeft het onderzoek geen gedetailleerde informatie. Gezien de kleine personele bezetting (circa 2 fte over 2009) liggen de operationele kosten in elk geval lager (naar schatting 200.000 euro), zodat van een positief rendement gesproken kan worden. Eveneens is becijferd dat elke jongere die via de uitzendformule van Emma at Work werkt en anders geen werk zou hebben, een maatschappelijke opbrengst van ruim 17 duizend euro per jaar betekent, vooral door de extra productiviteit, omdat er meer jongeren aan het werk zijn. Voor een deel zal er sprake zijn van verdringing, zodat de opbrengsten lager zullen uitvallen. Emma at Work beschouwen we als een best-practice niet alleen door het positieve rendement, maar ook vanwege de bijzondere vorm van publiek-private samenwerking tussen het domein van zorg en arbeid, die ook in andere regio's kan werken. Wat voor jongeren zonder werkervaring lukt, zou toch zeker moeten lukken voor gehandicapten met werkervaring, de primaire doelgroep van ons onderzoek.

3.5 Flexjobs: een Deense best-practice

In de voorgaande paragraaf is de rol van het bedrijfsleven een aantal malen genoemd. In deze paragraaf willen we aan de hand van het Deense voorbeeld belichten hoe de werkgever gestimuleerd kan worden mensen met langdurige beperkingen in dienst te nemen. We betreden hier het terrein van de effectiviteit van arbeidsmarktmaatregelen, hetgeen de reikwijdte van ons onderzoek ruim te buiten gaat⁷. Toch willen wij hier kort aandacht aan besteden om aan te geven hoe belangrijk de vraagkant van de arbeidsmarkt is voor het succes van arbeidsgerichte revalidatie. We kiezen het Deense voorbeeld van 'flexjobs' niet alleen omdat het door de OESO als een veelbelovende aanpak is gekenschetst. Het is ook toepasselijk, omdat de Deense overheid expliciet het doel heeft (1) om mensen met blijvende beperkingen die anders daardoor werkloos zouden zijn structureel aan een baan en inkomen te helpen en (2) om het bedrijfsleven aan te zetten tot 'corporate social responsibility' voor deze groepen. De kern is dat de werkgever – afhankelijk van de vermindering van het werkvermogen – structureel subsidie krijgt. In Nederland kennen we dergelijke subsidies (behoudens in de sociale werkvoorziening) alleen op tijdelijke basis.

Er is onderzoek gedaan naar de effectiviteit van flexjobs. Hansen en Nielsen (2008) concluderen aan de hand van een studie van het National Centre for Social Research dat de flexjob regeling inderdaad mensen met beperkingen aan het werk helpt die anders aan de

⁶ Emma at Work is een non profit organisatie georganiseerd in een stichting. Partners zijn het Emma Kinderziekenhuis AMC en Tempo Team.

⁷ Zie bijvoorbeeld Handboek meetmethoden voor effectiviteit van activerend arbeidsmarktbeleid op persoonsniveau: handvat voor beleidsmakers en onderzoekers voor het vaststellen van de (netto)effectiviteit van activerend arbeidsmarktbeleid TNO Kwaliteit van leven SEO Economisch Onderzoek 2008. RWI Factsheet re-integratie 2009.

kant zouden staan. Bovendien is hun werktevredenheid vergelijkbaar met die van gezonde personen. Holt et al. constateerde dat de groei van werkgelegenheid voor gehandicapten in de private sector groter was dan in de overheidssector (conform het beleidsdoel van ‘corporate social responsibility’), (Holt et al. 2003 in Gupta & Larsen 2008).

Dit maatschappelijk succes heeft echter een prijs, zoals Gupta en Larsen (2008) aangeven. Het is niet goedkoop: in 2005 kostte de subsidies circa 5 miljard D.Kr., terwijl men aan uitkeringen voor deze groep slechts 1,7 miljard D.Kr. kwijt zou zijn geweest. In een econometrische studie stellen de auteurs vast dat er alleen een duidelijk werkgelegenheidseffect is voor de groep van 35 tot 44 jaar. Het overall effect is daardoor slechts bescheiden. En er zijn ‘perverse prikkels’: werkgevers geven de voorkeur aan relatief licht gehandicapte werknemers, die ook zonder de subsidie aan het werk zouden zijn gekomen (‘deadweight loss’). Ander onderzoek (Hohnen 2000 in Gupta & Larsen 2008) spreekt van een risico op stigmatisering van de flexjob werkers en op het risico dat zij terechtkomen in ‘dead end jobs’ zonder perspectief. Toch laat het Deense voorbeeld zien, dat het zeker mogelijk is werkgevers grootschalig te stimuleren om werkgelegenheid te bieden voor mensen met blijvende en soms zware handicaps. We moeten echter oppassen voor negatieve bijwerkingen (Høgelund & Pedersen 2002). In de krappe arbeidsmarkt die we voor de toekomst verwachten is het risico op verdringing en deadweight loss vanzelfsprekend minder groot. Voor vertaling naar de Nederlandse situatie is het van belang te beseffen dat in Denemarken de mobiliteit op de arbeidsmarkt groter is dan in Nederland, zodat werkgevers gemakkelijker mensen kunnen aannemen en ontslaan, terwijl het sociale vangnet stevig is.

3.6 Beschrijving proceskenmerken, risico- en succesfactoren

In het voorgaande hebben we overeenkomstig de focus van dit onderzoek vooral de gevonden informatie over kosten-baten en kosten-effectiviteit van best-practices behandeld. Enkele malen kwam zijdelings aan de orde dat efficiëntie en proceskwaliteit hierin essentiële onderdelen zijn. In deze paragraaf gaan we hier aan de hand van de door ons gevonden voorbeelden dieper op in, met de focus op de Nederlandse situatie. Met name wat betreft de best-practices op het gebied van de interventies bij klachten aan het bewegingsapparaat is hier uit onderzoek en uit interviews informatie over beschikbaar.

Vroege Interventie

In het verlengde van de soort evidence based interventies genoemd in tabel 3.1 heeft Heliomare het aanbod van Vroege Interventie ontwikkeld.

Vroege Interventie is gericht op werknemers die langdurig (dreigen te) verzuimen wegens chronische pijnklachten in houding en beweging. Het bestaat uit een multidisciplinaire diagnostiek (assessment) en een trainingsprogramma van 15 weken. Een aantal kernelementen maken het tot ‘best-practice’.

1. Start van het traject is een geprotocolleerde en gestandaardiseerde multidisciplinaire diagnose/assessment, de zgn. ‘Quickscan’. Hierin worden de indicatie voor het (arbeids)trainingsprogramma en de te bereiken doelen geobjectiveerd. Dit programma is de basis voor het contract/contact met de cliënt, verzekeraar, werkgever en verwijzers. Essentieel is dat de ziektekostenverzekeraars deze diagnostiek vergoeden. Financiering van het verdere arbeidstrainingstraject gebeurde in het verleden vooral door werkgevers en/of hun verzuimpolis, maar in toenemende mate doen dit nu ook de zorgverzekeraars⁸. Specifieke werkgerichte aanpassingen of scholing blijven vanzelfsprekend voor rekening van de werkgever.

⁸ Het argument voor zorgverzekeraars is dat een doeltreffende Vroege Interventie de kans op latere en toenemende zorgconsumptie vermindert. Hier komen we nog op terug.

2. Functieherstel in arbeid is het primaire behandel- en trainingsdoel.
3. Tijdcontingentie is het kenmerk: binnen een week na verwijzing kan er gestart worden met de diagnostiek direct gevolgd door de behandeling en training. De training wordt geleidelijk opgevoerd ongeacht pijnbeleving ('graded activity'). Uit onderzoek blijkt de tijdcontingentie een belangrijke succesfactor.
4. Tijdcontingentie en protocollering van de multidisciplinaire aanpak vereisen transparantie van het proces en een heldere kostenstructuur. Dit overtuigt verzekeraars van de toegevoegde waarde (prijs/kwaliteit).

Dertien andere revalidatiecentra hebben het concept Vroege Interventie inmiddels overgenomen, waarmee landelijke spreiding is gerealiseerd. Het betekent vaak drastische organisatorische veranderingen om de genoemde criteria te realiseren. Om als 14 centra gezamenlijk de kwaliteitsborging van Vroege Interventie te garanderen en op een hoger plan te brengen, is de Stichting Vroege Interventie Revalidatiezorg opgericht.

Zoals eerder opgemerkt zijn er helaas nog geen kosten-effectiviteitsgegevens beschikbaar om deze best-practice te onderbouwen. Wel is er een evaluatiestudie gedaan (Van Lierop 2006) met als uitkomstmaten klanttevredenheid en vermindering van chroniciteit van de klachten, van verzuim en van medische consumptie. Deze resultaten werden inderdaad overtuigend gevonden, maar door het ontbreken van een controlegroep konden hieromtrent geen harde uitspraken worden gedaan. In 2006 werd nog een gemiddelde wachttijd tussen Quick Scan en verdere behandeling/training geconstateerd van 2,5 maand. Bekorting van deze periode door organisatieverbetering en verbetering van de contacten met verwijzers/financiers noemt Van Lierop een belangrijke voorwaarde voor verder succes van Vroege Interventie.

Multidisciplinaire Eerstelijns Revalidatie (MER)

Vanaf mei 2010 heeft het aanbod van Vroege Interventie zich geconsolideerd voor de circa 5 miljoen verzekerden van Univé, VGZ, IZZ, IZA en Trias in *Multidisciplinaire Eerstelijns Revalidatie (MER)*. Zowel de Quick Scan (hier ArbeidsRe-integratie Analyse) als de training/behandeling worden volledig vergoed door de genoemde zorgverzekeraars. Dat wil zeggen dat de dienstverlening toegankelijk is geworden onafhankelijk van een werkgever-werknemer relatie en dat de aansluiting (ook in de tijd) tussen diagnostiek en behandeling gegarandeerd is.

Stichting Centra voor integrale Revalidatie en Arbeidsactivering Nederland (Ciran)

Ook vanuit de markt zijn door diverse bedrijven met MER vergelijkbare concepten ontwikkeld. Aanvankelijk moesten dergelijke interventies volledig door de werkgever gefinancierd worden en was succes dus volledig afhankelijk van de werkgever-werknemer relatie. Als best-practice behandelen we hier Ciran, omdat deze op basis van zijn geprotocolleerde aanpak als eerste medio 2009 een toelating heeft gekregen volgens de Wet Toelating Zorginstellingen als instelling voor medisch specialistische zorg (Zelfstandig Behandel Centrum). Dit betekent dat zorgverzekeraars de behandeling kunnen vergoeden. Het aanbod heet hier Poliklinische Revalidatie behandeling (PRB). Het is een programma dat bestemd is voor werknemers die (dreigen) langdurig te verzuimen vanwege (gezondheids)klachten die langer dan 3 maanden bestaan en bij wie de aangeboden zorg tot dan toe niet effectief is gebleken. De vier kerncriteria als best-practice komen overeen met de bovengenoemde van Vroege Interventie en daarnaast wordt naast arbeid expliciet aandacht besteed aan levensbeschouwelijke aspecten. Topcare en Cir zijn op dit moment de aanbieders die het programma uitvoeren, maar via aansluiting van meer aanbieders moet een betere landelijke dekking gerealiseerd worden. Het programma start met een Revalidatie en Arbeidsanalyse (RAA) door een multidisciplinair team. Het team stelt een op het individu gericht behandelplan op. Behandeling duurt maximaal 16 weken, 5 tot 10 uur/week.

Er zijn meer private aanbieders, zoals bijvoorbeeld Winnock die interventies op het gebied van bewegingsapparaatklachten aanbieden. Te verwachten is dat ook zij een erkenning als instelling voor medisch specialistische zorg (Zelfstandig Behandel Centrum) overwegen aan te vragen om voor bekostiging door zorgverzekeraars in aanmerking te komen.

Overigens blijkt uit onze interviews met vertegenwoordigers van de genoemde aanbieders van deze vormen van arbeidsrevalidatie dat – al is de dienstverlening geprotocolleerd – de feitelijke dienstverlening nog behoorlijk kan verschillen. Dit is mede afhankelijk van de inbedding in de organisatie. Zo wortelen private instellingen meer in het bedrijfsleven en zijn sommige in Vroege Interventie deelnemende revalidatiecentra meer gericht op bepaalde doelgroepen vanuit de zorg. Ook spelen regionale omstandigheden en verwijs- en samenwerkingsrelaties een rol. Empirische onderzoeksgegevens om meer inzicht te krijgen in dergelijke kenmerken zijn niet voorhanden. In het voorgaande is Emma at Work ter sprake gekomen als een best-practice van publiek-private en regionale samenwerking tussen de domeinen zorg en arbeid.

Aanbod voor mensen met niet-aangeboren hersenletsel

Ging het in de voorgaande alinea's over best-practices op het gebied van bewegingsapparaatklachten, een gebied waar deze inderdaad het meest zijn uitgekristalliseerd, in het navolgende bespreken we de situatie bij andere aandoeningen. Hier ligt de nadruk meer op bekende knelpunten in plaats van op de goede praktijken.

Ten aanzien van de arbeidsrevalidatie van niet aangeboren hersenletsel (NAH) in Nederland hebben Cremer en Zuidam in 2005 een inventariserend onderzoek gedaan naar de instellingen die dergelijke dienstverlening bieden. In paragraaf 3.2 is al opgemerkt dat de arbeidsrevalidatie van mensen met NAH waarschijnlijk suboptimaal is. Cremer en Zuidam hebben niet alleen naar de medisch specialistische revalidatie gekeken maar ook naar de private re-integratiemarkt. Zij constateren dat waar arbeidsrevalidatie deskundigheid veronderstelt op het raakvlak van neurologie/psychologie en arbeidstoeleiding, deze deskundigheid niet te vinden is waar je hem verwacht. Deze deskundigheid is namelijk beter herkenbaar bij (gespecialiseerde) private re-integratiebedrijven dan bij revalidatieinstellingen. Dit is historisch verklaarbaar omdat arbeidsgerichte activiteiten in principe niet vanuit de zorg gefinancierd worden. Sommige revalidatie-afdelingen proberen in de marge oplossingen te vinden door arbeidsgerelateerde activiteiten anders te benoemen en uit te voeren in het kader van de revalidatiedagbehandeling. Feit blijft echter dat onvoldoende expertise kan worden opgebouwd richting werk(gevers). Uit onze recente interviews blijkt dat deze situatie inmiddels wel verbeterd is, maar dat het schot tussen de financiering via de beleidsterreinen van de ministeries van SZW en van VWS nog een overheersende en belemmerende rol speelt. Cremer en Zuidam telden in 2005 een kleine 30 bureaus die van betekenis zijn voor mensen met NAH. De kostenstructuur van de bureaus is redelijk transparant en de kosten variëren van enkele honderden euro's voor een intake, enkele duizenden voor specifieke trainingen/coaching tot 6 à 7000 euro voor een heel bemiddelingstraject. Overigens zijn de auteurs kritisch over de onderbouwing van de diverse aanpakken: valide diagnostisch onderzoek naar werkvermogen ontbreekt, er is onvoldoende onderbouwing en effectonderzoek naar de re-integratie-interventies en de trajecten zijn doorgaans te standaard van karakter.

Kwaliteitsborging

Kwaliteitsborging is een essentieel onderdeel van best-practices. In het voorgaande hebben we gezien dat de Stichting Vroege Interventie Revalidatie zorg en de Stichting Centra voor Integrale Revalidatie en Arbeidsactivering Nederland speciaal met dit doel zijn opgericht. Wanneer meerdere centra een bewezen goede aanpak (gaan) toepassen en ook nieuwe me-

dewerkers worden aangetrokken moet men wel volgens die bedoelde aanpak gaan werken. Op deze manier kan ook monitoring van de resultaten en wetenschappelijk onderzoek worden opgezet.

In de private re-integratiemarkt kennen we het Boaborea keurmerk en internationaal is er het keurmerk van het European Platform of Reintegration, waar bijvoorbeeld Heliomare bij is aangesloten.

Risicofactoren

Nog afgezien van de manieren van kwaliteitsborging kennen ook best-practices zo hun risicofactoren voor hun verdere ontwikkeling. In de interviews zijn de volgende aspecten genoemd. Kennis van dergelijke factoren is belangrijk om brede toepassing van de best-practice te bevorderen.

1. *Verwateren best-practice*

Norrefalk wijst er in het vervolg van zijn onderzoek op dat een aanpak (waarvan de effectiviteit dus bewezen is) kan verwateren. Door toedoen van de professionals zelf die weer wat nieuws willen proberen, maar vooral ook door de financiers, die aansturen op verkorting en versobering van de behandeling.

2. *Registratie effectvariabelen*

Om verder te gaan met evidence based werken en als (zie 1) geaccepteerd moet worden dat aanpakken blijven veranderen, moeten routinematig effectvariabelen worden geregistreerd en follow-up gegevens worden bijgehouden. Dit is nu niet het geval. En als er al iets aan dergelijke gegevens wordt bijgehouden, zijn ze niet openbaar.

3. *Impliciete voorkeuren*

Impliciete voorkeuren en (verborgen) financiële prikkels beïnvloeden de keuze voor een best-practice. Zo blijkt in Zweden en elders de chirurgische ingreep voor patiënten, werkgevers en verzekeraars meer populair dan het bewezen effectieve niet-invasieve pijnprogramma bij lage rugklachten.

4. *Complexe financiering*

Complexe financiering uit verschillende bronnen vormt internationaal en ook in Nederland een veel voorkomende institutionele belemmering. De kunst van het behandelen verwordt zo tot de kunst om financiering te verknopen.

5. *Ongelijke verdeling kosten en baten*

De instantie/verzekeraar die de (arbeids)revalidatie betaalt (kosten) is niet degene die de baten ondervindt, meestal werkgever, uitkeringsinstantie of andere verzekeraar. Dit speelt internationaal en in Nederland. Het arbeidsrevalidatie programma wordt dan al gauw te duur bevonden. De verzekeraar koopt weinig in en wachtlijsten ontstaan. Anderzijds zijn werkgevers terughoudend om te betalen voor arbeidsrevalidatie die volgens hen de zorgpremie zou moeten dekken. Sense of urgency ontbreekt om deze situatie te doorbreken.

6. *Behoudende verwijzers*

Aanbod van cliënten blijft achter bij verwachtingen door concurrentie of te weinig kennis bij toeleveranciers/verwijzers. Multidisciplinaire revalidatieprogramma's in de tweede lijn concurreren met bestaande dienstverlening. Arbodiensten kunnen multidisciplinaire revalidatie programma's die gericht zijn op vroege interventie zien als een bedreiging voor eigen activiteiten. Zij zullen daarom cliënten niet snel willen insturen en zelf de dienstverlening verzorgen. Concurrentie kan zo ook innovatie dwarsbomen.

7. *Aandacht voor werkgevers*

Betrokkenheid richting de werkgevers blijft achter. Centra in de reguliere zorg hebben van huis uit te weinig expertise in en affiniteit met arbeidsgerelateerde zaken, waardoor het actief betrekken van de werkgever bij de behandeling van een cliënt moeilijk verloopt/niet lukt en de betrokkenheid van werkgevers niet wordt gemobiliseerd.

Succesfactoren

Ook de succesfactoren zijn vooral in de interviews naar voren gekomen, en worden in de literatuur incidenteel benoemd in de discussie.

1. *Kwaliteit staat voorop*

De best-practice kenmerken van het revalidatieprogramma zelf zijn doorslaggevend: (1) multidisciplinaire aanpak (2) tijdcontingent, 'graded activity' gericht op functioneel herstel, geen wachttijden tussendoor (3) vroegtijdig betrekken van werk(plek)-omstandigheden, (4) goed geprotocolleerde gescheiden assessment- en interventiefasen en (5) ruimte mogelijk voor individueel maatwerk.

2. *Commitment revalidant*

Essentieel onderdeel is het verzekeren en stimuleren van commitment en motivatie van de revalidant. Een behandelplan wordt besproken en ondertekend door de revalidant. In geval van deelnemers die uitbehandeld zijn en geen perspectief meer hebben in reguliere zorg, is deelname aan een programma een kans om hun situatie (bijvoorbeeld werkloosheid) te verbeteren. Empowerment en respectvolle behandeling staan centraal (help to self help). Financiële prikkels in uitkering en werk zijn als stok achter de deur eveneens nodig.

3. *Blijvende aandacht voor professionaliteit*

De deskundigheid van het multidisciplinaire team moet voortdurend bewaakt worden. Teamleden die voor het programma goed getraind en op elkaar ingesteld zijn, continuïteit waarborgen bij verloop van medewerkers, tijdig inleren van nieuwe teamleden zijn belangrijke condities. Feedback van resultaten naar de teamleden en daar als team van leren, kan hierbij uitstekend helpen.

4. *Transparante organisatie*

Vanzelfsprekend zijn een strakke transparante organisatie gelet op de tijdcontingentie en het regelen van verschillende financieringstromen van groot belang, evenals het duidelijk beleggen van de verantwoordelijkheid voor de werkgerichte aspecten en voor het casemanagement.

5. *Regionale inbedding*

Regionale inbedding en het organiseren van betrokkenheid, samenwerking, afstemming van/met relevante partijen als werkgevers, gemeenten, arbodiensten, verzekeraars etc. zijn belangrijke succesfactoren. Hierdoor ontstaat er begrip voor elkaars expertise, rol en cultuur en commitment voor gezamenlijke doelen.

6. *Kritische zelfevaluatie*

Voortdurende kritische evaluatie van het programma door de behandelaars zelf en monitoring van de resultaten is noodzakelijk voor de verdere ontwikkeling ('lerende organisatie').

7. *Institutionele doorbraken*

Institutionele doorbraken zijn nodig die enerzijds via de financiering erkennen dat arbeidsgerelateerde activiteiten onverbrekkelijk verbonden zijn met medisch specialistische revalidatie en die anderzijds de opbrengsten van (arbeids)revalidatie meer transparant maken.

Integratie in aanpak

In een inspirerend artikel over de toekomst van arbeidsrevalidatie in de 21^{ste} eeuw bespreekt Lewis (2008) vanuit de situatie in de VS wat succesfactoren zullen zijn. Hij ziet het kunnen inspelen op de veranderingen op de arbeidsmarkt en in de economie als essentieel voor de toekomst. Als een van de kernuitdagingen ziet hij dat instellingen die zich met arbeidsrevalidatie bezig houden, tot in hun vezels 'lerende organisaties' moeten zijn, dat wil zeggen gericht op professionele kwaliteit, het leren binnen teams, 'open mindedness' en visie. Hij bepleit een 'ecologische' benadering (zie ook Bricout 2003). Hiermee wordt bedoeld dat vanuit een dynamisch model zoveel mogelijk geïntegreerd werkbevorderende factoren worden gemobiliseerd: op interpersoonlijk niveau tussen cliënt en diverse hulpverleners, op het werk met collega's, sociale ondersteuning thuis etc.

Dat een dergelijke integrale aanpak van professionals/instanties, werkgever en cliënt ook na jaren nog effect sorteert laat een experiment in Zweden zien. Een samenwerkingsmodel met gestructureerd face-to-face overleg tussen sociale verzekeraar, arbozorg, werkgever en cliënt en zonodig behandelaars, liet een aanmerkelijke verzuimreductie na een jaar zien, vergeleken met de gebruikelijke ad hoc aanpak. Opvallend is echter dat dit effect gedurende 6 opvolgende jaren bleek aan te houden, zodat een positieve kosten-baten balans resulteerde van 36.600 euro per persoon, ondanks de extra kosten van het samenwerkingsmodel bij aanvang (Kärrholm et al. 2006, 2008).

3.7 Relatie arbeid en gezondheidszorg: ruimte voor verbetering

In de voorgaande paragrafen is geprobeerd om zoveel mogelijk vanuit de focus van het onderzoek de kosten-baten kant van best-practices te belichten. In deze paragraaf verbreden we de aandacht naar de arbeidsrevalidatie in den brede.

