

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 warehouse or storage area, reaching up with his right hand to a high shelf to pick up a small white box. The shelves are made of metal and yellow-painted vertical supports, and they are filled with various boxes and items. The background shows more of the warehouse structure, with a bright light source visible in the distance.

Revalidatie en arbeid, investeren voor de toekomst

Samenvatting van een verkenning naar het rendement van best-practices en
toekomstscenario's voor arbeidsgerichte revalidatie



Revalidatie 
Nederland



revalidatiefonds
50 JAAR ontwikkelaars in zelfstandigheid



03	Voorwoord
04	Het onderzoek
06	Het rendement van arbeidsrevalidatie
09	Relatie arbeid en gezondheidszorg: ruimte voor verbetering
12	Agenda voor de toekomst
18	Conclusies en aanbevelingen
22	Bijlage: zeven belangrijke trends voor de toekomst
23	De klankbordgroep

Colofon

Deze brochure is een uitgave van het Revalidatiefonds in samenwerking met Revalidatie Nederland en TNO Kwaliteit van Leven.

De tekst is gebaseerd op een samenvatting van het TNO-onderzoek ‘Revalidatie en arbeid, investeren voor de toekomst; een verkenning naar het rendement van best-practices en toekomstscenario’s voor arbeidsgerichte revalidatie’.

Het onderzoek is mogelijk gemaakt met een subsidie van het Revalidatiefonds. Het volledige rapport, verschenen in november 2010, is te downloaden van: www.revalidatiefonds.nl.

Tekst

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

Redactie

Mechteld van den Beld, Jannie Riteco

Interviews

Adri Bolt

Eindredactie

Marc van Bijsterveldt

Foto omslag en revalidatiefoto’s binnenwerk

Inge Hondebrink

Vormgeving en drukwerk

Vandenberg | Concept, Design & Printmedia, Maarn

© Revalidatiefonds, december 2010
Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave 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 de uitgever.

ISBN/EAN: 978-90-801401-5-8



Arbeid is voor veel mensen met een beperking essentieel om te kunnen participeren in de samenleving. Werk levert inkomen op en kan betekenis geven aan het leven. Uit de statistieken blijkt de arbeidsdeelname van mensen met een beperking of een chronische aandoening de afgelopen decennia gestaag te zijn afgenomen. En dat terwijl er vele beleidsinitiatieven en intentieverklaringen van overheid en bedrijfsleven zijn geweest om juist deze groep beter bij het arbeidsproces te betrekken. Er zijn dus extra impulsen nodig om mensen met een beperking aan het werk te houden of te krijgen.

In vervolg op een eerder onderzoek naar de toegevoegde waarde van revalidatie, gepresenteerd in november 2008, lieten Revalidatie Nederland en het Revalidatiefonds onderzoeken hoe we de arbeidsparticipatie van deze groep kunnen verbeteren. Dat hebben we gedaan in samenwerking met TNO Kwaliteit van Leven. De centrale vraag van dit onderzoek luidde: ‘Op welke wijze kan de revalidatiesector in de komende jaren de arbeidsparticipatie van gehandicapten en mensen met een chronische aandoening helpen verbeteren?’

Het is een maatschappelijk uiterst belangrijke vraag. Bovendien gaat het om een urgente vraag. Met het thema ‘revalidatie en arbeid’ komen immers de twee grote uitdagingen samen waar ons land – en vele andere ‘rijke landen’ – in de komende jaren voor komen te staan. Allereerst is er een grotere arbeidsparticipatie nodig om de trends van vergrijzing en ontgroening van de (beroeps)bevolking op te vangen in een globaliserende economie. Het is in dat verband essentieel om de arbeidsmarktkansen van mensen met een beperking te verbeteren. In de tweede plaats gaat het om het versterken van de kwaliteit en efficiëntie van de zorg. Dat is nodig om in de toenemende zorgbehoefte te voorzien én om de zorg toegankelijk en betaalbaar te houden. Dit heeft niet alleen met de vergrijzing te maken, maar ook met de explosief groeiende medisch-technische kennis.

De informatie die TNO met dit onderzoek heeft verzameld, geeft een beeld hoe de revalidatie de komende tien jaar optimaal arbeidsgericht zou kunnen werken. Ook wordt duidelijk wat dit aan rendement kan opleveren. We hopen de sector met deze gegevens te inspireren om het thema hoog op de agenda te zetten en nieuwe oplossingen te ontwikkelen voor dit aloude participatievraagstuk. Maar niet alleen de revalidatiesector zelf heeft een rol. We willen ook andere partijen, zoals werkgevers en verzekeraars, motiveren om hierin samen met de revalidatie op te trekken. Met name de verzekeraars hebben wat ons betreft een duidelijke scharnierfunctie.

Het verschijnen van dit onderzoek markeert het 50-jarig bestaan van het Revalidatiefonds. Aansluitend op de aanbevelingen uit het onderzoek nemen wij graag het voortouw, door de betrokken partijen bijeen te roepen en de samenwerking te faciliteren.

Wij nodigen u – lezer van deze brochure – van harte uit zich bij ons aan te sluiten!

Mechteld van den Beld
directeur Revalidatiefonds

Het onderzoek

‘Op welke wijze kan de revalidatiesector in de komende jaren de arbeidsparticipatie van gehandicapten en mensen met een chronische aandoening helpen verbeteren?’ Dat is de centrale vraag in het onderzoek ‘Revalidatie en arbeid, investeren voor de toekomst’. Vanuit de gedachte ‘de toekomst begint nu’, zijn we op zoek gegaan – in de literatuur en via interviews – naar goede voorbeelden (best-practices) in de arbeidsrevalidatie.

In de zoektocht naar best-practices ging het niet alleen om inhoudelijke vernieuwing, maar vooral om informatie over de bewezen effectiviteit en de toegevoegde waarde: het rendement. Een belangrijke vraag, gezien de zorgen over de stijgende zorgkosten. Het bijzondere van arbeidsrevalidatie is dat baten niet alleen zijn

uit te drukken in bijvoorbeeld vermindering van latere zorgkosten, maar ook in de bijdrage aan productiviteitsverbetering (minder verzuim, duurzame terugkeer in arbeid). Bovendien – en minstens zo belangrijk – leidt het tot minder uitkeringsafhankelijkheid en een hogere kwaliteit van leven van mensen met een beperking. De goede voorbeelden, hun kwaliteit en hun rendement geven de richting aan waarin de arbeidsrevalidatie zich kan ontwikkelen. Toch is

het toekomstbeeld daarmee onvoldoende scherp; we moeten rekening houden met grote onzekerheden in de ontwikkelingen rond arbeid en in de zorg. Daarom zetten we de goede voorbeelden in het perspectief van een trendanalyse en scenarioverkenning. Daarmee komen strategische opties voor de revalidatiesector in beeld, waarmee de komende jaren de arbeidsparticipatie van gehandicapten en chronisch zieken kan worden verbeterd. >>

Wat is 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. Arbeidsrevalidatie is de geïntegreerde medische, psychologische, sociale en werkgerichte aanpak om het werkvermogen van mensen met een ziekte of handicap te verbeteren, met als doel hen terug te laten keren naar werk. Globaal gaat om twee groepen revalidanten:

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 werk of terugkeer naar ander geschikt werk. Belangrijk onderdeel is het optimaliseren van de gezondheid en van de inzetbaarheid en productiviteit. Mensen met (pijn)klachten van het houdings- en bewegingsapparaat, met name lage rugklachten, zijn verreweg de grootste groep (als we de psychische klachten buiten beschouwing laten).

b) Behandeling bij acute aandoeningen of ongevallen

Hier gaat het om arbeidsgerichte revalidatie als een (meer of minder)

geïntegreerde module in de revalidatie van mensen met een acute aandoening of na een ongeval, waarbij de medisch-specialistische behandeling in eerste instantie voorop staat.

Hier gaat het om mensen met een dwarslaesie, niet-aangeboren hersenletsel (NAH), trauma's of bijvoorbeeld een hartinfarct. Jonggehandicapten vallen buiten het onderzoek, evenals mensen met verstandelijke en psychische beperkingen. Via een enkele best-practice komt hun situatie in het hoofdrapport wel zijdelings aan bod.

