

Generieke module Arbeidsparticipatie voor medisch specialistische richtlijnen

INITIATIEF

Nederlandse Orthopedische Vereniging

IN SAMENWERKING MET

Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose

Nederlandse Vereniging van Maag- Darm- Leverartsen

Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen

Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde

Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie

Nederlandse Vereniging voor Heelkunde

Nederlandse Vereniging voor Klinische Arbeidsgeneeskunde

Nederlandse Vereniging voor Keel-Neus-Oorheelkunde van het Hoofd-Halsgebied

Nederlandse Vereniging voor Neurologie

Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie

Nederlandse Vereniging voor Reumatologie

Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde

Vereniging voor Sportgeneeskunde

V&VN

Beroepsvereniging van professionals in sociaal werk

Ergotherapie Nederland

Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie

Nederlands Instituut van Psychologen

Patiëntenfederatie Nederland, in samenwerking met NFK, NVN, Nierpatiëntenvereniging

Nederland, Oogvereniging, Nationale Vereniging ReumaZorg Nederland, Steungroep ME en Arbeidsongeschiktheid, Vereniging van Mensen met Brandwonden.

MET ONDERSTEUNING VAN

Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialististen

FINANCIERING

De richtlijnontwikkeling werd gefinancierd uit de Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialististen (SKMS), Stichting Kwaliteitsgelden Patiënten Consumenten (SKPC) en het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid via de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB).

Colofon

CONCEPT GENERIEKE MODULE ARBEIDSPARTICIPATIE VOOR MEDISCHE RICHTLIJNEN
© 2023

Nederlandse Orthopaedische Vereniging
Bruistensingel 230, 5232 AD 's-Hertogenbosch
Tel. nr. 073 700 34 10
nov@orthopeden.org
<https://orthopeden.org>

Alle rechten voorbehouden

De tekst uit deze publicatie mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën of enige andere manier, echter uitsluitend na voorafgaande toestemming van de uitgever. Toestemming voor gebruik van tekst(gedeelten) kunt u schriftelijk of per e-mail en uitsluitend bij de uitgever aanvragen. Adres en e-mailadres: zie boven.

Inhoudsopgave

Samenstelling van de projectgroep	4
Voorwoord	6
Samenvatting.....	7
Startpagina en algemene inleiding.....	10
Verantwoording.....	14
Belangrijkste definities en begrippen.....	35
Module 1 Algemene bepaling van arbeidsgerichte zorg.....	37
Module 2 Arbeid in de spreekkamer	46
Module 3 Organisatie van arbeidsgerichte zorg.....	61
BIJLAGEN	68
Biopsychosociaal model, ICF en positieve gezondheid	68
Algemene informatie arbeidsongeschiktheidswetgeving en -uitkeringen.....	71
Taken en rollen (gespecialiseerd) verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten	77
Wie-doet-wat	78
Toekomstvisie op arbeidsgerichte zorg	78
Medical guidelines that mention work participation (Up-to-date till 2021).	85
Effectiveness of interventions that aim to improve work participation for patients within clinical health care as compared to care as usual or other interventions that focus on work participation.....	89
Appendices.....	103
What interventions aimed at improving the knowledge of medical specialists about clinical work-integrating care are there? What are the effects on knowledge and (shared) decision-making?	143
Het patiëntenperspectief	145
Implementatieplan	159
Handleiding Arbeid in medisch specialistische richtlijnen	161
Kennislacunes en organisatorische en financiële lacunes.....	166
Ingebrachte knelpunten en suggesties bij aanvang ontwikkelingstraject.....	167
CASUS Hoe werkt de Wet verbetering poortwachter?	204

Samenstelling van de projectgroep

Werkgroep

- Dr. A. (Annechien) Beumer, orthopedisch en handchirurg, NOV (voorzitter)
- Prof. dr. A.E.R.C.H. (Annelies) Boonen, reumatoloog, NVR
- Drs. T. (Taco) Otto, chirurg, NVvH
- Prof. dr. M.F. (Michiel) Reneman, Hoogleraar revalidatie / Fysiotherapeut, VRA
- Prof. dr. T. (Thomas) Rustemeyer, dermatoloog, NVDV
- Dr. A. (Anhil) Tuladhar, neuroloog, NVvN
- Drs. N.M. (Nicole) Verheijen, longarts, NVALT
- Drs. Th.C. (Don) de Winter, bedrijfsarts/toegevoegd sportarts, VSG

- Drs. D. (Desiree) Dona, klinisch arbeidsgeneeskundige/ bedrijfsarts, NVKA/NVAB
- Dr. I. (Ingrid) Fakkert, verzekeringsarts in opleiding, NVvG
- Drs. C. (Caroline) Horikx, psycholoog NIP, Arbeid en Gezondheid, NIP
- Mw. K. (Karin) Kanselaar, verpleegkundig specialist, V&VN
- Drs. A. (Asahi) Oehlers-Wetzel, bedrijfsarts, NVAB, *in samenwerking met:*
- Drs. H.W.P.C. (Henk) van de Meerendonk, internist en arts in opleiding tot bedrijfsarts, NVAB

- Prof. dr. F. (Frederieke) Schaafsma, bedrijfsarts, NVAB
- Drs. T.F. (Theo) Senden, klinisch arbeidsgeneeskundige/ bedrijfsarts, NVKA/NVAB
- Mw. H. (Harma) van der Veen, medisch maatschappelijk werker, BPSW
- Dr. N. (Nina) Wijnands, verzekeringsarts, NVvG
- Drs. Y. (Yvonne) de Leeuw-van Zaanen, bedrijfsfysiotherapeut, KNGF

- Drs. J. (Jeannette) van Zee, senior adviseur patiëntbelang, Patiëntenfederatie Nederland, in samenwerking met:
 - Mw. S. (Sultan) Ates, sociaal raadvrouw/jurist, NVN
 - Mw. A. (Anneke) Berkhout, themacoördinator, Oogvereniging
 - Ir. A. (Annemieke) Fransz, patiëntvertegenwoordiger, Nationale Vereniging ReumaZorg Nederland
 - Drs. Y. (Ynske) Jansen, beleidsmedewerker, Steungroep ME en Arbeidsongeschiktheid
 - Mw. I. (Irma) Visser, patiëntvertegenwoordiger, Vereniging van Mensen met Brandwonden
 - Dhr. A. (Alex) Schoonewille, patiëntvertegenwoordiger, Hoofdpijnnet (tot en met de voorbereidingsfase van dit project)
 - Mr. drs. E.M.M. (Noor) van Willegen, belangenbehartiger, NFK
 - Mw. T. (Thea) Zaal, vrijwilligster, Osteoporose Vereniging
 - Mw. S. (Sabah) Ziani, patiëntvertegenwoordiger, NVN

Klankbordgroep

- Dr. W. (Wip) Bakx, revalidatiearts, VRA
- prof.dr. C.A.M. (Coen) van Bennekom, revalidatiearts, VRA
- Dr. P. (Petra) Boelens, revalidatiearts, VRA
- Dr. R. (Ruben) Dammers, neurochirurg, NVvN
- Dr. M. (Marjolijn) Duijvestein, MDL-arts, NVMDL
- Dr. N. (Nienke) Schmidt-Grotenhuis, KNO-arts, NVKNO
- Mw. B. (Bianca) Hesse, bedrijfsmaatschappelijk werker, BPSW

- Dr. S.E.J. (Suzanne) Kaal, internist, NIV/NVMO
- Dr. F.A.J. (Fred) de Laat, revalidatiearts, VRA
- Drs. C. (Cora) Reijerse, psycholoog, NIP
- Dr. E.H. (Ellen) Roels, revalidatiearts, VRA
- Dr. T.E.H. (Tessa) Römken, MDL-arts, NVMDL
- Drs. A. (Annemarie) van der Steen, gynaecoloog, NVOG
- Dr. N. (Nynke) Stellingwerf, oogarts, NOG
- Mw. N. (Nanette) Nab, ergotherapeut, Ergotherapie Nederland
- Drs. M. (Madeleine) Zwezerijnen, programmacoördinator, NHG

Patiëntvertegenwoordiging:

- Dhr. R. (Reint) Alberts, fysiotherapeut/voorzitter RSI Vereniging
- Dhr. F. (Frank) Alfrink, voorzitter stichting ZZP Nederland
- Mw. D. (Daniëlle) van der Horst, beleidsmedewerker, Crohn & colitis NL
- Dr. A.J. (Betsy) van Oortmarssen, adviseur/projectleider, Steungroep ME en Arbeidsongeschiktheid
- Mw. P. (Patricia) Pennings, beleidsmedewerker patiëntenparticipatie, Nationale Vereniging ReumaZorg Nederland
- Mw. A. (Annelies) Scheepens, beleidsmedewerker, Diabetesvereniging Nederland
- Mw. H. (Hendriët) Wanders, patiëntvertegenwoordiger, Vereniging voor mensen met Brandwonden
- Mw. F. (Femke) van Zoggel, patiëntvertegenwoordiger JongPit

Ondersteuning:

- Dr. J.S. (Julitta) Boschman, senior adviseur, Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten

Voorwoord

Ondanks vroegere diagnostiek en betere behandel mogelijkheden voor de meeste medische aandoeningen, blijft er in Nederland een belangrijke kloof in arbeidsparticipatie onder patiënten met (chronische) gezondheidsproblemen in vergelijking met de algemene bevolking. Om deze kloof te dichten werd de afgelopen 10 jaar meer en meer ingezet op het behoud van werk en dus preventie van langdurig verzuim en verlies van betaald werk. Diverse overheidsrapporten benadrukten daarbij de rol van medisch specialistische zorg (KNMG 2017; SER 2016). Vele beroepsgroepen hebben ook arbeid als behandeldoel opgenomen in hun behandelrichtlijnen of een aparte richtlijn hieromtrent gemaakt. Toch wordt arbeidsgerichte medische zorg in de klinische praktijk van veel medisch specialisten slechts beperkt toegepast.

Voor u ligt daarom nu een generieke richtlijn die een kader schept hoe we in de medisch specialistische zorg aandacht kunnen geven aan arbeidsparticipatie. Voor sommige specialismen is arbeidsgerichte zorg in de praktijk een vanzelfsprekendheid, andere specialismen zijn voorzichtig begonnen aan implementatie, weer andere specialismen moeten nog een start maken met arbeidsgerichte zorg en vooral voor hen biedt deze richtlijn een houvast.

De werkgroep is zich erg bewust dat arbeidsgerichte zorg bieden in de praktijk niet vanzelfsprekend is in een tijdperk waar administratieve vereenvoudiging een utopie is en waar kwaliteit van zorg veel meer vraagt dan enkel arbeidsgerichtheid. Daarom heeft de werkgroep ook veel aandacht voor de organisatie van deze zorg, zodat binnen de spreekkamer de taak van de zorgverlener beperkt wordt tot het identificeren van patiënten die ondersteuning nodig hebben en het communiceren over belang van arbeidsparticipatie voor toekomstige mentale en fysieke gezondheid.

Het is belangrijk te benadrukken dat ziekte-specifieke en specialisme-specifieke aspecten niet aan bod komen in deze generieke richtlijn. Beroepsgroepen worden uitgenodigd om deze uit te werken en in te passen in behandelrichtlijnen waar van toepassing.