Onvoldoende structurele aandacht voor arbeid

De gunstige ervaringen met Vroege Interventie bij Heliomare en de implementatie ervan bij de 13 andere revalidatiecentra leidden tot de voor de hand liggende vraag in hoeverre deze aanpak ook bij andere aandoeningen dan klachten van het bewegingsapparaat realiseerbaar zou zijn. Het toenmalige iRv en de Universiteit van Maastricht (Nijhuis en van Lierop) hebben hier enig onderzoek naar gedaan. Aan de hand van een ideaalmodel van arbeidsrevalidatie gebaseerd op literatuur concludeerde Rutten (2005) dat in geen van de deelnemende revalidatiecentra arbeidsgerelateerde revalidatie-activiteiten standaard onderdeel zijn van de klinische fase van de behandeling (diagnosegroepen dwarslaesie, NAH en amputatie). De betrokken disciplines die zich in voorkomende gevallen met arbeid bezighouden verschillen en er wordt zelden samengewerkt met externe partijen. De auteur beveelt aan de behandelprotocollen te herschrijven, zodat arbeid een standaard onderdeel is van het (poli)klinische revalidatieprogramma. In een parallel onderzoek deed van Doren (2005) verslag van de arbeidsgerelateerde revalidatieactiviteiten in algemene ziekenhuizen. Haar conclusie komt in feite op hetzelfde neer. Zij pleit voor de instelling van een arbeidscoördinator die deel uitmaakt van het behandelteam en als casemanager richting het werk optreedt en een snelle start van arbeidsgerichte activiteiten kan bewerkstelligen.

Een gezamenlijk project van Nederlandse en Belgische revalidatiecentra wat betreft de implementatie van arbeidsgerelateerde revalidatie werd in 2006 afgerond (van Lierop 2006, van Lierop en Nijhuis 2006). In dit project zijn door de deelnemende centra verschillende organisatiemodellen en diagnose-instrumenten uitgetoetst. De betrokken patiënten (met MS en NAH) bleken met de werkgerichte aanpak beduidend meer tevreden dan voorheen en het werkhervattingspercentage bleek aantoonbaar verhoogd. Van Lierop concludeerde na afloop van het project dat niettegenstaande dit succes er nog veel te doen is wat betreft de structurele inbedding en protocollering van de arbeidsgerelateerde activiteiten en verbetering van het instrumentarium.

Afbakeningsdilemma revalidatie

Uit onze recente interviews blijkt dat in de genoemde 14 revalidatiecentra de structurele aandacht voor arbeid weliswaar duidelijk verbeterd is, maar nog zeker niet optimaal verankerd is in het behandelproces. Structurele bekostigingsdilemma's en de soms geringe affiniteit van zorgverleners met de wereld van de arbeid spelen nog steeds een rol.

Er speelt hier ook een discussie die de identiteit van de medisch-specialistische revalidatie raakt. Vanuit de omschrijving dat revalidatie de multidisciplinaire behandeling onder leiding van een revalidatie-arts is, kan revalidatie als het ware vooral als een derde lijnsvoor-

ziening gedefinieerd worden. Hierdoor is er niet alleen een drempel richting arbeid maar ook naar de eerste-lijnszorg in het algemeen. Nu het accent in de revalidatie steeds meer verschuift van de klinische naar de poliklinische behandeling, wordt de behoefte aan een ketenaanpak echter groter. Dit wordt gevoed door de wens van het ministerie van VWS en patiëntenorganisaties de zorg voor grote groepen chronisch zieken, zoals diabetes te stroomlijnen met behulp van de zogenaamde keten-DBC's⁹. Vanuit de optiek van revalidatie als 'derde-lijnsvoorziening' ligt een best-practice als de MER aan de rand van de revalidatie, omdat de revalidatiearts in de diagnostiek/assessment weliswaar een prominente rol heeft maar over het gehele behandeltraject gezien niet de hoofdrol vervult. Anderzijds kan via dienstverlening als de MER de kennis en ervaring van de revalidatiegeneeskunde benut worden voor een relatief grote groep patiënten om verergering en chroniciteit van een veel voorkomende aandoening te voorkomen (tertiaire preventie). Deze discussie speelt niet alleen bij de aanbieders van revalidatiezorg maar ook bij de verzekeraars als financiers en de regelgevende instanties als CVZ en NZa.

Arbozorg in eerste lijn

Bijzondere vermelding verdient hier de (Nederlandse) krijgsmacht, waar de huisartsen- en bedrijfsartsenfunctie (weer) geïntegreerd zijn en waar samen met verzekeraar Univé een situatie gecreëerd is, die de arbeidgerichtheid van de zorg en de arbeidsrevalidatie (MRC Aardenburg) sterk heeft verbeterd met als resultaat bekorting van verzuimduur. Hier geldt wel een bijzondere extra succesfactor: een door de werkgever (minister van Defensie) geformuleerde missie, die direct gericht is op – voor zover mogelijk – terugkeer naar werk. 'Het MRC levert door prompte en patiëntgerichte revalidatiezorg een fundamentele bijdrage aan het wederom geschikt maken van militairen van alle krijgsmachtonderdelen voor hun operationele taakstelling.'

In Nederland zijn enkele experimenten gaande wat betreft uitvoering van arbozorg in de eerste lijn (zie onder meer Sterknaarwerk.nl).

Kosten non-participatie

Suboptimale vormgeving en organisatie van arbeidsgerelateerde revalidatie leidt tot (vermijdbare) maatschappelijke kosten. De omvang van deze kosten kan een prikkel zijn voor de diverse partijen. Specifiek voor de arbeidsrevalidatie is hier niets van bekend. Wel heeft TNO recent onderzoek gedaan naar de kosten van het niet deelnemen aan het arbeidsproces ('non-participatie') van de meest voorkomende chronische aandoeningen/beperkingen in de beroepsbevolking (Steenbeek et al. 2010). Op basis daarvan hebben de auteurs een schatting gemaakt van de vermijdbare kosten. Deze gegevens staan in tabel 3.3.

De totale kosten van deze non-participatie is becijferd op circa 26 miljard euro en enkele miljarden hoger wanneer we de kosten van presentisme (aanwezig op het werk maar met lagere productiviteit vanwege klachten) mee tellen. In tegenstelling tot wat vaak gedacht wordt zijn de zorgkosten van deze werkenden met een chronische aandoening praktisch het dubbele van de directe verzuimkosten (9.690 vs. 5.276 miljard euro).

De top 3 wordt gevormd door klachten van het bewegingsapparaat (3,7 miljard euro), psychische klachten (2,5 miljard euro) en hart- en vaatziekten (1,8 miljard euro). De eerst- en laatstgenoemde zijn rechtstreeks relevant voor de arbeidsrevalidatie, de tweede indirect via de steeds vaker voorkomende co-morbiditeit. Verbetering van de curatieve zorg op dit punt kan gezien deze bedragen grote impact hebben, niet alleen financieel, ook kwalitatief.

⁹ Diagnose Behandel Combinatie is een beschrijving van een zorgproduct/dienst door de arts getypeerd op basis van de zorgvraag van de patiënt. Alle activiteiten van de instelling en (para)medici die bij deze zorgvraag horen worden aan de DBC toegerekend. Bij een chronische aandoening zoals bijvoorbeeld diabetes wil men een zgn. keten-DBC hanteren om niet allerlei afzonderlijke periodieke activiteiten te hoeven administreren.

Tabel 3.3 Overzicht totale kosten non-participatie per aandoening

Chronische aandoening	Prevalentie		Kosten (miljoen euro)					Totaal 3	Totaal 4
	NEA (%) ^c	Werkzame beroepsbevolking (N)	Verzuim	Sickness presentism	Uitval uit arbeid (WIA)	Zorgkosten ^a			
Klachten van het bewegingsapparaat	15,3	1.180.242	2.416	461	283	974	3.673	4.134	
Psychische klachten/aandoeningen	2,4	187.741	1.153	682	398	938	2.489	3.171	
Hart- en vaatziekten	2,7	208.128	723	49	132	620	1.475	1.524	
Maag en darm stoornissen	3,6	278.158	710	1.565	24	324	1.058	2.623	
Levensbedreigende ziekten (bijv kanker, aids)	0,8	58.353	493	^b	119	289	901	^b	
Astma, bronchitis, emfyseem	5,2	400.636	525	1.236	24	137	686	1.922	
Migraine of ernstige hoofdpijn	5,5	427.209	658	1.385	3	^b	661	2.046	
Suikerziekte	2,1	161.820	398	120	12	150	560	680	
Gehoorproblemen	2,2	171.148	161	^b	6	115	282	^b	
Ernstige huidziekten	0,8	57.989	32	^b	4	244	280	^b	
Epilepsie	0,3	25.606	65	^b	5	38	108	^b	
Problemen met zien	2,1	165.005	194	^b	^b	^b	^b	^b	
Overig	5,9	452.312	1.155	^b	227	5.502 ^d	6.884	^b	
Totaal kosten WAO					10.004				
Totaal	37,1	7.714.000	5.276 ^e	5.498	11.238	9.332	25.842		

Tabel is gesorteerd op Totaal 3

^a Kosten reflecteren zorgkosten berekend volgens System of Health Accounts in 2005 (geen extrapolatie naar 2008 toegepast)^b Niet beschikbaar^c Prevalentie afkomstig uit NEA 2008, het totaal is lager dan de som van de aandoeningen omdat werknemers meerdere aandoeningen kunnen hebben.^d Inclusief migraine en ernstige hoofdpijn, exclusief zwangerschap en diagnose niet toewijsbaar^e Per aandoening wordt het verzuim overschat; daar is in dit totaal voor gecorrigeerd

Totaal 3 = totale kosten verzuim (gecorrigeerd totaal), uitval uit arbeid en gezondheidszorg.

Totaal 4 = totaal 3 + kosten sickness presenteeism

De potentie voor deze verbetering hebben de onderzoekers geschat in de vorm van vermijdbare kosten die op basis van de schaarse literatuur in verband kunnen worden gebracht met inadequaat medisch handelen en vermijdbaar verzuim. TNO schat dat ongeveer 21% van het verzuimpercentage vermijdbaar is met de verbetermogelijkheden ongeveer gelijk verdeeld tussen de arbozorg, de gezondheidszorg, de werkgever en de werknemer zelf (Kremer en Steenbeek 2010). Uit een internationale overzichtstudie blijkt dat 20-25% van de patiënten niet de zorg krijgt die volgens de actuele medische inzichten nodig is en/of zorg die schadelijk en zelfs overbodig is (Grol en Grimshaw 2003). Verbetermogelijkheden van de kant van werkgevers blijken ook uit een recent onderzoek van Kopnina en Haafkens (2010), waaruit blijkt dat voor het HR-beleid in Nederlandse ondernemingen de chronisch zieke werknemers nog een grotendeels onzichtbare groep vormen.

Al met al schat TNO dat het voorkómen van deze inefficiënties in potentie 2 miljard per jaar kan opleveren. Hoewel dit de gezondheidszorg en arbozorg in den brede betreft, kan de (arbeids)revalidatie hier het zijne aan bijdragen om deze verbeteringen te helpen realiseren.

Kwaliteit en innovatie

Kwaliteitsverbetering van de zorg is inmiddels een steeds prominenter speerpunt geworden bij het ministerie van VWS, alsook daarbuiten¹⁰. Het ministerie stelt zelfs de oprichting van een nationaal kwaliteitsinstituut voor om de grote kwaliteit- en doelmatigheidsverschillen tussen instellingen en de fragmentatie van kwaliteitsborging tegen te gaan. In de lopende innovatie/implementatieprogramma's is arbeid echter geen aandachtspunt: Sneller Beter (ziekenhuizen), De Nieuwe Praktijk (huisartsen), Zorg voor Beter (AWBZ-instellingen), Beter Voorkomen (preventie), het landelijk dementie programma en het landelijk actieplan kwaliteit geestelijke gezondheidszorg. Daarnaast wordt vernieuwing gefaciliteerd via de NZa beleidsregel 'Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgproducten' en via de herziening van DBC's. Hierin zou de ontwikkeling van arbeidsgerichte zorgproducten wel gestalte kunnen krijgen. Onder voorzitterschap van de ministerie van VWS functioneert sinds medio 2008 het ZorgInnovatiePlatform (ZIP) voor 'het bevorderen van de totstandkoming van een goed innovatieklimaat en goede randvoorwaarden voor innovatie in preventie en zorg'. Met nadruk op de zorg voor chronisch zieken en ouderen ontwikkelt het ZIP financieel instrumentarium, de ZorgInnovatieWijzer, organiseert netwerken en bijeenkomsten en geeft advies over arbeidsmarktbeleid in de zorg. Extra aandacht voor innovatie is geen overbodige luxe. Literatuur met betrekking tot de implementatie van innovaties in de gezondheidszorg laat zien dat – ook wanneer de innovaties evidence based zijn – implementatie in de zorg in het algemeen traag verloopt, waarbij een tijdschijf van 10 jaar zeker niet ongebruikelijk is (Schrijvers 2005).

3.8 Hoe komen kosten-effectiviteit en kosten-baten analyses tot stand?

Aan het slot van dit hoofdstuk gaan we nog kort in op de grondslagen en principes van kosten-baten analyses op het terrein van de gezondheidszorg. In paragraaf 3.2 hebben we de uitkomsten van het kosten-baten onderzoek zonder kanttekeningen gepresenteerd. Deze kanttekeningen – onvermijdelijk bij een complexe methodologie – en de gehanteerde definities volgen nu.

Baten in QALY's

Bij doelmatigheid ook wel kosten-effectiviteit gaat het in de analyses om de *meerkosten* in relatie tot de *meeropbrengst* van een interventie, meestal ten opzichte van de gebruikelijke zorg, maar ook ten opzichte van een concurrerende voorziening/interventie of géén interventie. De effectiviteitsmaat kan variëren naar gelang de interventie (bijvoorbeeld testwaarden), maar is vaak een vragenlijst die de klachten en gezondheid van de patiënt meet (kwaliteit van leven). In de gezondheidseconomie wil men vaak uiteenlopende behandelingen en uiteenlopende diagnoses met elkaar vergelijken. Daarvoor wordt steeds meer gebruik gemaakt van QALY's. Een QALY is de eenheid van gezondheidswinst en combineert de kwaliteit met de duur ervan. Eén QALY staat voor één jaar doorgebracht in volmaakte gezondheid of bijvoorbeeld voor vijf jaren doorgebracht in een toestand die daar 20% van is. Via vragenlijsten wordt dit aan de patiënt gevraagd¹¹. Op deze manier kan bijvoorbeeld ook de gezondheidswinst van de partner van een patiënt bij de kosten-effectiviteitsanalyse worden betrokken.

¹⁰ Zie onder meer: Ministerie van VWS. Oprichting van een nationaal kwaliteitsinstituut. Brief aan de Tweede Kamer 28 mei 2010, kenmerk CZ/3000257. Ministerie van VWS. Innovatie in preventie en zorg. Brief aan de Tweede Kamer MEVA/AEB-2830484; 7 februari 2008, Probleemanalyse innovatie in de zorg. Interdepartementale programmadirectie KenI en het Innovatieplatform juni 2008, Inspiratie voor innovatie; visie van het Zorginnovatieplatform, Zorg voor mensen, mensen voor de zorg. Advies van het Innovatieplatform 2009.

¹¹ Een veel gebruikte vragenlijst is de EuroQol-5. Deze meet 5 dimensies van kwaliteit van leven: mate van mobiliteit, mate waarin iemand voor zichzelf kan zorgen, de mate waarin iemand dagelijkse activiteiten kan verrichten (werk, studie, huishouden, gezin- en vrijetijd ed.), de mate van pijn en andere klachten en de mate van angst en depressie. En dan vervolgens de hypothetische waardering hoeveel dagen van zijn leven men zou willen inleveren om in goede gezondheid verder te leven.

Als men de opbrengst van uiteenlopende behandelingen en uiteenlopende diagnoses wil vergelijken spreekt men ook wel van een kostenutiliteitsanalyse. Worden de effecten in geld uitgedrukt spreekt men van een kosten-batenanalyse, waarbij vaak ook naar de externe effecten en kosten buiten de gezondheidszorg wordt gekeken van diverse partijen: maatschappelijke kosten en baten.

Kanttekeningen bij QALY's

Ondanks dat de maat veel gebruikt wordt is de QALY aan forse kritiek onderhevig. Verandert de gezondheidsbeleving van chronische patiënten niet na verloop van tijd, mag je QALY's van verschillende individuen zo maar optellen, is de maat wel neutraal voor verschillende ziektes, leeftijd, sexe of cultuur? Het zijn maar enkele van de vele kanttekeningen (de Neeling 2003). Voor ons onderzoek speelt dit minder omdat de bestudeerde patiëntengroepen en de gezondheidszorgsector relatief gezien tamelijk homogeen zijn.

Vervolgens moet de gezondheidswinst gemeten in QALY's voor een kosten-baten analyse in geld worden omgerekend, eveneens een heikele kwestie. Wat is je een QALY waard? Het RIVM kiest op basis van een studie van Hirth et al. (2000) voor een waardering van €100.000 door cliënten. Van den Hout et al. (2009) suggereren als vuistregel dat kosten tot \$20.000 per QALY zeer acceptabel zijn, kosten tot \$50.000 acceptabel en dat kosten tot \$100.000 misschien onder voorwaarden acceptabel zijn (zie ook Ubel et al. 2003). Het National Institute of Clinical Excellence in de UK is terughoudend een nieuwe technologie te accepteren als kosten-effectief, wanneer deze meer dan £30.000 investering vraagt (Rawlings and Culyer 2004). Vandaar dat men in de conclusie van dergelijke analyses het ook andersom formuleert: als men bereid is €30.000 (óf €50.000) te investeren in therapie A, dan verdient deze de voorkeur boven B (die in kwaliteit van leven lager scoort). Dit wordt ook wel 'willingness to pay' genoemd. Deze is variabel en hangt van de ervaren 'levensbedreiging'. Zo gaat men bij preventieve interventies vaak uit van 20.000 euro per QALY.

Een ander manier om de kosten-baten ratio in beeld te brengen is het break-even point of de terugverdientijd vast te stellen: na welke periode overtreffen de baten de kosten/investeringen?

Kiezen in kosten

Tevens zal het niet verbazen dat er over de manieren om de kosten in kaart te brengen de nodige discussie is. In elk geval zullen de toekomstige kosten en opbrengsten verdisconteerd moeten worden naar het heden, dat wil zeggen met 4 of 5% per jaar afgewaardeerd. De kosten van productiviteitsverlies (voor de werkgever) kunnen enerzijds bepaald worden via de Human Capital methode – alle verzuimdagen/uren voor de totale onderzoeksperiode bij elkaar opgeteld – of de frictiemethode – verzuim tot maximaal 6 maanden, omdat de werkgever vervanging regelt. In de Nederlandse situatie met loondoorbetaling tot twee jaar en vaak (gedeeltelijke) herverzekering, zullen de kosten er ergens tussenin zitten. De kosten van presentisme (aanwezig maar minder productief vanwege de klachten) worden in het algemeen 'vergeten'. Daarnaast zijn er allerlei (zorg)kosten voor de patiënt die via een dagboekmethode in kaart moeten worden gebracht.

Het lange termijn perspectief levert eveneens interpretatieproblemen op. De meeste effectstudies kennen een beperkte horizon van zo'n twee jaar. De bevindingen zijn niet zomaar te extrapoleren naar langere perioden. We zitten nu eenmaal met het gegeven dat mensen die eens zijn uitgevallen wegens een chronische aandoening een grotere kans hebben om later weer uit te vallen, wegens dezelfde of een andere aandoening.

In zogenaamde sensitiviteitsanalyses wordt geprobeerd met verschillende varianten (in waardering QALY, kostenvariant, discontovoet, kans op herhaling ed.) in de modellen rekening te houden. Dit maakt de analyses qua rekentechniek tot gespecialiseerd terrein.

Doorontwikkeling nodig

Gezien het bovenstaande is het niet verbazingwekkend dat er nog maar weinig economische kosten-baten studies zijn gedaan in de revalidatie en arbeidsrevalidatie. Gezien de complexe en langdurige ziektegeschiedenissen en arbeidsloopbanen van mensen met een chronische aandoening zouden dergelijke studies wel de moeite waard zijn.

Voorlopig kan de globale conclusie van onze zoektocht naar kosten-baten gegevens wat betreft de arbeidsgerelateerde revalidatie zijn dat deze in algemene zin een positief rendement heeft, al is niet aan te geven hoeveel de opbrengst is en verschilt deze naar aard van de beperkingen en andere omstandigheden. Onze conclusie wordt gedeeld door Pruett et al. (2008). Zij deden voor de VS een review van studies naar effectiviteit en rendement van arbeidsrevalidatie van mensen met chronische aandoening en beperkingen. Zij concluderen dat er voldoende empirisch bewijs is voor rendement, maar stellen eveneens een aanzienlijke spreiding vast: de ratio's variëren van 3:1 tot 18:1. Tompa et al. (2006, 2008) hielden de economische evaluatiestudies tegen het licht op het terrein van werkplekinterventies en Disability Management. Zij constateren dat er nog maar weinig studies van goede kwaliteit gedaan zijn en dat verdere ontwikkeling en intensivering van dergelijke economische evaluatiestudies noodzakelijk is. Ook volgens hen wijst het schaarse onderzoek op een positief rendement. Deze conclusie nemen Waddell et al. in een zeer recent rapport over. Zij verbinden daar voor de UK de consequentie aan dat de overheid en betrokken partijen veel sterker moeten inzetten op intensivering van arbeidsrevalidatie (Waddell et al. 2009).

3.9 Conclusies

Wat heeft onze zoektocht naar best-practices op het gebied van de arbeidsrevalidatie opgeleverd?

We moeten constateren dat het aantal gevonden best-practices waarvan de effectiviteit en de kosten-baten balans gedocumenteerd is, nogal beperkt is. Daarvoor lijken een aantal oorzaken aan te wijzen.

Meer effectiviteitsonderzoek nodig

Op de eerste plaats is economisch/econometrisch onderzoek als onderdeel van de evaluatie van interventies iets van recentere datum en dit geldt eens te meer voor de arbeidsgerelateerde revalidatie. De economische analyses die wel zijn gedaan, zijn nogal uiteenlopend in aanpak en kwaliteit, zodat een synthese van uitkomsten nog moeilijk is. Dergelijk onderzoek is methodologisch niet eenvoudig en arbeidsintensief, en doorontwikkeling in de methodologie is nodig. Er komt (internationaal) wel steeds meer belangstelling voor, omdat dergelijke analyses gebruikt kunnen worden om keuzes te legitimeren bij de alom gevoelde noodzaak van kostenbeheersing in de gezondheidszorg.

Op de tweede plaats speelt een rol dat arbeidsgerichte revalidatie nog onvoldoende als geïntegreerde en herkenbare module in de revalidatie is georganiseerd. Zo is het niet mogelijk het aantal patiënten in Nederland dat van arbeidsrevalidatie gebruik maakt, vast te stellen. De instellingen in Nederland die op inhoudelijke gronden als best-practice zijn te kenmerken, monitoren onvoldoende structureel de resultaten, zodat kosten-effectiviteit- en kosten-baten-analyses nog niet goed mogelijk zijn.

Beschikbaar onderzoek wijst op positief rendement

Het goede nieuws is dat uit het onderzoek blijkt dat met name arbeidsgerelateerde interventies op het gebied van klachten van het bewegingsapparaat evidence based zijn en een positieve kosten-baten balans hebben. De meerkosten van deze interventies variëren afhankelijk van de situatie van enkele honderden tot circa 7000 euro per behandeling. Voor

de Nederlandse situatie kunnen we dit scharen onder het aanbod van de Multidisciplinaire Eerstelijns revalidatie (MER). De kosten-batenbalans hiervan is positief en de terugverdiendtijd varieert weer afhankelijk van de situatie van enkele maanden tot circa anderhalf jaar.

Er zijn goede aanwijzingen dat arbeidsgerelateerde Vroege Interventie ook bij patiënten met andere diagnoses, zoals NAH (niet-aangeboren hersenletsel) en hartfalen een positief rendement heeft met overzichtelijke terugverdiendtijden van enkele maanden tot jaren werkhervatting. Hier is nog onvoldoende onderzoek naar gedaan onder welke voorwaarden dit geldt, want de spreiding in de ernst van beperkingen is groot. Het is dus wenselijk snel aan de slag te gaan en door goede monitoring en analyse werkende weg meer helderheid te verschaffen over de preciese kosten en baten bij verschillende patiëntengroepen.

Niet alleen materiële kosten-baten

In elk geval ontbreken op dit moment de gegevens om voor de arbeidsrevalidatie de (maatschappelijke) toegevoegde waarde te becijferen.