‘Ik had het zelf niet kunnen betalen’

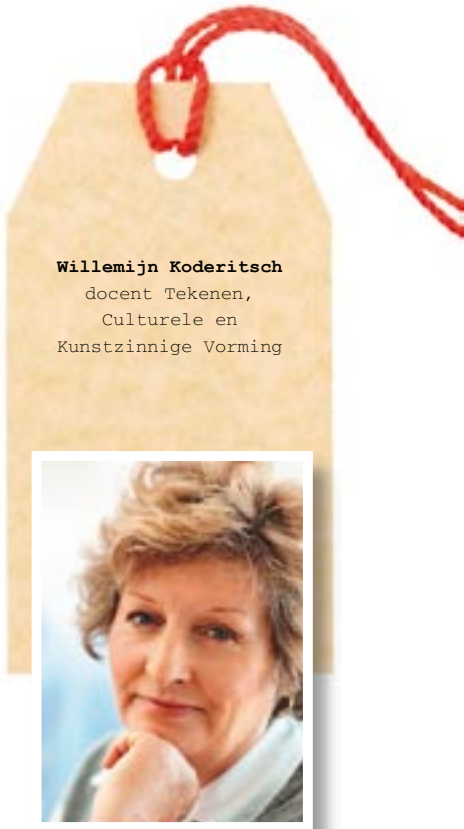
‘Mijn werk als lerares is belangrijk voor me, ik vind het erg leuk om te doen. Het geeft me zelfvertrouwen, een positief zelfbeeld en financiële zekerheid. Het was voor mij heel erg dat ik op een gegeven moment niet meer kon werken. Het begon met de mast van een surfplank, die tien jaar geleden op mijn nek viel. Het gevolg was een whiplash die nooit echt overging en die uiteindelijk resulteerde in chronische en ernstige nekkklachten. Na vele jaren van behandelingen en verkeerde adviezen is het in augustus 2009 helemaal misgegaan. Ik was verschrikkelijk duizelig en moe, had veel pijn en kon nauwelijks nog bewegen. Er bleek een burn-out bij te zijn gekomen.

Via de bedrijfsarts kwam ik bij Heliomare Arbeidsintegratie terecht. In april 2010 begon ik daar met een traject van vijftien weken. Ze zagen goed dat het niet alleen ging om lichamelijke klachten maar ook om meer persoonlijke problemen. Het programma bestond onder andere uit diverse lichamelijke trainingen. Ik had verschillende coaches, zoals een neuropsycholoog, een manueel

therapeut en een haptonoom. Allemaal maatwerk, mede gericht op terugkeer naar het werk. Ook waren er – vaak heel leuke – groepsbijeenkomsten. Daarin werden onder ander je valkuilen besproken. Zelf ben ik erg perfectionistisch. Je leerde daar om goed te luisteren naar de signalen van je lichaam. Ik werd ook begeleid door een re-integratiecoach. Met hem overlegde ik hoe ik terug zou gaan naar het werk. Hij ging ook mee naar de school, om daar samen over die terugkeer te overleggen. Verder keek hij naar mijn werksituatie. Zo adviseerde hij om voortaan op een krukje naast leerlingen te gaan zitten als ik ze individueel begeleid, in plaats van te bukken.

Afgelopen september ben ik weer begonnen. Een belangrijk advies van de re-integratiecoach was om met minder lessen te starten. Maar ik wilde heel graag weer volledig voor de klas staan. In overleg met coach en school spreid ik mijn werkweek nu over meer dagen. Zo heb ik meer herstelmomenten.

Voor mij was terugkeer naar mijn werk heel wezenlijk voor mijn revalidatie. Gelukkig toonde de werkgever veel begrip en steun, en heeft hij ook meebetaald. Dat was heel belangrijk, want ik had het zelf niet kunnen opbrengen. Zo’n traject levert aan alle kanten zoveel op, dat het eigenlijk gewoon vergoed zou moeten worden.’



▲ ‘Ik leerde luisteren naar de signalen van mijn lichaam’

Het rendement van arbeidsrevalidatie



Deze best-practice maakt tevens duidelijk dat – naast revalidatie-instellingen in de zorgsector – ook private interventiebedrijven en zelfstandige behandelcentra arbeidsgerelateerde revalidatie uitvoeren.

...maar het rendement is globaal positief

Omdat bruikbare informatie over aantallen arbeidsrevalidanten ontbreekt en ook het effect van de revalidatie op de arbeidsparticipatie niet wordt bijgehouden, is het niet mogelijk het rendement van arbeidsgerelateerde revalidatie in enkele aansprekende getallen weer te geven.

Wel zijn de laatste jaren internationaal steeds meer onderzoeksresultaten gepubliceerd over experimenten op het terrein van arbeidsgerichte revalidatie, die de effectiviteit en de (maatschappelijke) kosten en baten in kaart brengen. Dergelijk onderzoek vereist gedegen kennis en een verdere ontwikkeling van methodologie en registratie. De economische analyses die zijn gedaan, zijn nogal uiteenlopend van aanpak en kwaliteit. Een synthese van uitkomsten is daarom nog moeilijk.

Ons onderzoek laat al wel de stellige conclusie toe dat de effectiviteit van arbeidsgerelateerde interventies op het gebied van klachten van het bewegingsapparaat is bewezen én dat de balans tussen kosten en baten positief uitslaat. De meerkosten van deze interventies variëren, afhankelijk van de situatie, van enkele honderden tot circa zeventuizend euro per behandeling.

De terugverdientijd varieert, ook weer afhankelijk van de situatie, van enkele maanden tot circa anderhalf jaar. In de literatuur worden rendementen genoemd van 1 op 3 tot zelfs 1 op 24. Dat wil zeggen dat één euro geïnvesteerd in arbeidsrevalidatie bij deze klachten een maatschappelijke opbrengst heeft van drie tot zelfs 24 euro. Bij de baten gaat het vooral om de toegenomen productiviteit van de werkenden. Ze verzuimen minder, hebben een betere gezondheid en zijn beter inzetbaar. Er is echter ook winst in lagere vervolgzorgkosten, zowel voor de verzekeraar als de revalidant zelf. Bijzonder belangrijk, omdat de schade in productiviteitsverlies en zorgkosten van aandoeningen van het bewegingsapparaat wordt geraamd op meer dan drie miljard euro

per jaar. Zeker bij 45-plussers zijn ze bovendien de belangrijkste reden van arbeidsuitval.

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 een rol. Toch durven auteurs van recente overzichtsstudies uit de VS, Canada en het Verenigd Koninkrijk de algemene conclusie aan dat arbeidsgerelateerde revalidatie een positief rendement heeft. Wel blijft verder onderbouwend onderzoek noodzakelijk, stellen deze onderzoekers. Britse wetenschappers doen de expliciete aanbeveling dat de overheid en andere partijen veel sterker moeten inzetten op intensivering van arbeidsrevalidatie. >>

Best-practices uit de revalidatiesector en de private markt

Veertien revalidatie-instellingen bieden het product Vroege Interventie aan. Het is door Heliomare ontwikkeld voor werknemers die langdurig (dreigen te) verzuimen wegens chronische pijnklachten in houding en beweging. Het is gebaseerd op evidence based interventies en bestaat uit een strak geprotocolleerde diagnostiek (Quick Scan) en een strakke doorlooptijd van de multidisciplinaire behandeling. Functieherstel in de arbeid is het primaire behandel- en trainingsdoel. Meestal wordt alleen de diagnostiek door de zorgverzekeraar betaald en de rest door de werkgever.

Begin 2010 heeft het aanbod van Vroege Interventie zich ontwikkeld tot 'Multidisciplinaire Eerstelijns Revalidatie' (MER) voor de circa vijf miljoen verzekerden van IZZ en van de verzekeraarscombinatie UVIT (Univé-VGZ-IZA-Trias). Zowel de Quick Scan (hier ArbeidsRe-integratie Analyse) als de training/behandeling wordt volledig vergoed door de genoemde zorgverzekeraars. Dat wil zeggen dat de toegang tot de dienstverlening onafhankelijk is van het bestaan van een werkgever-werknemer relatie. Bovendien is de aansluiting (ook in de tijd) tussen diagnostiek en behandeling gegarandeerd.