De volgende uitdaging zal zijn de richtlijn in de praktijk om te zetten. De werkgroep heeft een aantal reeds geïnitieerde projecten en ideeën hiervoor beschreven in het implementatieplan.

Referenties

Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) (2017). KNMG-visiedocument Zorg die werkt.

Sociaal-economische raad (SER) (2016). SER-advies. Advies Werk: van belang voor iedereen.

Samenvatting

Op de volgende pagina volgt een samenvatting van de belangrijkste aanbevelingen uit de multidisciplinaire generieke module Arbeidsparticipatie. Deze module Arbeidsparticipatie is bestemd voor:

- Gebruik in de spreekkamer door klinische zorgverleners, waaronder medisch specialisten, medisch specialisten (niet) in opleiding, verpleegkundig specialisten en physician assistants.
- Richtlijnwerkgroepen/clusterwerkgroepen. Deze generieke module kan namelijk als een *blauwdruk* worden gebruikt die kan worden aangevuld met ziekte-specifieke informatie en vervolgens in ziekte-specifieke richtlijnen kan worden opgenomen.
- Bovendien bevat de richtlijn aanbevelingen voor behandelteams en ziekenhuizen/instellingen (Module Organisatie van arbeidsgerichte zorg).

Kanttekening

In deze samenvatting ontbreken de overwegingen die tot de aanbevelingen geleid hebben. Lezers van de samenvatting worden voor meer informatie en verdere overwegingen verwezen naar de volledige richtlijn. Deze samenvatting van aanbevelingen staat niet op zichzelf. Bij medische besluitvorming dient rekening te worden gehouden met de omstandigheden en voorkeuren van de patiënt. Behandeling en procedures met betrekking tot de individuele patiënt berusten op wederzijdse communicatie en gezamenlijke besluitvorming tussen patiënt, arts en andere zorgverleners.

Arbeid in de spreekkamer

De module arbeidsparticipatie biedt medisch specialistische, klinische zorgverleners die nog geen arbeidsgerichte zorg leveren, aanknopingspunten om hier middels één of twee gerichte vragen mee te starten. De module biedt daarnaast handvatten om deze zorg te verbreden en verdiepen.

Aanbevelingen

Bespreek het thema werk door kort een aantal algemene vragen te stellen (eventueel door middel van een vragenlijst), zoals:

- Werkt u op dit moment of wilt u werken?

Zo ja:

- Wat voor werk doet u?
- Heeft u vragen over werk(en) in relatie tot uw klachten/ziekte of heeft u behoefte aan verdere begeleiding of ondersteuning?

Zo ja:

Exploreer de vraag en beantwoord deze of acteer er op. Indien u zelf de vraag niet kunt beantwoorden

- Informeer de patiënt over de mogelijkheden meer aandacht te geven aan betaald werk in relatie tot ziekte (gebruik hiervoor de informatie in *Sub module 2.3.: Laagdrempelig verwijzen naar de bedrijfsarts*), bijvoorbeeld het overzicht “Wie-doet-wat” (zie:) en/of de informatie in de module Organisatie van arbeidsgerichte zorg (Module 3 Organisatie van arbeidsgerichte zorg).

Neem – in het kader van samen beslissen – bij besluiten rondom diagnostiek en/of behandeling gevolgen voor werk als mogelijke uitkomst mee.

Adviseer over de leefadviezen (indien mogelijk concreet over belasting en activiteiten) om de behandeling/het herstel te bevorderen of achteruitgang zoveel mogelijk tegen te gaan, en benoem expliciet dat deze adviezen ook kunnen gelden voor werk.

Indien aan de orde, geef proactief informatie (zie hiervoor de informatie in *Sub module 2.2.: Informatievoorziening patiënt*), bijvoorbeeld op [Thuisarts.nl](https://www.thuisarts.nl) en/of over de patiëntenorganisatie. Deze hebben vaak informatie over werk in relatie tot de aandoening.

Extra informatie en praktische handvatten bij deze aanbevelingen zijn de te vinden in de *Sub module 2.1.: Kernboodschap: vraag naar werk*

Organisatie van arbeidsgerichte zorg

Aanbevelingen

Voor overleg en uitwisseling van informatie tussen BIG-geregistreerde professionals buiten het behandelteam of zonder verwijzrelatie over een patiënt, bijvoorbeeld een medisch specialist en een bedrijfsarts, is gerichte schriftelijke toestemming van de patiënt nodig. De te vragen schriftelijke machtiging van de patiënt heeft betrekking op:

- de naam van de professional;
- het doel, de onderwerpen/vragen die besproken gaan worden;
- welke informatie er gedeeld mag worden.

Voer het overleg bij voorkeur in de vorm van een driegesprek met de patiënt als deelnemer. Geef patiënt, als er geen sprake is van een driegesprek, een terugkoppeling van het gesprek.

Documenteer de inhoud van een mondeling overleg in de dossiers van de professionals die bij het overleg betrokken waren. Op die manier is het in principe ook direct toegankelijk voor de patiënt. Als de informatie-uitwisseling schriftelijk plaats vindt, kan een kopie naar de patiënt verzonden worden.

Aanbevelingen voor de medisch specialist die niet in een behandelteam werkt

Ga na welke personen met expertise op het gebied van arbeid werken binnen de instelling.

Geef aan op wat voor manier u bereikbaar bent voor zorgprofessionals uit het sociaal medisch domein, zoals bedrijfs- en/of verzekeringsartsen. Attendeer de patiënt dat deze contactgegevens vermeld staan in de brief aan de huisarts.

Aanbevelingen voor behandelteams

Draag zorg dat de taken en deeltaken belegd zijn bij personen met de juiste expertise en competenties en dat deze beschikken over de benodigde informatie, tools en capaciteit.

Draag zorg dat er goede afspraken zijn over coördinatie en communicatie rond de patiënt en over een aanspreekpunt voor de patiënt, zijn naasten en de betrokken professionals. Benoem een regiebehandelaar voor de patiënt.

Beleidsaanbeveling voor instellingen

Maak inzichtelijk welke personen met expertise op het gebied van arbeid binnen de instelling werkzaam zijn.

Benoem in overleg met zorgverzekeraars en andere partijen dat zorg voor patiënten met arbeidsgerichte vraagstukken beter ingericht dient te worden, bijvoorbeeld door arbeids(genees-)kundige expertise binnen de instelling of regionale toegankelijkheid voor consultatie door zorgprofessionals. Ga na op welke manier er binnen het huidige zorgfinancieringssysteem mogelijkheden voor zijn en leg dit met alle partijen vast.

Aanbeveling voor beroepsverenigingen

Implementeer 'gezonde arbeidsparticipatie als behandeldoel' door dit op te nemen in opleidingsplannen en in kwaliteitsprogramma's van de beroepsgroepen en instellingen en maak het onderdeel van kwaliteitsvisitaties en kwaliteitsaudits.

Aanbevelingen voor patiëntenorganisaties

Informeer patiënten dat er een relatie is tussen gezondheid en werk en wat zij van zorgverleners mogen verwachten rondom het thema werk en welke vragen zij kunnen stellen.

Informeer patiënten dat zij bij samen beslissen met hun behandelaar over de behandelkeuze, het effect van de behandelopties op werk bij de keuze kunnen betrekken.

Informeer patiënten over waarvoor zij terecht kunnen bij zorgprofessionals en waarvoor bij arbo-professionals (wie doet wat kaart).

Informeer patiënten dat voor overleg en uitwisseling van informatie tussen BIG-geregistreerde professionals over een patiënt, bijvoorbeeld een medisch specialist en een bedrijfsarts, gerichte schriftelijke toestemming van de patiënt nodig is. De te vragen schriftelijke machtiging van de patiënt heeft betrekking op de naam van de professional, het doel, de onderwerpen/vragen die besproken gaan worden en welke informatie er gedeeld mag worden.

Informeer patiënten dat het behandelteam medische informatie buiten het behandelteam alleen mag delen met BIG-geregistreerde professionals.

Informeer patiënten dat zij kunnen beslissen om **zelf** informatie te delen met niet-BIG geregistreerde professionals, zoals een maatschappelijk werker, maar dat zij dan verifiëren of het gaat om een deskundige die een beroepsgeheim heeft.

Startpagina en algemene inleiding

Waar gaat deze module over?

Deze module geeft alle medisch specialistische, klinische zorgverleners (beperkte) handvatten om naar eigen inzicht en mogelijkheden een rol te spelen op het vlak van arbeidsparticipatie, voor zover zij die handvatten niet al hadden via ziekte-specifieke richtlijnen of op basis van hun specialisme. Centraal in deze module staat het gezamenlijk streven naar gezonde en duurzame arbeidsparticipatie, door arbeid als behandeldoel te integreren in de gebruikelijke zorg. Daartoe zijn er aanbevelingen over:

- Binnen het klinisch domein rekening houden en bespreken met de patiënt welke gevolgen de ziekte en behandelopties kunnen hebben voor werken;
- Het identificeren van patiënten die hulp nodig hebben;
- Arbocuratieve samenwerking en afstemming, oftewel samenwerking en afstemming tussen bedrijfsartsen en medisch specialisten;
- Tegemoet komen aan lacunes met betrekking tot zorg op het gebied van arbeid in het huidige zorgsysteem;
- In kaart brengen van wensen voor de toekomst.

Deze module bestaat uit de volgende submodules:

- Algemene bepaling van arbeidsgerichte zorg Arbeid in de spreekkamer
- Organisatie van arbeidsgerichte zorg

Aanleiding

Werk en inkomen zijn voor patiënten met een chronische aandoening belangrijk (Vooijs 2018). Er is behoefte aan ondersteuning en begeleiding als onderdeel van de reguliere, medisch specialistische zorg (Kluit 2024). Voor een aanzienlijk deel van de patiënten is de behandeling pas echt geslaagd als die resulteert in en bijdraagt aan zo goed mogelijk behouden van maatschappelijke participatie en met name behoud van werk en inkomen (Oosting 2023).

De klinisch medisch specialist kan een belangrijke rol spelen in het zorgtraject in relatie tot het werk wat iemand doet en door samen met de patiënt te streven naar de best mogelijke uitkomst op het vlak van arbeidsparticipatie (arbeid als uitkomstmaat).

In enkele recente medisch specialistische richtlijnen wordt er aandacht besteed aan (arbeids)participatie, zoals in de richtlijnen Conservatieve behandeling van artrose in heup of knie (2018), Ziekte van Parkinson (2020) en MS (2021). In de richtlijnen Reumatoïde artritis en arbeidsparticipatie (2015) en Niet-aangeboren hersenletsel en werk (2021) is het zelfs de focus van de richtlijn. In enkele oudere richtlijnen zoals Urine-incontinentie (UI) bij vrouwen (2011), Contacteczeem (2013), Depressie (2013), Hartrevalidatie (2011) en Osteoporose (2011) komt het onderwerp ook aan bod. In het merendeel van de recente richtlijnen wordt het onderwerp echter in zijn geheel niet aangesneden, terwijl dit wel zou moeten volgens het KKCZ (Kennisbeleid, Kwaliteit Curatieve Zorg)-programma (ZonMw, 2006-2011), dat als voorwaarde voor financiering van multidisciplinaire richtlijnen stelde, dat in elke nieuwe multidisciplinaire richtlijn aandacht moet zijn voor het maatschappelijk functioneren, waaronder arbeid. In de richtlijn voor richtlijnen (Medisch Specialistische Richtlijnen 2.0, 2012) wordt onder andere opgemerkt dat uitkomstmaten op het gebied van (maatschappelijk) functioneren (waaronder arbeid), multi- en comorbiditeit, en kwaliteit van leven extra aandacht verdienen. Ook vanuit beleidsperspectief zijn er zowel in Nederland als

internationaal nadrukkelijke aanbevelingen voor de praktijk over arbeidsparticipatie in de curatieve zorg (KNMG 2017; WHO 2014).