Bovendien willen we het belang van kosten-baten informatie voor het beleid enigszins relativeren. Niet alleen omdat er kanttekeningen geplaatst kunnen worden bij de methodologie, maar ook vanwege mogelijke ongewenste gevolgen, zoals geïllustreerd is aan de hand van een onderzoek bij reumapatiënten. Wanneer de meerkosten van een interventie bescheiden zijn, maakt de reële loonwaarde en het salaris van de betrokken medewerker niet veel uit. In de experimentele medicinale behandeling van reuma ging het echter om 130.000 euro per QALY meerkosten die alleen bij de meest gunstige berekening van de productiviteitswinst konden worden terugverdiend. Als we ons realiseren dat vrouwen, allochtonen of chronisch zieken structureel lagere inkomens hebben, begeven we ons op glad ijs, wanneer deze QALY-afweging het enige argument in de therapiekeuze zou zijn. Toegankelijkheid van de zorg – een van de pijlers onder het beleid – wordt zo ondergraven.

Niet alleen arbeidsparticipatie

In de moderne samenleving is betaalde arbeid voor iedereen en dus ook voor mensen met beperkingen de voornaamste manier om ‘erbij te horen’, inkomen te verwerven, sociale contacten te hebben, zich te kunnen ontplooien. Arbeidsgerichte activiteiten zouden dus een integraal onderdeel moeten zijn van de revalidatie gezien het feit dat 60 tot 70 procent van de revalidanten tot de beroepsleeftijd behoort. Voor de revalidatie is het echter evenzeer van belang te kunnen onderscheiden wanneer de combinatie van beperkingen met arbeid de vitaliteit ondermijnt of een te zware belasting vormt. Van Campen en Cardol (2009) wijzen erop dat een aanzienlijk deel van de mensen met chronische fysieke beperkingen, tevreden is met hun leven ook zonder deelname aan betaald of onbetaald werk. Zinnvolle dagbesteding blijft hierbij wel belangrijk voor de kwaliteit van leven.

Ontwikkeling kosten-baten modellen toch belangrijk

Desalnietemin willen wij ten aanzien van de (arbeids)revalidatie toch pleiten voor de ontwikkeling van kosten-baten modellen om inzicht te krijgen in de kosten en opbrengsten voor de verschillende belanghebbenden: de patiënt/cliënt zelf, werkgever, verzekeraar, andere stakeholders. De kosten komen immers voor rekening van de verzekeraar, terwijl de baten in het algemeen bij andere partijen terechtkomen. Meting van de effecten – in werkhervatting/productiviteit, QALY, vervolgzorgkosten – zal meer routinematig moeten plaatsvinden. Dat kan de transparantie en de kwaliteit van het aanbod sterk verbeteren, evenals het inzicht in de lange termijn. In de revalidatie heeft men immers vaak te maken met langdurige aandoeningen die ook in de toekomst (al dan niet vermijdbare) kosten met zich meebrengen. Goed loopbaanberaad voor mensen met beperkingen is een zaak van lange adem. Het rendement van een relatief dure ingreep verbetert sterk, wanneer blijkt dat

deze achteraf toch nog moet gebeuren, na vergeefse eerdere behandeling (zie het eerder geciteerde onderzoek van Rivero-Arias met betrekking tot een neurochirurgische ingreep bij rugklachten). Bij de ‘multimodale’ werkgerichte interventies, die als best-practice kunnen worden beschouwd, zijn altijd verschillende stakeholders in het spel met verschillende (financiële) belangen, zeker wanneer de (inkomens)schade is herverzekerd. Er is dus veel voor te zeggen kosten-baten analyses op systeemniveau te doen om de kosten en opbrengsten voor de verschillende partijen in beeld te brengen. Ook een best-practice interventie van onbesproken kwaliteit kan vanzelfsprekend bij participanten mislukken en de kosten van deze ‘mislukte interventies’ moeten verevend worden met de opbrengsten van de succesvolle interventies. Deze verevening kan alleen plaatsvinden op systeemniveau van bijvoorbeeld een verzekeraar of sector.

Beroepsgerichte revalidatie te weinig geprofileerd

Een beroepsgerichte revalidatie zoals we die als best-practice in Duitsland zijn tegengekomen kennen we in ons land niet, met uitzondering van de vijf Rea-scholingsinstituten voor jongeren. Gezien het toenemende belang van de kenniseconomie en het creëren van duurzame kansen voor mensen met beperkingen missen we in Nederland een dergelijke beroepsgerichte revalidatie voor volwassenen. De te investeren kosten zullen in het algemeen veel hoger zijn dan bij de eerder geciteerde interventies. De ermee samenhangende lange terugverdiëntijden van meerdere jaren maken publieke (mede)financiering noodzakelijk.

Institutionele belemmeringen oplossen

Uit de contacten met onze buitenlandse informanten kunnen we opmaken dat – in ieder geval in hun ogen – Nederland wat de recente ontwikkelingen in de arbeidsrevalidatie betreft bij specifieke patiënt/werknemer groepen internationaal voorop loopt. Dit geldt bijvoorbeeld voor de Multidisciplinaire Eerstelijns Revalidatie en de betrokkenheid van private interventiebedrijven. Een algemene bevinding is wel dat tot op heden de professional in de (medische) revalidatie nog onvoldoende feeling heeft met ‘de wereld van de arbeid’ om vroeg in het revalidatieproces werkaspecten mee te laten wegen en contacten met het werk te leggen. Dit verandert wel, maar er zijn nog de nodige institutionele belemmeringen, ten aanzien van de bekostiging, maar ook ten aanzien van de omschrijving en taakopvatting van de medisch specialistische revalidatie zelf.

Om dit te verbeteren zou allereerst arbeidsgerelateerde zorg een plaats moeten krijgen in de regelgeving, namelijk vermelding als te verzekeren prestatie in het Besluit zorgverzekering in het kader van de Zorgverzekeringswet (Zvw). De in dit onderzoek gepresenteerde onderzoeksgegevens – hoe onvolledig soms ook – bieden hier voldoende grond voor. CVZ vervult in het kader van de Zvw en de AWBZ de functie van pakketbeheerder. Het CVZ beoordeelt in dit kader welke zorg deel uitmaakt van het basispakket met als belangrijk criterium of de zorg beantwoordt aan de stand der wetenschap en praktijk (CVZ 2007 2010). Op de tweede plaats betekent dit dat voor een doelmatige uitvoering verzekeraars meer informatie over indicatiestelling, effecten en productbeschrijvingen nodig hebben dan nu routinematig voorhanden is. Hier is de revalidatiesector zelf aan zet.

Samengevat is het voor de arbeidsrevalidatie voor de toekomst de uitdaging de kernprincipes (vroegge interventies met werkplekcomponent, multidisciplinair, tijdcontingent, toespitsing op individuele omstandigheden, empowerment van de revalidant) als een transparant product/dienstverlening voor het voetlicht te brengen. In eerste instantie op het al meer bewezen terrein van de chronische pijnklachten van het bewegingsapparaat, maar vervolgens ook bij complexere aandoeningen die tot de kern van de revalidatie behoren, zoals niet-aangeboren hersenletsel. In welke organisatorische en institutionele context (financie-

ring, samenwerking ed.) dit het beste kan plaatsvinden, daarover moet de scenarioverkenning meer inzicht geven.

4 Trends voor de arbeidsrevalidatie richting 2020

Het vorige hoofdstuk eindigde met de op zich positieve conclusie dat best-practices aantonen dat investeringen in arbeidsgerelateerde revalidatie een positief rendement hebben, al weten we door onvoldoende gegevens en de diversiteit van de patiëntenpopulatie niet precies hoe groot dit rendement is en hoe we dit kunnen optimaliseren en in de praktijk organiseren. Om de ontwikkelingen in de arbeidsrevalidatie verder te verkennen verbreden we het perspectief van de best-practices naar de uitdagingen waar de revalidatie de komende jaren voor zal staan. Dit doen we door het analyseren van de maatschappelijk trends die van beslissende invloed zijn op de ontwikkelingsmogelijkheden van de arbeidsgerelateerde revalidatie. Om de verbeelding extra te prikkelen zijn deze trends in hoofdstuk 5 vertaald naar vier toekomstscenario's. Dat hoofdstuk kunnen we dan besluiten met die ontwikkelperspectieven voor de (arbeids)revalidatie die het meest 'toekomst-proof' zijn, dat wil zeggen opgeld doen voor de meerderheid van de vier scenario's.

Op basis van literatuur en onze expertise hebben we een aantal trends en ontwikkelingen geselecteerd die grote impact zullen hebben op de arbeidsrevalidatie in de toekomst. De beschrijving van deze trends hebben we aangescherpt op basis van het commentaar van de klankbordgroep. De trends hebben we samengevat speciaal met het oog op de arbeidsrevalidatie. Dat wil zeggen dat wij trends die op zichzelf maatschappelijk zeer relevant zijn, zoals in onderwijs of internationale betrekkingen, weinig aandacht geven. Daarentegen besteden we veel aandacht aan de arbeidsmarkt en ontwikkelingen in de zorg. We beschrijven de volgende trends:

1. Arbeidsmarktpositie van chronisch zieken en gehandicapten
2. Rol van de overheid en marktwerking in de zorg
3. Invloed van zorgverzekeraars
4. Private financiering revalidatiesector
5. Invloed patiënt op het aanbod van de revalidatiesector
6. Technologische ontwikkelingen en innovatieve concepten
7. Samenwerking en ketenzorg

Per trend geven we een korte beschrijving van de belangrijkste kenmerken met een samenvatting in kernissues. Tevens beoordelen we de impact op de ontwikkeling van arbeidsrevalidatie en op de mate van onzekerheid hoe deze trend zich in de toekomst verder zal ontwikkelen.

4.1 Arbeidsmarktpositie van chronisch zieken en gehandicapten

Schaarste

Op de relatief korte termijn heeft de economische crisis ongetwijfeld een negatief effect op de mogelijkheden voor arbeidsdeelname. Elke economische teruggang leidt tot herstructurering van de bedrijvigheid, en massa-ontslag, waarbij werkgevers er alles aan doen om de meest productieve en inzetbare werknemers te behouden, terwijl men uiterst voorzichtig is met de aanname van nieuw personeel. Dit belemmert in het algemeen de kansen van lager opgeleiden en van mensen met beperkingen. Toch is deze crisis anders dan de voorgaande omdat er in specifieke branches, zoals de zorg en delen van de overheid, nog heel wat vacatures zijn en de werkloosheid veel minder stijgt dan was voorzien.

Op de middellange termijn ziet het beeld er zeer waarschijnlijk heel anders uit. Na 2014 ontstaan er structurele tekorten op de arbeidsmarkt als gevolg van de ontgroening en vergrijzing van de beroepsbevolking (Van Ewijk, Teulings, CPB, 2009). De Randstad groeit

nog, maar daarbuiten krimpt de beroepsbevolking. De maatschappelijke druk neemt hierdoor toe om het beschikbare arbeidspotentieel beter en langer te benutten. De vergrijzing in combinatie met het tot op hogere leeftijd blijven doorwerken zal resulteren in een stijging van het aantal werkenden met (leeftijdsgerelateerde) gezondheidbeperkingen. Daar komt bij dat de komende jaren een extra toename wordt verwacht van het aantal mensen met chronische of 'lifestyle' aandoeningen (RIVM, 2006; VWS, 2007). Deze ontwikkelingen leiden tot een stijgende zorgvraag die, gezien de arbeidsschaarste, het beste opgevangen kan worden door het beschikbare zorgaanbod effectiever te benutten en meer arbeidsrelevant te maken. De Nederlandse maatschappij staat dus voor de uitdaging om in de komende jaren meer mensen met gezondheidsbeperkingen productief en duurzaam aan het werk te krijgen en te houden.

Arbeidsinhoud verandert

Naast deze kwantitatieve werkgelegenheidontwikkelingen, zijn de kwalitatieve veranderingen op de arbeidsmarkt zo mogelijk nog ingrijpender. Werkgevers stellen steeds hogere (opleidings)eisen aan werknemers als gevolg van de toenemende complexiteit van de werkzaamheden. Daarnaast wordt deze zogeheten upgrading veroorzaakt door een verschuiving van de werkgelegenheid van lagere naar hogere functies en beroepen. Routinematig productie- en administratief werk wordt meer geautomatiseerd en gerobotiseerd of gebeurt in lage-lonenlanden. ICT speelt een steeds grotere rol, de werkomgeving 'virtualiseert'. Psycho-sociale aspecten domineren de arbeidseisen (klantgericht, flexibel, stressbestendig, sociaal etc.). Deze upgrading op de arbeidsmarkt is niet nieuw. Er is al decennia lang, in meer of mindere mate sprake van. Te verwachten is dat de upgrading de komende jaren zal voortzetten, zij het in een langzamer tempo. Daarom zal het overschot van laag- en ongeschoolden de komende jaren verder toenemen, terwijl het tekort aan hooggeschoolden nijpender zal worden. Werkenden met een middelbaar opleidingsniveau gaan op grond van een verdergaande functiedeling taken overnemen van de relatief schaarse hoogopgeleiden. Bovendien zullen zij de laagopgeleiden uit de lagere functies verdringen. We zullen vaker geconfronteerd worden met klasse-assistenten, zij-instromers, doktersassistenten, praktijkondersteuners, nurse-practitioners etc. Naast dat functies complexer worden, veranderen ze ook sneller naar taakinhoud. De functie of de baan voor het leven bestaat niet meer: veranderen en doorleren is het adagium. Om voor de toekomst zeker te zijn van werk moet je je blijven ontwikkelen, 'employable' blijven en dit geldt ook voor lager opgeleiden. Deze taakflexibiliteit uit zich meer en meer in de arbeidscontracten die flexibeler worden. Op dit moment is volgens de laatste cijfers van het UWV al circa 30% van de arbeidsrelaties in tijdelijke of flexibele contracten geregeld: het brede spectrum van ZZP'er tot uitzendkrachten, 0-uren contracten en contracten voor bepaalde termijn, seizoenswerk, detachering etc. Flexibele arbeidsvormen leiden tot betere afstemming van vraag en aanbod van werk, maar ook tot nieuwe verantwoordelijkheden en sociale afspraken tussen sociale partners en tussen individuele werkgevers en werkenden om de negatieve gevolgen tegen te gaan.

Gevolgen voor mensen met beperkingen

Samenvattend: de arbeidsmarkt wordt complexer, flexibeler en meer divers met grote verschillen tussen hoger en lager opgeleiden, regio's onderling en tussen sectoren/branches. Wat zijn hiervan de consequenties voor de arbeidsmarktpositie van mensen met beperkingen? Zoals eerder opgemerkt kunnen de verwachte krapte op de arbeidsmarkt en de grote aantallen oudere werknemers die langer doorwerken – ondanks toenemende kans op chronische aandoeningen – een cultuuromslag op de werkvloer met zich meebrengen, die kansen biedt voor gehandicapten. De bovengenoemde virtualisering van de werkomgeving kan eveneens kansen bieden voor werknemers met beperkingen, als de innovaties hiermee rekening houden. Aan de andere kant kan upgrading een bedreiging betekenen. Het CPB

voorspelt in zijn berekeningen dat in 2020 de inkomensverschillen tussen hoger geschoolde en on- of laaggeschoolde werknemers gemiddeld met circa 30% kunnen toenemen. Flexibele arbeidsvormen kunnen leiden tot marginalisering van kansarme groepen, wat een risico vormt voor mensen met beperkingen. Zolang chronisch zieken en gehandicapten vooral afhankelijk zijn van banen aan de onderkant van de arbeidsmarkt (zoals tot op heden), zal hun arbeidsmarktpositie verslechteren. Daar komt bij dat de verschillen in opleidingsniveau en in gezondheid toenemen. Hierdoor ontstaat er een nieuwe en groeiende groep achterblijvers ('health illiterates') met (gezondheids)beperkingen op velerlei gebied en niet in de laatste plaats in arbeid.

Upgrading kan leiden tot een scherpere scheiding tussen het reguliere bedrijfsleven enerzijds (met hogere eisen en verharding van de arbeidsverhoudingen) en de sociale werkvoorziening c.q. sociale ondernemingen anderzijds die specifiek bedoeld zijn voor werknemers met beperkingen. Niettemin houden wij er rekening mee dat een groeiend aantal reguliere ondernemingen zich door de schaarste aan arbeid en de voordelen die MVO¹² met zich meebrengt, transformeren tot bedrijven waar zowel volledig inzetbare werknemers als werknemers met beperkingen werkzaam (kunnen) zijn. Dit zal door de overheid gestimuleerd worden, omdat men gesubsidieerde arbeid een bredere werking wil geven en in die zin de Wet Sociale Werkvoorziening gewijzigd zal worden (op dit moment 100.000 werknemers met een handicap). Het is onzeker in hoeverre chronisch zieken en gehandicapten erin zullen slagen om maatschappelijke druk te organiseren, opdat werkgevers of overheid (een gedeelte van) de risico's op uitval voor hun rekening nemen, waardoor hun arbeidsmarktpositie versterkt wordt.

To slot mag niet onvermeld blijven dat de gehoopte verbetering van de arbeidsmarktpositie van mensen met beperkingen een schaduwzijde kan hebben. Immers de maatschappelijke druk zal toenemen om daadwerkelijk te participeren. Als je het (uiteindelijk) niet kan bolwerken, legt dit een extra druk op de gehandicapte.

Conclusie: impact groot, onzekerheid groot

De mate waarin de Nederlandse arbeidsmarkt toegankelijk is en zal zijn (in letterlijke en figuurlijke zin) voor mensen met beperkingen, is van uitermate groot belang voor de manier waarop de (arbeids)revalidatie zich zal ontwikkelen. De verwachte schaarste op de arbeidsmarkt biedt kansen voor mensen met beperkingen, mits de arbeidsrevalidatie de taal van werkgevers leert spreken, zonder de gezondheidsbelangen van de revalidant uit het oog te verliezen. Dit zal grote impact hebben op de ontwikkelingsmogelijkheden, organisatievormen en samenwerkingsallianties van de sector richting scholing en re-integratie (zie ook trend 6 en 7). Sommige inhoudelijke veranderingen zoals de virtualisering van arbeid spreken in het voordeel van mensen met lichamelijke beperkingen. Andere aspecten zoals de toename van flexibele, tijdelijke contracten en werkdruk, werken eerder in het nadeel van mensen met een verminderde belastbaarheid. Maar dé grote onzekerheid van deze trend schuilt in de onvoorspelbaarheid of bedrijven en instellingen inderdaad de cultuuromslag gaan maken naar brede acceptatie van mensen met beperkingen in het arbeidsproces.

Issues zijn:

- Structurele tekorten op de arbeidsmarkt; personeelstekorten in de zorg; taakverschuiving tussen professionals in de zorg
- Upgrading, flexibilisering, virtualisering in arbeid: steeds hogere (opleidings)eisen door werkgevers en toename functiedeling, loopbaanwisselingen en flexibele contracten

¹² MVO: Het beleid van een onderneming om Maatschappelijk Verantwoord te Ondernemen. Hierbij gaat het om duurzaamheid, zowel in grondstoffen, productieproces, product als in inzetbaarheid en talentontwikkeling van het personeel.

- Een groter gedeelte van de beroepsbevolking kampt met gezondheidsbeperkingen, hetgeen de vraag naar (arbeids)revalidatie doet toenemen en mogelijk een cultuuromslag geeft in acceptatie van mensen met beperkingen op de werkplek
- Het aandeel van chronische of lifestyle aandoeningen stijgt sterk, vooral aan de onderkant van de arbeidsmarkt
- Steeds meer chronisch zieken en gehandicapten in tijdelijke en flexibele arbeidscontracten
- Opkomst van sociaal ondernemerschap met grotere rol voor gesubsidieerde arbeid maar minder voor beschermt werken in de klassieke sociale werkvoorziening.

4.2 Rol van de overheid en marktwerving in de zorg

Landelijke overheid

Het afgelopen decennium heeft de overheid ingrijpende hervormingen van het zorgstelsel doorgevoerd. Sinds de jaren negentig van de vorige eeuw stuurt de overheid aan op een grotere doelmatigheid van de zorg door meer nadruk op preventie, versterking van de eerste lijn, het subsidiëren van experimenten en introductie van marktwerving. De prestaties in de zorg dienen meer transparant te worden door een systematische beschrijving van zorgproducten/diensten in DBC's (diagnose behandelcombinaties). Bovenal is met de stelselwijziging van 2006 het budgetteringsmodel van de gezondheidszorg veranderd in een model van gereguleerde concurrentie in combinatie met prestatiebekostiging op basis van deze DBC's. Daarmee zijn er in de zorg drie geconditioneerde markten gecreëerd: a) een verzekeringmarkt, waarin verzekeraars dingen naar de gunst van de poliskoper/consument, b) een aanbiedermarkt, waarin zorgverleners/instellingen dingen naar de gunst van de zorggebruiker/consument en c) een zorginkoopmarkt waarin verzekeraars contracten afsluiten met zorgaanbieders met afspraken over kwaliteit, inhoud en prijs. Nederland is internationaal in die zin uniek dat marktwerving, private verzekering en private en semiprivate uitvoering gecombineerd worden met verplichtende collectieve regelingen (acceptatieplicht, risicoverevening). Zorgaanbieders, zorgvragers en zorgverzekeraars hebben bepaalde vrijheden gekregen, maar de overheid reguleert vraag en aanbod in de zorg om ongewenste effecten te voorkomen en publieke doelen te waarborgen en kostenstijgingen mede onder invloed van de vergrijzing te dempen. Op deze wijze probeert de overheid als systeemverantwoordelijke garant te staan voor de kwaliteit, betaalbaarheid, beschikbaarheid en solidariteit.

Overheidsorganen belast met toezicht, zoals Inspectie Gezondheidszorg, Nederlandse Zorgautoriteit en Nederlandse Mededingingsautoriteit, krijgen een steeds grotere rol. Het is niet duidelijk hoe de overheidsbemoeienis met de zorg zich de komende jaren zal ontwikkelen en hoe de zorg zelf zich onder invloed van concurrentie zal ontwikkelen. De meeste experts en beleids mensen zijn (voorzichtig) voorstander van verdere toename van concurrentie, liberalisering en marktwerving. Bij recente opiniepeilingen bleek echter de meerderheid van de bevolking (ook VVD-stemmers) huiverig voor marktwerving in de gezondheidszorg, terwijl men dit in andere voorheen publieke markten veel positiever waardeerde. Naast deze meer fundamentele kwestie, liggen er nog tal van meer operationele vraagstukken open: Wat voor verantwoordingsmechanismen zal de overheid aan de zorgaanbieders opleggen? Hoe ver gaat de overheid om met de liberalisering marktpartijen vrij te laten bijvoorbeeld in het sluiten van allianties of het aantrekken van kapitaal (liberalisering in combinatie met deregulering)? Hoe verhouden samenwerking en afspraken over taakverdeling/specialisatie zich met vrije concurrentie? Hoe hoog zijn toetredingsbarrières voor nieuwkomers/vernieuwers? In hoeverre blijven de DBC's productgeoriënteerd of worden ze in toenemende mate procesgeoriënteerd (keten-DBC's)? Speciaal ten aanzien van de arbeidsrevalidatie geldt nog de vraag in hoeverre de overheid bereid is de schotten

tussen arbeid en gezondheid die reiken tot op het niveau van de respectievelijke departementen te slechten. Vrij zeker lijkt echter dat de concurrentie tussen aanbieders zal toenemen.

Gemeentelijke overheid

De (toekomstige) rol van gemeentelijke of lokale overheden verdient aparte aandacht. Het afgelopen decennium hebben gemeenten als gevolg van decentralisatie van rijksoverheidstaken hun werkterrein sterk verbreed. Taken in de preventieve gezondheidszorg, de uitvoering van de Wet Maatschappelijke ondersteuning (voorzieningen, thuiszorg), onderdelen van de jeugdzorg behoren nu tot het gemeentelijk domein. En met de Wet werk en Bijstand hebben gemeenten verantwoordelijkheden voor activering, re-integratie in relatie tot werkgelegenheidsbeleid. Vanouds was de gemeente al verantwoordelijk voor de uitvoering van de Wet sociale werkvoorziening. Langzamerhand komen de grenzen in zicht van wat gemeenten voor hun rekening kunnen nemen, al liggen er plannen voor decentralisatie en wijziging van de Wajong-regeling en jeugdzorg. Tegelijkertijd worden gemeenten met ingrijpende bezuinigingen geconfronteerd. Toch denken wij dat ten aanzien van de mogelijkheden voor arbeidsrevalidatie gemeenten een grote rol (gaan) spelen in de zorg voor chronisch zieken, activering en re-integratie van mensen met beperkingen en het bij elkaar brengen van partijen (regierol).