Diverse bedrijven op de private markt hebben vergelijkbare concepten ontwikkeld. Aanvankelijk moesten

dergelijke interventies volledig door de werkgever gefinancierd worden en was succes dus afhankelijk van het bestaan van een werkgever-werknemer relatie. Als best-practice noemen we Ciran. Deze stichting heeft op basis van haar geprotocolleerde aanpak medio 2009 een toelating gekregen als instelling voor medisch- specialistische zorg. Ciran is daarmee erkend als 'zelfstandig behandelcentrum' volgens de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi). Dit betekent dat zorgverzekeraars de behandeling kunnen vergoeden. Het aanbod van Ciran heet Poliklinische Revalidatie Behandeling (PRB). Het is bestemd voor werknemers die langdurig (dreigen te) verzuimen vanwege (gezondheids)klachten die drie maanden of langer duren, en bij wie de aangeboden zorg tot dan toe niet effectief is gebleken. In de multidisciplinaire aanpak van PRB komen arbeid en levensbeschouwelijke aspecten aan de orde. Top-Care Health Services en CIR voeren momenteel het Ciran-programma uit.

Er zijn meer private aanbieders, bijvoorbeeld Winnock, die interventies op het gebied van bewegingsapparaatklachten aanbieden. Naar verwachting zullen ook zij een erkenning als zelfstandig behandelcentrum aanvragen om voor bekostiging door zorgverzekeraars in aanmerking te komen.

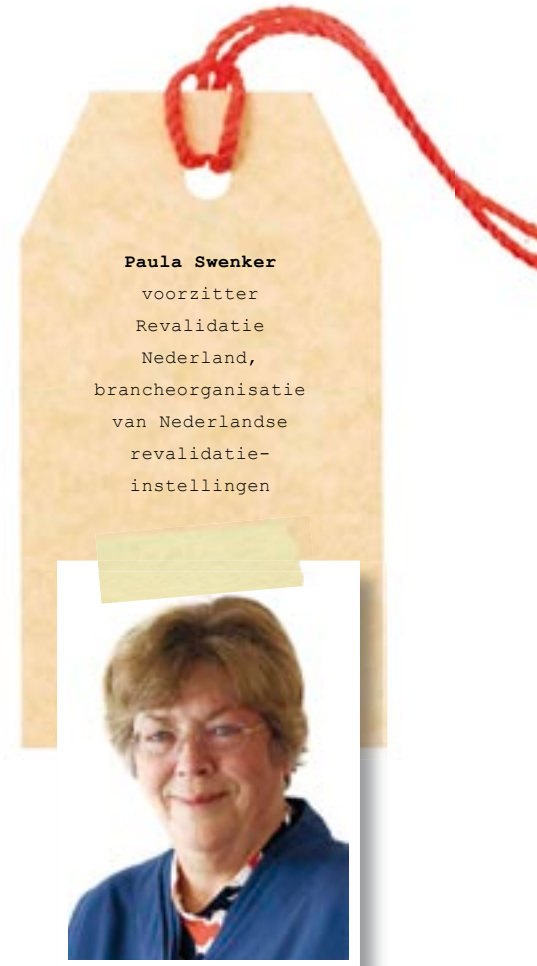
‘Het gaat om wat je wél kunt’

‘Arbeidsrevalidatie is in principe kosteneffectief, stelt TNO vast, al moet dat nog wel verder ontwikkeld worden voor verschillende omstandigheden en patiëntengroepen. Het is inderdaad belangrijk dat we systematisch kennis vergaren. Wat moeten we bij welke aandoening precies doen om te zorgen dat deze mensen niet alleen thuis komen, maar ook weer aan het werk kunnen? Welke best-practices zijn er, hoe kunnen we protocollen ontwikkelen? Revalidatie Nederland kan bijvoorbeeld praktijkonderzoek op dit terrein initiëren. De onderzoekers pleiten voor gezamenlijke actie van alle betrokken partijen. Het ontwikkelen van kennis kan heel goed in ketens. Daarin zouden wat ons betreft de eerste en tweede lijn, en mogelijk ook commerciële re-integratiebedrijven kunnen participeren.

Probleem is wel dat de arbeidsrevalidatie nog een sterk verbrokkeld veld is. Er is geen gericht beleid en er zijn veel verschillende aanbieders, ook uit de particuliere sector. Om constructief te kunnen samenwerken aan innovatie en kwaliteitsverbetering, heb je een veilige omgeving nodig. Daar helpen standaarden en protocollen bij. Zodra die er zijn, kun je bij de uitvoering weer concurrentie introduceren.

Ook zorgverzekeraars hebben volgens ons een rol. Ze zijn echter niet geneigd om extra kosten te maken om mensen specifiek aan het arbeidsproces te laten deelnemen. Daar krijgen ze immers geen vergoeding voor. Toch zie ik kansen. Ik zou graag samen met het Revalidatiefonds eens gaan praten met grote verzekeraars die ook verzuimpolissen aanbieden. Die profiteren direct van een dalend ziekteverzuim, en zouden dus bereid moeten zijn de in eerste instantie wat hogere kosten van arbeidsrevalidatie te vergoeden.

Een andere weg loopt via Den Haag. Misschien kunnen de ministeries van Sociale Zaken en Volksgezondheid iets aan die schotten in de financiering doen, volgens TNO hét “kernobstakel” voor innovatie op dit terrein. Arbeidsrevalidatie kost Volksgezondheid wat meer, maar het voordeel voor Sociale Zaken is dat mensen eerder aan het werk gaan. Ook daarover kunnen onze organisaties het gesprek aangaan. Iemand weer gezond krijgen of iemand weer aan het werk krijgen; het zijn nu twee verschillende culturen, twee werelden, twee financieringssystemen. Die samen laten gaan, daar ligt de grote uitdaging. Want werken, participeren in de samenleving, maakt een mens gewoon gelukkiger. Het gaat erom wat je wél kunt, of je nu een handicap hebt of niet. Dáár moeten we ons met zijn allen op gaan richten.’



▲ ‘Samen kunnen we systematisch kennis vergaren’

Ontwikkeling kosten-baten modellen is belangrijk

Er zijn goede aanwijzingen dat vroege arbeidsgerelateerde interventies ook bij patiënten met andere diagnoses, zoals niet-aangeboren hersenletsel en hartfalen, een positief rendement hebben. Er is nog onvoldoende onderzoek gedaan naar de voorwaarden waaronder dit geldt. De spreiding in de ernst van beperkingen is namelijk groot. Het is dus wenselijk snel aan de slag te gaan en door goede monitoring en analyse gaandeweg meer helderheid te verkrijgen over de precieze kosten en baten bij verschillende patiëntengroepen. De ontwikkeling van kosten-baten

modellen is noodzakelijk om inzicht te krijgen in de kosten en opbrengsten voor de verschillende belanghebbenden: de revalidant zelf, werkgever, verzekeraar, andere stakeholders. Het ontbreekt aan een helder verdienmodel voor de verschillende partijen. De kosten zijn immers in eerste instantie voor de verzekeraar, terwijl de baten vaak terecht komen bij andere partijen: werkgever, overheid, UWV, of bij een andere verzekeraar (als de cliënt van verzekeraar wisselt). Het ontbreken van een terugverdienmodel lijkt een van de belangrijkste institutionele belemmeringen voor de implementatie van arbeidsgerichte revalidatie in de zorg.

Monitoring van effecten – in werkhervatting/productiviteit, kwaliteit van leven, vervolgzorgkosten – moet daarom meer routinematig plaatsvinden. Dit zal de transparantie en de kwaliteit van de arbeidsgerichte revalidatie sterk verbeteren, evenals het inzicht in de effecten op langere termijn. Dat laatste is vooral belangrijk omdat men in de revalidatie vaak te maken heeft met langdurige aandoeningen die ook in de toekomst (al dan niet vermijdbare) kosten met zich meebrengen. Goed loopbaanadvies voor mensen met beperkingen is hoe dan ook een zaak van lange adem.

Relatie arbeid en gezondheidszorg: ruimte voor verbetering

Arbeidsgerelateerde activiteiten nog niet verankerd

De gunstige ervaringen met Vroege Interventie bij Heliomare en de implementatie ervan bij de andere revalidatiecentra leiden tot de voor de hand liggende vraag in hoeverre deze aanpak ook bij de (poli)klinische revalidatie in den brede realiseerbaar zou zijn.

In het algemeen is het nog niet zo dat arbeidsgerelateerde revalidatieactiviteiten standaard onderdeel zijn van de (poli)klinische fase van de behandeling bij veel voorkomende diagnosegroepen als dwarslaesie, NAH en amputatie.