Richtlijnwerkgroepen erkennen in het algemeen wel de relevantie van het onderwerp, maar wanneer zij onderwerpen moeten prioriteren om uit te werken in modules of te updaten, dan krijgen andere vraagstukken de voorkeur. Arbeid is daarom niet structureel geborgd in alle relevante medisch specialistische richtlijnen, terwijl dit wel zou moeten.

Deze generieke module Arbeidsparticipatie is bestemd:

1. voor medisch specialistische zorg in de spreekkamer, nu en in de toekomst;
2. als een blauwdruk voor aanbevelingen over arbeid als behandeldoel in een (nieuw te ontwikkelen of te updaten) ziektespecifieke richtlijn. (Cluster)Werkgroepen kunnen namelijk eenvoudig (aanbevelingen uit) deze module inpassen in de clusters of richtlijnen waarvoor dit relevant is of vanuit relevante modules naar deze generieke richtlijn verwijzen. Dit past bijzonder goed bij de modulaire opbouw en het onderhoud van de richtlijnen op de richtlijndatabase: het idee dat voor elke aandoening opnieuw een volledig nieuwe module over arbeidsparticipatie moet worden gemaakt en onderhouden, vervalt. Er is één generieke module arbeidsparticipatie en die dient als basis. In de toekomst wordt deze onderhouden, zodat aanbevelingen over arbeidsparticipatie up-to-date zijn en blijven.

Doel en afbakening

Het doel van deze module is de kwaliteit van de medisch specialistische zorgverlening voor werkenden te verbeteren. De module moet eraan bijdragen dat:

- Werken, net als leefstijl of aspecten van gezondheid gerelateerd kwaliteit van leven, aandacht krijgt binnen de medische specialistische zorg;
- Dit onderwerp een plaats kan krijgen in Samen Beslissen (gedeelde besluitvorming);
- Werken onderdeel wordt van gepersonaliseerde zorg;
- De samenwerking tussen de medisch specialisten in het domein arbeid en gezondheid en de medisch specialisten in de klinische zorg verbeterd wordt.
- Er (meer) aandacht voor arbeid komt binnen medisch specialistische opleidingen.

Deze module richt zich op de zorg voor werk(zoek)ende/studerende patiënten met 'arbeidsrelevante' aandoeningen. Waar we in deze module de aanduiding 'patiënt' gebruiken, wordt bedoeld een werk(zoek)ende patiënt of een patiënt die nog in opleiding is.

In deze module 'Arbeidsparticipatie' wordt niet uitgebreid ingegaan op ziekte als gevolg van arbeid. In de toekomst zal gekeken moeten worden of en hoe dit onderwerp een plaats kan krijgen in ziektespecifieke, medisch specialistische richtlijnen.

Voor wie is deze module bedoeld?

Deze module is primair bestemd voor iedereen werkzaam in de medisch specialistische zorg (medisch specialisten, medisch specialisten (niet) in opleiding, verpleegkundig specialisten, physician assistants, en anderen) die betrokken is bij de zorg voor patiënten bij wie werk een rol speelt en die geen concrete of specifieke informatie over arbeidsparticipatie in de voor hen relevante, ziektespecifieke richtlijnen vinden .

Deze module is ook informatief voor zorgverleners binnen medisch specialistische teams, zoals medisch, bedrijfs- of algemeen, maatschappelijk werkers en medisch specialisten en verpleegkundigen in het sociaal medisch domein, zoals bedrijfsartsen, verzekeringsartsen en arbo- en sociaal-medisch verpleegkundigen.

Verder bevat de module ook aanbevelingen voor beleidsmakers die arbeid willen integreren in de bestaande klinische zorg.

Voor patiënten

Het onderwerp van deze module is werk. Onderstaande bronnen zijn bedoeld voor patiënten:

Thuisartsinformatie over begeleiding door de bedrijfsarts.

<https://www.thuisarts.nl/begeleiding-van-bedrijfsarts>

Thuisartsinformatie over wat de bedrijfsarts kan doen.

<https://www.thuisarts.nl/begeleiding-van-bedrijfsarts/ik-ben-ziek-wat-kan-bedrijfsarts-voor-mij-doen>

Centraal informatiepunt Chronisch ziek en werk (CIP).

<https://www.patiëntenfederatie.nl/over-de-zorg/werken-met-chronische-ziekte>

UWV (wet- en regelgeving, procesgang Poortwachter en rechten/plichten van werknemer en werkgever, nieuw werk vinden).

<https://www.uwv.nl/particulieren/index.aspx>

<https://www.werk.nl/werkzoekenden/>

Hoe is de module tot stand gekomen?

Deze module is ontwikkeld door klinisch medisch specialisten, bedrijfsartsen, verzekeringsartsen, andere zorgprofessionals op het gebied van arbeid & gezondheid en de Patiëntenfederatie Nederland in samenwerking met haar leden.

Toepassen

Na de commentaarfase zal de werkgroep instrumenten ontwikkelen gericht op het toepassen van deze module, zoals:

- *Een overzicht van Wie-doet-wat, met o.a. aanvullingen over:*
 - *Revalidatieartsen*
 - *(Bedrijfs)fysiotherapeuten*
 - *Ergotherapeuten*
 - *Medisch maatschappelijk werk*
 - *En andere relevante zorgprofessionals in het domein arbeid en gezondheid.*
- *Stroomdiagram*
- *Infographic*
- *Powerpoint presentatie*
- *E-learning incl. enkele casussen*

Status van de module

De module is actueel.

Referenties

Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) (2017).

KNMG-visiedocument Zorg die werkt.

Kluit L, de Wind A, Oosting IJ, van Velzen JM, Beumer A, Sluman MA, van Bennekom CAM, de Boer AGEM. Current practices, needs, and expectations of discussing work with a medical specialist from a patient's perspective: a qualitative study. *Disabil Rehabil.* 2024 Jan;46(1):115-128. doi: 10.1080/09638288.2022.2157500. Epub 2022 Dec 23. PMID: 36564948.

Medisch Specialistische Richtlijnen 2.0 (2012). Adviescommissie Richtlijnen van de Raad Kwaliteit. http://richtlijndatabase.nl/over_deze_site/over_richtlijnontwikkeling.html

Oosting IJ, Kluit L, Schaafsma FG, Beumer A, van Bennekom CAM, de Boer AGEM, de Wind A. Patients' Experiences, Needs, and Expectations of Cooperation Between Medical Specialists and Occupational Health Physicians: A Qualitative Study. *J Occup Environ Med.* 2023 Jun 1;65(6):e395-e401. doi: 10.1097/JOM.0000000000002833. Epub 2023 Mar 7. PMID: 36882873; PMCID: PMC10227924.

Vooijs M, Leensen MCJ, Hoving JL, Wind H, Frings-Dresen MHW, Value of work for employees with a chronic disease, *Occupational Medicine*, Volume 68, Issue 1, January 2018, Pages 26–31, <https://doi.org/10.1093/occmed/kqx178>

World Health Organization 2014. WHO calls for scaling up of workers' health coverage. <https://www.who.int/news/item/27-04-2014-who-calls-for-scaling-up-of-workers-health-coverage>

Verantwoording

Autorisatie en geldigheid

Autorisatiedatum:	[datum volgt]
Eerstvolgende beoordeling actualiteit	[datum volgt]
Geautoriseerd door:	[volgt]
Belangrijkste wijzigingen t.o.v. vorige versie:	N.v.t.
Herbevestiging:	[datum] [onderbouwing waarom module niet herzien is]
Regiehouder(s):	NOV

Algemene gegevens

De ontwikkeling van deze richtlijnmodule werd ondersteund door het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten (www.demedischspecialist.nl/kennisinstituut) en werd gefinancierd uit de Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS) en het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid via de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB). Patiëntenparticipatie bij deze richtlijnmodule werd medegefinancierd uit de Stichting Kwaliteitsgelden Patiënten Consumenten (SKPC). De financier heeft geen enkele invloed gehad op de inhoud van de richtlijnmodule.

Samenstelling projectgroep

Voor het ontwikkelen van de richtlijnmodule is in 2022 een multidisciplinaire werkgroep en klankbordgroep ingesteld, bestaande uit vertegenwoordigers van geïnteresseerde specialismen (zie hiervoor de Samenstelling van de werkgroep en klankbordgroep) die betrokken zijn bij de behandeling en nazorg voor patiënten in de werkzame leeftijd en patiëntenorganisaties.

Adhesie

Bij aanvang van het ontwikkelingstraject hebben de volgende beroepsverenigingen hun steun gegeven voor dit project, maar zijn niet vertegenwoordigd in de werkgroep of klankbordgroep:

- Nederlands Huisartsen Genootschap
- Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie
- Nederlandse Vereniging voor Cardiologie
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
- Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie en Oncologie
- Nederlandse Vereniging voor Urologie

Belangenverklaringen

De Code ter voorkoming van oneigenlijke beïnvloeding door belangenverstrengeling is gevolgd. Alle werkgroepleden hebben schriftelijk verklaard of zij in de laatste drie jaar directe financiële belangen (betrekking bij een commercieel bedrijf, persoonlijke financiële belangen, onderzoeksfinanciering) of indirecte belangen (persoonlijke relaties, reputatiemanagement) hebben gehad. Gedurende de ontwikkeling of herziening van een module worden wijzigingen in belangen aan de voorzitter doorgegeven. De belangenverklaring wordt opnieuw bevestigd tijdens de commentaarfase.

Een overzicht van de belangen van werkgroepleden en het oordeel over het omgaan met eventuele belangen vindt u in onderstaande tabel. De ondertekende belangenverklaringen zijn op te vragen bij het secretariaat van het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten.