Conclusie: impact groot, onzekerheid groot

Onder invloed van de financiële crisis en de collectieve schuldenlast zal de overheid sterk blijven sturen op macro-economische kostenbeheersing en dus aansturen op kostenbesparingen in de zorg. Nieuwe wetgeving wordt daarom voorbereid om dit macro-economische ingrijpen van de overheid mogelijk te maken. Tegelijkertijd leidt liberalisering tot een kleinere overheidsrol ten aanzien van de uitvoering. Juist bij de arbeidsrevalidatie kan de impact van meer marktwerking groot zijn, omdat dit de relatie met het bedrijfsleven kan vergemakkelijken en de financieringsmogelijkheden kan verruimen (zie ook trend 4 en 6). Indien de toenemende marktwerking zal leiden tot in de media breed uitgemeten ongewenste effecten (kale prijsconcurrentie, failliete instellingen, slechte zorg bij specifieke groepen) of onverhoopte excessen (excessieve beloning bestuurders, financiële schandalen), zou de overheid de marktwerking onder publieke druk ook deels kunnen terugdraaien of bevriezen. Los van allerlei politieke verwickelingen is de lijn van de centrale overheid de afgelopen 20 jaar echter consistent richting meer concurrentie, gereguleerde marktwerking en prestatiebekostiging geweest. Daarnaast lijkt de grotere rol van gemeenten in voorzieningenbeleid en re-integratie van mensen met beperkingen een stabiele ontwikkeling.

Issues zijn:

- Mate van marktwerking en de relatieve machtsposities van overheid, verzekeraars, aanbieders en patiënten, gebruikers zijn nog moeilijk te voorzien
- In welke mate leidt marktwerking tot specialisatie, samenwerking, ketenkwaliteit of juist tot monopolies, schaalvergroting, risicomijding en eenzijdige prijsconcurrentie?
- Grotere rol toezicht bij het bepalen van de randvoorwaarden voor de zorg; blijvende bezorgdheid voor kwaliteit en doelmatigheid
- Invloed van Europa op wet- en regelgeving en rol mededingingsregelgeving in de zorgsector
- Afname van het aantal DBC's en de introductie van keten-DBC's
- Grotere rol gemeenten bij de regionale regie in re-integratie en mogelijkheden arbeidsrevalidatie

- Meer verantwoordingsmechanismen voor aanbieders naar overheid en verzekeraars
- Revalidatie-instellingen dragen zelf een steeds groter risico voor hun financiële prestaties
- Verschuiving van aanbod- naar vraaggerichte zorg.

4.3 Invloed zorgverzekeraars

Belangrijke rol verzekeraars

Zorgverzekeraars hebben met de introductie van de zorgverzekeringswet in 2006 de rol gekregen van kritische inkoper die zorginstellingen en dus ook revalidatie-instellingen kan dwingen om doelmatige zorg te leveren. In de afgelopen vier jaar heeft dit echter vooral geleid tot prijsconcurrentie op de verzekeringmarkt, waarin verzekeraars dingen naar de gunst van de poliskoper/consument. Door de dreiging van verlies van verzekerden en de mogelijkheid om met collectieve contracten het marktaandeel te vergroten, kunnen verzekeraars zelfs verlies leiden op hun polissen. Voor de nabije toekomst zijn daarom forse premiestijgingen te verwachten. Bovendien brengen medisch-technische vernieuwingen ook kostenstijgingen met zich mee, al kunnen hierdoor ook besparingen mogelijk zijn. Niettegenstaande deze nieuwe mogelijkheden zal er ook macro-economische druk zijn om het basispakket te verkleinen. Stijgende premies zullen de zorgconsument ook (nog) kritischer maken (zie ook trend 5). De rol van verzekeraars als in- en verkoopschakel voor zorg zal verder toenemen en daarmee ook de nadruk op de kosten. Verzekeraars kunnen efficiënte aanbieders willen belonen door hun betere contracten te bieden en experimenten toe te staan in zorgvernieuwing, zoals in de eerste lijn wel gebeurt. Hier zou de arbeidsrevalidatie van kunnen profiteren. Het kan tevens leiden tot schaalvergroting en nog meer nadruk op efficiency.

Weinig sturing op kwaliteit

Desalniettemin is er tot op heden nog weinig aandacht geweest voor het inkopen van zorg op geleide van de kwaliteit in plaats van de prijs. Geleidelijk zou dit beter kunnen, omdat er mede aan de hand van DBC's, de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren en de opbouw van kennis bij verzekeraars wel meer zicht kan komen op de kwaliteit – ook de revalidatiesector is hier mee bezig. Zorgsturing door verzekeraars is tot op heden nog weinig succesvol gebleken, omdat patiënten zich meer laten leiden door de medische beroepsbeoefenaren (met name huisartsen) dan door de zorgverzekeraar. Mede door de financiële crisis is het imago van verzekeraars niet positief. Hierdoor – en door de voorlopige schaarste aan aanbieders – kunnen zorgverzekeraars slechts met moeite een onderhandelingspositie opbouwen ten opzichte van aanbieders. Ondanks dit wantrouwen zouden zorgverzekeraars de komende jaren er beter in kunnen slagen zich als gids in de zorg te manifesteren (als 'vertaler' van vraagsturing – zie 5) met als gevolg dat hun invloed op dienstverlening van revalidatie-instellingen groter zal worden. Wel is te verwachten dat zorgverzekeraars sterker zullen gaan sturen op schadelastbeperking binnen het zorgdomein. Verzekeraars zouden zich ook meer kunnen gaan richten op vernieuwingen van hun verzekeringsproducten en combinaties zoeken met hypotheek, pensioenen, arbeidsongeschiktheidsrisico of levensloopregelingen, al zal de imagoschade van de woekerpolissen hier nog een rol spelen.

Verdienmodel arbeid en zorg?

Tot op heden is de neiging om werkgerichte interventies te vergoeden gering geweest. Ook verzekeraars die zowel inkomen als zorg verzekeren hebben nog geen verdienmodel ontwikkeld om de opbrengsten in de sfeer van arbeid (verzuimreductie, productiviteit, schadelastbeperking) te vertalen naar investeringen in de zorg (werkgerelateerde interventies,

logistiek). In de best-practices die wij hebben geanalyseerd, zijn hiervoor juist wel goede argumenten naar voren gekomen. Zorgverzekeraars zullen wel extra letten op de (kosten)effectiviteit van de arbeidsrevalidatie. Dit betekent een grotere nadruk op assessment, selectie van patiënten en specialisatie. De revalidatie-instellingen zullen aangemoedigd worden om kostenbeperkende innovaties door te voeren en meer samen te werken met private zorginstellingen (ZBC's) en re-integratiebedrijven. Specialisatie kan enerzijds betekenen dat specifieke patiëntengroepen beter maatwerk krijgen, maar kan in combinatie met schadelastbeperking ook tot gevolg hebben dat moeilijke patiënten buiten de boot vallen.

Conclusie: impact groot, onzekerheid groot

De rol van verzekeraars als in- en verkoopschakel voor zorg zal verder toenemen en daarmee ook hun nadruk op de kosten en hun invloed op de bedrijfsvoering van (arbeids)revalidatie. Toenemende transparantie in bedrijfsvoering en dienstverlening zal dit vergemakkelijken. Onzeker is echter in hoeverre sturing op kwaliteit en vraagsturing hier een dominante rol in zal gaan spelen: de verzekeraar als gids voor arbeidsgerelateerde zorgvernieuwing.

Issues zijn:

- Zorgverzekeraars krijgen een grotere invloed op zorgaanbod en zorgvraag
- Aantoonbaarheid van kwaliteit en prestatie wordt steeds belangrijker
- Onzekerheid of kwaliteitsconcurrentie het zal winnen van prijsconcurrentie
- Grotere nadruk op efficiency en schadelastbeperking
- Schaalvergroting en privatisering 'mainstream' arbeidsrevalidatie
- Mogelijkheden voor specialisatie en maatwerk
- Risico op selectie en afroming (ernstig gehandicapten vallen buiten de boot).

4.4 Private financiering revalidatiesector

Meer risico's

Een van de kenmerken van het nieuwe zorgstelsel is dat zorgaanbieders een groter financieel risico lopen. Het is in het uiterste geval mogelijk dat instellingen failliet gaan. De vraag is welke private partijen de instellingen zullen ondersteunen en hoe bedrijfsrisico's kunnen worden afgedekt. Tegelijkertijd is er een toenemende financieringsbehoefte, terwijl er nog steeds belemmeringen zijn om te opereren op de private kapitaalmarkt. De banken zijn sowieso onder invloed van de kredietcrisis terughoudend. Bovendien blijkt uit berekeningen van de revalidatiesector dat de nu gebruikelijke kapitaalsopslag van 8% in de prestatiebekostiging voor de sector onvoldoende is.

Meer kapitaal nodig

Bij toenemende zorgbehoefte en inspelen op zorginnovaties zal er meer behoefte zijn aan kapitaal. Bij doorzetting van marktwerking en liberalisering in de zorg, zullen ook meer private financiers met een rendementsdoelstelling tot de zorgmarkt toetreden. Introductie van private financiering kan leiden tot nieuwe toetreders en andere organisatievormen om kostenbewustzijn en efficiency te verbeteren, bijvoorbeeld introductie van shared services of de exploitatie van de hotelfunctie. Speciaal voor de arbeidsrevalidatie betekent dit ook nieuwe mogelijkheden. Immers herintrede in het arbeidsproces, verkorting van verzuimduur, verbetering van gezondheid en productiviteit levert profijt voor bedrijven en instellingen. Bij een toenemende krapte op de arbeidsmarkt zouden zij of hun inkomensverzekeraar best willen investeren in arbeidsrevalidatie. Voorwaarde is wel dat de arbeidsrevalidatie zijn toegevoegde waarde kan bewijzen en (eventueel met partners) arbeids-

gerelateerde zorgproducten ontwikkelt die voor het bedrijfsleven herkenbaar en aantrekkelijk zijn. Zeker grote werkgevers zouden (al dan niet via verzekeraars) forse inkoopmacht kunnen uitoefenen op de arbeidsrevalidatie.

Conclusies: impact matig, onzekerheid matig

Omdat de 'regeldichtheid' in de zorg groot is en gezien de relatieve impact van andere genoemde trends, wordt de bron van de kapitaalsverschaffing als van minder belang beoordeeld voor de manier waarop de (arbeids)revalidatie zich zal ontwikkelen. Ook lijkt het vrij zeker dat dergelijke private financieringsbronnen zullen worden aangeboord. Mogelijk dat de inkoopmacht van grote werkgevers wel een hefboom van belang zal blijken.

Issues zijn:

- Toenemende privatisering van de arbeidsrevalidatie; toenemende rol privaat gefinancierde Zelfstandige BehandelCentra in de 'mainstream' (arbeids)revalidatie
- Risicomijdend gedrag van banken beperkt financieringsmogelijkheden
- Opkomst nieuwe financiële bronnen
- Inkoopmacht (grote) werkgevers
- Andere business- en organisatie modellen voor arbeidsgerelateerde zorg
- Meer nadruk op efficiency (shared services, hotelfunctie).

4.5 Invloed van de patiënt op het aanbod van de revalidatiesector

Individualisering

De klassieke (revalidatie)arts met status en aanzien lijkt aan het verdwijnen. Patiënten vergaren zelf informatie over hun handicap of ziekte en nemen in toenemende mate zelf de regie over hun behandeling. Hierdoor gaat het gesprek tussen arts en patiënt steeds meer op een dialoog lijken. Dit past in een maatschappelijke ontwikkeling over lange termijn in de westerse samenlevingen, die we kunnen samenvatten als 'individualisering'. Het heeft betrekking op de grotere autonomie van individuen om het leven naar eigen goeddunken in te richten. Op het terrein van de (im)materiële levensstijl is de keuzevrijheid enorm toegenomen en dit zal ook voor de toekomst een belangrijk kenmerk blijven. Door stijging van het onderwijsniveau en internet zijn mensen beter geïnformeerd en mondiger, de omgangsvormen zij losser en informeler, de burger komt op voor zijn rechten. Ook mensen met beperkingen komen op voor hun rechten om volwaardig deel te nemen aan de maatschappij. In sommige buitenland is het recht op participatie en respect voor mensen met beperkingen die dit nastreven steviger verankerd in het collectieve bewustzijn en in anti-discriminatie wetgeving dan in Nederland (VS, Duitsland). Parallel met de terugtrekkende overheid krijgt de burger ook meer eigen verantwoordelijkheid voor het organiseren van zijn sociale zekerheid.

Vraagsturing

Marktwerving in de zorg betekent niet alleen meer *keuzemogelijkheden* maar ook een *keuzenoodzaak* voor het individu. De verwachting is dat deze zogenaamde vraagsturing de inhoud en kwaliteit van de zorg positief zal beïnvloeden. Dan is er wel 'transparantie' in het aanbod nodig: men moet wel kunnen kiezen. De overheid en andere grote spelers investeren veel in deze transparantie via websites en campagnes, zoals kiesbeter.nl. In de langdurige zorg zijn PGB's (persoonsgebonden budget) en 'rugzakjes' ingeburgerd geraakt. 'Zelfmanagement' en 'shared decision making' komen in steeds meer aanpakken voor. Dit kan ondersteund worden met 'internet based personal health records'. Tevens kan hierdoor de invloed van patiëntenverenigingen en werkgeverscollectiviteiten toenemen, zodat ook collectieve druk kan worden uitgeoefend op de kwaliteit van de dienstver-

lening. Deze invloed kan nog sterker worden via ‘derde generatie’ internetgebruik en patiëntencommunities, die informatie over innovatie, kwaliteit en prijs delen. Daarnaast zijn huisartsen via hun verwijzingspolitiek een belangrijk informeel kanaal om klantervaringen te vertalen naar druk op de zorgverlening. Een neveneffect van deze trend van individualisering en vraagsturing is een toenemende claimcultuur die paradoxaal ook een zekere passiviteit bij de cliënt in de hand kan werken: de instantie moet maar voor een oplossing zorgen. Een ander gevolg kan zijn dat de solidariteit op landelijk niveau afbrokkelt en zich op kleinere collectiviteiten richt (zie de internetcommunities). Mensen die het kunnen betalen eisen dat zij kunnen profiteren van de nieuwste ontwikkelingen, terwijl dit op collectief niveau onbetaalbaar is.

Grenzen aan vraagsturing

Hoe overtuigend de lange termijn trend van individualisering en keuzevrijheid ook is, de onzekerheid in de verdere ontwikkeling heeft te maken met de grenzen van deze keuzevrijheid in de maatschappij in het algemeen, maar voor de zorg in het bijzonder. Inmiddels is uit onderzoek gebleken dat te veel keuzemogelijkheden juist leiden tot ‘keuzestress’, niet meer kunnen kiezen en vermindering van tevredenheid. In de zorg komen complexe keuzes vaak voor (daarvoor gaat men juist naar de hulpverlener). De patiënt voelt zich onzeker en onwel en wil juist dat verantwoordelijkheden (tijdelijk) uit zijn/haar handen genomen worden. Ook de toenemende comorbiditeit en complexiteit van behandelingen maakt vraagsturing niet gemakkelijker. Uit onderzoek blijkt dat zeker voor het komende decennium een grote groep mensen, wellicht meer dan de helft, deze keuzevrijheid en mondigheid wat betreft de gezondheidszorg niet hoog op de agenda heeft staan. Mogelijk ontstaat een aanzienlijke groep ‘health illiterates’, waarin risicofactoren wat betreft leef- en voedingspatroon, relatieve armoede en een slechte arbeidsmarktpositie samen komen. Bij menige publieke instantie en instelling zijn cliëntenraden geïnstitutionaliseerd. Toch is zeer de vraag in hoeverre de georganiseerde patiëntenbeweging, temeer als subsidies afnemen, voldoende structurele macht kan opbouwen tegenover geïnstitutionaliseerde belangen als die van de overheid of verzekeraars.

Conclusie: impact groot, onzekerheid groot

De lange termijn trend van individualisering en kennisontwikkeling is sterk. Er is een groeiende kwalitatieve en kwantitatieve kloof te verwachten tussen het zorgaanbod en de vraag naar zorg (zie ook trend 1 en 6). Voor de (arbeids)revalidatie is te verwachten dat de mondigere patiënten (en hun werkgevers) de aanbieders tot kwaliteitsverbetering en innovatie kunnen verleiden. De impact van deze trend wordt daarom als groot beoordeeld. Terugkeer naar werk is immers een belangrijke stimulans. Collectiviteiten kunnen een grote invloed uitoefenen op de behoefteoriëntatie en keuzes van cliënten door aanbiedingen voor te selecteren en eisen te stellen aan de arbeidsrevalidatie.

De onzekerheid zit hem echter in het feit dat er grote groepen patiënten zijn die deze ontwikkelingen niet kunnen of willen volgen. Vraagsturing in de zorg vindt zijn begrenzing in het feit dat patiënten patiënten zijn en daardoor minder belastbaar. Vanuit maatschappelijk oogpunt is het de vraag in hoeverre de georganiseerde patiëntenbeweging voldoende macht kan opbouwen tegenover geïnstitutionaliseerde belangen van overheid of verzekeraars.

Issues zijn:

- Cliënten eisen en krijgen zorg op maat
- Mondigheid cliënten neemt toe door betere beschikbaarheid van informatie, terwijl dit voor sommige groepen juist niet geldt: maatwerk wordt nog belangrijker
- Ontstaan groepen ‘health illiterates’ met zwakke maatschappelijke positie
- Stijgende kosten door toenemende zorgvraag en zorgaanbod

- Zorgvraag die mogelijk niet effectief is maar wel geëist wordt (claimcultuur)
- Complexe keuzes maken: niet alles wat mogelijk is moet kunnen
- Grotere invloed van collectiviteiten (zoals patiëntenverenigingen of bedrijfscollectiviteiten)
- Invloed van patiëntenverenigingen op kwaliteitsborging en richtlijnontwikkeling
- Paradigmashift bij hulpverleners die meer in dialoog gaan met de patiënt.

4.6 Technologische ontwikkelingen en innovatieve concepten

Productiviteitsgroei door innovaties

Tot op heden zijn technologische doorbraken (van stoommachine tot internet) een zeer belangrijke ‘driver’ voor economische en maatschappelijke ontwikkelingen. Het ziet er naar uit dat de impact van technologische ontwikkelingen in de toekomst groot zal blijven. Dit geldt zeker voor de zorg.

Door de toename van de levensverwachting van 65-plussers zal de zorg aan de ene kant gedomineerd worden door een toenemende verzorgingsbehoefte (de care). Aan de andere kant zorgen medisch-technologische innovaties juist voor grote doorbraken en zorgvernieuwingen in de cure. Berekend is dat de jaarlijkse productiegroei in de ziekenhuizen van circa 3,4% per jaar in de afgelopen periode vooral samenhangt met de intrinsieke groei door innovaties en hogere zorgverwachtingen van patiënten en nauwelijks met de vergrijzing zelf. Ook de invoering van moderne zorg-ICT zal steeds meer zijn invloed doen gelden op logistiek, kwaliteit van behandeling en patiëntveiligheid. Voorbeelden van deze ‘e-health’ zijn zelfdiagnostiek, zelfmonitoring, digitale poliklinieken of websprekuren, elektronisch dossier en telematica (zie om. Vollenbroek-Hutten 2009).

De technologische vorderingen gelden zowel (vroeg)diagnostiek en behandeling/interventie als technologische hulpmiddelen (‘ambient assisted living’, ‘telemedicine’). Dit alles leidt tot wat wel genoemd wordt ‘personalized healthcare’, de behandeling kan beter toegesneden worden op de individuele toestand van de patiënt en de patiënt krijgt een actievere rol (zie ook trend 5). Paradoxaal betekent dit niet dat er steeds meer gezonde mensen rondlopen, maar dat het aantal mensen met chronische aandoeningen met relatief lichtere beperkingen toeneemt (met consequenties voor arbeidsparticipatie).

In ziekenhuizen en zeker ook in de revalidatie zorgen zorginnovaties voor een steeds kortere opnameduur, poliklinische behandelingen en technische vernieuwingen in behandelingen (bijvoorbeeld. looprobots en telematica). De arbeidsrevalidatie dient dit te vertalen naar vergroting van participatiemogelijkheden. Deze ontwikkeling wordt ook objectief gestuurd door de toename van patiënten met co-morbiditeit (mensen met verschillende deels niet-gerelateerde aandoeningen) en door de steeds belangrijker rol van psychologische aspecten, ook bij primair somatische aandoeningen. Innovatie op dit vlak is belangrijk, omdat comorbiditeit en psychische problematiek de kansen op (arbeids)participatie aanmerkelijk verslechtert.

Best-practices ondersteunen toegevoegde waarde arbeidsrevalidatie

Uit de inventarisatie van best-practices in binnen- en buitenland zijn succesfactoren naar voren die de komende jaren de praktijk van de arbeidsrevalidatie in toenemende mate zullen bepalen. Dit zal waarschijnlijk gebeuren in een groot aantal varianten van interventies om te kunnen voldoen aan institutionele voorwaarden en behoeftes van betrokken partijen (cliënten, werkgevers, zorgverzekeraars en ketenpartners). Vroege Interventie op de werkplek en tijdcontingentie vereist een eigen aanpak, die verankerd moet zijn in de organisatie. Het is de vraag of de revalidatie-instellingen deze innovatieconcepten zelf gaan uitvoeren of zullen samenwerken met ketenpartners, zoals private interventiebedrijven.

Conclusie: impact groot, onzekerheid matig

De technologische ontwikkelingen zullen steeds meer hun stempel drukken niet alleen op de mogelijkheden maar ook op de mogelijke grenzen van de zorg. Immers wat mogelijk is, hoeft niet altijd te moeten of als verzekerde zorg te worden opgenomen in het basis- of aanvullende pakket. Zoals bij eerdere trends is opgemerkt, kan dit leiden tot een sterke nadruk op efficiency voor de standaard zorg. Mede in relatie tot de verwachte personeelskrapte zullen technologische innovaties die tot efficiency leiden worden gestimuleerd. Dit zal ook voor de medisch specialistische (arbeids)revalidatie gelden. Toenemende concurrentie leidt waarschijnlijk tot nieuwe organisatievormen (shared service, hotelfunctie, inkoop), ook buiten de revalidatiesector richting scholing en arbeidsbemiddeling (zie ook punt 7).

Issues zijn:

- Medisch technische doorbraken, maar toenemende discussies over betaalbaarheid innovaties
- Meer mensen met beperkingen op de arbeidsmarkt
- Een grote diversiteit aan interventies blijft bestaan, waarbij het aantonen van de toegevoegde waarde een grote uitdaging blijft
- Toename belang technische én psychologische aspecten in de (arbeids)revalidatie
- Inpassing van innovatieve concepten in bestaande voorzieningen van de revalidatie-instellingen of uitbesteden aan ketenpartners (richting ondersteuning werkgever, scholing en arbeidsbemiddeling)
- Betalers (verzekeraars) en gebruikers (cliënten en werkgevers) eisen dat interventies evidence based zijn (de effectiviteit ervan moet worden onderbouwd)
- Betaalbaarheid (arbeids)revalidatie onder druk door de technologische ontwikkelingen die steeds meer mogelijk maken.