Dat blijkt uit onderzoek van een paar jaar geleden. De betrokken disciplines die zich in voorkomende gevallen met arbeid bezighouden verschillen, en er wordt weinig samengewerkt met externe partijen.

Een ‘arbeidscoördinator’ die deel uitmaakt van het behandelteam, die als casemanager richting het werk optreedt en die een snelle start van arbeidsgerichte activiteiten kan bewerkstelligen, komt nog niet vaak voor. Uit onze recente interviews blijkt dat in revalidatiecentra de structurele aandacht voor arbeid weliswaar duidelijk verbeterd is, maar nog zeker niet optimaal verankerd is in het behandelproces. Een geringe affiniteit van zorgverleners met de

wereld van de arbeid speelt een rol. Zeker zo belangrijk is dat arbeidsgerelateerde activiteiten in de revalidatiezorg in het algemeen niet bekostigd worden, met uitzondering van de eerder genoemde MER.

Een eenduidige regeling voor de bekostiging ontbreekt, omdat tussen curatieve zorg en arbeidsgeneeskundige zorg grote barrières bestaan in de regelgeving. Die barrières strekken zich uit tot op het niveau van de ministeries van Volksgezondheid en Sociale Zaken. Een onwenselijke situatie, zeker nu uit ons onderzoek blijkt dat juist de integrale multidisciplinaire en vroegtijdige arbeidsgerelateerde zorg meerwaarde biedt. >>

Vermijdbare maatschappelijke kosten

In ander recent onderzoek heeft TNO beargumenteerd dat ook voor de gezondheidszorg in den brede geldt dat de aandacht voor arbeid onvoldoende verankerd is. Dit leidt tot vermijdbare maatschappelijke kosten voor werkenden met chronische aandoeningen. TNO schat dat het voorkómen van deze inefficiënties in potentie twee miljard euro per jaar kan opleveren. Hoewel het hier gaat om de gezondheidszorg en arbozorg in het algemeen, kan de (arbeids) revalidatie eraan bijdragen om verbeteringen te helpen realiseren.

Kwaliteitsverbetering van de zorg is inmiddels een steeds prominenter speerpunt geworden bij het ministerie van Volksgezondheid. In lopende innovatieprogramma's in de gezondheidszorg zijn arbeidsgerelateerde activiteiten echter nauwelijks een aandachtspunt. Extra aandacht voor innovatie is zeker geen overbodige luxe. Literatuur met betrekking tot de invoering van innovaties in de gezondheidszorg laat zien dat – ook wanneer de effectiviteit bewezen is – een tijdshorizon van tien jaar voor de invoering zeker niet ongebruikelijk is.

Inzet werkgevers en beroepsgerichte scholing

In de zoektocht naar best-practices hebben we ook aandacht besteed aan de aanpak van andere partijen dan de revalidatie. Nederland loopt internationaal gezien voorop wat betreft een aanpak als de MER. Voor de inbreng van bedrijven en beroepsgerichte scholing voor gehandicapten geldt dit niet. Uit voorbeelden uit Denemarken en Duitsland wordt duidelijk dat revalidatie zeer effectief is voor de arbeidsparticipatie van werknemers met beperkingen, als intensief wordt ingezet op beroepsgerichte scholing en training/stages in bedrijven. In Nederland kennen we een dergelijke dienstverlening eigenlijk alleen voor jonggehandicapten. Gezien het toenemende belang van de kenniseconomie en het creëren van duurzame kansen voor mensen met beperkingen, worden dergelijke scholingsfaciliteiten voor volwassenen node gemist.

Samenwerking met het beroepsonderwijs en bijvoorbeeld met sectorfondsen van werkgever-werknemer organisaties ligt voor de hand. De noodzakelijke investeringen zullen in het algemeen hoger zijn dan bij de eerder beschreven interventies. Bovendien maken de terugverdientijden van meerdere jaren publieke (mede)financiering noodzakelijk. Het Deense voorbeeld uit het hoofdrapport ('flexjobs') laat zien dat gehandicapte werknemers met een duurzame productiviteitsvermindering erg geholpen zijn met een structurele financiële compensatie voor de werkgever. De werkgever is daardoor meer geneigd investeringen op langere termijn te doen in opleidingen en werkaanpassingen voor personeel met gezondheidsbeperkingen.

Institutionele belemmeringen oplossen

Voor een brede implementatie van arbeidsgerelateerde interventies is het van belang dat arbeidsgerelateerde zorg onder nader te bepalen voorwaarden een plaats krijgt in de regelgeving. Zo zal deze zorg de vermelding moeten krijgen als te verzekeren prestatie in het Besluit zorgverzekering in het kader van de Zorgverzekeringswet (Zvw). De in dit onderzoek gepresenteerde sterke aanwijzingen voor een positief rendement bij klachten van het bewegingsapparaat, bieden hiervoor voldoende grond.

Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) – de 'pakketbeheerder' – adviseert de minister over de inhoud van het basispakket. Om innovatie te bevorderen kan het CVZ een voorwaardelijke financiering voorstellen, zodat tijdens die periode de kosteneffectiviteit verder bewezen kan worden. Voor het aanvullende pakket kunnen verzekeraars al tot actie overgaan. Voorwaarde voor een doelmatige uitvoering is wel dat verzekeraars meer informatie krijgen over indicatiestelling, effecten en productbeschrijving dan nu routinematig voorhanden is. De spreiding in rendement is immers groot, zodat een goede indicatiestelling en een efficiënte organisatie essentieel zijn voor optimaal rendement. Wanneer verschillende behandelingen kosteneffectief zijn, verdient degene met de laagste prijs en helderste indicatie de voorkeur. Hier is de revalidatiesector zelf aan zet om deze kennis en informatie te leveren. >>

'Arbeidsrevalidatie is belangrijk voor mens en maatschappij'

Dat geldt bijvoorbeeld voor een flink deel van de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg en de fysiotherapie.

Het ligt voor de hand dat de private re-integratiesector het voortouw neemt bij de beoogde innovatie. Natuurlijk in samenwerking met de revalidatiesector, want daar zit veel expertise. TNO wijst terecht op het belang van allianties met de private re-integratie- en zorgmarkt. En ook bedrijven hebben de maatschappelijke verantwoordelijkheid om de participatie van chronisch zieken en gehandicapten te bevorderen. Bijvoorbeeld door het creëren van stageplaatsen en aangepaste werkplekken, om een ander terecht pleidooi van de onderzoekers aan te halen. Bedrijven kunnen zich verplichten om duidelijk te maken wat ze precies doen en welke resultaten dat oplevert. Wie achterblijft kan daar vervolgens op worden aangesproken, door de brancheorganisatie en bijvoorbeeld in het arbeidsvoorwaardenoverleg. Daarmee dient het bedrijfsleven ook zijn welbegrepen eigenbelang. Omdat veel meer talent binnen het arbeidsproces blijft, én omdat bedrijven nu een groot deel van de kosten van de arbeidsongeschiktheid betalen.

Er valt een wereld te winnen op het terrein van revalidatie en arbeid. Als bestuurslid van het Revalidatiefonds zeg ik: deelnemen aan het arbeidsproces is belangrijk voor mensen om te kunnen meedoen in de maatschappij. Als econoom weet ik dat het zo veel mogelijk benutten van aanwezig talent hard nodig is om als land concurrerend te blijven.'



▲ 'Bedrijven hebben belang bij goede arbeidsrevalidatie'

Agenda voor de toekomst

Met het bovenstaande pleidooi voor innovatie zijn we vanzelf aangeland bij de toekomst van de arbeidsrevalidatie. Hoe kunnen we de lessen van de best-practices tussen nu en tien jaar in de praktijk brengen? Op welk toekomstscenario moet de (arbeids)revalidatie zich voorbereiden? Samen met de klankbordgroep (zie pagina 23) hebben we enkele scenario's uitgewerkt en een keuze gemaakt voor de meest waarschijnlijke gang van zaken. In het hoofdrapport van dit onderzoek worden deze scenario's in detail beschreven. Als meest waarschijnlijke ontwikkeling zien we een verdere marktwerking en privatisering. Meer onzekerheid is er over de al dan niet toenemende invloed van de cliënt op

de inhoud en toegankelijkheid van de zorg. Onze toekomstverwachting rekent wel op een geleidelijk herstel uit de financieel-economische crisis. De scenario's zijn gebaseerd op een zevental trends in de maatschappij die voor de ontwikkeling van arbeidsrevalidatie bepalend zijn (zie pagina 22-23). Wat zijn nu samengevat de consequenties van de trends voor de arbeidsrevalidatie?