Achternaam werkgroep lid	Hoofdfunctie	Nevenwerkzaamheden	Persoonlijke financiële belangen	Persoonlijk ke relaties	Extern gefinancierd onderzoek	Intellectuele belangen en reputatie	Overige belangen	Getekend op	Actie/restrictie
Berkhout	Themacoördinator Werk bij de Oogvereniging	Niet van toepassing	Nee	Nee	Niet van toepassing	Niet van toepassing	Niet van toepassing	19-10-2022	Geen
Beumer	* 80% Orthopedisch en Handchirurg, Vakgroep Orthopedie Amphia Ziekenhuis * Opleider Orthopedie, Amphia Ziekenhuis * 20% Assoc prof, werkgerelateerde zorg, Coronel Instituut, AUMC	* Bestuurslid Handpols Werkgroep Nederlandse Orthopeden Vereniging (NOV) * Bestuurslid Dutch Orthopedic Ladies Society * Oprichter werkgroep Orthopedie en Arbeid (NOV) * Lid van International Commission on Occupational Health (ICOH) * Lid scientific committee Musculoskeletal Disorders ICOH	Geen	Neen	Geen	Neen	Neen	1-9-2022	Geen
Boonen	Hoogleraar reumatologie in het Maastricht Universitair Medisch Centrum+ (MUMC+)	Eénmalige deelnames aan Advisory Board voor Galapagos, Pfizer en Abbvie. Honoraria betaald aan de afdeling reumatologie	Nee	Nee	Abbvie, ReumaNederland, Hy2Care, Vlaams Instituut voor Biotechnologie.	Geen	Ik doe onderzoek naar arbeid en effectiviteit van diverse interventies op arbeidsparticipatie als uitkomst. Op basis van deze bevindingen ontwikkel en test ik nu arbeidsgerichte zorg in de medisch specialistische praktijk.	28-3-2023	Geen: - commercieel gesponsord onderzoek niet relevant voor deze generieke richtlijnmodule. - geen actie vanwege het doen van onderzoek op dit onderwerp.

Dona	<ul style="list-style-type: none"> • Bedrijfsarts en klinisch arbeidsgeneeskundige, Radboudumc 0,9 fte. • Docent bij de SGBO bij de afdeling ELG van het Radboudumc, 0,1 fte. 	Eigenaar DELEN ABC, dit betreft een onderwijs voor met name casemanagers in opleiding bij CS Opleidingen.	geen	nee	Janssen Cilag (ondersteuning bij ontwikkeling arbeidsgerichte zorg in het kader van strategische alliantie tussen RU-Radboudumc-Janssen Cilag. Ondersteuning is in kind en betreft ontwikkeling zorg en niet het onderzoek daarvan)	Principal Clinician van het Radboudumc (benoeming op basis van bewezen zorgvernieuwing), Daarmee heb ik een belang dat onze koploperspositie op het gebied van arbeidsgerichte zorg gewaarborgd blijft.	geen	28-3-2023	Geen. Er zijn voldoende werkgroepleden die deelnemen aan de besluitvorming zonder vergelijkbare belangen.
Fakkert	Verzekeringsarts in opleiding, UWV	* Bestuurslid A(N)IOS netwerk verzekeringsgeneeskunde, UWV, in werktijd* Commissie wetenschap NVVG, onbetaald* Academische werkplaats Utrecht - Flevoland, UWV - onbetaald	Dienstverband bij UWV	Niet van toepassing	Niet van toepassing. In 2018 gestopt met onderzoek. Gefinancierd door AstraZeneca	Niet van toepassing	Niet van toepassing	8-4-2022	Geen
Fransz	Functie: Informatiemanager Werkgever: De Goudse Verzekeringen Omvang: 30 uur per week	Functie: Patiënt Advocate Organisatie: Nationale Vereniging ReumaZorg Nederland Onbetaald vrijwilligerswerk	Geen	Nee	Ik word als consultant/patiënt vertegenwoordiger betrokken bij onderzoeken. - Lid van de begeleidingscommissie van programma De Werkende Centraal (De chronisch zieke -	Nee	Nee	22-3-2022	Geen

					De Werkende Centraal) van de VU, AMC en UMCG. - Patientvertegenwoordiger bij project PGO on Air van de Patiëntenfederatie				
Horikx	* Zelfstandig gevestigd psycholoog Arbeid en Gezondheid te Eindhoven (0,6) * Gedragwetenschappelijk medewerker VOHA, RadboudUMC (0,4)	* Psychologische begeleiding, betaald * Geven van workshops, betaald * Onderwijs en begeleiden inbrengendes, betaald	Geen	Voor zover ik weet, niet	-	Het zou mooi zijn als werk meer aandacht krijgt bij de medische specialisten, maar ik zie geen gewin voor mezelf	-	28-4-2022	Geen
Jansen	Beleidsmedewerker Steungroep ME en Arbeidsongeschiktheid (onbezoldigd)	Lid programmacommissie biomedisch onderzoeksprogramma ME/CVS ZonMW (vacatiegeld)	Geen	Ik behartig de belangen van mensen met ME/CVS op het gebied van maatschappelijke participatie. Daarbij werk ik met een aantal van hen samen en ken ik velen persoonlijk. Zij	VWS - Onderzoeksprogramma ME/CVS ZonMW. Als lid van de programmacommissie doe ik zelf geen onderzoek, maar beoordeel ik subsidieaanvragen	Mijn unieke expertise bestaat uit ervaringsdeskundigheid vanuit patiëntenperspectief op het gebied van leven met arbeidsongeschiktheid en beoordeling van belastbaarheid, beperkingen en functionele mogelijkheden, in het	Nee	24-3-2022	Geen

				<p>kunnen baat hebben bij een richtlijnmo- dule arbeidspar- ticipatie voor medisch specialiste- n met aanbevelin- gen die ook voor hun situatie tot betere zorg kunnen leiden.</p>	<p>algemeen en bij ME/CVS in het bijzonder (niet alle 'algemene inzichten' zijn geldig voor op alle patiëntengro- epen en individuen). Mogelijkheid en tot 'vermarkten' zie ik niet. Ik weet niet of ik als boegbeeld van de patiëntenorg- anisatie Steungroep ME en Arbeidsonges- chiktheid gezien word. Mocht dat zo zijn, dan is dat omdat ik mij daarmee al vele jaren op verschillende manieren inzet voor de belangen van mensen met ME/CVS, primair op het gebied van</p>		
--	--	--	--	--	--	--	--

						maatschappelijke participatie (opleiding, werk, inkomen), maar ook op het gebied van onderzoek (onderzoeksa genda en - programma ME/ CVS) en zorg (ontwikkeling nieuwe richtlijn ME/ CVS).			
Kanselaar	Verpleegkundig specialist, neurovasculaire aandoeningen Radboudumc Verpleegkundig programmaleider neurovasculaire aandoeningen Radboudumc	* V&VN Bestuurslid en lid landelijke netwerkgroep vasculaire neurologie (onbetaald) * Gastdocent bijscholing en master neurorevalidatie (betaald)	nee	nee	ZonMW/IJOJP	nee	nee	27-03-2023	Geen
van den Meerendonk	Internist, arts in opleiding tot bedrijfsarts bij VDM Medisch Consult	* lid commissie Richtlijn Ontwikkeling en Wetenschap CROW van de NVAB * lid werkgroep Stoffengerelateerde Beroepsziekten NVAB	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen	26-3-2023	Geen
Oehlers-Wetzel	Bedrijfsarts bij Laboritas/Vaardigwerk	Niet van toepassing	Niet van toepassing	Nee	Niet van toepassing	Geen	Nee	20-4-2022	Geen

Otto	* Trauma- en algemeen chirurg, Dijklander ziekenhuis, Hoorn. *Part-time arboarts, Dokter Jones arbodienst, Houten tot 1 maart 2023	* ATLS instructeur, onkostenvergoeding * HMIMS instructeur, onkostenvergoeding	Neen	Neen	Niet van toepassing	Geen	Geen	26-3-2023	Geen
Reneman	* Hoogleraar revalidatie UMCG * Fysiotherapeut UMCG * Arbeidsconsulent UMCG	* Advisory member Fit for Work Netherlands * Co-chair Pain Alliance in the Netherlands (PA!N), IASP Chapter * Counsellor European Pain Federation EFIC on behalf of Pain alliance Netherlands * Member Scientific Program Committee IASP World Congress 2022 Toronto * Co-chair IASP Presidential Taks Force - Intefration ICF and ICD in Pain Medicine * Chair EFIC Taskforce - Definition Multimodal Pain Intervention * Member IASP Taskforce - Definition Interdisciplinary Interventions Alle nevenfuncties zijn onbetaald	Werkzaam in het veld van Arbeidsrevalidatie (dienstverband UMCG). Energetic Headset. International Patent Application No. PCT/NL2020/050492. Geen financieel belang.	Nee	* ZonMw - Perioperatief multidisciplinair zorgpad voor snellere re-integratie bij werkenden die een knieprothese krijgen - 2e promotor * NWO - Machine learning bij preventief medisch onderzoek gericht op duurzame inzetbaarheid - 1e promotor * Hanzehogeschool - Pijnonderwijs studenten fysiotherapie - 1e promotor * Reumafonds en MD/PhD (RuG) - Evaluation of chronic pain in patiënts with axial spondyloarthritis; beyond inflammation - 2e promotor * Revalidatiecentrum heliomare -	Arbeidsrevalidatie medisch specialistische revalidatie	-	23-3-2022	Geen

					Quality improvement of vocational rehabilitation of workers with chronic musculoskeletal pain - 1e promotor				
Rustemeyer	Medisch specialist (dermatoloog) en hoogleraar, Amsterdam UMC	Docent NSPOH	Nee	Nee	* Ypsomed - Huidreacties door insuline devices - Projectleider * Atos medical - Huidreacties door stomapleisters - Projectleider * Leo Pharma - Handeczeembehandeling mte lokale JAK (DELTA2 en DELTA3) - Projectleider * Novartis - Urticaria - Projectleider	Nee	Niet van toepassing	21-3-2022	Geen, deze studies hebben geen raakvlak met deze generieke module over Arbeidsparticipatie .
Schaafsma	* Bedrijfsarts en Hoofd Polikliniek Mens & Arbeid, Amsterdam UMC * Bijzonder Hoogleraar NVAB	Plaatsvervangend lid SER Commissie Klachtenafhandeling Aanstellingskeuringen; vacatiegelden	Werkzaam en hoofd bij de Polikliniek Mens & Arbeid; deze poli richt zich op de klinische arbeidsgeneeskunde met name ten aanzien van de diagnostiek van complexe beroepsziekten, maar ook in het adviseren aan de bedrijfsarts bij complexe medische aandoeningen. Voor beide onderwerpen	Nee	* ZonMw - Ontwikkeling MKB re-integratie tool ter ondersteuning van werkgevers in de begeleiding van verzuim - Geen projectleider * ZonMW - BAR instrument doorontwikkeling (samenwerking bedrijfsarts, verzekeringsarts, arbeidsdeskundige bij de re-integratie)	Nee	Nee	22-3-2022	Geen

		<p>wordt nauw samengewerkt met medisch specialisten binnen een Academisch ziekenhuis. Deze poli is voor een deel afhankelijk van werkgevers die willen betalen voor deze diagnostiek en advies.</p>	<p>- Geen projectleider * ZonMw - Don't be late; ondersteunen van mensen met ms bij behoud van werk - Projectleider * UWV - Voorspellen terugkeer naar werk bij mensen met SOLK - Projectleider * ZonMw - Grip op Gezondheid; ondersteuning behoud van werk bij mensen met lagere sociaal economische positie - Projectleider * ZonMw - Samenwerken bij de ondersteuning voor behoud van werk bij mensen met lagere sociaal economische positie - Projectleider * SZW - Oprichten data-infrastructuur binnen een Academische Werkplaats Arbeid en Gezondheid - Projectleider * SZW - Ontwikkeling BAR</p>			
--	--	---	---	--	--	--