4.7 Zorg wordt steeds meer in ketens georganiseerd

Grootschaligheid

Zorgaanbieders bundelen steeds meer hun krachten om de kwaliteit van leven van bepaalde groepen patiënten te verbeteren. Revalidatie-instellingen gaan samenwerken met ziekenhuizen, ZBC's, zorgverzekeraars, en patiëntenverenigingen om zogenoemde 'care cycles' op te zetten waarin de patiënt centraal staat. 'Drivers' hiervoor zijn niet alleen de al gesignaleerde mondigheid van de cliënt, maar ook de toename van het aantal mensen met chronische aandoeningen en comorbiditeit, waarbij acute zorg als het ware ingebed is in langdurige behandeling/begeleiding. Hierdoor vervagen de grenzen tussen de verschillende zorgaanbieders zodat een compleet zorgtraject een prijskaartje krijgt in plaats van individuele behandelingen. De patiënt doorloopt een zorgketen, van ziekenhuisopname tot revalidatie. In een dergelijke keten krijgt (secundaire en tertiaire) preventie beter gestalte en verdwijnt het scherpe onderscheid tussen eerste en tweede lijn. Uit efficiency-oogpunt kunnen ziekenhuizen kleiner worden (ideale grootte circa 300 bedden), terwijl eerste lijnsvoorzieningen opschalen en meer functies bieden. Zorgverzekeraars zullen niet meer kiezen voor individuele aanbieders, maar voor de meest kosteneffectieve 'care cycles'. De vorming van 'care cycles' kan aanleiding zijn tot samenwerkingsverbanden of fusies, waarbij revalidatie-instellingen opgaan in integrale zorgconcerns die landelijk en soms ook internationaal opereren. Onduidelijk is voorlopig hoe zich dit verhoudt tot de regelgeving rond mededinging. Doordat de grenzen van Europa open staan (vrij verkeer van goederen, mensen en diensten), wordt het makkelijker om cliënten in het buitenland te laten behandelen, maar ook om internationale samenwerking tussen zorgaanbieders aan te gaan. Electieve ingrepen (heup-, knieoperaties) kunnen goedkoper en met betere hotelfaciliteiten in

Spanje (of nog verder weg), waar voldoende (goedkoper) personeel is. Arbeidsrevalidatie, kan dan zorgen voor de nazorg en contact met de werkgever onderhouden en mogelijk ook het vooronderzoek hebben gedaan.

In combinatie met kleinschaligheid

Aan de ander kant is er een trend naar kleinschaligheid binnen regio's, waarbij in gezondheidscentra de ketenaanpak wordt vormgegeven. Voor bepaalde zorg is het al wel duidelijk dat deze dichter in de buurt bij de gebruiker georganiseerd zal worden (zie het concept van 'Buurtzorg Nederland'). Hier is een kans voor een 'Multidisciplinaire EerstelijnsRevalidatie'. De vraag is ook of arbeidsrevalidatie in staat is te participeren in dergelijke ketens ook met voorzieningen buiten de gezondheidszorg, bijvoorbeeld richting private re-integratiemarkt, beroepsonderwijs of leerwerkplekken bij werkgevers.

Conclusie: impact groot, onzekerheid matig

De mogelijkheid om de zorg in ketens te organiseren heeft grote impact op de ervaren kwaliteit van de zorg voor consumenten (de keten 'ontzorgt'). Het lijkt ook vrij zeker dat deze tendens zich ook in de arbeidsrevalidatie zal voordoen (zie ook trend 4 en 6). Enige onzekerheid is er wel in hoeverre deze ketens zich kunnen uitstrekken richting bijvoorbeeld onderwijs, jeugdzorg, gemeenten en de private re-integratiemarkt.

Issues zijn:

- Toename ketenzorg (verticale integratie)
- Vorming van integrale zorgconcerns
- Ketenzorg met voorzieningen buiten de curatieve zorg
- Belemmeringen in samenwerkingsafspraken onder invloed van mededingingsreggeving
- Internationale (keten)samenwerking, cliënten gaan shoppen in het buitenland
- Toenemende internationale concurrentie arbeidsrevalidatie.

5 Scenario's en strategie

5.1 Aanpak van de scenarioverkenning

Dit hoofdstuk draait om de centrale vraag:

Wat zijn de strategische opties voor de revalidatiesector om in de komende jaren de arbeidsparticipatie van gehandicapten en chronische zieken te verbeteren?

De impact van de meeste van de in het vorige hoofdstuk gesignaleerde trends op de vormgeving van de (arbeids)revalidatie van de toekomst lijkt groot te zijn. Het verdere verloop van de ontwikkelingen wordt bij een aantal trends ook als onzeker gekenmerkt. Het ontwikkelen van toekomstscenario's heeft juist toegevoegde waarde als er sprake is van een grote onzekerheid over toekomstige ontwikkelingen. De combinatie van arbeidsmarkt-trends, veranderingen in het gezondheidszorgstelsel én in de politiek-economische context maakt strategische keuzes voor de arbeidsgerelateerde revalidatie inderdaad nogal complex. Is het al moeilijk om zicht te krijgen op de toekomstige innovaties in behandelingen, de kansen en mogelijkheden van mensen met beperkingen op de snel veranderende arbeidsmarkt is nog lastiger te voorspellen.

Toekomstscenario's zijn intern consistente schetsen van toekomstige situaties, ontwikkelingen of gebeurtenissen waarin strategische beslissingen hun uitwerking kunnen hebben. Zij dienen als baken of perspectief om je op die onzekere toekomst voor te bereiden; een strategie te kiezen. Ontwikkelingen die nu al in de kern aanwezig zijn, worden doorgetrokken. Scenario's worden daarmee beeldende én plausibele verhalen, die herkenbaar zijn en – zeker zo belangrijk – inspireren, visie hebben en aanleiding geven tot actie.

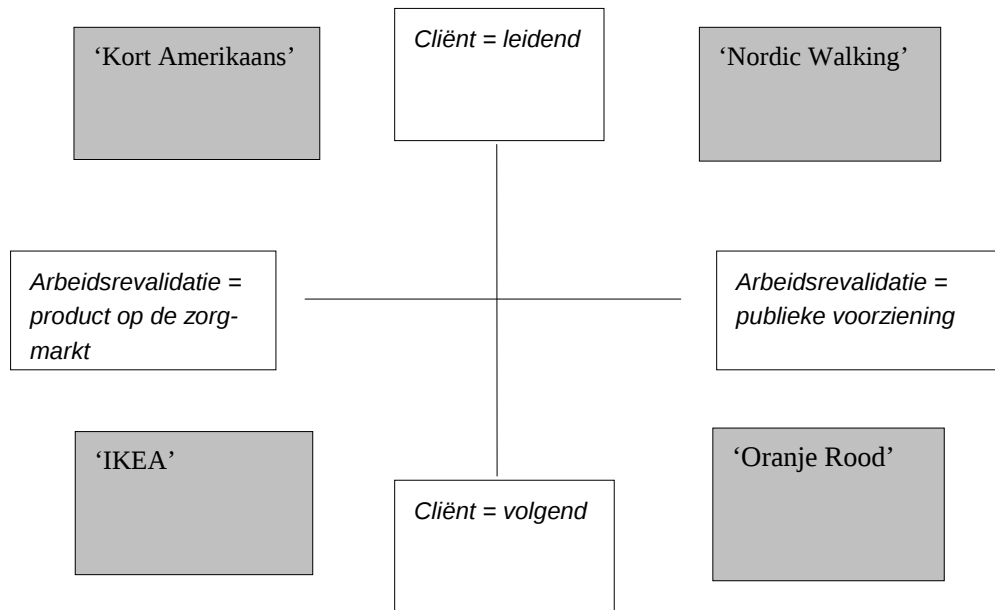
Voorwaarde voor het maken van goede toekomstscenario's is het op een systematische manier 'out of the box' denken. Dit gebeurt in een aantal stappen:

1. Oriënteren: Wat is het kernprobleem of de strategische vraag?
2. Omgeving verkennen: Welke trends en ontwikkelingen zijn belangrijk voor de toekomst?
3. Kernonzekerheden bepalen: Wat zijn de belangrijkste onzekerheden met de grootste impact?
4. Scenariobouw: Hoe zien de scenario's eruit?
5. Scenario's gebruiken: Wat leren de toekomstscenario's ons voor het heden?
6. Resultaten verzilveren: Wat is het nieuwe toekomstbeeld en wat zijn de consequenties voor de koers en strategie?

In een eerste scenariobijeenkomst met de klankbordgroep zijn de eerste drie stappen van het traject afgelegd. De resultaten van stap 1 en 2 zijn weergegeven in de trends beschreven in het vorige hoofdstuk. Stap 3, de selectie van kernonzekerheden met de grootste impact leidt tot een typering van vier scenario's. In de discussies zijn uiteindelijk de trends 'invloed van de patiënt op de inhoud van de zorg' en 'rol van de overheid en marktwerking' als de leidende trends aangewezen. In figuur 5.1 zijn deze twee trends met de grootste impact en onzekerheid in een zogenaamd assenkruis uitgebeeld.

Dit assenkruis levert dus vier scenario's op, die wij als volgt hebben benoemd: 'Kort Amerikaans', 'Nordic Walking', 'Oranje Rood', 'IKEA'.

Figuur 5.1: Assenkruis van de maatschappelijke trends met de grootste impact en onzekerheid voor de arbeidsrevalidatie



De discussies in de klankbordgroep leverden eveneens de belangrijkste implicaties van deze scenario's op. Deze zijn door TNO in stap 4 vervolgens verder uitgewerkt, waarbij per scenario steeds aandacht is besteed aan de volgende onderwerpen:

- positie van de verzekeraars;
- positie van de cliënt;
- positie van de overheid;
- positie van de verschillende zorgaanbieders;
- consequentie van het scenario voor de arbeidsrevalidatie;
- gevolgen voor de arbeidsmarktpositie van chronisch zieken en gehandicapten.

Stap 5 en 6 behelsden de tweede bijeenkomst van de klankbordgroep. De scenario's zijn besproken en aangescherpt. Op basis hiervan zijn strategische mogelijkheden voor de revalidatiesector aangegeven.

Deze gevolgde aanpak van scenarioverkenning is te kenschetsen als het 'arena-perspectief', zoals een recente WRR-publicatie dit noemt (WRR 2010). Gegeven de grote lijn – in ons geval marktwerking en invloed van de patiënt – zijn er verschillende 'toekomst-ten' mogelijk, afhankelijk van de interactie tussen de diverse maatschappelijke actoren. Voor de discussies in de klankbordgroep is het verkennen van deze interacties minstens zo belangrijk als het uiteindelijke toekomstbeeld. De toekomstverkenning speelt dan een rol in het nadenken over netwerk- en coalitievorming en het organiseren van maatschappelijk draagvlak.

De scenario's beschrijven we rechtsom met klok mee in de volgende paragraaf 5.2. De strategische opties komen in de vervolparagrafen aan bod.

5.2 De vier scenario's

'Kort Amerikaans'¹³

Marktwerking en liberalisering in de zorg heeft in Nederland en Europa ruim baan gekregen. Opvallend kenmerk van dit scenario is dat cliëntenorganisaties en werkgeversorganisaties elkaar hebben gevonden. Aangespoord door de krapte op de arbeidsmarkt en het vergrijzende personeelsbestand hebben werkgevers de inzetbaarheid van werknemers met beperkingen hoog in het vaandel staan. Cliëntenorganisaties grijpen deze cultuuromslag bij werkgevers aan om de arbeidsmarktpositie van de doelgroep substantieel te verbeteren. Gezamenlijk verkrijgen de cliënten- en werkgeversorganisaties een grote invloed op de productontwikkeling, de prijsvorming en het aanbod van curatieve zorg en (arbeids)revalidatie in het bijzonder.

Verzekeraars: concurrentie en dienstbaarheid

De financiële speelruimte van verzekeraars en hun mogelijkheden om nieuwe producten te ontwikkelen zijn aanzienlijk vergroot, private investeerders hebben zich gemeld. Ze vinden echter een hecht blok van cliëntenorganisaties, vakbonden en werkgeversorganisaties tegenover zich die met succes een riant dekking van zorg, inclusief arbeidsgerichte zorg, weten af te dwingen in aanvullende verzekeringen tegen scherpe premies. Verzekeraars houden zich staande door scherp te letten op hun operationele kosten en door allerlei nieuwe combi-producten te ontwikkelen, bijvoorbeeld in relatie met hypotheek- en levensloopspaarregelingen. Internationaal opererende verzekeringsmaatschappijen hebben financieel overwicht. Zij kunnen aantrekkelijke buitenlandse zorgarrangementen aanbieden. Kleine nichespelers zijn succesvol met een regie- en makelaarsrol voor klantgroepen (patiëntencollectieven, branches werkgevers) en dienstverlening die 'ontzorgt' op het grensvlak van werk, inkomen en zorg.

De cliënt: onmisbare schakel

De marktmacht van de consument heeft zich verder versterkt. Met steun van werkgeversorganisaties is er een krachtige cliëntenbeweging die bereid is in actie te komen. De landelijke koepelorganisatie is bijzonder effectief als machtsfactor ten opzichte van aanbieders en verzekeraars. Cliëntenorganisatie zijn nauw betrokken bij het kwaliteitsbeleid van de zorgaanbieders. Via klanttevredenheidsmonitoring en webbased consults zijn cliënten een onmisbare schakel voor kwaliteitsborging en een goede praktijkvoering. Het gedifferentieerde aanbod en maatwerk in verzekeringspakketten resulteert in een uitgekleeft basispakket en een rijk scala aan keuzemogelijkheden in het aanvullende pakket. Mantelzorg is essentieel om niet-verzekerde 'zorggaten' te vullen. En de patiënten die dit weten te organiseren zijn in combinatie met de maatwerkpakketten goed af.

Overheid: marktmeester op afstand

Vanuit de optiek van liberalisering en marktwerking treedt de rijksoverheid op als marktmeester. De toegestane maximum eigen risico's zijn sterk verhoogd. Macro-economische zijn de zorguitgaven fors gegroeid, vooral in de private sector. Concurrentie en overdaad aan reclame en informatie maken de markt soms ondoorzichtig. Mede daarom is er een machtige toezichthouder ingesteld die informatie en kwaliteitsaanspraken toetst en wettelijke kwaliteitsnormen handhaaft. Omdat vooral steekproefsgewijs wordt gecontroleerd, zijn voor de preventieve werking, de boetes en sancties zeer groot. Een neveneffect blijkt een sterke jurisdisering te zijn: 'gezondheidsadvocatuur' is booming business.

Zorgaanbieders: klantvriendelijk en innovatief

Klantvriendelijkheid staat hoog in vaandel, logistieke soepelheid is troef: avondopenstelling, combispreekuren, onmiddellijke terugkoppeling van resultaten, klantvriendelijke hulpverlening met frequente toepassing van ICT. Grote diversiteit, maar ook concurrentie en tendens van overaanbod en vraagstimulering: van ziekenhuizen met alles onder één dak in dichtbevolkte gebieden tot kleinere geïntegreerde gezondheids- en revalidatiecentra. Door deze differentiatie is de ketenaanpak tot bloei gekomen. Er is veel ruimte voor innovatie in samenwerking met kennisinstellingen. Evidence based werken is een must, want bij cliëntenorganisaties en werkgevers bestaat er geregeld twijfel over innovaties en de reclame eromheen. De verpleegkundig specialist op HBO-niveau heeft de sleutelrol in de zorg als case-manager en bewaker en organisator van de ketenkwaliteit. Afschaffing van de numerus fixus heeft het artsentekort opgeheven, waardoor het gemiddeld inkomen is gedaald

¹³ Een van de eerste verhalen van Jan Wolkers. Kort Amerikaans verwijst naar de haardracht: kort opgeschoren. Hier gebruiken we het om aan te geven dat het in Nederland niet de bedoeling is het systeem uit de VS te kopiëren, maar om door geregleerde marktwerking de voordelen te behouden en de nadelen te vermijden.

naar het Europees gemiddelde.

Arbeidsrevalidatie: onderdeel van zorgketens

Door de ketenaanpak is de revalidatie nauwelijks meer als aparte sector in de specialistische geneeskunde te onderscheiden. De 'outcome' (in hoeverre hebben patiënten nog activerende, langdurige of intensieve zorg nodig) is eerder bepalend geworden voor de herkenbaarheid van de dienstverlening. Arbeidsrevalidatie is een integraal onderdeel van de zorg. Men denkt in 'zorgpaden', 'care cycles'. Chronisch zieken en gehandicapten in de beroepsleeftijd met voldoende kwalificaties en arbeidscapaciteit, krijgen de optimale zorg die nodig is voor herstel van de gezondheid en van functioneren in arbeid, omdat ook werkgevers willen investeren is er meer privaat kapitaal beschikbaar om te investeren in de arbeidsrevalidatie en verzekeraars hierop inspelen. Zowel richting leefstijl als arbeid vervaagen de grenzen tussen primaire, secundaire en tertiaire preventie. De ketenaanpak brengt met zich mee dat revalidatie-instellingen allianties aangaan met arbo-diensten nieuwe stijl, private re-integratiebedrijven, onderwijsinstellingen en werkgevers die stageplekken bieden. De klassieke arbodiensten zijn opgesplitst in netwerkorganisaties, waarin gespecialiseerde interventiebedrijven, specialisten in bedrijfsrisico's en HR-advisering samenkomen.

Arbeidsmarktpositie: tweedeling inzetbare gehandicapten en 'health illiterates'

De samenleving en het bedrijfsleven zijn competitiever dan voorheen. Een groeiend aantal bedrijven creëert in antwoord op de schaarste aan arbeid welbewust werk voor mensen met beperkingen. Meer kapitaal en meer investeringen in de zorg, meer kwaliteit en innovatie voor middengroepen en top hebben de arbeidsmarktpositie van mensen met beperkingen met goede beroepskwalificaties versterkt. Maar een relatief grote groep van health illiterates met gezondheidsbeperkingen valt buiten de boot. Deze groep valt samen met de onderkant van de arbeidsmarkt en laaggeschoolden waarvoor nauwelijks werk beschikbaar is. Voor hen is slechts een schraal basispakket zorg beschikbaar. Zij zijn aangewezen op de informele economie en mantelzorg.

'Nordic Walking'

Privatisering en marktwerking bleken in het ingewikkelde krachtenveld van de zorg hun belofte niet te kunnen waarmaken. Er ontbrak systeemregie en innovaties strandden op patstellingen tussen aanbieders, belangengroepen, financiers en de overheid. Zo kon het gebeuren dat een nieuw kabinet een radicale breuk forceerde en de rol van de overheid en markt herdefinieerde volgens het Scandinavische model: mondige volop participerende burgers en een actieve overheid in de sociale zekerheid en zorg, een sleutelrol voor publiek-private samenwerking.

Verzekeraars: maatschappelijke oriëntatie

Overheid en cliëntenorganisaties hebben veel invloed gekregen op verzekeraars. De overheid bepaalt de ondergrens van de aanvullende verzekeringspakketten, maximale premiehoogte en risicoverevening. Bovendien beïnvloedt zij indirect de zorgpakketten en premies van verzekeraars via een eigen publieke zorgverzekeraar. Opgericht om burgers met hoge risico's of lage inkomsten te voorzien van een betaalbare en goede zorgverzekering, bleek het een innovatieve impuls voor de markt. Verzekeraars reageerden door innovatie en scherpe prijsstelling. Zij versterkten hun maatschappelijk imago door maatschappelijke organisaties, zoals cliëntenorganisaties, ouderenbonden en jongerenorganisaties, via de Raad van Commissarissen invloed te geven op het beleid. Samen met sociale partners via pensioenfondsen bieden zij een breder pakket aan diensten voor de sociale zekerheid aan, zoals levensloop- en spaarloonregelingen voor studie en bijscholing. Hierdoor is het vertrouwen van de bevolking in de verzekeringsbranche sterk toegenomen.

De cliënt: invloed op kwaliteit

De macht van de consument heeft zich verder versterkt, richting de verzekeraars en richting politiek en professionele organisaties. Cliëntenorganisaties krijgen overheidssubsidies in de vorm van een prestatiecontract: actieve deelname van leden in de lokale 'kwaliteitspanels'. Individuele verzekerden krijgen ook premiekorting als zij zich inzetten voor de kwaliteit van zorg van aanbieders. De grote flexibiliteit en het verloop van actieve participanten stelt wel hoge eisen aan de ondersteunende infrastructuur. Patiëntengroepen en aanbieders/professionals hebben de gemeenschappelijke taal gevonden: sturen op vakbekwaamheid en motivatie. De 'kwaliteitspanels' worden door professionals als onmisbaar gezien voor een goede praktijkvoering.

Overheid: regisseur en partner

Door de toenemende zorgbehoeften en brede toegankelijkheid zijn premies en belastingen fors. Maar omdat de kwaliteit van het gebodene uitstekend is, wordt dit als een noodzakelijk kwaad gezien. De samenleving is immers sterk vergrijsd en regio's buiten de Randstad maken een spectaculaire krimp door. De 'sense of urgency' om het voorzieningenniveau te handhaven heeft veel creativiteit en solidariteit losgemaakt bij de bevolking. De overheid is hierin een ondernemende overheid die maximaal gebruik maakt van Public Private Partnerships. Het bedrijfsleven is deze ondernemende rol van de overheid gaan waarderen, omdat de kwaliteit van de overheid zelf duidelijk is toegenomen. Prijsvorming en inkomensontwikkeling van professionals is voor grote delen van de zorg vrij. De overheid heeft een beslissende rol in de vaststelling van de randvoorwaarden van de zorgpakketten; hierover vinden in het parlement regelmatig intensieve discussies plaats. De regionale/lokale overheid heeft regie in de regionale zorg. Gezondheidszorg wordt door de bevolking als de belangrijkste collectieve verworvenheid gezien en misbruik van vertrouwen wordt zwaar aangerekend. De Inspectie voor de Gezondheidszorg speelt hierbij een sleutelrol.

Zorgaanbieders: maatwerk voor alle cliënten

Doordat cliëntenorganisaties als legitieme gesprekspartners zijn erkend en kwaliteitsindicatoren goed bruikbaar bleken, zijn professionaliteit, klantvriendelijkheid en logistieke soepelheid regel. Basiszorg centra (een kruising tussen eerste-lijn en klein ziekenhuis) zijn leidend en hebben regie over de meer geconcentreerde medisch specialistische zorg. Regionale en lokale overheden spelen een belangrijke rol in het handhaven van een goed voorzieningenniveau. Men realiseert zich dat Nederland maar een klein land is, zodat landelijke samenwerking en specialisaties binnen de keten eveneens bijdragen aan een efficiënt voorzieningenniveau mede dankzij ICT. Deze doelmatigheid in combinatie met de klantgerichtheid bepaalt de inrichting van de zorgketen en de nabijheid van voorzieningen. Kwaliteitszorg en 'evidence based' werken zijn regel, niet zozeer via allerlei administratieve procedures, maar door het belonen van inzet en goede ideeën. De verpleegkundig specialist op HBO-niveau heeft als case/ketenmanager de sleutelrol in de zorg. Door de nadruk op kwaliteit en het aanzien bij de bevolking is de zorg ook een aantrekkelijk werkveld gebleven, er zijn meer artsen en de gemiddelde inkomens worden politiek-maatschappelijk als acceptabel beoordeeld.

Arbeidsrevalidatie: integrale zorg voor participatie

De samenwerking tussen overheid, verzekeraars, cliëntenorganisaties en sociale partners biedt maximale schadelastbeperking op terrein van arbeid en zorg. De toename van kennis in primaire en secundaire preventie in arbeid en de toename van chronische aandoeningen bieden de arbeidsrevalidatie, zowel de publieke als de privaat gefinancierde instellingen een sleutelrol in de keten. Arbeidsrevalidatie is een integraal onderdeel van revalidatie. Binnen de publieke sector heeft de arbeidsrevalidatie sterke banden opgebouwd met het (beroeps)onderwijs. Men heeft zich gespiegeld aan Scandinavische en Duitse voorbeelden. Het verhogen van het kennisniveau van de bevolking is immers topprioriteit van de regering. De patiëntenorganisaties hebben hier nadrukkelijk de regie in gevoerd. De toegenomen kennis wat betreft interventies en technologische innovaties hebben geleid tot betere perspectieven voor mensen met beperkingen met relatief ongunstige arbeidsmarkt-kwalificaties. Het blijkt de moeite waard te investeren in hun productiviteit.

Arbeidsmarktpositie: mogelijkheden voor iedereen

De ondernemende overheid in combinatie met een sterke beweging in het bedrijfsleven voor MVO heeft op veel terreinen gezorgd voor publiek private partnerschappen, zozeer zelfs dat er een zekere wildgroei is ontstaan. Europese instanties vragen zich af of er niet sprake is van ongeoorloofde staatsteun. Dit probleem speelt ook elders in Europa, waar de vergrijzing het voorzieningenniveau in gevaar brengt. Een positief gevolg is wel dat de kloof tussen hoog en laag opgeleiden, tussen de Randstad en de regio's en tussen de publieke en private sector niet is toegenomen. De arbeidsmarktpositie van mensen met beperkingen is hierdoor zelfs verbeterd. Het probleem van de health illiterates is minder groot dan voorheen en de gezondheidsverschillen tussen hoger en lager opgeleiden zijn gestabiliseerd.