Marktwerking en privatisering

Onze toekomstverwachting voor de arbeidsrevalidatie betekent dat verdienmodellen gericht op winst en rendement ontwikkeld worden. Allianties met diverse partijen lokken versterking van innovatie, productdifferentiatie en klantgerichtheid uit.

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 een focus op de behoeften van het bedrijfsleven. Ook flexibiliteit om snel te kunnen inspelen op ontwikkelingen in de markt is een pluspunt. Er wordt geïnvesteerd in geavanceerde ICT-oplossingen met een positief imago.

De resultaatgerichte aanpak versterkt de aandacht voor kwaliteit en voor evidence based werken. Al met al zal in dit scenario 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 beschikbaar komen.

Grootchaligheid

Naarmate er meer mensen met beperkingen in de beroepsbevolking komen, is er meer behoefte aan arbeidsrevalidatie en wel tegen een scherpe prijs. Dat leidt tot een model met minder individueel maatwerk, maar met een goede prijs-kwaliteitverhouding voor grote groepen consumenten. Bij een dergelijke grootchaligheid bevinden de drijvende krachten voor product vernieuwing en kwaliteit zich vooral aan de aanbodzijde. De gebruiker is vooral consument en bepaalt minder de inhoud van de zorg. >>

'Laten we samenwerken aan een transparant zorgaanbod'



▲ 'We moeten veel meer gaan denken in zorgketens'

'TNO concludeert dat arbeidsgerelateerde revalidatie een positief rendement kan hebben. Het onderzoek ondersteunt onze inschatting dat arbeidsrevalidatie kosteneffectief is, en dat deelnemen aan het arbeidsproces gezond maakt. TNO noemt Ciran als een van de best-practices. Als onafhankelijke stichting die sinds 2009 is toegelaten als zelfstandig behandelcentrum, beheert Ciran een revalidatie-erkenning. Ze werkt met gecertificeerde expertisecentra die een verleden hebben als "interventiebedrijf". Die leverden privaat gefinancierde begeleiding, met duurzame terugkeer naar werk als centraal doel.

Het is op zich al bijzonder om te zien dat zo'n hechte samenwerking mogelijk is tussen partijen die vanouds concurrenten zijn. Maar het is dan ook voor alle betrokkenen duidelijk dat de samenwerking veel voordelen oplevert, zowel voor kwaliteit en ontwikkeling als aan de kostenkant. De onderzoekers noemen beroepsgerichte scholing effectief voor de arbeidsparticipatie van werknemers met beperkingen. Het is inderdaad belangrijk dat werkgevers daarin investeren; in trainingen, in cursussen, in een goed mobiliteitsbeleid, in het zo breed

mogelijk inzetbaar maken van mensen. Zo kunnen we de capaciteiten van mensen maximaal en duurzaam benutten. Bij mobiliteitsvragen moet je overigens wel proberen iemands mogelijkheden en belastbaarheid te vergroten voordat je hem of haar daadwerkelijk herplaatst. Dat verbetert de kansen voor een succesvol mobiliteitstraject vaak aanzienlijk.

De samenwerking tussen bedrijfsleven, re-integratiebedrijven, revalidatie-instellingen en private zorgverleners kan veel intensiever. Ook TNO benadrukt dat we moeten leren denken in zorgketens, maar dat is nog een moeizaam traject. Terwijl we elkaar inhoudelijk heel wat te bieden hebben. Misschien is het grootste obstakel wel de transparantie in de dienstverlening. Met welke vraag kun je het beste waar terecht? Wie biedt welke kwaliteit? En welke aanbieder heeft aantoonbare ervaring op een specifiek gebied? Op dit moment wordt de meerwaarde van ketens soms nog onvoldoende gezien door de uitvoerenden in de dagelijkse praktijk. Een grotere transparantie op het gebied van kwaliteit en resultaat zou zeer waarschijnlijk bijdragen aan een oplossing. Het is goed om te zien dat verzekeraars ook steeds nadrukkelijker aandacht krijgen voor aantoonbare kwaliteit van zorg. Het moet ons met zijn allen toch lukken om de cliënt een helder en transparant zorgaanbod te doen? Laten alle betrokken organisaties én de politiek zich daarvoor inzetten.'

Ook om deze reden lijkt voor de arbeids-gerelateerde revalidatie een krachten-bundeling met zelfstandige behandelcentra, re-integratiesector en arbodienstverleners voor de hand te liggen. Je kunt niet in ‘alles’ goed zijn. Op dit moment is er her en der in de revalidatie al een begin van afspraken over ‘satellietvorming’ en decentrale samenwerking, waarbij ‘centers of excellence’ – elk voor specifieke producten – de kwaliteitsborging behartigen.

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 en concurrentie, en samenwerking gestoeld op gedeelde belangen en afspraken over taakverdeling en specialisatie. De Nederlandse Zorgautoriteit en de Nederlandse Mededingingsautoriteit zijn hierin de scheidsrechter.

Kennis revalidatie breder inzetten

Het voorgaande betekent dat know-how van de medisch-specialistische revalidatie breder ingezet zal (moeten) worden. In de geneeskunde komt ‘functioneel herstel’ meer centraal 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. Vitaliteit, zingeving en psychologische aspecten worden belangrijker in de revalidatie. Private partijen zullen bij deze bredere benutting van revalidatie-expertise een belangrijke rol spelen om het noodzakelijke ‘volume te maken’.

Werken in zorgketens

Een constante in de toekomstverwachtingen is het perspectief van de keten of het netwerk, en een 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 persoonlijke netwerken en van de onderhandelingen met verzekeraars. Om 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.

Klantgericht werken

In de toekomst speelt naast de inhoudelijke kwaliteit ook de klantgerichte service meer en meer een sleutelrol. Het gaat dan om zorgaspecten die voor iedereen makkelijk herkenbaar zijn, zoals gastvrijheid, ruime openingstijden, beperkte wachttijden, heldere toelichtingen, geen tegenstrijdige adviezen van hulpverleners, goed verzorgde faciliteiten et cetera. 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, zal de betrokkenheid van de patiënt bij de revalidatie 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 of door zelf meer deskundigheid in huis te halen. In ieder geval is het nodig dat instellingen gaan participeren in regionale werkgeversnetwerken, want meer kennis van het bedrijfsleven is noodzakelijk. >>

‘Onderken vooral ook het maatschappelijk rendement’

‘Binnen de reguliere zorg hoor je vrijwel nooit de woorden “teruggeleiding naar arbeid”, terwijl dat voor veel chronisch zieken en gehandicapten het belangrijkste is wat er speelt.’ Dat zegt Frans Nijhuis, bestuurslid van de Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland (CG-Raad), tevens hoogleraar Inclusieve (arbeids-)organisatie. Hij onderschrijft het pleidooi van TNO om patiënten- en cliëntenorganisaties een sturende rol te geven bij de invoering van arbeidsrevalidatie. Als CG-Raad moeten we beleidsmakers en de zorgsector duidelijk maken dat teruggeleiding naar arbeid een regulier deel van de zorg moet worden. Je kunt er veel geld mee besparen.’

Nijhuis doet een appèl op de politiek. ‘Een verzekeraar zit met het probleem dat zijn premie stijgt als hij re-integratie gaat vergoeden, terwijl de baten pas later terugkomen, en deels ook elders. Het is aan de overheid om die patstelling te doorbreken.’

Dat vindt ook Jopie Verhoeven, voorzitter van de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF). ‘Wij pleiten ervoor dat arbeidsgerichte revalidatie als verzekerde zorg in het basispakket komt. En dat re-integratie over de financiële schotten heen geregeld wordt.’ Verhoeven schetst hoe de departementen van Volksgezondheid en Sociale Zaken op één lijn kunnen komen: Sociale Zaken hoeft minder uitkeringen te betalen als mensen sneller weer gaan werken.