					<p>instrument en leidraad samenwerking bedrijfsarts, verzekeringsarts, arbeidsdeskundige bij de re-integratie)</p> <p>- Projectleider</p> <p>* Instituut GAK - Behoud van werk bij mensen met een chronische ziekte. wat is de rol van de sociaal geneeskundige - Geen projectleider</p> <p>* UWV - Implementatie van IPS bij mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen - Projectleider</p> <p>* UWV - Verbetering prognose inschatting voor functioneren door verzekeringsartsen - Geen projectleider</p> <p>* UWV - Verbetering ondersteuning bij vangnetters met psychische problemen - Geen projectleider</p>				
Senden	Bedrijfsarts/ klinisch arbeidsgeneeskundige	Voorzitter Cie. Richtlijn Ontwikkeling en	Geen	Niet van toepassing	Ik ben niet betrokken bij extern	Ik ben mede ontwikkelaar van het	Niet van toepassing	22-3-2022	Geen, genoemde activiteiten zijn niet relevant voor

	Radboud Universiteit/ Radboudumc	Wetenschap NVAB (onbetaald)			gefinancierd onderzoek. Wel is er sprake van extern gefinancierde steun voor de (door)ontwikkeling van onze zorginnovatie, maar daarover kon ik niets kwijt. Het betreft financiering door een aantal farmaceutische bedrijven voor bijvoorbeeld de ontwikkeling van scholing voor zorgprofessionals, ontwikkeling van uitkomstparameters en gebruik van netwerkcontacten e.d.	ontwikkelde en in een aantal zorgpaden geïmplementeerde en verder uit te rollen zorgmodel waarbij arbeidsparticipatie als behandeldoel geïntegreerd wordt in zorgpaden voor patiënten met chronische aandoeningen. Tot mijn taken behoort het kwartiermakerschap voor klinisch-arbeidsgeneeskundige zorg als zorginnovatie in het Radboudumc en in regionale domeinoversijgende netwerken.			deze generieke richtlijnmodule.
Tuladhar	Neuroloog, Radboudumc	Voorzitter ROAZ focusgroep acute	Geen	Geen	* Hartstichting - Life after ischemic	Geen	Geen	6-9-2022	Geen

		neurologie, Acute Zorgregio Oost			stroke in young adults - Projectleider * ZonMw - COVID-19 and ischemic stroke - How to tame a dozing monster - Geen projectleider * ZonMw - Samenwerken aan werk - Geen projectleider				
Veen, van der	* Tot 1 mei Medisch Maatschappelijk werker Meander Medisch Centrum Amersfoort * Per 1 mei in dienst bij Bartimeus als Casemanager te Zeist		Niet van toepassing	Er zijn geen mensen in mijn omgeving die baat kunnen hebben bij uitkomsten van de werkgroep	Niet van toepassing	Niet van toepassing	Nee	22-3-2022	Geen
Verheijen	* Longarts Nederlands Kenniscentrum Arbeid en Longaandoeningen (NKAL) (0.6 fte)	Geen	Het NKAL richt zich vooral op longaandoeningen die ontstaan zijn door omstandigheden in de werksituatie (niet op reïntegratie en arbeidsparticipatie). Ik verwacht daarom geen voordeel	Nee	-	Het NKAL richt zich vooral op longaandoeningen die ontstaan zijn door omstandigheden in de werksituatie (niet op reïntegratie en arbeidsparticipatie). Ik verwacht	Nee	22-3-2022	Geen

						daarom geen voordeel			
Visser	Werkgroeplid. Specialisme: Belangenbehartiging / Ervaringsdeskundige Werkzaam bij: Actief vrijwilliger bij de Vereniging van Mensen met Brandwonden	Werkzaam bij: Actief vrijwilliger bij de Vereniging van Mensen met Brandwonden - onbetaald Belangenbehartiger Vereniging van Mensen met Brandwonden bij: * ANKO, toetsingscommissielid haarwerken, 4 x per jaar * SEMH, Raad van Advies lid sectie haarwerken, 2x per jaar Vergoeding - vacatievergoeding	Niet van toepassing	Niet van toepassing	Niet van toepassing	Ik heb geen boegbeeldfu nctie bij de Vereniging van Mensen met Brandwonde n. Ik ben belangenbeh artiger en ervaringsdes kundige. Dus niet van toepassing	Nee	22-3-2022	Geen
Willegen, van	Belangenbehartiger 'Goed leven met kanker' - Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisa ties (NFK)	Geen	Geen	Nee	Niet van toepassing	Niet van toepassingRo l wordt ingenomen vanuit de functie van belangenbeh artiger bij de Nederlandse Federatie van Kankerpatiën tenorganisati es. Inhoudelijke motivatie deelname project t.b.v. de doelgroep/ac	Nee	18-8-2022	Geen

						h terban; geen andere overwegingen			
Wijnands	Verzekeringsarts in taakdelegatie UWV SMZ	* Bestuurslid Academisch Kenniscentrum Zuid-Oost Nederland (AKAG-ZON) - onbetaald* Bestuurslid Academische werkplek Limburg (onbetaald)* Bestuurslid NVVG wetenschapscommissie (onbetaald)* Honorairlid vakgroep Sociale Geneeskunde Universiteit van Maastricht (onbetaald)* Universitair gastdocent Sociale Geneeskunde Universiteit (onbetaald)	Dienstverband bij UWV	Nee	* UWV - Positieve gezondheid, arbeidsparticipatie bij chronische MDL-patiënten - Co-promotor* UWV - Arbeidsparticipatie na (multi)trauma - Co-promotor* UWV - Arbeidsparticipatie en arbeidsongeschiktheid na orthopedische implantaten - Co-promotor* UWV - Arbeidsparticipatie en reïntegratie na COVID-19 - Co-promotor	Nee	Nee	4-4-2022	Geen
Winter, de	Bedrijfsarts/ Toegevoegd Sportarts, full time functie Human Capital Care arbo dienst Den Haag	Consultant Koninklijke Nederlandse Tennis Bond (KNLTB) ad hoc, betaald	Geen	Geen	Niet van toepassing	Geen	Geen	23-3-2022	Geen
Leeuw, de - Zaanen, van	* Voorzitter Ned. Ver. voor Bedrijfs- en arbeidsfysiotherapeuten (NVBF, aangesloten bij KNGF), deeltijd en onkostenvergoeding.* Vice-president International Federation of Physical Therapists working in Occupational	Zie blokje Hoofd functie	Als voorzitter van de NVBF ben ik vertegenwoordiger van de bedrijfs- en arbeidsfysiotherapeuten en zal verwijzing naar deze beroepsgroep inkomen voor de beroepsgroep	idem; belang als vertegenwoordiger NVBF.	-	idem; belang als vertegenwoordiger NVBF.	-	1-9-2022	Geen

	Health and Ergonomics (IFPTOHE, subgroup of World Physiotherapy), part time without payment.* Visiek Bedrijfsfysiotherapy en epidemiologie; deeltijd.* Promovenda Amsterdam UMC, Department of Public and Occupational Health, Klinische arbeidsgeneeskunde en beroepsziekten. Deeltijd, afrondende fase		genereren. Daar tegenover staat dat deze beroepsgroep een waardevolle bijdrage kan leveren voor de individuele patiënt middels het op elkaar afstemmen van individuele dan wel lokale belastbaarheid en arbeidsbelasting bij klachten aan het bewegingsapparaat.						
Zee, van	Senior Adviseur Patiëntbelang	Niet van toepassing	Geen	Geen	Niet van toepassing	Niet van toepassing	Niet van toepassing	13-10-2022	Geen

Gemelde belangen van de auteurs van de literatuuronderbouwing:

Achternaam werkgroeplid	Hoofdfunctie	Nevenwerkzaamheden	Persoonlijke financiële belangen	Persoonlijke relaties	Extern gefinancierd onderzoek	Intellectuele belangen en reputatie	Overige belangen	Getekend op	Actie/restrictie
Wind, de	Universitair docent arbeid en gezondheid bij Amsterdam UMC, afdeling Public & Occupational Health	Niet van toepassing	Niet van toepassing	Niet van toepassing		Niet van toepassing	Niet van toepassing	24-5-2022	Geen
Kluit	PhD Arbeidsgerichte Medische Zorg bij Amsterdam UMC, department of Public & Occupational Health	Niet van toepassing	Niet van toepassing	Niet van toepassing		Niet van toepassing	Niet van toepassing	24-5-2022	Geen
Boer, de	Hoogleraar, Amsterdam UMC	-	Geen	Nee	* KWF - IPS cancer survivors - Projectleider * Instituut GAK - PGAP project - Projectleider * ZonMW - NAH IPS - Projectleider	Geen	Nee	31-5-2022	Geen

<i>Achternaam werkgroep lid</i>	<i>Hoofdfunctie</i>	<i>Nevenwerkzaamheden</i>	<i>Persoonlijke financiële belangen</i>	<i>Persoonlijke relaties</i>	<i>Extern gefinancierd onderzoek</i>	<i>Intellectuele belangen en reputatie</i>	<i>Overige belangen</i>	<i>Getekend op</i>	<i>Actie/restrictie</i>
-------------------------------------	---------------------	---------------------------	---	----------------------------------	--	--	-----------------------------	--------------------	-------------------------

3-2-2023

Inbreng patiëntenperspectief

Er werd aandacht besteed aan het patiëntenperspectief door deelname van patiëntvertegenwoordigers aan een Invitational conference, een enquête onder patiënten en afgevaardigden van patiëntenvereniging in de werkgroep.

Resultaten zijn besproken in de werkgroep. De verkregen input is meegenomen bij het opstellen van de uitgangsvragen, de keuze voor de uitkomstmaten en bij het opstellen van de overwegingen. De conceptrichtlijnmodule is tevens voor commentaar voorgelegd aan patiëntenorganisaties en de eventueel aangeleverde commentaren zijn bekeken en verwerkt.

Wkkgz & Kwalitatieve raming van mogelijke substantiële financiële gevolgen

Bij de richtlijnmodule is conform de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) een kwalitatieve raming uitgevoerd of de aanbevelingen mogelijk leiden tot substantiële financiële gevolgen. De werkgroep realiseert zich dat de beschreven zorg (substantiële) financiële gevolgen met zich mee kan brengen en dat het buiten de scope van de richtlijn valt om hier een uitspraak over te doen. De werkgroep verwijst naar een reeds gestart initiatief (vanuit het Ministerie van Sport, Sociale Zaken en Werkgelegenheid en in samenwerking met het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport) dat onder andere deze financiële gevolgen in kaart moet brengen en de inrichting van arbeidsgerichte zorg in de huidige klinische (oncologische) zorg (naar aanleiding van de Motie van het lid Van Weyenberg 2020).

Werkwijze

AGREE

Deze richtlijnmodule is opgesteld conform de eisen vermeld in het rapport Medisch Specialistische Richtlijnen 2.0 van de adviescommissie Richtlijnen van de Raad Kwaliteit. Dit rapport is gebaseerd op het AGREE II instrument (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II; Brouwers, 2010).