'Oranje Rood'

De financieel economische crisis blijkt van lange duur: het 'nieuwe normaal' met lage economische groei met af en toe een terugslag. Ook de gezondheidszorg ontkomt niet aan een forse versobering. Door het gebrek aan financiële middelen, premieverhogingen, ver-

hogingen van eigen risico's, stakende gezondheidswerkers en ontevreden medisch specialisten zijn de verhoudingen flink verzuurd en is de ingezette marktwerking verstoord. Buitenlandse investeerders trekken zich terug; men heeft trouwens ook genoeg te stellen met de zorgcrises in eigen land. De toplaag in Nederland regelt voor zichzelf aparte voorzieningen, hetgeen veel kwaad bloed zet bij de bevolking. De nieuwe regering heeft meteen na haar aantreden een rigoureuze stap gezet: nationalisatie van de gezondheidszorg (met enkele kenmerkende 'polder' elementen): het scenario Oranje Rood.

Verzekeraars: publieke agentschappen

Door de grote schulden zijn verzekeraars noodgedwongen genationaliseerd. De premie-inning verloopt via de belastingen. Verzekeraars hebben nauwelijks een zelfstandige strategische positie. De overheid stelt de opgebouwde expertise van de verzekeraars weliswaar op prijs, maar het zijn veredelde uitvoeringskantoren geworden. De in het verleden ontwikkelde DBC-systematiek heeft transparantie gebracht in de verrichtingen van de aanbieders. Nu kan door strenge budgettering de prijs richting aanbieders maximaal gedrukt worden. Door het omslagstelsel is iedere burger verplicht verzekerd en lopen verzekeraars geen specifieke risico's meer. Ook de exploitatie van de verzekeraars zelf staat onder sterke efficiencydruk.

De cliënt: aan de zijlijn

Door de bezuinigingen hebben cliënten te maken met verschraving van het zorgaanbod. Cliënten hebben beperkte keuzevrijheid in het aanbod van standaard dienstverlening. Dit standaardaanbod is buiten hen om vastgesteld door panels van deskundigen, die geacht worden op basis van evidence based onderzoek prioriteiten te kunnen aangeven. Cliënten worden wel betrokken in exit-tevredenheidsonderzoek, omdat deze prestatie-indicatoren verplicht door de zorgaanbieders moeten worden bijgehouden. Slechts een kleine groep welgestelden weet in het internationale circuit innovatieve topzorg te verkrijgen, hoewel de overheid hierin een sterk ontmoedigingsbeleid voert, omdat het de solidariteit ondermijnt. Patiëntenorganisaties proberen elk voor zich hun belangen te verdedigen bij de overheid en richten zich meer op verdeling van de schaarste dan op innovatie. Men doet vooral aan voorlichting aan cliënten over de verschillende standaardproducten. Ook bemiddelt men in mantelzorgondersteuning die voor een aanzienlijk deel in het informele circuit plaatsvindt.

Overheid: dominant in de uitvoering

De overheid bepaalt het voorzieningenniveau in een programma van eisen dat via de publieke verzekeringskantoren in kavels wordt aanbesteed. Hiermee staan de zorgaanbieders maximaal onder druk om de economisch meest voordelige aanbieder te doen. Macro-economisch is hierdoor de stijging van de zorgkosten beheersbaar gebleken. De overheid heeft wel geleerd van de aanbestedingen in het verleden voor re-integratie en de Wmo. Men legt een bodem in de markt en spreekt langlopende contracten af, waarin prestatieverbetering beloond wordt. De overheid laat de zorgkantoren een bepaalde vrijheid in de invulling, omdat regionale verschillen groot zijn door de ongelijke bevolkingskrimp en vergrijzing. Overheidsambtenaren en zorgkantoormedewerkers beginnen op elkaar ingespeeld te raken, zodat er langzamerhand een geoliede machine is ontstaan die de burger weer vertrouwen geeft. Dit komt ook omdat centraal geleide economieën elders in de wereld, zoals China, succesvol blijven. Omdat de overheid alle investeringsrisico's van de instellingen voor zijn rekening neemt, zijn de kapitaalslasten voor de aanbieders vermindert, zodat er voor directe zorg meer middelen beschikbaar zijn.

Omdat de overheid zo sterk betrokken is bij de uitvoering van de zorg, is de Inspectie voor de gezondheidszorg meer op afstand geplaatst. Na Europese druk, heeft de Inspectie een belangrijke positie veroverd om het vertrouwen in de zorg (en de overheid) verder te versterken.

Zorgaanbieders: regionale zorg met beperkte middelen

De aanbieders staan onder grote efficiencydruk. Na een periode van onrust onder personeel en kwaliteitserosie, heeft de overheid ingestemd met salarisverbeteringen en mogelijkheden om bij te verdienen. Artsen zijn in loondienst van de instellingen en het management is kwaliteitverantwoordelijk. Personeelsschaarste speelt slechts een geringe rol, omdat in deze tijden van lage economische groei de overheid een aantrekkelijke werkgever is. Nu de rust is weergekeerd is de kwaliteit van de zorg weer aan de betere hand en onder invloed van de regionale zorgkantoren met name regionaal georganiseerd. Door de vergrijzing neemt de care sector een steeds centralere plaats in en de gemeentelijke overheid heeft hier een regierol. Efficiencydruk zorgt voor regionale samenwerkingsverbanden, zoals shared service centers. In de regionale ketenaanpak zijn eerste lijn en specialistische zorg onderhevig aan de planvorming door de overheid. Zorgaanbieders hebben bij de

planvoorbereiding door hun kennisvoorsprong veel meer invloed dan cliëntenorganisaties. Aanbieders hebben voor hun imago vooral last van wachtlijsten die het gevolg zijn van de beperkte financiële middelen. Innovatieve plannings- en logistieke systemen hebben deze wachtlijsten wel weten te beperken. Zorgverleners die willen bijverdienen werken buiten kantooruren in de informele economie die een sterke groei doormaakt.

Arbeidsrevalidatie: goedkoop met beperkt effect

Arbeidsrevalidatie speelt een beperkte rol. De schaarste op de arbeidsmarkt is gedempt door de economische crisis. Werkgevers zitten niet te wachten op mensen met beperkingen. Zij hebben hun handen vol aan de eigen werknemers die uitvallen. De overheid is de belangrijkste werkgever en als arbeidsgehandicapten werk vinden, is het vooral daar. Arbeidsrevalidatie probeert door regionale partnerschappen wel relaties te kweken met regionale werkgevers, maar legt ook verbinding met de groeiende informele economie. Wel is er samenwerking met de Sociale Werkvoorziening die in publieke handen is gebleven. Omdat de werkperspectieven van mensen met beperkingen niet gunstig zijn, is de aandacht van de revalidatie vooral gericht op zorg en de thuissituatie en niet op werk.

Arbeidsmarktpositie: kansen in de informele economie

De stagnatie in de economie doet de winstgevendheid van het bedrijfsleven geen goed en de arbeidsmarktpositie van gehandicapten is ongunstig. Zij vinden meer en meer hun heil in de informele economie, hetgeen oogluikend met behoud van een bijstandsuitkering wordt toegestaan. Ook de arbeidsrevalidatie wendt zich meer en meer tot de informele economie voor het regelen van stages en het werven van stageplekken. Zo wordt aan de participatiedoelstelling van de revalidatie toch nog naar vermogen recht gedaan.

'IKEA'

Marktwerving in de zorg is voortvarend doorgezet. Prijsvorming en de kwaliteitsborging in de zorg worden overgelaten aan de marktpartijen: zorgverzekeraars, zorgaanbieders, sociale partners en consumentenorganisaties. Zelfs enkele academische ziekenhuizen zijn geprivatiseerd. De arbeidsrevalidatie bevindt zich volledig in het private domein. De overheid controleert alleen nog de toegankelijkheid en de veiligheid van het productaanbod. Deze foto kenmerkt zich door het blauw en geel van IKEA, omdat de drijvende krachten voor product vernieuwing en kwaliteit zich vooral aan de aanbodzijde bevinden. De gebruiker is vooral consument. Door allerlei maatschappelijke ontwikkelingen is de zorggebruiker geen machtsfactor van betekenis geworden.

Verzekeraars: centrum van de macht

De sociale zekerheid is praktisch volledig geprivatiseerd. WW, WGA en levensloop/pensioenen en de zorg zijn privaat verzekerd. Verzekeraars benutten hun centrale positie en hebben optimaal inzicht in schadelastketens. Zij sturen maximaal op de aard en kwaliteit van het zorgaanbod. Grote groepen patiënten krijgen een standaard aanbod van goede kwaliteit. Dit is nodig vanwege de sterk gestegen zorgvraag door vergrijzing en leefstijlziekten. Buitenlandse investeerders, verzekeraars en aanbieders, zijn tot de markt toegetreden, zodat de kwantiteit van het aanbod geen probleem is. Eerder bestaat het gevaar van meer van hetzelfde. In de onderhandelingen moeten de aanbieders hun kwaliteit keihard kunnen aantonen. Verzekeraars vergoeden alleen een beperkt aantal effectief gebleken standaardproducten – die wel modulair kunnen worden gecombineerd en ook arbeidgericht zorg omvatten. Nicheproducten vallen buiten het standaard zorgpakket. Verzekeraars hebben een grote greep op het beleid van zorginstellingen. Sommige hebben de hele zorgketen in eigendom voor maximale controle op kosten en kwaliteit. Zij proberen hiermee het vertrouwen van hun klantverzekerden te winnen.

De cliënt: volgzaam consument

Van de kant van aanbieders en financiers is er een aanbod gedreven kwaliteit ontstaan. Via gericht marktonderzoek 'ontwerpen' zij zorgproducten voor relevante gebruikersgroepen. Cliënten krijgen de mogelijkheid te kiezen uit een overzichtelijk aanbod van standaard dienstverlening met gegarandeerde kwaliteit. Het aanbod van arbeidsrevalidatie is transparant, beperkt maar goed herkenbaar, waardoor de gemiddelde groep cliënten goed bediend wordt. Cliënten die behoefte hebben aan een meer complexe dienstverlening komen minder goed aan hun trekken. Zover er een aanbod bestaat, wordt dit beperkt vergoed door de zorgverzekeraars waardoor de kosten voor de cliënten (of hun werkgever) hoog kunnen oplopen. Bemiddelde cliënten zoeken hun heil bij gespecialiseerde aanbieders uit het buitenland. Aanbieders en verzekeraars betrekken soms een geselecteerde groep cli-

enten bij de productontwikkeling. Klanttevredenheidsmonitoring is onder druk van de verzekeraars een standaard onderdeel van de dienstverlening. Instellingen maken gebruik van zgn. cliënt-clients communicatie. Hierbij geven cliënten voorlichting over de verschillende standaardproducten. De rol van cliëntenorganisaties als belangengroepering en machtsfactor is klein. Zij beperken zich tot de behandeling van klachten over de dienstverlening en het organiseren van festiviteiten voor cliënten.

Overheid: laissez faire, laissez passé

De overheid kiest voor een rol op afstand. Via de NMa controleert de overheid of er verstoring optreedt van de concurrentieverhoudingen, bijvoorbeeld door kartelvorming en prijsafspraken. De overheid grijpt niet in bij de concernvorming van aanbieders en zorgverzekeraar, omdat voldoende concurrentie blijft bestaan door buitenlandse spelers. De dominante rol van verzekeraars in de bepaling van de kwaliteit heeft overheid en NZa in een ondergeschikte positie gebracht. De overheid zet in op de controlerende en sanctionerende rol van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Door de grote afstand van de overheid en het informatiemonopolie van de verzekeraars is de politiek er nooit helemaal gerust op dat ze niet wordt overvallen door incidenten, financiële schandalen en 'gaten' in de zorgverlening.

Zorgaanbieders: transparant aanbod, kwaliteit gegarandeerd

De zorgaanbieders richten zich op standaarddienstverlening van goede kwaliteit. De aandacht voor efficiency heeft tot grote productiviteitsgroei geleid in reactie op de groeiende zorgbehoefte. Voor dit standaardpakket is effectieve ketenzorg georganiseerd, waarin ook de medisch specialistische revalidatie en arbeidsrevalidatie is opgenomen. In het dilemma tussen individueel maatwerk en grootschalige efficiency is gekozen voor het IKEA-concept: vlekkeloze logistiek en klantvriendelijkheid, sterk ontwikkelde innovatieve bedrijfscultuur, MVO, acceptabele kwaliteit voor grote groepen. Veel van de revalidatie kunnen patiënten thuis doen met behulp van ICT en robotica die steeds goedkoper is geworden. 'Zelf-doen' is het adagium deels ook om de kosten te drukken. Om de cliënten te verleiden voor dit standaard aanbod te kiezen, investeren de aanbieders in een goede presentatie. In zogenaamde 'revalidatie-outlets' richten zij showrooms in waar cliënten uitleg krijgen over de dienstverlening. Marketingacties en advertenties zijn regel. De zorgsector heeft onder de bevolking een gematigd positief imago en het blijft lastig in de krimpende arbeidsmarkt om aan voldoende personeel te komen. Door de internationale oriëntatie van sommige aanbieders en financiers is het wel makkelijker buitenlands personeel aan te trekken of sommige voorzieningen in het buitenland aan te bieden.

Arbeidsrevalidatie: standaarddienstverlening in een zorgketen

In het warenhuis-concept is de directe vraagsturing door de cliënt beperkt. Voor de arbeidsrevalidatie is dit echter van minder betekenis gebleken, omdat door de centrale regie van de verzekeraars er effectieve vormen van arbeidsrevalidatie zijn ontwikkeld waar de ketenaanpak dominant is. De meeste instellingen voor arbeidsrevalidatie zijn geprivatiseerd en vele maken deel uit van een zorgconcern. De standaardaanpakken zorgen voor landelijke bekendheid en zijn in het basispakket opgenomen.

Arbeidsmarktpositie: kloof tussen hoog- en laagopgeleide gehandicapten

Door het vergrijzende personeelsbestand willen de bedrijven wel iets doen aan de re-integratie van hun werknemers met gezondheidsbeperkingen, maar men houdt het rendement ervan goed in de gaten, al is de kwaliteit van het standaardpakket arbeidsrevalidatie goed. De norm van de ideale werknemer is de gezonde en vitale werknemer. Er wordt veel geïnvesteerd in gezondheidsmanagement en preventie waardoor de leefstijlziekten worden aangepakt. Gezondheid is je eigen verantwoordelijkheid. Het gevolg is een scherpe scheiding in de arbeidsmarktpositie van mensen met beperkingen. Enerzijds zij met goede arbeidsmarktkwalificaties in de kenniseconomie en degenen die profiteren van technische innovaties. Anderzijds een relatief grote groep met onvoldoende kwalificaties die is aangewezen op een beschutte baan of kansloos is op de arbeidsmarkt. Sommigen doen aan vrijwilligerswerk, anderen zitten inactief thuis.

Wanneer we de vier scenario's in enkele kernwoorden samenvatten, leidt dit tot het volgende overzicht (tabel 5.1).

Tabel 5.1 Samenvatting scenario's in kernwoorden

Rollen	Kort Amerikaans	Nordic Walking	Oranje Rood	IKEA
Verzekeraars	Concurrentie en dienstbaarheid	Maatschappelijke oriëntatie	Publieke agent-schappen	Centrum van de macht
Cliënt	Onmisbare schakel	Invloed op kwaliteit	Aan de zijlijn	Volgzame consumen
Overheid	Marktmeester op afstand	Regisseur en partner	Dominant in de uitvoering	Laissez faire, laissez passé
Zorgaanbieders	Klantvriendelijk en innovatief	Maatwerk voor alle cliënten	Regionale zorg met beperkte middelen	Transparant aanbod, kwaliteitgarantie
Consequenties arbeidsrevalidatie	Onderdeel van zorgketens	Integrale zorg voor participatie	Goedkoop met beperkt effect	Standaarddienstverlening in keten
Arbeidsmarkt positie gehandicapten	Tweedeling inzetbare gehandicapten en 'health illiterates'	Mogelijkheden voor iedereen	Kansen in de informele economie	Kloof tussen hoog- en laagopgeleide gehandicapten

5.3 Scenariospecifieke opties voor arbeidsrevalidatie

In de tweede scenariobijeenkomst met de klankbordgroep zijn de scenario's aangescherpt en doorgelicht op de consequenties voor de arbeidsgereleerde revalidatie. Deze aanscherping wordt in deze paragraaf beschreven. Tevens is de mate van waarschijnlijkheid van de scenario's getaxeerd, evenals de mate van (on)wenselijkheid vanuit het standpunt van de sector.

Kort Amerikaans

Dit scenario is als het meest waarschijnlijk beoordeeld. Met name de innovatieve impulsen en klantgerichtheid worden zeer gewaardeerd. Voorwaarde is wel dat de marktmacht van de patiënt/gebruiker vol tot ontwikkeling komt. Toch kwam dit scenario in de klankbordgroep niet als meest wenselijk uit de bus, omdat de achterstand (op de arbeidsmarkt) van minder geprivilegieerde groepen zal toenemen. De kans is groot dat dit de mogelijkheden voor mensen met ernstiger beperkingen vermindert en dus ook de mogelijkheden voor een kwalitatief goede (arbeids)revalidatie voor deze groepen.

Voor de arbeidsrevalidatie betekent het scenario dat verdienmodellen gericht op winst en rendement ontwikkeld zullen worden en dat allianties met de private re-integratie sector en interventiebedrijven voor de hand liggen. Dit zou in Nederland goed kunnen werken. Het onderscheid tussen primaire secundaire en tertiaire preventie in de arbeid vervaagt en de expertise van de specialistische revalidatie wordt breder ingezet. Succesvolle arbeidsgereleerde revalidatiediensten zullen zich in de competitieve markt onderscheiden door efficiency en klantgerichtheid en door de focus op de behoeften van het bedrijfsleven. Ook flexibiliteit om snel in te kunnen spelen op ontwikkelingen in de markt zal een pluspunt zijn. Er zal geïnvesteerd worden in geavanceerde high-tech IT-oplossingen met positief imago. Het resultaatgericht werken versterkt de aandacht voor kwaliteit en evidence based werken. Al met al zal de gemiddelde kwaliteit van de arbeidsgereleerde revalidatie sterk toenemen, terwijl er waarschijnlijk onvoldoende geïnvesteerd zal worden in de participatie van mensen met ernstige beperkingen.

Nordic Walking

Dit scenario is als het meest wenselijk beoordeeld, omdat het hoge kwaliteit en klantgerichtheid laat samengaan met zo weinig mogelijk uitsluiting van mensen met ernstige beperkingen en met afstand tot de arbeidsmarkt. Toch ziet men deze ontwikkeling als niet zo

waarschijnlijk door de relatief hoge collectieve lasten. Bovendien worden er hoge eisen gesteld aan de kwaliteit van overheidsinstanties – die dit misschien niet kunnen waarmaken – en aan de solidariteit in de samenleving.

Als oriëntatie voor de (arbeids)revalidatie geldt niet zozeer het verdienmodel (zoals in het voorgaande scenario) maar het kwaliteitsmodel. Er is een intensieve samenwerking met patiëntenverenigingen en samenwerking tussen instellingen onderling in 'kwaliteitscirkels'. Er komen enkele 'centres of excellence' met unieke expertise met regionale locaties. Men richt zich op gemeenten die een regiefunctie hebben in de regionale zorgketen. De arbeidsrevalidatie is geregeld via de collectieve contracten, waarin werkgevers en verzekeraars een goed beeld hebben van de schadelastbeperking en hoge eisen stellen aan de dienstverlening van de arbeidsrevalidatie. Dit versterkt de innovatieprikkel. Ook in dit scenario zijn er sterke allianties met de private re-integratiemarkt en Zelfstandige BehandelCentra om arbeidsgerichte revalidatie voor alle revalidanten te kunnen realiseren. Door de goede mogelijkheden voor publiek-private financiering en de sterke nadruk op onderwijs is de regionale samenwerking tussen revalidatie en het beroepsonderwijs versterkt.

Oranje Rood

Met de nodige slagen om de arm vindt de klankbordgroep dit scenario minder waarschijnlijk. Investerings in de gezondheidszorg worden door de bevolking steeds bovenaan gezet. Bovendien is er in de zorg nog veel efficiencywinst te behalen. Dit scenario wordt ook als het meest ongewenst beschouwd, niet alleen door de schraalheid van het voorzieningenniveau, maar ook door de relatief sterke overheidsturing, waarvan men de kwaliteit sterk betwijfelt en vanwege de bekaaide positie van cliënt. Ook is er in dit scenario twijfel aan de arbeidsperspectieven van mensen met ernstige beperkingen.

Voor de sector betekent dit scenario een sterke oriëntatie op de overheid, niet alleen voor het beleid, maar ook te aanzien van de overheid als werkgever en de arbeidsgerelateerde problematiek die daar speelt. Dat wil zeggen dat ook hier preventie en schadelastbeperking in de arbeidsgerelateerde revalidatie een belangrijke rol zullen spelen. Het private bedrijfsleven zal vooral onder druk gezet worden door overheids sancties bij arbeidsongeschiktheid en ontslag (negatieve prikkel). Voor de revalidatie kan het beter uitpakken om bij de positieve prikkels van MVO aan te haken. Onder gemeentelijke regie is sterke druk tot regionale samenwerking en oriëntatie op de eerste lijn om dure specialistische zorg terug te dringen. Moderne technologie zal het wel mogelijk maken goedkopere interventies te ontwikkelen met veel nadruk op zelfmanagement. De revalidatie moet er rekening mee houden dat er een groot beroep zal worden gedaan op mantelzorg en (stilzwijgend) op de informele economie.

IKEA

De klankbordgroep beoordeelt dit scenario als minder waarschijnlijk dan *Kort Amerikaans* maar ook als minder onwenselijk. Dat laatste vooral omdat kwaliteit gecombineerd zou kunnen worden met brede toegankelijkheid, groot volume en een vorm van 'zelf doen', al is de daadwerkelijke marktmacht van de cliënt niet zo groot.

De (arbeids)revalidatie zal zich toelagen op heldere duidelijk herkenbare producten en marktstrategie. Het verdienmodel is belangrijk; de marges zijn echter smal en dus draait het om efficiency en omzetvolume om in de onderlinge concurrentie te overleven. Efficiency wordt versterkt door allerlei logistieke, facilitaire en ICT-vernieuwingen (shared service centers) in combinatie met schaalvergroting. De nadruk op het 'zelf doen' is positief. Er is een tendens tot standaardisatie en weinig maatwerk, maar toch is het garanderen van constante kwaliteit belangrijk. Het is een professional gedreven kwaliteit (elk product heeft herkenbare naam en ontwerper) en het management stuurt sterk op deze professional kwaliteit (opleidingen en evidence based werken). Men investeert in de relatie met verzekeraars die de prijs-kwaliteitverhouding scherp in de gaten houden. De sterke prikkel in dit

scenario is dat er meer mensen weer aan het werk komen en het is aan de revalidatiesector aan te tonen dat zij dit in de curatieve zorg bij uitstek kunnen.

5.4 Toekomstbestendige strategieën

Nu we de strategieën voor de (arbeids)revalidatie bij vier toch wel aanmerkelijk verschillende toekomstbeelden hebben uitgewerkt, valt op dat er ontwikkelingen zijn die in meerdere of alle scenario's wel terugkomen. Deze strategische opties zijn als het ware 'toekomstbestendig'. De klankbordgroep houdt de scenario's Kort Amerikaans en IKEA voor het meest waarschijnlijk en voor het toekomstbeeld zullen we ons een soort mengvorm moeten voorstellen als referentie voor de meest houdbare strategie voor de ontwikkeling van de arbeidsrevalidatie. Wij stellen de volgende toekomstbestendige strategieën aan de orde.