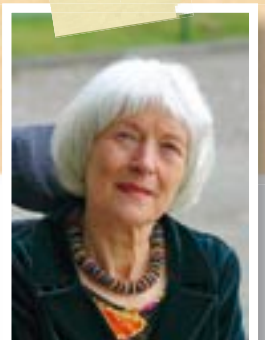
Er zijn duidelijke economische argumenten voor arbeidsrevalidatie, stelt Verhoeven vast. Toch vindt ze het jammer dat de discussie eigenlijk alleen maar over de financiering op korte termijn gaat. ‘Laten we niet vergeten dat het maatschappelijk rendement op de lange duur enorm kan zijn.’ Verhoeven wil haar lidorganisaties beter informeren over de best practices op het terrein van arbeidsrevalidatie. ‘Dan kunnen zij de mensen in hun achterban vertellen waar je goed terecht kunt. Zo creëer je vraag. Sommige organisaties hebben voor hun leden al begeleiding naar het arbeidsproces geïnitieerd, samen met re-integratiebedrijven. Daar zouden ze ook revalidatie-instellingen bij kunnen betrekken.’

Nijhuis sluit zich aan bij de NPCF: ‘Ook wij kunnen onze lidorganisaties voorlichten waar mensen goede arbeidsgerelateerde zorg kunnen krijgen. En ik wil zorgaanbieders bewust maken van de noodzaak om meer vraaggericht te werken, bijvoorbeeld door vraaggerichtheid mee te nemen in kwaliteitsmetingen.’ De vraag van de cliënt zou goed tot haar recht komen met een persoonsgebonden budget voor arbeidsrevalidatie en re-integratie, stelt Verhoeven voor. ‘Dat budget kan uit een pot komen waaraan beide departementen bijdragen, en mogelijk ook de werkgevers. Een andere weg is dat verzekeraars aanvullende verzekeringen voor re-integratie ontwikkelen en deze aanbieden aan de werkgevers. Het zou natuurlijk helemaal mooi zijn als dat in de cao’s geregeld werd.’

Frans Nijhuis,
bestuurslid van de
Chronisch zieken en
Gehandicapten
Raad Nederland
(CG-Raad)



Jopie Verhoeven,
voorzitter van
de Nederlandse
Patiënten
Consumenten
Federatie (NPCF)



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 ons 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. Daarover moeten gegevens beschikbaar komen, die 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 minder wordt. Al dan niet als mede-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 werkgeverscollectieven – worden opgenomen. Lobby en marketing zal zich dus intensief richten op werkgevers, verzekeraars en pakket-beheerder CVZ.

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. Het verwachte personeelstekort figureert echter niet zo prominent in onze toekomstverwachting.

Wel komt nadrukkelijk het toenemend belang van de professionele rol van de casemanager 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 kunnen vervullen, bijvoorbeeld gespecialiseerde verpleegkundigen, arbeidsdeskundigen of fysiotherapeuten. Het is nog een open vraag in hoeverre aandoeningsspecifieke kennis en ervaring gebundeld zou moeten worden. >>

'Iedereen profiteert van goede arbeidsrevalidatie'

Jeanette Horlings-Koetje,
directeur Zorginkoop en
Contractmanagement van
verzekeraarscombinatie
Univé-VGZ-IZA-Trias (UVIT)



▲ 'Er zijn nog te veel schotten in de financiering'

'Wij vinden dat er voor alle vormen van zorg, dus ook voor de arbeidsrevalidatie, veel ruimte moet zijn om te experimenteren. Dat kan in de vorm van een tijdelijke pilot, om eerst het effect van vernieuwingen te meten. Zo zijn wij bijvoorbeeld betrokken geraakt bij de ontwikkeling van Vroege Interventie, een initiatief van Heliomare. Inmiddels vergoeden wij de zorgkosten, ook het deel dat niet onder het basispakket valt. De werkgever betaalt eventueel de re-integratie die op deze zorg aansluit.

Soms mondt zo'n pilot dus uit in een daadwerkelijke afspraak om bepaalde zorg te gaan vergoeden. Maar de suggestie van TNO dat zorgverzekeraars alle arbeidsgerichte revalidatie tijdelijk moeten gaan vergoeden, gaat ons wel wat te ver. Dat zou onder de huidige omstandigheden gewoon te duur worden. En er moet voor ons natuurlijk ook altijd wel een zorgcomponent in blijven zitten, al is de grens tussen revalidatie en re-integratie soms moeilijk te trekken.

Arbeidsgerelateerde revalidatie is het best gediend met een multidisciplinaire benadering. Dus ook het psychische aspect moet er een plek in krijgen. Dat is van groot belang, zeker als je kijkt naar het veelvuldig terugkomen van dergelijke klachten. Verder kan arbeidsrevalidatie alleen slagen als je veel aandacht hebt voor re-integratie. Dat onderstreept het belang van een goede samenwerking door verschillende sectoren. Ik vind het bemoedigend om te zien dat zorgaanbieders en re-integratiebedrijven steeds meer naar zo'n samenwerking toe groeien.

Het TNO-rapport constateert dat schotten in de financiering de implementatie van goede arbeidsrevalidatie in de weg staan. In dat verband zijn wij erg blij met de kabinetsplannen om de AWBZ door de eigen zorgverzekeraar te laten uitvoeren. Op dit moment zijn verzekeraars verantwoordelijk voor afgebakende regio's, en daar wonen ook klanten van andere verzekeraars. Het kabinetsplan zorgt ervoor dat in elk geval één schot verdwijnt. Zo wordt het in de toekomst lonend als wij door een investering in betere zorg later op de AWBZ kunnen besparen. Een investering in vroege opsporing en behandeling van burn-out bij bepaalde cliënten kan ons bijvoorbeeld latere kosten voor dezelfde groep in de langdurige ggz besparen.

Goede arbeidsrevalidatie en spoedige re-integratie heeft zeker een positief effect op de gezondheid van mensen. En dus ook op de kosten van de zorg. Iedereen profiteert hiervan. Daar zetten wij ons als zorgverzekeraar graag voor in.'

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?’

Door (literatuur)onderzoek naar het rendement van best-practices en door resultaten te plaatsen in een toekomstanalyse voor de komende tien jaar, hebben we geprobeerd deze vraag zo goed mogelijk te beantwoorden. De ongunstige arbeidsmarktpositie van gehandicapten en chronisch zieken is nog steeds een belangrijk maatschappelijk vraagstuk. Ten gevolge 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.

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 zorgverzekering. Overheid en verzekeraars zijn hieraan 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.

...maar betere onderbouwing nodig

Arbeidsrevalidatie is in principe kosteneffectief. Wel moet dit 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.

Met een dergelijke onderbouwing kunnen zorgproducten in de revalidatie gedefinieerd worden, bijvoorbeeld bij niet-aangeboren hersenletsel of hartfalen, waarin de factor arbeid expliciet is verdisconteerd. Het moet gaan om functionele productomschrijvingen. Dus niet een beschrijving wie wat doet, maar een heldere indicatie met daaraan gekoppeld de uitkomsten die moeten worden gerealiseerd. En daar dient functioneel herstel in arbeid een onderdeel van uit te maken. Hier kunnen de prestatie-indicatoren op worden 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 en (om)scholing 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. De verzekeraar draait in eerste instantie voor de meerkosten op, terwijl andere partijen (werkgevers, UWV, andere verzekeraars) de baten incasseren, overigens met een terugverdiendtijd en rendement die variabel zijn. Partijen nemen daardoor een afwachtende houding aan. >>

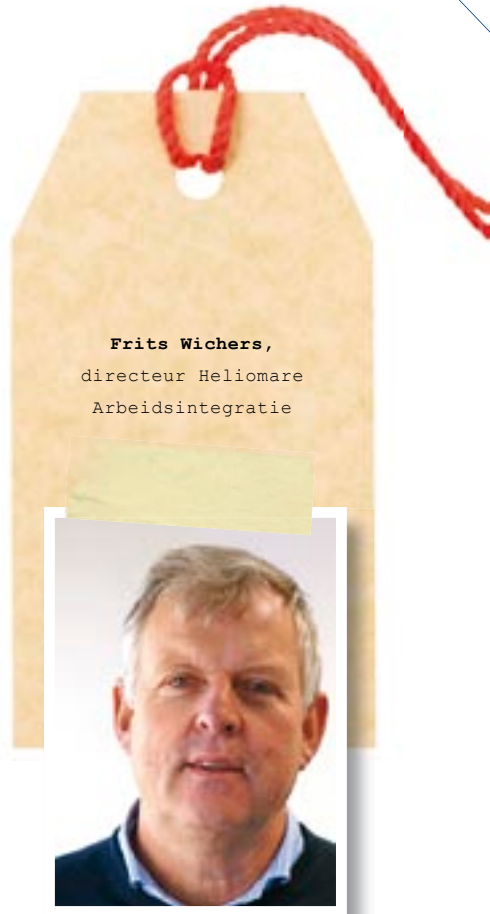
‘Cijfers over effectiviteit prikkelen werkgevers’

‘De zorg voor het terugkeren naar arbeid zie ik als een integraal onderdeel van de revalidatie. Met dat idee zijn we vanuit Revalidatiecentrum Heliomare gestart met de ontwikkeling van Vroege Interventie. Dat is een netwerk van veertien revalidatie-instellingen dat geproto-colleerde, evidence based arbeidsgerichte trainingen geeft om mensen te behouden voor arbeid. Al tijdens de training zoeken we contact met de werkplek. We integreren het werk zo vroeg mogelijk in de revalidatie. TNO constateert dat Vroege Interventie bij mensen met chronische rugklachten kosteneffectief is. Maar volgens het rapport is er meer kennis nodig over de kosteneffectiviteit van arbeidsrevalidatie bij verschillende patiëntengroepen. Daar ben ik het mee eens. Het is belangrijk daarbij naar de langetermijneffecten van het voorkomen van chroniciteit te kijken. Na hoeveel jaar heeft een investering in arbeidsrevalidatie en re-integratie nog steeds effect?’