Knelpuntenanalyse en uitgangsvragen

Tijdens de voorbereidende fase inventariseerde de werkgroep de knelpunten in de zorg voor patiënten die (willen) deelnemen aan arbeidsproces. Tevens zijn er knelpunten aangedragen door patiëntenorganisaties via een enquête en Invitational conference. Een verslag hiervan is opgenomen als bijlage.

Op basis van de uitkomsten van de knelpuntenanalyse zijn door de werkgroep concept-uitgangsvragen opgesteld en definitief vastgesteld.

Uitkomstmaten

Na het opstellen van de zoekvraag behorende bij de uitgangsvraag inventariseerde de werkgroep welke uitkomstmaten voor de patiënt relevant zijn, waarbij zowel naar gewenste als ongewenste effecten werd gekeken. Hierbij werd een maximum van acht uitkomstmaten gehanteerd. De werkgroep waardeerde deze uitkomstmaten volgens hun relatieve belang bij de besluitvorming rondom aanbevelingen, als cruciaal (kritiek voor de besluitvorming), belangrijk (maar niet cruciaal) en onbelangrijk. Tevens definieerde de werkgroep tenminste voor de cruciale uitkomstmaten welke verschillen zij klinisch (patiënt) relevant vonden.

Methode literatuursamenvatting

Een uitgebreide beschrijving van de strategie voor zoeken en selecteren van literatuur is te vinden in de bijlage "Literatuuronderbouwing".

Beoordelen van de kracht van het wetenschappelijke bewijs

De kracht van het wetenschappelijke bewijs werd bepaald volgens de GRADE-methode. GRADE staat voor 'Grading Recommendations Assessment, Development and Evaluation' (zie <http://www.gradeworkinggroup.org/>). De basisprincipes van de GRADE-methode zijn: het benoemen en prioriteren van de klinisch (patiënt) relevante uitkomstmaten, een systematische review per uitkomstmaat, en een beoordeling van de bewijskracht per uitkomstmaat op basis van de acht GRADE-domeinen (domeinen voor downgraden: risk of bias, inconsistentie, indirectheid, imprecisie, en publicatiebias; domeinen voor upgraden: dosis-effect relatie, groot effect, en residuele plausibele confounding).

GRADE onderscheidt vier gradaties voor de kwaliteit van het wetenschappelijk bewijs: hoog, redelijk, laag en zeer laag. Deze gradaties verwijzen naar de mate van zekerheid die er bestaat over de literatuurconclusie, in het bijzonder de mate van zekerheid dat de literatuurconclusie de aanbeveling adequaat ondersteunt (Schünemann, 2013; Hultcrantz, 2017).

GRADE	Definitie
Hoog	<ul style="list-style-type: none">er is hoge zekerheid dat het ware effect van behandeling dichtbij het geschatte effect van behandeling ligt;het is zeer onwaarschijnlijk dat de literatuurconclusie klinisch relevant verandert wanneer er resultaten van nieuw grootschalig onderzoek aan de literatuuranalyse worden toegevoegd.
Redelijk	<ul style="list-style-type: none">er is redelijke zekerheid dat het ware effect van behandeling dichtbij het geschatte effect van behandeling ligt;het is mogelijk dat de conclusie klinisch relevant verandert wanneer er resultaten van nieuw grootschalig onderzoek aan de literatuuranalyse worden toegevoegd.
Laag	<ul style="list-style-type: none">er is lage zekerheid dat het ware effect van behandeling dichtbij het geschatte effect van behandeling ligt;er is een reële kans dat de conclusie klinisch relevant verandert wanneer er resultaten van nieuw grootschalig onderzoek aan de literatuuranalyse worden toegevoegd.
Zeer laag	<ul style="list-style-type: none">er is zeer lage zekerheid dat het ware effect van behandeling dichtbij het geschatte effect van behandeling ligt;de literatuurconclusie is zeer onzeker.

Bij het beoordelen (graderen) van de kracht van het wetenschappelijk bewijs in richtlijnen volgens de GRADE-methode spelen grenzen voor klinische besluitvorming een belangrijke rol (Hultcrantz, 2017). Dit zijn de grenzen die bij overschrijding aanleiding zouden geven tot een aanpassing van de aanbeveling. Om de grenzen voor klinische besluitvorming te bepalen moeten alle relevante uitkomstmaten en overwegingen worden meegewogen. De grenzen voor klinische besluitvorming zijn daarmee niet één op één vergelijkbaar met het minimaal klinisch relevant verschil (Minimal Clinically Important Difference, MCID). Met name in situaties waarin een interventie geen belangrijke nadelen heeft en de kosten relatief laag zijn, kan de grens voor klinische besluitvorming met betrekking tot de effectiviteit van de interventie bij een lagere waarde (dichter bij het nuleffect) liggen dan de MCID (Hultcrantz, 2017).

Overwegingen (van bewijs naar aanbeveling)

Om te komen tot een aanbeveling zijn naast (de kwaliteit van) het wetenschappelijke bewijs ook andere aspecten belangrijk en worden meegewogen, zoals waarden en voorkeuren van patiënten, kosten (middelenbeslag), aanvaardbaarheid, haalbaarheid en implementatie. Deze aspecten zijn systematisch vermeld en beoordeeld (gewogen) onder het kopje

‘Overwegingen’ en kunnen (mede) gebaseerd zijn op expert opinion. Hierbij is gebruik gemaakt van een gestructureerd format gebaseerd op het evidence-to-decision framework van de internationale GRADE Working Group (Alonso-Coello, 2016a; Alonso-Coello 2016b). Dit evidence-to-decision framework is een integraal onderdeel van de GRADE-methodiek.

Formuleren van aanbevelingen

In de GRADE-methodiek wordt onderscheid gemaakt tussen sterke en zwakke (of conditionele) aanbevelingen. De sterkte van een aanbeveling verwijst naar de mate van zekerheid dat de voordelen van de interventie opwegen tegen de nadelen (of vice versa), gezien over het hele spectrum van patiënten waarvoor de aanbeveling is bedoeld. De sterkte van een aanbeveling heeft duidelijke implicaties voor patiënten, behandelaars en beleidsmakers (zie onderstaande tabel). Een aanbeveling is geen dictaat, zelfs een sterke aanbeveling gebaseerd op bewijs van hoge kwaliteit (GRADE gradering HOOG) zal niet altijd van toepassing zijn, onder alle mogelijke omstandigheden en voor elke individuele patiënt.

Implicaties van sterke en zwakke aanbevelingen voor verschillende richtlijngebruikers		
	<i>Sterke aanbeveling</i>	<i>Zwakke (conditionele) aanbeveling</i>
Voor patiënten	De meeste patiënten zouden de aanbevolen interventie of aanpak kiezen en slechts een klein aantal niet.	Een aanzienlijk deel van de patiënten zouden de aanbevolen interventie of aanpak kiezen, maar veel patiënten ook niet.
Voor behandelaars	De meeste patiënten zouden de aanbevolen interventie of aanpak moeten ontvangen.	Er zijn meerdere geschikte interventies of aanpakken. De patiënt moet worden ondersteund bij de keuze voor de interventie of aanpak die het beste aansluit bij zijn of haar waarden en voorkeuren.
Voor beleidsmakers	De aanbevolen interventie of aanpak kan worden gezien als standaardbeleid.	Beleidsbepaling vereist uitvoerige discussie met betrokkenheid van veel stakeholders. Er is een grotere kans op lokale beleidsverschillen.

Organisatie van zorg

In de knelpuntenanalyse en bij de ontwikkeling van de richtlijnmodule is expliciet aandacht geweest voor de organisatie van zorg: alle aspecten die randvoorwaardelijk zijn voor het verlenen van zorg (zoals coördinatie, communicatie, (financiële) middelen, mankracht en infrastructuur). Randvoorwaarden die relevant zijn voor het beantwoorden van deze specifieke uitgangsvraag zijn genoemd bij de overwegingen. Meer algemene, overkoepelende, of bijkomende aspecten van de organisatie van zorg worden behandeld in de module Organisatie van zorg. De bestaande financiële en organisatorische kaders belemmeren arbeidsgerichte zorg en daarom zijn er ook lacunes en toekomstwensen op dat gebied geformuleerd.

Commentaar- en autorisatiefase

De conceptringlijnmodule is aan de betrokken (wetenschappelijke) verenigingen, (patiënt) organisaties en relevante stakeholders voorgelegd ter commentaar. De commentaren werden verzameld en besproken met de werkgroep. Naar aanleiding van de commentaren werd de conceptringlijnmodule aangepast en definitief vastgesteld door de werkgroep. De definitieve richtlijnmodule werd aan de deelnemende (wetenschappelijke) verenigingen en (patiënt) organisaties voorgelegd voor autorisatie en door hen geautoriseerd dan wel geaccordeerd.

Literatuur

- Agoritsas T, Merglen A, Heen AF, Kristiansen A, Neumann I, Brito JP, Brignardello-Petersen R, Alexander PE, Rind DM, Vandvik PO, Guyatt GH. UpToDate adherence to GRADE criteria for strong recommendations: an analytical survey. *BMJ Open*. 2017 Nov 16;7(11):e018593. doi: 10.1136/bmjopen-2017-018593. PubMed PMID: 29150475; PubMed Central PMCID: PMC5701989.
- Alonso-Coello P, Schünemann HJ, Moberg J, Brignardello-Petersen R, Akl EA, Davoli M, Treweek S, Mustafa RA, Rada G, Rosenbaum S, Morelli A, Guyatt GH, Oxman AD; GRADE Working Group. GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks: a systematic and transparent approach to making well informed healthcare choices. 1: Introduction. *BMJ*. 2016 Jun 28;353:i2016. doi: 10.1136/bmj.i2016. PubMed PMID: 27353417.
- Alonso-Coello P, Oxman AD, Moberg J, Brignardello-Petersen R, Akl EA, Davoli M, Treweek S, Mustafa RA, Vandvik PO, Meerpohl J, Guyatt GH, Schünemann HJ; GRADE Working Group. GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks: a systematic and transparent approach to making well informed healthcare choices. 2: Clinical practice guidelines. *BMJ*. 2016 Jun 30;353:i2089. doi: 10.1136/bmj.i2089. PubMed PMID: 27365494.
- Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, Fervers B, Graham ID, Grimshaw J, Hanna SE, Littlejohns P, Makarski J, Zitzelsberger L; AGREE Next Steps Consortium. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *CMAJ*. 2010 Dec 14;182(18):E839-42. doi: 10.1503/cmaj.090449. Epub 2010 Jul 5. Review. PubMed PMID: 20603348; PubMed Central PMCID: PMC3001530.
- Hultcrantz M, Rind D, Akl EA, Treweek S, Mustafa RA, Iorio A, Alper BS, Meerpohl JJ, Murad MH, Ansari MT, Katikireddi SV, Östlund P, Tranæus S, Christensen R, Gartlehner G, Brozek J, Izcovich A, Schünemann H, Guyatt G. The GRADE Working Group clarifies the construct of certainty of evidence. *J Clin Epidemiol*. 2017 Jul;87:4-13. doi: 10.1016/j.jclinepi.2017.05.006. Epub 2017 May 18. PubMed PMID: 28529184; PubMed Central PMCID: PMC6542664.
- Medisch Specialistische Richtlijnen 2.0 (2012). Adviescommissie Richtlijnen van de Raad Kwaliteit. http://richtlijndatabase.nl/over_deze_site/over_richtlijnontwikkeling.html.
- Neumann I, Santesso N, Akl EA, Rind DM, Vandvik PO, Alonso-Coello P, Agoritsas T, Mustafa RA, Alexander PE, Schünemann H, Guyatt GH. A guide for health professionals to interpret and use recommendations in guidelines developed with the GRADE approach. *J Clin Epidemiol*. 2016 Apr;72:45-55. doi: 10.1016/j.jclinepi.2015.11.017. Epub 2016 Jan 6. Review. PubMed PMID: 26772609.
- Schünemann H, Brozek J, Guyatt G, et al. GRADE handbook for grading quality of evidence and strength of recommendations. Updated October 2013. The GRADE Working Group, 2013. Available from http://gdt.guidelinedevelopment.org/central_prod/design/client/handbook/handbook.html.
- Tweede Kamer. 2020. Motie van het lid Van Weyenberg c.s. over integreren van klinische arbeidsgeneeskundige zorg in de reguliere oncologische zorg. <https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/detail?id=2020Z22135&did=2020D47093>

Belangrijkste definities en begrippen

Definities

Medisch specialistische, klinische zorgverlener:

Zorgverlener in klinische setting, waaronder medisch specialist, medisch specialist (niet) in opleiding, verpleegkundig specialist en physician assistant.