Marktwerking en privatisering

Onze toekomstverwachting voor de arbeidsrevalidatie betekent dat verdienmodellen gericht op winst en rendement ontwikkeld zullen worden en dat allianties met de private re-integratie sector en interventiebedrijven voor de hand liggen. Dit zou versterking van innovatie en klantgerichtheid kunnen opleveren en een betere marktpositie. Het onderscheid tussen primaire secundaire en tertiaire preventie in de arbeid vervaagt en de expertise van de specialistische revalidatie wordt breder ingezet. Succesvolle arbeidsgerelateerde revalidatiediensten zullen zich in de competitieve markt onderscheiden door efficiency en klantgerichtheid en door de focus op de behoeften van het bedrijfsleven. Ook flexibiliteit om snel in te kunnen spelen op ontwikkelingen in de markt zal een pluspunt zijn. Er zal geïnvesteerd worden in geavanceerde high-tech IT-oplossingen. Het resultaatgericht werken versterkt de aandacht voor kwaliteit en evidence based werken. Al met al zal de gemiddelde kwaliteit van de arbeidsgerelateerde revalidatie sterk toenemen, met meer aandacht voor maatwerk naarmate de marktmacht van de gebruikers zich sterker ontwikkelt. Er wordt meer geïnvesteerd in arbeidsrevalidatie, maar waarschijnlijk minder in de participatie van mensen met ernstige beperkingen, tenzij extra publieke middelen ter beschikking komen.

Grootschaligheid

Naarmate er meer mensen met beperkingen in de beroepsbevolking zullen komen, is er meer behoefte aan arbeidsrevalidatie tegen een scherpe prijs. We hebben dit een 'IKEA-model' genoemd: minder individueel maatwerk, maar een goede prijskwaliteit verhouding voor grote groepen gebruikers. Bij een dergelijke grootschaligheid bevinden de drijvende krachten voor productvernieuwing en kwaliteit zich vooral aan de aanbodzijde. De gebruiker is vooral consument en bepaalt minder de inhoud van de zorg. De (arbeids)revalidatie zal zich toeleggen op duidelijk herkenbare producten en marktstrategie. Het verdienmodel is belangrijk: de marges zijn smal, het draait om efficiency en omzetvolume om in de onderlinge concurrentie te overleven. Efficiency wordt versterkt door allerlei logistieke, facilitaire en ICT-vernieuwingen (shared service centers) in combinatie met schaalvergroting. Het garanderen van constante kwaliteit is belangrijk. De sterke prikkel in deze ontwikkeling is dat er meer mensen weer aan het werk komen en dat de revalidatie hier een belangrijke rol in speelt.

Werken in zorgketens

Een constante in de toekomstverwachtingen is het perspectief van de keten of het netwerk en verschuiving van klinische naar poliklinische zorg. Hoe die ketens of netwerken er in de praktijk zullen uitzien hangt sterk af van de (regionale) omstandigheden, van persoon-

lijke netwerken en van de onderhandelingen met verzekeraars. Om hen een goed aanbod te kunnen doen en arbeidsgericht te kunnen werken zijn partners nodig. Verschillende ‘care cycles’ of zorgpaden voor patiëntencategorieën leiden tot verschillende netwerken. Ook hierom lijkt voor de arbeidsgerelateerde revalidatie een krachtenbundeling met de private re-integratiesector en arbodienstverleners voor de hand te liggen. Je kunt niet in ‘alles’ goed zijn. Op dit moment is er her en der al in de revalidatie een begin van afspraken over ‘satellietvorming’ en decentrale samenwerking waarbij een ‘center of excellence’ de kwaliteitsborging behartigt. Naar het zich laat aanzien is het vormgeven van efficiënte netwerken een van de belangrijkste operationele vraagstukken in de zorg en de (arbeids)revalidatie. Instellingen moeten hierin weloverwogen keuzes maken en zich specialiseren. Bovendien is er een ingebakken spanning tussen toenemende marktwerking cq. concurrentie en samenwerking gestoeld op gedeelde belangen en afspraken over taakverdeling/specialisatie. NZa en NMa zijn hierin de scheidsrechter.

Kennis revalidatie breder inzetten

Het voorgaande betekent dat know-how van de medisch-specialistische revalidatie breder ingezet zal (moeten) worden. ‘Functioneel herstel’ komt meer centraal in de geneeskunde te staan dan de genezing van klachten. De grenzen vervagen tussen primaire, secundaire en tertiaire preventie vanwege de toename van het aantal mensen (en werkenden) met een chronische aandoening en van de medisch-technische mogelijkheden. De private markt zal bij deze diffusie een belangrijke rol spelen om het noodzakelijke ‘volume te maken’.

Klantgericht werken

In de toekomst speelt naast de inhoudelijke kwaliteit ook de klantgerichte service meer en meer een sleutelrol: zorgaspecten die voor iedereen makkelijk herkenbaar zijn, zoals gastvrijheid, ruime openingstijden, beperkte wachttijden, heldere toelichtingen, geen tegenstrijdige adviezen van hulpverleners, goed verzorgde faciliteiten etc. Moderne ICT kan hierbij helpen, maar het is ook een kwestie van mentaliteit en cultuur. De hulp aan mensen met chronische aandoeningen – en dus ook de arbeidsgerichte revalidatie – wordt meer tweerichtingsverkeer: ‘shared decision making’. De nadruk op ‘zelf doen’ mag echter niet leiden tot ‘niets doen’, zowel bij de hulpverlener als bij de cliënt zelf. In de scenario’s waar gebruikers/patiënten een machtsfactor van betekenis zijn, zullen deze zaken sneller gestalte krijgen.

Op verschillende manieren zal de arbeidsrevalidatie zich intensiever richten tot bedrijven en instellingen. Zij zijn óók klant. Het is een keuze om dit te realiseren via allianties met private partijen en arbodiensten, of door zelf meer deskundigheid in huis te halen. In ieder geval is het nodig te participeren in regionale werkgeversnetwerken, want meer kennis van het bedrijfsleven is noodzakelijk.

Aantonen effectiviteit, toegevoegde waarde

Of het nu om toenemende concurrentie gaat, beperkte of juist ruimere financiële middelen, om de overheid, verzekeraars of juist de cliënt als sturende partij, aantoonbare kwaliteit blijkt een rode draad in alle toekomstbeelden. In lijn met het thema van dit onderzoek betekent dit dat informatie over kosten en baten een meer centrale rol gaat spelen in de organisatie van de arbeidsgerelateerde revalidatie. Dit betekent ook dat ‘verdienmodellen’ nadrukkelijk uitgaan van schadelastbeperking en dat gegevens daarover beschikbaar moeten komen en door de dienstverleners moeten worden bijgehouden. Borging van kwaliteit, evidence based werken en aantonen van resultaten zijn dus de issues voor de komende jaren. Voor de sector betekent dit een sterkere profilering op de kwaliteit van het personeel en meedoen aan wetenschappelijk onderzoek en innovatie.

Relatie met verzekeraars

Bij privatisering en meer marktwerking spelen verzekeraars een hoofdrol – al is in het heden hun imago nog niet sterk. Zij hebben veel marktmacht en zijn ijkpunt voor de aanbieders en dus ook voor de (arbeids)revalidatie. Verzekeraars zullen selectiever kunnen zijn in hun contractering, omdat de schaarste aan de aanbodkant is opgeheven. Al dan niet als eigenaar kunnen zij de hele zorgketen aansturen waar de (arbeids)revalidatie onderdeel van uitmaakt. Het is dus voor de (arbeids)revalidatie van het grootste belang dat hun producten in het verzekerde basis en/of aanvullende pakket – bij voorkeur in de werkgever collectieven – worden opgenomen. Lobby en marketing zal zich dus intensief op verzekeraars, werkgevers en de pakketbeheerder CVZ richten.

Personeelsvoorziening

Afhankelijk van de economische groei en de aantrekkelijkheid van de sector om er te werken is de personeelsvoorziening in meer of mindere mate een knelpunt, maar het figureert niet zo prominent in onze toekomstverwachting. Wel nadrukkelijk komt het toenemend belang van de professionele rol van het casemanagement naar voren als de spil van de zorg, deels ter vervanging van de arts. Met name in de arbeidsgerelateerde revalidatie zien we voor een dergelijke professional een sleutelrol weggelegd als linking pin tussen arbeid en zorg. Vanuit de huidige situatie zouden professionals van verschillende achtergrond deze rol vervullen, gespecialiseerde verpleegkundigen, arbeidsdeskundigen, fysiotherapeuten. Het is nog een open vraag in hoeverre aandoeningspecifieke kennis en ervaring gebundeld zou moeten worden.

Internationalisering

Afhankelijk van het scenario speelt internationalisering van de zorg in meer of mindere mate een rol. Voor de arbeidsgerelateerde revalidatie lijkt ons dit – behoudens in de grensstreken – minder belangrijk. Wellicht dat men in het voor- of natraject hiermee vaker geconfronteerd zal worden.

6 Conclusies en aanbevelingen

‘Op welke wijze kan de revalidatiesector in de komende jaren de arbeidsparticipatie van gehandicapten en mensen met een chronische aandoening helpen verbeteren?’

Dit is de centrale vraag in het onderzoek.

Door (literatuur)onderzoek naar het rendement van best-practices en door resultaten te plaatsen in een toekomstanalyse voor de komende 10 jaar is geprobeerd deze vraag zo goed mogelijk te beantwoorden.

Rendement aangetoond...

De belangrijkste conclusie is dat voor de grote groep mensen met klachten aan het bewegingsapparaat het positieve rendement van arbeidsgerelateerde revalidatie overtuigend is aangetoond. Het leidt tot minder verzuim en betere inzetbaarheid in arbeid, tot minder uitkeringsafhankelijkheid en lagere vervolgzorgkosten. Er zijn voldoende argumenten om deze aanpak als verzekerde prestatie in de Wet zorgverzekeringen op te nemen, in het basispakket dus. Overheid en verzekeraars zijn hier aan zet. Voor andere diagnosegroepen is er minder onderzoek beschikbaar en is het positieve rendement minder eenduidig aangetoond. Hierbij speelt de spreiding in de ernst van de beperkingen ook een rol. Toch durven wij de conclusie aan dat arbeidsgerelateerde revalidatie in het algemeen een positief rendement heeft. Om dit te verzilveren is actie nodig van alle betrokken partijen. Succesfactoren van best-practices zijn bekend.

Succesfactoren voor arbeidsgerelateerde revalidatie

1. *Kwaliteit staat voorop*
De best-practice kenmerken van het revalidatieprogramma zelf zijn doorslaggevend: (1) multidisciplinaire aanpak (2) tijdcontingent, 'graded activity' gericht op functioneel herstel, geen wachttijden tussendoor (3) vroegtijdig betrekken van werk(plek)omstandigheden, (4) goed geprotocolleerde gescheiden assessment- en interventiefasen en (5) ruimte mogelijk voor individueel maatwerk.
2. *Commitment revalidant*
Essentieel onderdeel is het verzekeren en stimuleren van commitment en motivatie van de revalidant. Een behandelplan wordt besproken en ondertekend door de revalidant. In geval van deelnemers die uitbehandeld zijn en geen perspectief meer hebben in reguliere zorg, is deelname aan een programma een kans om hun situatie (bijvoorbeeld werkloosheid) te verbeteren. Empowerment en respectvolle behandeling staan centraal (help to self help). Financiële prikkels in uitkering en werk zijn als stok achter de deur eveneens nodig.
3. *Blijvende aandacht voor professionaliteit*
De deskundigheid van het multidisciplinaire team moet voortdurend bewaakt worden. Teamleden die voor het programma goed getraind en op elkaar ingesteld zijn, continuïteit waarborgen bij verloop van medewerkers, tijdig inleren van nieuwe teamleden zijn belangrijke condities. Feedback van resultaten naar teamleden en daar als team van leren, werkt uitstekend.
4. *Transparante organisatie*
Vanzelfsprekend zijn een strakke transparante organisatie gelet op de tijdcontingentie en het regelen van verschillende financieringstromen van groot belang, evenals het duidelijk beleggen van de verantwoordelijkheid voor de werkgerichte aspecten en voor het casemanagement.
5. *Regionale inbedding*
Regionale inbedding en het organiseren van betrokkenheid, samenwerking, afstemming van/met relevante partijen als werkgevers, gemeenten, arbodiensten, verzekeraars etc. zijn belangrijke succesfactoren. Hierdoor ontstaat er begrip voor elkaars expertise, rol en cultuur en commitment voor gezamenlijke doelen.
6. *Kritische zelfevaluatie*
Voortdurende kritische evaluatie van het programma door de behandelaars zelf en monitoring van de resultaten is noodzakelijk voor de verdere ontwikkeling ('lerende organisatie').
7. *Institutionele doorbraken*
Institutionele doorbraken zijn nodig die enerzijds via de financiering erkennen dat arbeidsgerelateerde activiteiten onverbrekelijk verbonden zijn met medisch specialistische revalidatie en die anderzijds de opbrengsten van (arbeids)revalidatie meer transparant maken.

Maar betere onderbouwing nodig

Al is arbeidsrevalidatie in principe kosten-effectief, het moet wel voor verschillende omstandigheden en patiëntengroepen verder onderbouwd worden, voordat arbeidsgerelateerde revalidatie in het algemeen in het verzekerde pakket kan worden opgenomen. Voor deze onderbouwing zijn financiële middelen nodig. Naast verzekeraars zullen hier vooral de revalidatiesector en de professionals zelf het voortouw moeten nemen. Met een dergelijke onderbouwing kunnen zorgproducten in de revalidatie, bijvoorbeeld bij niet-aangeboren hersenletsel (NAH) of hartfalen gedefinieerd worden, waarin de factor arbeid expliciet is verdisconteerd. Het dient te gaan om functionele productomschrijvingen: niet wie wat doet, maar de indicatie wordt helder omschreven evenals de te realiseren uitkomsten, waar dus functioneel herstel in arbeid een onderdeel van uitmaakt. Hier worden de prestatie-indicatoren op geënt die onderdeel uitmaken van het kosten-effectiviteitsonderzoek. Voor de revalidatie ontstaat er zo een breder assortiment van producten (ook wel DBC's genoemd) variërend van zeer intensieve zorg tot 'lichtere' poliklinische (arbeids)revalidatie. Vanzelfsprekend blijven specifieke arbeidsaanpassingen of omscholing voor rekening van werkgevers.

Kosten en baten voor verschillende partijen

Kernobstakel voor de benutting en ontwikkeling van arbeidsrevalidatie zijn de schotten in financiering en regelingen. Een verzekeraar draait in eerste instantie voor de meerkosten op, terwijl andere partijen (werkgevers, UWV, andere verzekeraars) de baten incasseren met een terugverdiendtijd en rendement die variabel zijn. Partijen nemen daardoor een afwachtende houding aan. Eigenbelang belemmert partijen in doorverwijzen. Er is geen regievoerder, er zijn geen experimenten die zicht geven op de kosten-baten ontwikkelingen, er is geen verdienmodel om de baten en lasten voor de verschillende partijen acceptabel te maken. Prikkel en 'sense of urgency' ontbreken. Vandaar dat wij willen pleiten voor een boven de partijen staand stimuleringsfonds of programma, waarin de diverse partijen bestuurlijk en financieel participeren om via het organiseren en monitoren van experimenten de noodzakelijke transparantie in kosten en baten te realiseren.

Kennis arbeidsgerelateerde revalidatie krijgt bredere toepassing

Uit de toekomstverkenning komt duidelijk naar voren dat arbeidsgerelateerde revalidatie een bredere toepassing verdient en krijgt. Dit gebeurt door concurrentie, maar ook door samenwerking in zorgketens. Het gaat om krachtenbundeling binnen de revalidatiesector, maar ook om allianties met private partijen om arbeidsgerelateerde zorg van voldoende omvang en kwaliteit te kunnen uitvoeren en te kunnen innoveren richting dienstverlening dicht op bedrijven. Andersom zullen private partijen in het kader van de arbeidsgerelateerde revalidatie toetreden tot de zorgmarkt. Om deel te nemen aan de brede toepassing van arbeidsgerelateerde revalidatie zal de sector zich helder moeten specialiseren en profileren. Patiënten- en cliëntenorganisaties kunnen hier een sturende rol in spelen.

Inzet werkgevers en beroepsgerichte scholing

Revalidatie in intensieve samenwerking met beroepsgerichte scholing en training/stages in bedrijven is zeer effectief voor de arbeidsparticipatie van werknemers met beperkingen, zo blijkt uit buitenlandse ervaringen. Hier is een 'gat in de markt', omdat we in Nederland een dergelijke scholingsfaciliteiten eigenlijk alleen kennen voor jonggehandicapten. Door samen te werken met beroepsonderwijs en sectorfondsen zijn hier kansen voor de publieke en private arbeidsrevalidatie. Gezien de kosten en de verwachte baten op de lange termijn is deels publieke financiering noodzakelijk. UWV en pensioenfondsen zijn hier de belanghebbende partijen om te ondersteunen.

Voorzieningen voor mensen met zwaardere arbeidshandicaps

In onze toekomstverkenning staat de positie van gehandicapten met een grote afstand tot de arbeidsmarkt onder druk. Succes in verbreding van de arbeidsrevalidatie en kennis van werkgevers kan ook de kansen voor deze mensen versterken, omdat relaties gelegd worden met sociale ondernemingen die hen wel een kans kunnen geven. Voor een goede match is gespecialiseerde kennis nodig evenals allianties met sociale werkvoorziening en sociale ondernemingen. Sommige revalidatie instellingen kunnen zich specialiseren in de organisatie van zinvolle dagbesteding voor ernstig gehandicapten.

Kennis delen en innovatie

Het ontstaan van regionale netwerken die onderling verschillen, concurrentie en specialisatie versnellen de noodzakelijke innovatie. Des te meer is het noodzakelijk deze nieuwe kennis te delen en breed te implementeren. Vandaar dat het aanbeveling verdient dat revalidatie-instellingen deel nemen aan ‘academische werkplaatsen’ voor een efficiënte organisatie van effectiviteitsonderzoek en kennisuitwisseling. Coördinatie van stages en afstudeeropdrachten van HBO’s en universiteiten zou met relatief geringe middelen een sterke impuls geven aan arbeidsgerelateerd effectiviteitsonderzoek. Ook is een landelijk platform noodzakelijk voor uitwisseling van regionale best-practices in ketensamenwerking. Er zijn vele lokale samenwerkingsinitiatieven die op dit moment onvoldoende het landelijk beleid kunnen bepalen.

Literatuur

Abásolo L, Blanco M, Bacchiller J, Candelas G, Collado P, Lajas C, Revenga M, Ricci P, Lazaro P, Aguilar MD, Vragas E, Fernández-Gutiérrez B, Hernández-Gracia C, Carmona L, Jover J. A Health System Program To Reduce Work Disability Related to Musculoskeletal Disorders. *Ann Intern Med.* 2005; 143: 4004-414

Allaire S, Wei Li, LaValley MP. Reduction of Job Loss in Persons With Rheumatic Diseases Receiving Vocational Rehabilitation. *Arthritis & Rheumatism* 2003;48:11: pp 3212-3218. Doi: 10.1002/art.11256

Atos Consulting. Zorgmarkt in 2020, Samenwerking richting een onzekere toekomst. Scenario Planning. Atos Consulting Utrecht 2010.

Bach H, Gupta ND, Høgelund J. Employment effects of educational measures for work-injured people. *Employment and Labour Market Issues, Working Paper 01:2007.* Danish National Institute of Social Research.

Blonk RWB. Het lukt niet zonder werk. Over psychische klachten, arbeidsparticipatie en herstel. In augurale rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar 'Arbeidsparticipatie en psychische klachten: in het bijzonder activering en re-integratie' aan de Universiteit van Utrecht, maart 2006. TNO Kwaliteit van Leven Hoofddorp 2006

Blumberger W. Wirkungen, Kosten und Nutzen der beruflichen Rehabilitation. *Rehabilitation in BRZ. Eine erweiterte Kostenanalyse.* Synthesis Forschung, IBE Institute Johannes Kepler Universität Linz 2004.

Borghouts-van der Pas IWCM, Pennings FJL. Arbeidsparticipatie van jonggehandicapten. Een onderzoek naar Europese systemen en praktijken. OSA - Institute for Labour Studies Tilburg en de Vakgroep Sociaal Recht - Universiteit van Tilburg. 2008

Brouwer P en Giesen FBM. De meerwaarde van Emma at Work. TNO Kwaliteit van Leven. Hoofddorp 2009

Brandt E. De mondige patiënt. *Medisch Contact* - 64 nr.9 – 2009

Bricout JC. Partnering with the 21st century workplace: Leveraging workplace ecology. *Work* (2003) 21: 45-56

Brouwer P, Zwinkels W, Genabeek J van. Maatschappelijke kosten en baten van gesubsidieerde arbeid en sociale activering. TNO Kwaliteit van Leven. Hoofddorp 2006

BS Health Consultancy. Effectiviteit van arbocuratieve zorg tegen het licht. Onderzoek naar de invloed en werkwijze van arbocuratieve zorg. Haarlem 2008.

BS Health Consultancy. Arbozorgverlening in nieuw perspectief. Onderzoek naar het veranderende profiel van de arbeidsmarkt en arbozorgverlening. Vinkeveen 2010.

Buck PDM de, Cessie S de, Hout WB van den, Peeters AJ, Runday HK, Westedt M-L, Breedveld FC, Vliet Vlietland TPM. Randomized Comparison of a Multidisciplinary Job-Retention Vocational Rehabilitation Program With Usual Outpatient Care in Patients With Chronic Arthritis at Risk For Job Loss. *Arthritis & Rheumatism (Arthritis Care & Research)* 2005; 53:5: 682-690. Doi: 10.1002/art.21452

Buck PDM de, Breedveld J, Giesen FJ van der, Vliet Vlieland JPM. A multidisciplinary job retention vocational rehabilitation programme for patients with chronic rheumatic diseases: patients' and occupational physicians' satisfaction. *Ann Rheum Dis* 2004;63:562-568. Doi: 10.1136/ard.2003.007260

Carlier JM, Kramer GJA. Hersenletsel hoe nu verder? Model voor de organisatie van zorg in het ziekenhuis rondom de neuropsychologische gevolgen van hersenletsel. Prismant, Utrecht 2006.

Campen C van, Cardol M. When work and satisfaction with life do not go hand in hand: Health barriers and personal resources in the participation of people with chronic physical disabilities. *Social Science & Medicine* 69 (2009) 56-60. doi: 10.1016

CG-Raad. Feiten en cijfers over chronische zieken en gehandicapten. CG-Raad Utrecht, 2010.
Critchley DJ, Ratcliffe J, Noonan S, Jones RJ, Hurley MV. Effectiveness and Cost-Effectiveness of Three Types of Physiotherapy Used to Reduce Chronic Low Back Pain Disability. *Spine* 2007; 32 no 14 pp 1474-1481

Chamberlain MA, Fialka Moser V, Schüldt Eckholm K, O'Connor RJ, Herceg M, Ekholm J. Vocational Rehabilitation: an Educational Review. *J.Rehabil Med* 2009, 41: 856-869

Collot d'Escury T, Alma R, Reenen M, Zee S van der, Groenewegen M. De zeven zorgen, ontwikkelingen Nederlandse ziekenhuizen 2003-2008 en belangrijkste aandachtspunten voor de toekomst. Roland Bergers Strategy Consultants, Amsterdam 2009.

Cremer R, Zuidam W. Het reïntegratie aanbod voor mensen met niet-aangeboren hersenletsel. Hoofddorp TNO, 2005.

Crowther R, Marshall M, Bond GR, Huxley P. Vocational rehabilitation for people with severe mental disorders; Supported employment en Prevocational raining. *Health Technology Assessment* 2001, vol 5 no 21.

CVZ, College voor zorgverzekeringen. Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk. Rapport 254. CVZ Diemen, 2007

CVZ, Collega voor zorgverzekeringen. Pakketagenda 2011-2012. CVZ Diemen, 2010.

Deutschen Rentenversicherung. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung Berlin 2009

Deutschen Rentenversicherung. Positionspapier Rehabilitation 2010.

Doren K van. Arbeidsgerelateerde revalidatieactiviteiten in ziekenhuizen; de ontwikkeling van een model. Universiteit van Maastricht 2005

Fachgruppe RehaFutur. Stellungnahme der wissenschaftlichen Fachgruppe RehaFutur zur Zukunft der beruflichen Rehabilitation in Deutschland. Deutsche Akademie für Rehabilitation e.V. Bonn 2009.