Met dat soort cijfers kunnen we werkgevers nog meer prikkelen om werknemers aan dergelijke re-integratieprogramma's te laten deelnemen. Ook is onderzoek naar de kosteneffectiviteit van specifieke interventies interessant. Ik denk bijvoorbeeld aan interventies die zich richten op gedragsverandering, los van de

specifieke diagnose. Gedragsverandering kan nodig zijn om te kunnen functioneren met een beperking. Wat mij betreft nemen universiteiten of een instituut als TNO het initiatief om de kosteneffectiviteit verder te onderzoeken. En ik kan me voorstellen dat het College voor zorgverzekeringen hierin een rol wil spelen. Zij moeten toch nieuwsgierig zijn naar de effectiviteit van arbeidsrevalidatie.

Het TNO-rapport pleit voor samenwerking in zorgketens. Daar is inderdaad veel mogelijk. Zo is er momenteel geen enkele begeleiding wanneer je na een operatie weer aan het werk wil. Revalidatiecentra zouden in ziekenhuizen front offices kunnen maken, waar patiënten terecht kunnen met hun vragen rond arbeid. Deze patiënten kun je vervolgens terug begeleiden naar werk. Zo'n constructie is mogelijk weer aanleiding om kennisnetwerken over dit soort begeleiding te vormen. Ook patiënten- en cliëntenorganisaties kunnen een rol spelen bij het versterken van de arbeidsrevalidatie. Met name door bij de verzekeraars te bepleiten om re-integratie naar arbeid – die niet in de basisverzekering zit – te gaan vergoeden. Ik zie hier positieve ontwikkelingen. Zo hebben we als netwerk Vroege Interventie met een grote verzekeraar afgesproken dat we een bepaalde interventie in het kader van arbeid en zorg mogen declareren. Uiteindelijk is dat alleen maar logisch; het hele succes van het arbeidsrevalidatietraject staat of valt bij de terugkeer naar werk.’



Frits Wichers,
directeur Heliomare
Arbeidsintegratie

▲ ‘Ik zie dat verzekeraars steeds vaker meedoen’

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. Wij pleiten dan ook 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 én 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. Die maken het mogelijk 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.

Invzet werkgevers en beroepsgerichte scholing

Revalidatie in intensieve samenwerking met beroepsgerichte scholing en training/stages binnen 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 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 die deze ontwikkeling kunnen ondersteunen.

Voorzieningen voor mensen met zwaardere arbeidshandicaps

In de toekomstverkenning staat de positie van gehandicapten met een grote afstand tot de arbeidsmarkt extra onder druk. Succes in verbreding van de arbeidsrevalidatie en toenemende affiniteit met het bedrijfsleven kan ook de kansen voor deze mensen versterken. De arbeidsrevalidatie kan zo immers makkelijker relaties leggen met sociale ondernemingen die deze mensen wél een kans kunnen geven.

Voor een goede match is gespecialiseerde kennis nodig, evenals allianties met de 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 deelnemen 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 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 invloed hebben op het landelijk beleid.

'Iedereen is nodig in het arbeidsproces'



▲ 'Door werk voel je je thuis in de maatschappij'

'Als ondernemingsorganisatie gaan wij ervan uit dat in Nederland elke werknemer nodig zal zijn die beschikbaar is. De economie trekt waar schijnlijk verder aan, terwijl de vergrijzing doorzet. Dat betekent dat we ook de mensen moeten inzetten die – al dan niet tijdelijk – niet voor de volle honderd procent kunnen functioneren. Zoals TNO terecht stelt, bereik je dat alleen met maatwerk. En dat vergt een goede samenwerking tussen de revalidatie- en re-integratiesector, verzekeraars, werknemers en werkgevers.

Als een werknemer met een beperking écht wil, komen er steeds meer kansen. Maar ondernemers zullen altijd zoeken naar de beste persoon op de beste plek. Zeker in moeilijke tijden kiezen ze eerder voor mensen met wie ze weinig risico denken te lopen. Ze zullen daarom soms terughoudend zijn om mensen in te zetten met een wat lagere arbeidsprestatie. Laten we er dus voor zorgen dat de extra risico's daarvan niet bij de werkgever liggen, maar bij de overheid.

Het verschil tussen een gemiddelde arbeidsprestatie en die iets lagere arbeidsprestatie compenseren – zie het Deense voorbeeld uit het TNO-onderzoek – daar hebben we in Nederland verzekeringen en sociale uitkeringen

voor. Ondernemers kunnen zich in een uiterst competitieve markt op dit gebied niet erg veel permitteren.

Overigens is VNO-NCW mordicus tegen elke vorm van quotering, bijvoorbeeld door een bepaald percentage werknemers met een arbeidsbeperking verplicht te stellen. Dat werkt vooral stigmatiserend, zo leren de ervaringen. Wel kun je bijvoorbeeld binnen de cao's afspraken maken over aantallen stageplaatsen voor deze groep. Dat gebeurt ook al, en het is vaak een goede weg naar een vaste arbeidsplaats.

Inmiddels verzorgt het bedrijfsleven ook al behoorlijk wat beroepsgerichte scholingen en trainingen, zoals TNO bepleit. Zo hebben we afspraken met overheid en vakbonden over het inzetten van arbeidsgehandicapten. We werken mee aan stages voor jongeren, ook die onder de Wajong-regeling vallen, en aan mogelijkheden om mensen met een handicap in bedrijven een plek te geven. Wanneer de arbeidsmarkt knapper wordt, zullen die inspanningen alleen maar groter worden. Ik hoor van onze leden dat ze daar toe zeker bereid zijn.

Het is niet goed voor de samenleving als goedwillende mensen niet mee kunnen doen. Betaald werk hebben zorgt ervoor dat mensen zich echt thuis voelen in de maatschappij. En nogmaals: we hebben iedereen nodig in het arbeidsproces. Daarom staat ook bij ons arbeidsrevalidatie hoog op de agenda.'

Bijlage: zeven belangrijke trends voor de toekomst

1. Arbeidsmarktpositie chronisch zieken en gehandicapten

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. 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. Grote onzekerheid blijft of bedrijven en instellingen inderdaad de cultuur omslag gaan maken naar brede acceptatie van mensen met beperkingen in het arbeidsproces.

2. Rol van overheid en marktwerking in de zorg

Onder invloed van de collectieve schuldenlast zal de overheid sterk blijven sturen op macro-economische kostenbeheersing en daarmee op kostenbesparingen in de zorg. 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.

3. Invloed zorgverzekeraars

De rol van verzekeraars als in- en verkoop-scharnier voor zorg zal verder toenemen. Zij zullen invloed gaan krijgen op de kosten en kwaliteit van (arbeids)revalidatie. Zorgverzekeraars sturen ook aan op toenemende transparantie in bedrijfsvoering en bedrijfsresultaten. En zij zullen hun verdienmodel op het grensvlak van arbeid en zorg gaan aanscherpen: waar liggen de kosten, waar de baten? Dit is een innovatie-impuls voor arbeidsrevalidatie. Onzeker is in welke mate sturing op kwaliteit bij contractering en keuze van aanbieders door verzekeraars en vraagsturing door de cliënt bij de samenstelling van het zorgpakket een dominante rol zullen spelen.