Waar in de richtlijnmodule over “medisch specialist” gesproken wordt, worden alle medisch specialistische zorgverleners in de klinische setting bedoeld.

Medisch specialist arbeid/werk en gezondheid:

Bedrijfsarts, verzekeringsarts of een (basis)arts die werkt onder supervisie van een bedrijfs- of verzekeringsarts.

Nota Bene: Over de term arbo-arts is veel verwarring. Dit is geen geregistreerd beroep..

Waar in de richtlijnmodule over “bedrijfsarts” of “bedrijfsarts/verzekeringsarts” wordt gesproken, worden alle medisch specialistische zorgverleners op het gebied van werk en gezondheid bedoeld.

Begrippen

Arbeidsgerichte medische zorg:

De arbeidsgerichte medische zorg is in deze definitie de door of onder verantwoordelijkheid van artsen verleende preventieve, curatieve en begeleidende zorg voor werkenden, waarbij aandacht voor arbeidsparticipatie een essentieel onderdeel is. Deze definitie doet in geen enkel opzicht iets af aan het feit dat ook andere disciplines, zoals gezondheidspsychologen, arbeids- & gezondheidspsychologen, arbeids- & organisatiepsychologen, verpleegkundigen, fysiotherapeuten, ergotherapeuten, arbeidsdeskundigen, vanuit hun eigen verantwoordelijkheid zorg verlenen. Integendeel. Dit document beperkt zicht echter tot de arbeidsgerichte medische zorg die onder verantwoordelijkheid van artsen wordt geleverd. Het gaat daarbij om zowel curatieve als preventieve medische zorg die gerelateerd is aan arbeid, zowel gericht op het individu als op het collectief. Deze zorg is contextgericht en omvat de beoordeling van arbeidsgeschiktheid en diagnostiek, behandeling en begeleiding van werkenden met (een risico op) ziekten en aandoeningen die de arbeidsparticipatie negatief (kunnen) beïnvloeden. Dit kunnen zowel door de arbeid zelf veroorzaakte ziekten en aandoeningen zijn, de zogenoemde beroepsziekten/beroepsgebonden aandoeningen, als ziekten en aandoeningen die door andere oorzaken het verrichten van arbeid nu of in de toekomst kunnen bemoeilijken. Belangrijke onderdelen van arbeidsgerichte zorg worden tevens geleverd door arbo-professionals. Medische zorg wordt deels in samenwerking met deze professionals geleverd. Deze samenwerking is zonder meer relevant, maar valt buiten de scope van deze richtlijnmodule arbeidsparticipatie.

Voorbeeld: Een concrete invulling van arbeidsgerichte zorg, aandacht voor werk toegepast in de reguliere medisch specialistische zorg, is er o.a. voor mensen met knieartrose: <https://www.quintesse-online.nl/tijdschrift/editie/artikel/t/knieartrose-bij-werkenden-onder-de-knie-krijgen>

Sociaal-medisch domein

Het sociaal-medisch domein is het domein waarin medisch specialisten op het sociaal-medische vlak werkzaam zijn: bedrijfsartsen en verzekeringsartsen.

Afkortingen:

ICF: International Classification of. Functioning, Disability and. Health

Module 1 Algemene bepaling van arbeidsgerichte zorg

Uitgangsvraag

Waar bestaat goede medisch-specialistische zorg gericht op arbeidsparticipatie uit?

Inleiding

De module sluit aan bij de principes van passende zorg, onder andere gericht op meer aandacht voor bevordering van gezondheid, het voorkomen van (gevolgen van) ziekte en beperking (van stijging) van zorgkosten. Dat is zorg gebaseerd op stepped en matched care, die dichtbij de patiënt wordt georganiseerd, die gericht is op waarden van de patiënt en waarbij patiënt en zorgverlener samen beslissen. Zorg waarbij in netwerken wordt samengewerkt in interactie met de samenleving. Er is minder focus op ziekte en behandeling en meer aandacht voor gezondheid en wat iemand wel kan.

In order to facilitate international knowledge exchange, the following part of this guideline module is written in English.

Search and select

The working group used the following strategies for answering the clinical question:

- I. The working group consulted national and international guidelines.
- II. The working group used the results of a survey (Patiëntenfederatie, 2022, see appendix: *Het patiëntenperspectief*) and input from patient advocates in the working group to answer the following questions:
 1. How many patients want to discuss their work situation with their medical specialist? And when?
 2. What topics do patients want to discuss and with whom?
 3. What do patients expect? What advice do they find useful?
 4. What do patients experience as positive in clinical work-related care?

Search and select (Methods)

I. National and international medical guidelines

The databases Medline (via OVID) and Embase (via Embase.com) were searched with relevant search terms for medical guidelines and work participation in 2021. The detailed search strategy and in- and exclusion criteria can be requested at L. Kluit at the AmsterdamUMC.

In addition, the working group consulted Dutch multidisciplinary clinical guidelines in which an occupational physician or insurance physician had participated. Those guidelines were searched via the website of the Netherlands Society of Occupational Medicine (NVAB) and the Netherlands Society of Insurance Medicine (NIVG) in April 2022. This search resulted in 29 relevant guidelines. After reading the relevant recommendations of the guidelines, 9 guidelines were considered most relevant and applicable.

II. Survey among patients and input from patients advocates

Search methods not applicable. This survey consisted of a panel consultation using a digital questionnaire.

Results

I. National and international medical guidelines

The working group found some international guidelines on the subject of work in clinical care (such as the NICE guideline Workplace health: long-term sickness absence and capability to work, 2020; for more examples see Appendix) and has taken note of the content. On this basis, the working group has decided, due to the unique situation in the Netherlands, to limit to Dutch guidelines and consensus documents.

The following Dutch guidelines were considered the most relevant (i.e. contained generic or more generally applicable, practical recommendations):

- GGZ Leidraad Arbeid als medicijn (2017)
- Richtlijn Chronisch ziek en werk (2016)
- Richtlijn hartrevalidatie (2011)
- Richtlijn Lumbosacraal Radiculair Syndroom (2020)
- Richtlijn Lymeziekte, 2013
- Richtlijn Multiple Sclerose (2021)
- Richtlijn Niet-aangeboren hersenletsel en arbeid (2021)
- Richtlijn Reumatoïde artritis (2019)
- Reumatoïde artritis en participatie (in arbeid) (2015)
- Richtlijn Ziekte van Parkinson (2020)
- Zorgmodule Arbeid (CBO, 2014)

II. Survey among patients and input from patients advocates

All results can be found in the Appendix *Het patiëntenperspectief*.

Overwegingen

Rationale voor de aanbevelingen

De werkgroep heeft geconstateerd dat medisch specialisten in de tweede en derde lijn:

- in de spreekkamer de prioriteit leggen bij (de diagnostiek en behandeling van) de aandoening en minder ruimte kunnen geven aan het effect van de aandoening op functioneren (uitzonderingen daargelaten, zoals revalidatieartsen). Er is weinig tijd voor bredere (integrale) en ziekte-overstijgende onderwerpen;
- te maken hebben met een gebrek aan financieringsmogelijkheden van arbeidsgerichte zorg;
- te maken hebben met handelingsverlegenheid als reden waarom ze niet ‘naar werk vragen’;
- te maken hebben met het ontbreken van direct of indirect bewijs voor de effectiviteit van arbeidsgerichte zorg in de medisch specialistische setting;
- met het verbeteren van functioneren en arbeidsvermogen van patiënten belangrijke maatschappelijke impact kunnen hebben, in de zin van behoud van arbeidspotentieel in een tijd met grote tekorten;
- in het algemeen ervan uit kunnen gaan dat “goed” werk goed is voor gezondheid en welbevinden (Waddel en Burton, 2006). “Goed” werk sluit aan bij mogelijkheden van de werkende in relatie tot de aandoening of ziekte, onder goede arbeidsomstandigheden en binnen een veilige omgeving, zowel fysiek als mentaal;
- door te vragen naar werk en het signaleren van eventuele belemmeringen, voor werk een aanvullende bijdrage kunnen leveren bij de zorg voor werk(zoek)ende patiënten. Als onderdeel van aandacht voor kwaliteit van leven en positieve gezondheid (Bosma 2020; O’Hara 2019; Frank 2014).

De werkgroep is van mening dat de medisch specialist niet per definitie zelf uitgebreid werk hoeft te bespreken, maar dat andere teamleden daarvoor ingezet kunnen worden, denk bijvoorbeeld aan gespecialiseerde verpleegkundigen/ verpleegkundig specialisten, physician

assistants, arbeidsconsulent, maatschappelijk werkers en ergotherapeuten. Dit is gebruikelijk binnen de medisch specialistische zorg en ook in ziektespecifieke richtlijnen reeds beschreven. De werkgroep realiseert zich dat taakdelegatie en/of taakherschikking niet voor iedere medisch specialist mogelijk is, maar dat in dat geval het initiëren van arbeidsgerichte zorg op een basaal niveau een grote verbetering is ten opzichte van de meest gangbare, huidige praktijkvoering waarin arbeid vrijwel niet aan bod komt.

Ter bevordering van arbeidsgerichte zorg is het nodig dat zorgverleners in de medisch specialistische setting op de hoogte zijn van zorgverlening in het sociaal-medisch domein en vice versa. Structuren voor communicatie, verwijzing en coördinatie moeten duidelijker worden ingericht en meer bekendheid en vertrouwen krijgen. De inrichting en uitbouw van verwijsstructuren valt buiten het bestek van deze module.