Eggink E, Oudijk D, Woittiez I. Zorgen voor Zorg. Sociaal en Cultureel Planbureau Den Haag, 2010

Eshuis WA, Schaapman MH, Philipsen NJ, Popma JR, Laan G van der, Bakker JG, Nauta AP, Sorgdrager B. Leerzame Schadeclaims – Leren van 'worst case scenarios' als opstap naar effectieve interventie en preventie rond beroepsziekten. Hugo Sinzheimer Instituut. 2009

Ewijk C. van, Teulings C. De grote recessie. Het CPB over de kredietcrisis. CPB Bijzondere Publicatie 82. Den Haag: CPB, 2009.

Franché RL, Cullen K, Clarke J, Irvin E, Sinclair S, Frank J. Workplace-Based Return-to-Work Interventions: A Systematic Review of the Quantitative Literature. *Journal of Occupational Rehabilitation* 2005; 15:4: 607-631. Doi: 10.1007/s10926-005-8038-8

Genabeek J, Gründeman R, Wevers C. (red.). De toekomst werkt. Mens en bedrijf in 2020. . TNO Kwaliteit van Leven, Hoofddorp 2007

Genabeek J van, Andriessen A, Ooms D, Fermin B, Klerkx M. Scholing en arbeidsintegratie van Wajongers met ernstige scholingsbelemmeringen: volumeontwikkeling en effectiviteit. TNO Kwaliteit van Leven, Hoofddorp 2008

Gervery R, Ratemo M, Halper A, Brucker D, Berkowitz M. Ticket-to-Work project: Evaluation of an assertive outreach approach to increase ticket assignment and use of the One-Stop System by SSA beneficiaries in an urban county in New Jersey. *Journal of Vocational Rehabilitation* 26 (2007) 79-88 IOS Press.

Gobelet G, Franchignoni F. Vocational Rehabilitation. Series of the European Academy of Rehabilitation Medicine. Springer-Verlag France, 2006, 2007

Gupta ND, Larsen M. Evaluating Employment Effects of Wage Subsidies for the Disabled – the Danish Flexjobs Scheme. Paper for the Danish National Institute of Social Research. 2008

Gobelet C, Luthi F, Al-Khodairy AT, Chamberlain MA. Work in inflammatory and degenerative joint diseases. *Disability and Rehabilitation*, September 2007; 29(17): 1331-1339.

Hagen B, Zwinkels W. Trainen voor een baan. Onderzoek naar de werkwijze Stam BV; vergelijking en resultaten. Uitgevoerd door Vilans en TNO in opdracht van Stam BV, gefinancierd door UWV. Utrecht, Hoofddorp 2008

Hansen N, Nielsen HO. Workers with disabilities express high job satisfaction. Oxford Research. EWCO DK08080191. September 2008

Hayashi C, Olkkonen H, Sikken JB, Yermo J. Transforming Pensions and Healthcare in a Rapidly Ageing World: Opportunities and Collaborative Strategies. World Economic Forum. 2009

Hayday S, Rick J, Carroll C, Jagger N, Hillage J. Review of the Effectiveness and Cost Effectiveness of Interventions, Strategies, Programmes and Policies to Help Recipients of Incapacity Benefits Return to Employment (Paid and Unpaid). Institute for Employment Studies, University of Sussex. 2008

Hemerijck A, Knapen B, Doorne E van, (eds). Aftershocks – Economic Crisis and Institutional Choice. Amsterdam University Press 2009.

Hillage J, Rick J, Pilgrim H, Jagger N, Carroll C, Booth A. Review of the Effectiveness and Cost Effectiveness of Interventions, Strategies, Programmes and Policies to reduce the number of employees who move from short-term to long-term sickness absence and to help employees on long-term sickness absence return to work. Institute for Employment Studies. University of Sussex Brighton 2008

Hlobil et al *Eur Spine J* 2007;16:919-924. Doi:10.1007/s00586-006-0283-9

Hout WB, Duck PDM de, Vliet Vlieland TPM. Cost-Utility Analysis of a Multidisciplinary Job Retention Vocational Rehabilitation Program in Patients With Chronic Arthritis at Risk of Job Loss. *Arthritis & Rheumatism* 2007. Vol. 57, No 5, June 15, pp 778-786.

Hout WB van den, Goekoop-Ruiterman YPM, Allaart CF, Vries-Bouwstra JK de, Hazes JMM, Kerstens PJSM, Zeven D van, Hulsmans HMJ, Jonge-Bokk JM de, Sonnaville PBJ de, Dijkmans BAC, Breedveld FC. Cost-Utility Analysis of Treatment Strategies in Patients With Recent-Onset

Rheumatoid Arthritis. *Arthritis & Rheumatism* 2009; 61:3, march 15, 2009, pp 291-299 DOI 10.1002/art.24169

Høgelund J, Pedersen JG. Active Labour Market Policies for Disabled People in Denmark. The open labour market working paper 18:2002. The Danish National Institute of Social Research: 2002

Isernhagen SJ. Job matching and return to work: Occupational rehabilitation as the link. *Work* 26 (2006) 237-242 IOS Press.

Jakobsson B, Bergroth A, Schüldt K, Ekholm J. Do systematic multiprofessional rehabilitation group meetings improve efficiency in vocational rehabilitation? *Work* 24 (2005) 279-290 IOS Press.

Jehoel-Gijsbers G. Beperkt aan het werk. Rapportage ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en arbeidsparticipatie. SCP-publicatie 2010/9.

Joliffe J, Taylor R, Ebrahim S. A report on the clinical and cost effectiveness of physiotherapy in cardiac rehabilitation. Research and Clinical Effectiveness Unit. Chartered Society of Physiotherapy London 2000

Kärrholm J, Ekholm K, Jakobsson B, Ekholm J, Bergroth A, Schüldt K. Effects on work resumption of a co-operation project in vocational rehabilitation. Systemic, multi-professional, client-centered and solution-oriented co-operation. *Disability and Rehabilitation* (2006); 28;7: 457-467

Kärrholm J, Ekholm K, Ekholm J, Bergroth A, Schüldt K, Ekholm K. Systematic co-operation between employer, occupational health service and social insurance office: a 6-year follow-up of vocational rehabilitation for people on sick-leave, including economic benefits. *J Rehabil Med* (2008) 40; 628-636

Khan F, Ng L, Turner-Stokes L. Effectiveness of vocational rehabilitation intervention on the return to work and employment of persons with multiple sclerosis. The Cochrane Collaboration, Wiley & Sons, 2009.

Kok L, Houkes A, Niessen N. Kosten en baten van revalidatie. SEO Economisch onderzoek Amsterdam 2008

Kopnina Helen, Haafkens Joke A. Disability Management: Organizational Diversity and Dutch Employment Policy. *J Occup Rehabil* 2010;20:247-255

Korsukéwitz C, Rehfeld U. Aktueller Stand und Perspektive der medizinischen und beruflichen Rehabilitation der Rentenversicherung. *RV aktuell* 2007; 11 379-384

Kremer AM, Steenbeek R. Avoidable sickness absence in a Dutch working population. *J Occup Rehabil* 2010, pp 81-89

Lambeck LC, Bosmans JE, Royen BJ van, Tulder MW van, Mechelen W van, Anema JR. Integrated care for sick-listed patients due to chronic low back pain leads to a high return on investment; results of an economic evaluation. Submitted 2010
BMJ

Lambeck LC, Mechelen W van, Knol DJ, Loisel P, Anema JR. Integrated care for chronic back pain: a randomized controlled trial evaluating a systems approach to reduce disability in working and private life. *BMJ* accepted 2009

Levack W, McPherson K, McNaughton H. Success in the workplace following traumatic brain injury: are we evaluating what is most important? *Disability and Rehabilitation*, 2004; Vol.26, No.5, 290-298

Lewis A. Vocational rehabilitation in the 21st century: Skills professionals need for system success. *Work* (2008) 31: 345-356

Lierop BAG, Hidding A, Drunen N van. Neurologische reïntegratieprogramma's (INTERREG III). Terug naar werk met een neurologische aandoening. Uitkomsten nulmeting. iRv Hoensboek 2004.

Lierop BAG van, Nijhuis F. Early Work-Related Interventions in a Medical Rehabilitation Setting. International Journal of Disability Management Research 2006; vol 1: no 1: pp 74-86

Lierop BAG. Neurologische re-integratieprogramma's. Interreg IIIA programma Euregio Benelux Middengebied. Presentatie 2006

Lierop BAG. Vroege Interventie; eindevaluatie. iRv Hoensbroek 2006

Loisel P, Lemaire J, Poitras S, Durand MJ, Champagne F, Stock S, Diallo , Tremblay C. Cost-benefit and cost-effectiveness analysis of a disability prevention model for back pain management: a six year follow up study. Occup EnvironMed 2002;59:807-15

Merkesdal S, Ruof J, Schöffski O, Bernitt K, Zeidler H, Mau W. Indirect Medical Costs in Early Rheumatoid Arthritis. Arthritis & Rheumatism. Vol.44, No.3, March 2001, pp 528-534

Merkesdal, S, Huelsemann JL, Mittendorf T, Seh S, Zeidler H, Ruof J. Produktivitätskosten der rheumatoiden Arthritis in Deutschland. KÖstenzusammensetzung und Prädiktion der Hauptkostenkomponenten. Z.Rheumatol.2006 65:527-534. Doi: 10.1007/s00393-005-0024-1

Ministerie van VWS.. Preventienota. Kiezen voor gezond leven 2007-2010. Ministerie van VWS: Den Haag, 2007.

Ministerie van VWS. Niet van later zorg. 99x inspiratie, opvallende gedachten en overwegingen. Ministerie van VWS. Den Haag 2008

Murphy L, Chamberlain E, Weir J, Berry A, Nathaniel-James D, Agnew R. Effectiveness of vocational rehabilitation following acquired brain injury: Preliminary evaluation of a UK specialist rehabilitation programme. Brain Injury, October 2006; 20(11): 1119-1129

Neeling JND de. Kostenutiliteitsanalyse. Gezondheidsraad, Den Haag 2003

Nictiz. Zorg op Afstand – Het perspectief van de zorgprofessional in de langdurige zorg. Den Haag, 2009.

Pilgrim H, Carroll C, Rick J, Jagger N, Hillage J. Modelling the Cost Effect

Nordmark B, Blomqvist P, Andersson B, Hägerstrom M, Nordh-Grate K, Rönqvist R, Svensson H, Klareskog L. A two-year follow-up of work capacity in early rheumatoid arthritis: a study of multidisciplinary team care with emphasis on vocational support. Scand J Rheumatol 2006;35:7-14

Norrefalk JR, Ekholm K, Linder J, Borg K, Ekholm J. Evaluation of a Multiprofessional Rehabilitation Programme for Resistant Musculoskeletal-Related Pain: Economic Benefits of Return to Work. J Rehabil Med 2008; 40: 15-22. Doi: 10.2340/16501977-0131

Norrefalk FR et al J Rehabil Med. 2008; 40: 14-22

OECD. 2003 Employment Outlook. Chapter 3. Making Work Pay, Making Work Possible.

OECD. Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers. Vol. 1-3. OECD Publications Paris. 2006-2008.

Pilgrim H, Carroll C, Rick J, Jagger N, Hillage J. Modelling the Cost Effectiveness of Interventions, Strategies, Programmes and Policies to reduce the number of employees on sickness absence. Institute for Employment Studies, University of Sussex. 2008.

Pruett SR, Swett EA, Chan F, Rosenthal DA, Lee GK. Empirical Evidence Supporting the Effectiveness of Vocational Rehabilitation. *Journal of Rehabilitation* 2008; 74:1: 56-63

Puolakka K, Kautiainen H, Möttönen T, Hannonen P, Pohjolainen T, Korpela M, Vuori K, Ilva K, Yli-Kerttula, Järvinen P, Leirisalo-Repo M. Cost of Finnish statutory inpatient rehabilitation and its impact on functional and work capacity of patients with early rheumatoid arthritis: experience from the FIN-RACo trial. *Scand J Rheumatol* 2007;36:270-277

Quak R, Francati V, Belestra W. Functie indeling eerstelijnszorg. Plexus Amsterdam 2008.

Raad voor Volksgezondheid en Zorg. Een nieuwe ordening door het naar voren schuiven van de zorg – Een beschouwing van het zorgstelsel als systeem. RVZ Den Haag 2010.

Raad voor Volksgezondheid en Zorg. Gezondheid 2.0 – U bent aan zet. RVZ Den Haag 2010.

Raad voor Volksgezondheid en Zorg. Zorg voor je gezondheid! Gedrag en gezondheid: de nieuwe ordening. RVZ Den Haag 2010.

Rawlings MD, Culyer AJ. National Institute for Clinical Excellence and its value judgments. *BMJ* 2004;329:224-7

Revalidatie Nederland. Revalidatie Toekomstverkenning 2015. Revalidatie Nederland Utrecht 2006

Revalidatie Nederland. Revalidatie Brancherapport 2008. Revalidatie Nederland Utrecht 2009

Rick J, Carroll C, Hillage J, Pilgrim H, Jagger N. Review of the Effectiveness and Cost Effectiveness of Interventions, Strategies, Programmes and Policies to reduce the number of employees who take long-term sickness absence on a recurring basis. Institute for Employment Studies, University of Sussex. 2008

Rivero-Arias O, Campbell H, Gray A, Fairbank J, Frost H, Wilson-MacDonald J. Surgical stabilisation of the spine compared with a programme of intensive rehabilitation for the management of patients with chronic low back pain: cost utility analysis based on a randomised controlled trial. *BMJ* 2005; doi:10.1136/bmj.38441.429618.BF

Rutten AMJE. Arbeidsgerelateerde revalidatie activiteiten gedurende de klinische fase van het revalidatieproces in 13 revalidatiecentra. Universiteit Maastricht 2005

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Buiten de gebaande paden, inspirerende voorbeelden van intersectoraal gezondheidsbeleid. RVZ publicatienummer 09/08. 2009

Raad voor de Volksgezondheid en zorg. Zorg voor je gezondheid! Gedrag en gezondheid de nieuwe ordening. Discussienota. Den Haag 2010.

Raad voor de Volksgezondheid en zorg. Gezondheid 2.0 U bent aan zet. Den Haag 2010.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Een nieuwe ordening door het naar voren schuiven van de zorg. Een beschouwing van het zorgstelsel als systeem. Achtergrondstudie bij de discussienota Zorg voor je Gezondheid. Den Haag 2010

RIVM. Hollander A.E.M. de, Hoeymans N., Melse J.M., Oers J.A.M. van, Polder J.J. (2006). *Zorg voor gezondheid - Volksgezondheid Toekomst Verkenning*. RIVM: Bilthoven.

Sanders J, Lautenbach H, Smulders P, Dirven HJ. Alle Hens aan Dek – Niet-werkenden in beeld gebracht. TNO Kwaliteit van Leven Hoofddorp 2010.

Schrijvers G. Tien theorieën om de snelheid van de verspreiding van zorginnovaties te verklaren. In: Weten wat we doen; verspreiding van innovaties in de zorg. Zoetermeer, RVZ, 2005

Selander J, Marnetoft SU. Case management in vocational rehabilitation: A case study with promising results.

Work 24 (2005) 297-304 IOS Press.

Shaw L, MacKinnon J, McWilliam C, Sumsion T. Consumer participation in the employment rehabilitation process: Contextual factor and implications of practice.

Work 23 (2004) 181-192 IOS Press.

Smeets RJ, Severens JL, Beelen S, Vlaeyen JW, Knottnerus JA. More is not always better: Cost-effectiveness analysis of combined, single behavioral and single physical rehabilitation programs of chronic low back pain. *Eur J Pain*. Doi: 10.1016/j.ejpain.2008.02.008

Smeets RJ, Vlaeyen JWS, Hidding A, Kester ADM, Heijden GJMG van, Geel ACM van, Knottnerus JA. Active rehabilitation for chronic low back pain: Cognitive-behavioral, physical, or both? First direct post-treatment results from a randomized controlled trial. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2006; 7:5. Doi: 10.1186/1471-2474-7-5

Smit A. Sociaal en slim ondernemen. Werken naar vermogen in reguliere bedrijven. TNO Kwaliteit van Leven, Hoofddorp 2009

Smit A, Genabeek J van. Sociale economie in 2020. TNO Kwaliteit van Leven, Hoofddorp 2008

Spjelkavik Ø, Evans MJ. Impression of Supported Employment. A study of some European Supported Employment services and their activities. Work Research Institute Oslo 2007

Staal JB, Hlobil H, Twisk JWR, Smid T, Köke AJA, Mechelen W van. Graded Activity of Low Back Pain in Occupational Health Care. *Annals of Internal Medicine* 2004; vol.140: 77-84+124.

Staal JB, Hlobil H, Twisk JWR, Smid T, Köke AJA, Mechelen W van. Graded Activity of Low Back Pain in Occupational Health Care. *Annals of Internal Medicine* 2004; vol.140: 77-84+124. Stapleton DC, Burkhauser RV. The Decline in Employment of People with Disabilities: a Policy Puzzle. Kalamazoo, Michigan 2003

Steenbeek R, Hooftman W, Geuskens G, Wevers WJ. Objectiveren van gezondheidsgerelateerde non-participatie en de vermijdbare bijdrage van de gezondheidszorg hieraan. TNO Kwaliteit van Leven, Hoofddorp 2010.

Steenstra IA, Anema JR, Bongers PM, Vet HCW de, Knol DL, Mechelen W van. The effectiveness of graded activity of low back pain in occupational healthcare. *Occup Environ Med* 2006; 63:718-725. Doi: 10.1136/oem.2005.021675

Steenstra IA, Anema JR, Tulder MW van, Bongers PM, Vet HW de, Mechelen W van. Economic Evaluation of a Multi-Stage Return to Work Program of Workers on Sick-Leave Due to Low Back Pain. *J Occupational Rehabilitation* (2006) 16:557-578. Doi 10.1007/s10926-006-9053-0

Tompa E, Dolinschi R, de Oliveira C. Practice and potential of economic evaluation of workplace-based interventions for occupational health and safety. *J Occup Rehabil* 2006; 16: 375-400. DOI 10.1007/s10926-006-9035-2

Tompa E, de Oliveira C, Dolinschi R, Irvin E. A systematic Review of Disability Management Interventions with Economic Evaluations. *J Occup Rehabil* 2008; 18:16-26. DOI 10.1007/s10926-007-9116-x

Treger I, Shames J, Caiquintio S, Ring H. Return to work in stroke patients. *Disability and Rehabilitation*

Turner-Stokes L, Nair A, Sedki L, Disler PB, Wade DT. Multi-disciplinary rehabilitation for acquired brain injury in adults of working age (review). The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons Ltd 2009.

Uegaki K. Economic evaluation of interventions for occupational health: exploring methods & applied studies. Proefschrift VU Amsterdam 2010.

Velzen, JM van, Bennekom CAM van, Edelaar MJA, Sluiter JK, Frings-Dresen MHW. Prognostic factor of return to work after acquired brain injury: A systematic review. *Brain Injury*, May 2009; 23(5): 385-395

Velzen, JM van, Bennekom CAM van, Edelaar MJA, Sluiter JK, Frings-Dresen MHW. How many people return to work after acquired brain injury: A systematic review. *Brain Injury*, June 2009; 23(6): 473-488

Vliet Vlieland TPM, Buck PDM de, Hout WB van den. Vocational rehabilitation programs of individuals with chronic arthritis. *Current Opinion in Rheumatology* 2009, 21:183-188.

Vollenbroek-Hutten, MMR. Zorg op afstand dichterbij. Oratie bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar 'Technology supported cognitive training' aan de faculteit electrotechniek, wiskunde en informatica van de Universiteit Twente op 12 november 2009.

Vorstenbosch J. Hoe maakt u het? Technologie in een veranderende gezondheidszorg. Over dossiers, robots en tests in de zorg. Programma Ethiek en Gezondheid. ZonMw. Den Haag 2009

Waddell G, Burton AK. Is work good for your health and well-being? The Stationary Office, London 2006

Waddell G, Burton AK, Kendall NAS. Vocational Rehabilitation. What works, for whom, and why? The Stationary Office, London 2009

Wehman P, Kregel J, Keyser-Marcus L, Sherron-Targett P, Campbell L, West M, Cifu DX. Supported Employment for Persons With Traumatic Brain Injury: A Preliminary Investigation of Long-Term Follow-Up Costs and Program Efficiency. *Arch Phys Med Rehabil* 2003; Vol 84: 192-196

Wehman, Targett P, West M, Kregel J. Productive Work and Employment for Persons With Traumatic Brain Injury. What Have We learned after 20 Years? *J Head Trauma Rehabil* 2005; 20: 2: 115-127

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. Uitzicht, toekomstverkenningen met beleid. Amsterdam University Press 2010

Wevers CWJ (red). Arbeidsmarktpositie chronisch zieken. Overzichtstudie naar Nederlandse literatuur van de laatste 10 jaar, databestanden en lopende arbeidsprojecten. Nationale Commissie Chronisch Zieken, Zoetermeer 1993

Wevers CWJ, Genabeek J van. Agenda voor de toekomst Sociale zekerheid en arbeidsmarkt. TNO Kwaliteit van Leven, Hoofddorp 2005

Yu C-M, Lau C-P, Chau J, McGhee S, Kong S-L, Cheung BM-Y, Li LS-W. A Short Course of Cardiac Rehabilitation Program is Highly Cost Effective in Improving Long-Term Quality of Life in Patients With Recent Myocardial Infarction or Percutaneous Coronary Intervention. *Arch Phys Med Rehabil* 2004; 85:1915-22

Bijlage: samenstelling van de klankbordgroep

A. Uit de sector (professionals, instituten, patiënten)

- De heer drs. D. Wever, revalidatiearts, mede namens de VRA
- De heer drs. M. Edelaar, Vroege Interventie, Heliomare
- Mevrouw drs. A.M. Bökkerink , voormalig directeur SDG
- Mevrouw J.W.E.C. Verhoeven, NPCF
- De heer F. de Paauw, CG-Raad
- Mevrouw drs. G. Eikelboom, Revalidatie Nederland
- Mevrouw drs. J.A. Riteco, Revalidatie Nederland
- Mevrouw drs. L. van Steenveldt, Revalidatie Nederland
- Mevrouw drs. M.J. van den Beld, Revalidatiefonds
- Mevrouw drs. S. van der Weerd, Revalidatiefonds

B. Uit kringen van wetenschap

- Mevrouw Prof. dr. M.M.R. Vollenbroek, bijzonder hoogleraar technology supported cognitive training UT
- Mevrouw Prof. dr. J.M.W. Hazes, hoogleraar reumatologie EUR
- De heer Prof. dr. W. van Mechelen, hoogleraar sociale geneeskunde VUMC
- De heer dr. C. van Campen, SCP
- Mevrouw dr. B. van Lierop, CrossOver, Universiteit Maastricht
- Mevrouw dr. M. Mootz , ZonMw
- De heer prof. dr. B.F. Last, hoogleraar ontwikkelingspsychologie
- De heer prof. dr. A.J.H. Prevo, em. hoogleraar Revalidatie

C. Andere betrokkenen, van belang voor implementatie

- De heer drs. G.W. Salemink, Zorgverzekeraars Nederland
- De heer drs. J.P.H. Daems, CNV Jongeren
- De heer drs. J.J.H. Koning, VNO-NCW

De afgelopen decennia is de arbeidsdeelname van mensen met een beperking of een chronische aandoening gestaag afgenomen, ondanks alle beleidsinitiatieven en intentieverklaringen van overheid en bedrijfsleven. Voor de participatie van mensen met een beperking in de samenleving is arbeid van groot belang. In vervolg op een eerder onderzoek naar de toegevoegde waarde van revalidatie, hebben Revalidatie Nederland en het Revalidatiefonds laten onderzoeken hoe we de arbeidsparticipatie van deze groep

kunnen verbeteren. De informatie die TNO Kwaliteit van Leven heeft verzameld, geeft een goed beeld hoe arbeidsgerichte revalidatie optimaal kan worden ingezet. Ook wordt duidelijk wat dit aan rendement kan opleveren. De gegevens bieden veel inspiratie om het thema hoog op de agenda te zetten én samen met alle betrokken partijen nieuwe oplossingen te ontwikkelen voor dit aloude participatievraagstuk.