4. Private financiering revalidatiesector

Bij doorzetting van marktwerking en privatisering zullen private financiers met een rendement-doelstelling vrijwel zeker tot de zorgmarkt toetreden. Er is behoefte aan kapitaal voor innovatie en vanwege de toenemende vraag. Omdat de ‘regelichtheid’ in de zorg groot is én gezien de relatief grote impact van andere genoemde trends, wordt de bron van de kapitaalsverschaffing als minder belangrijk beoordeeld voor de manier waarop de (arbeids)revalidatie zich zal ontwikkelen. Mogelijk dat de inkoopmacht van grote werkgevers wel een hefboom van belang zal blijken. Zorgaanbieders zullen in elk geval meer exploitatierisico lopen.

5. Invloed patiënt op zorgaanbod en arbeidsrevalidatie

Individualisering en toenemend kennisniveau van de bevolking zullen de komende jaren belangrijke trends blijven. Mondige patiënten (en hun werkgevers) zullen de aanbieders van arbeidsrevalidatie tot kwaliteitsverbetering en innovatie verleiden. Tevens is goed voorstelbaar dat collectiviteiten van werkgevers en/of cliënten grote invloed gaan uitoefenen op de behoefteoriëntatie en keuzes van cliënten, door aanbiedingen voor te selecteren en eisen te stellen aan de arbeidsrevalidatie. De onzekerheid zit hem in het feit dat er grote groepen patiënten zijn die deze ontwikkelingen niet kunnen of willen volgen. Er is kans op een grote groep laag opgeleide ‘health illiterates’. Onzeker is ook of de georganiseerde patiëntenbeweging voldoende politieke macht kan ontwikkelen.

6. Technologie en innovatieve concepten

Technologische ontwikkelingen zullen steeds meer hun stempel drukken, niet alleen op de mogelijkheden maar ook op de grenzen van de zorg. Immers wat mogelijk is, hoeft niet altijd te ‘moeten’ en wordt ook niet per se in de verzekerde zorg opgenomen. Mede in relatie tot de verwachte personeelskrapte zullen technologische innovaties die tot efficiency leiden worden gestimuleerd. Moderne zorg-ICT zal steeds meer zijn invloed doen gelden op logistiek, kwaliteit van behandeling en patiëntveiligheid. Voorbeelden van dergelijke ‘e-health’ en ‘telemedicine’ zijn zelfdiagnostiek, zelfmonitoring, looprobots, digitale poliklinieken of websprekuren, elektronisch dossier en telematica.

7. Zorg steeds meer in ketens georganiseerd

De mogelijkheid om de zorg in ketens te organiseren heeft grote impact op de ervaren kwaliteit van de zorg voor consumenten (de keten ‘ontzorgt’). Hierdoor kunnen ziekenhuizen kleiner worden en zich specialiseren. Dit geldt ook voor de revalidatie, waar nu al een verschuiving gaande is van klinische naar poliklinische zorg. De kwaliteit van de keten wordt bepaald door de zwakste schakel, en verzekeraars contracteren straks niet één aanbieder, maar de keten. Grootschaligheid op landelijk niveau zal zich moeten verhouden met kleinschalige zorg binnen regio’s. Onzeker is in hoeverre deze ketens zich wat de arbeidsrevalidatie betreft kunnen uitstrekken richting bijvoorbeeld onderwijs, jeugdzorg, gemeenten, fitnesscentra en de private arbo- en re-integratiemarkt.

De klankbordgroep

De onderzoekers wisten zich stevig ondersteund door een klankbordgroep, die breed was samengesteld uit deskundigen uit de revalidatiesector, patiëntenorganisaties en de wetenschap.

Uit de sector (professionals, instituten, patiënten)

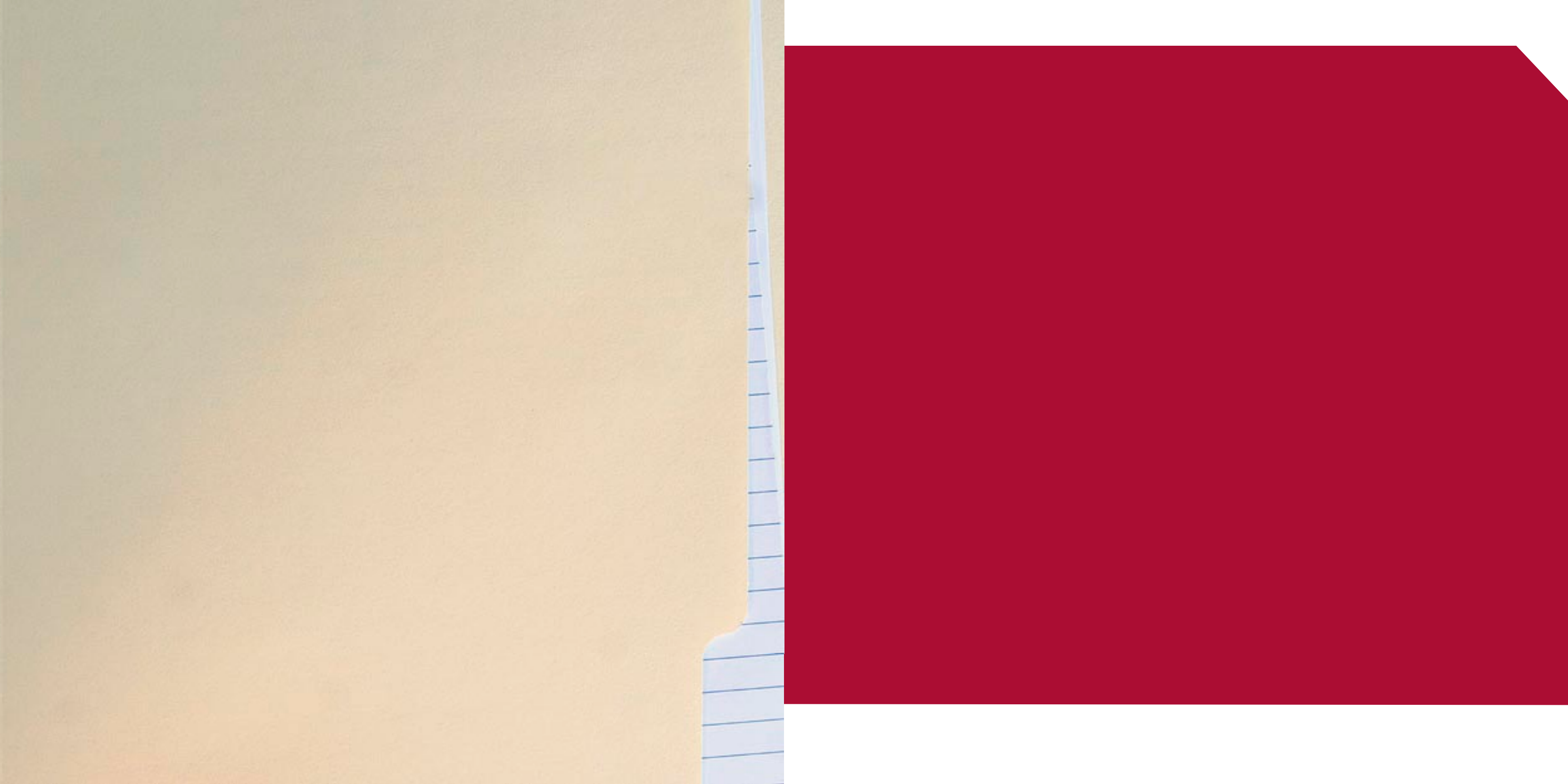
- de heer drs. D. Wever, revalidatiearts, mede namens de VRA
- de heer drs. M. Edelaar, Vroege Interventie, Heliomare
- mevrouw drs. A.M. Bökkerink , voormalig directeur SDG
- mevrouw J.W.E.C. Verhoeven, NPCF
- de heer F. de Paauw, CG-Raad
- mevrouw drs. G. Eikelboom
- Revalidatie Friesland (namens Revalidatie 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

Uit kringen van wetenschap

- mevrouw prof. dr. M.M.R. Vollenbroek, 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

Andere betrokkenen, van belang voor implementatie

- de heer drs. G.W. Salemink, Zorgverzekeraars Nederland
- de heer drs. J.P.H. Daems, CNV Jongeren



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 daarvoor 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.