Nationale richtlijnen en consensusdocumenten

In diverse nationale richtlijnen en consensusdocumenten wordt ingegaan op het verankeren van arbeid in de 2e en 3e lijns medisch-specialistische zorg. De werkgroep sluit aan bij onder andere de uitgangspunten geformuleerd in de GGZ-standaard Arbeid als medicijn (2020), het KNMG Visie document Zorg die Werkt (2017) en aanbevelingen in ziektespecifieke richtlijnen. De essentiële uitgangspunten zijn:

- De medisch specialist in de 2e of 3e lijn heeft een medisc taak ten aanzien van (dreigende) problemen in de tweezijdige relatie tussen arbeid en gezondheid. Arbeid kan immers mede de oorzaak zijn van ziekte. Omgekeerd kan werken het arbeidsproces en/of herstel van de klacht of aandoening ook bevorderen.
- Problematiek op het vlak van arbeid en gezondheid dient boven tafel te komen, omdat dit kan bijdragen aan het stellen van een adequate (volledige) diagnose, het instellen van de juiste behandeling en optimale werkhervatting of werkbehoud indien mogelijk.
- De zelfregie en zelfmanagement van de patiënt staan centraal. Stel vast wat de patiënt zelf wil en welke ondersteuning nodig is. Cognitieve problematiek of overschatting van eigen kunnen zouden dit proces kunnen belemmeren.

Onderzoek in Nederland – voorbeeld UMCG

In het UMCG is in de afgelopen jaren arbeidsgerichte zorg ontwikkeld voor mensen met een nierziekte, het BAAN project. BAAN (Bevorderen van duurzame Arbeidsparticipatie van werkende Nierpatiënten) is in nauwe samenwerking met patiënten, artsen, verpleegkundigen, maatschappelijk werkers en bedrijfs- en verzekeringsartsen en onderzoekers ontwikkeld. Het doel van BAAN is om duurzame arbeidsparticipatie van mensen met een chronische ziekte te bevorderen en daarmee de gezondheid (zowel fysiek, psychisch als sociaal) te behouden of te verbeteren. Daarnaast door de zorg zo in te richten dat het gesprek over werk een meer vanzelfsprekend onderdeel van de zorg wordt. Hiervoor zijn hulpmiddelen ontwikkeld en wordt een adviseur arbeid op de polikliniek ingezet. Arbeidsgerichte zorg zoals vormgegeven binnen BAAN neemt het werk van bedrijfs- en of verzekeringsartsen niet over, maar signaleert, informeert en verwijst mensen indien nodig. De nieuw ontwikkelde arbeidsgerichte zorg vanuit dit project is voor alle (potentieel) werkenden toegankelijk. Dus ook voor mensen die bij uitval uit het werk extra kwetsbaar zijn, zoals zzp-ers, flexwerkers en werklozen. BAAN is geïmplementeerd op de afdeling nefrologie en het DialyseCentrum Groningen en wordt de komende jaren doorontwikkeld en verder geïmplementeerd binnen de oncologie. Uitdaging is om BAAN toegankelijk te maken voor iedereen en meer kennis op te doen over de potentiële meerwaarde die BAAN heeft voor patiënten bij het duurzaam participeren in werk.

Patiëntenperspectief voor generieke aanbevelingen over arbeidsparticipatie

Voor het merendeel van de patiënten is het belangrijk om in het ziekenhuis of behandelcentrum over hun werk in relatie tot hun ziekte en behandeling te spreken, zo blijkt uit onder andere de enquête van de Patiëntenfederatie (zie bijlage Patiëntenperspectief) en recent kwalitatief onderzoek bij bijvoorbeeld traumapatiënten (Roodbeen, 2022).

De patiënt heeft, zeker in de diagnostische fase, echter veel aan het hoofd en kan daarbij het werk vergeten. Ook kan het zijn dat de patiënt het onderwerp niet ter sprake brengt in de veronderstelling dat dit niet thuishoort in gesprek met een medisch specialist. Dat wil echter niet zeggen dat werk niet belangrijk is voor de patiënt. Het patiëntperspectief bevestigt dat aandacht voor werk in het behandelingsproces, in alle fasen van de ziekte of aandoening, door de patiënt noodzakelijk wordt gevonden.

De werkgroep benadrukt daarom dat al in de diagnostische fase, maar ook daarna (behandelfase, nazorg), en zo nodig meerdere keren, het werk aan de orde moet kunnen komen. De gewenste timing zal mede afhangen van de specifieke kenmerken en het verloop van de ziekte en de behandeling, van de kenmerken van het werk en de procedures op het gebied van werk en inkomen, zoals re-integratie (eerste spoor/tweede spoor), ontslag/afloop contract, WIA-keuring.

Hoe meer patiënten op het gebied van ziekte en werk hun eigen regie kunnen nemen hoe beter, maar het vermogen daartoe en de behoefte aan ondersteuning verschilt sterk per patiënt en per situatie. Medisch specialisten kunnen hierbij helpen door op maat (doorverwijzing naar) de nodige ondersteuning en aanmoediging te bieden en indien nodig door te verwijzen (zie het wie-doet -wat overzicht).

Professioneel perspectief voor generieke aanbevelingen over arbeidsparticipatie

Volgens de werkgroep dienen medisch specialisten in de 2^e en 3^e lijn zich bewust te zijn van het feit dat ‘werken’ en ‘het kunnen werken’ belangrijk is voor patiënten. Arbeid en meedoen aan arbeid is belangrijk vanwege vele factoren; zingeving, sociale contacten, persoonlijke groei en ontwikkeling, genereren van inkomen. Resultante is dat arbeidsparticipatie een herstel- en gezondheidsbevorderend effect kan hebben (Waddell en Burton, 2006).

Het is daarom van belang dat ook in de spreekkamer aandacht is voor de invloed van ziekte en behandeling op het arbeidsproces. Enerzijds kan dit een directe relatie zijn tussen ziekte en werk, bijvoorbeeld opbouwen van belasting postoperatief na een heupprothese. Dit vraagt van de medisch specialist uitleg en, indien gewenst, communicatie richting bedrijfsarts. Anderzijds kan ziekte in meer algemene zin het werkproces belemmeren, bijvoorbeeld door vermoeidheid. Sommige specialismen hebben toenemend inzicht in de complexiteit van klachten en specifieke onderwerpen die werk kunnen belemmeren, maar de mate waarin men zich vertrouwd voelt met aspecten die werk kunnen belemmeren verschilt. Voor sommige medisch specialisten is het moeilijker om adviezen ten aanzien van arbeid te geven en gaat het vooral om signaleren van het probleem en eventueel het advies aan de patiënt om een afspraak te maken op het spreekuur van de bedrijfsarts, of te verwijzen naar bijvoorbeeld ergotherapie/revalidatie.

Bij dit alles mag niet vergeten worden dat de medisch specialist ook een belangrijke rol heeft bij het signaleren, onderzoeken en bij de behandeling betrekken van factoren in het werk die de aandoening van de patiënt kunnen veroorzaken, onderhouden of verergeren. Ook in dat kader is samenwerking en afstemming met de bedrijfsarts resp. het werkdomein essentieel.

De ideale situatie: Waar bestaat optimale medisch specialistische zorg gericht op arbeidsparticipatie uit?

De werkgroep sluit voor het beantwoorden van deze uitgangsvraag hoofdzakelijk aan bij de Richtlijn Chronisch Ziek en Werk, en ziektespecifieke richtlijnen zoals die van de Ziekte van Parkinson, MS, RA en NAH, waarin men heeft geconstateerd dat voor reguliere zorg gericht op bevordering van arbeidsparticipatie in het algemeen de onderstaande activiteiten relevant zijn.

Alle patiënten in de werkzame leeftijd

1. Voorlichting en leefadviezen, empowerment
Voorlichting, instructie (leefadviezen) en empowerment van de patiënt in de spreekkamer kan behoud van werk bevorderen door optimale regie, zelfmanagement, adaptatie en coping. Het doel is optimale benutting van arbeidsmogelijkheden naar vermogen en behoefte in werk, in een goede balans belasting-belastbaarheid en werk-privé.
De werkgroep beveelt daarom aan om eigen regie en zelfmanagement van patiënten te versterken door middel van educatie (scholing, voorlichting) over de aandoening, de behandeling en de gevolgen, met specifiek aandacht voor de gevolgen voor arbeidsparticipatie en hoe daarmee om te gaan. De werkgroep realiseert zich dat dit zelfmanagement niet voor alle patiënten vanzelfsprekend is en dat zij baat kunnen hebben bij extra ondersteuning en hulp.
2. Gezamenlijke besluitvorming over behandeling (zo nodig in afstemming met andere betrokken zorg- en arboprofessionals)
De werkgroep beveelt aan om expliciet aandacht te besteden aan arbeidsparticipatie en samen met de patiënt te beslissen over behandelkeuze en andere interventies. Bij dat samen beslissen is dan van belang om ook gevolgen voor werk te betrekken bij het bespreken van de behandelopties, eventueel (in afstemming met) andere betrokken zorgprofessionals op het gebied van arbeid en gezondheid.

Patiënten in werkzame leeftijd met complexe, chronische, of multifactoriële problematiek

Voor een groot deel van de werkende patiënten zal het vragen naar werk en inventariseren van een eventuele hulpvraag plus doorverwijzing naar bijvoorbeeld bedrijfsarts, voldoende zijn. Er zijn echter ook patiënten met complexe, chronische, multifactoriële problematiek voor wie deze laagdrempelige aanpak onvoldoende zal zijn.

1. Voor die patiënten is het wenselijk dat (potentieel) belemmerende en bevorderende factoren voor werken in de diverse domeinen van de (biopsychosociale) International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), in kaart gebracht worden (zie bijlage *Biopsychosociaal model, ICF en positieve gezondheid*). Denk hierbij bijvoorbeeld aan:
 - Gevolgen van de aandoening voor functioneren en arbeidsparticipatie (vermoeidheid, motorische of cognitieve stoornissen en andere functionele beperkingen).
 - Persoonsgebonden factoren: motivatie, coping, leeftijd, zelfmanagement, gezondheidsvaardigheden, et cetera.
 - Externe factoren in de werkcontext: kenmerkende belasting (cognitief, fysiek), regelmogelijkheden qua werkwijze, tempo, herstelpauzes en werktijden, emotionele en praktische steun van collega's en leiding. Hierbij is ook inventarisatie van factoren in het werk of werkomgeving die de aandoening mogelijk (mede) veroorzaakt of verergerd hebben.

- Externe factoren in de privésfeer: belastende en stresserende omstandigheden, financiële problemen, mantelzorgtaken, relatieproblemen, opvoedingsproblemen et cetera.
2. **Interventies**
De werkgroep beveelt aan om interventies in te zetten die zijn gericht op het wegnemen van belemmerende factoren en benutten van bevorderende factoren, zowel in het zorgdomein (behandeling inclusief revalidatie), als in het arbeids- en re-integratiedomein (inclusief het sociale domein en sociale verzekeringsdomein) met als doel behoud van, bevorderen van of terugkeer naar duurzame en gezonde participatie. Het is daarvoor nodig om samen met de patiënt te beslissen (en eventueel in afstemming met andere betrokken professionals) over de in te zetten interventies en wie verantwoordelijk is voor de uitvoering. Leg dit vast in een interventieplan (in het medisch dossier) en stem dit af met, respectievelijk integreer dit in het behandelplan.
 3. **Monitoring**
De werkgroep adviseert om op gezette tijden vervolgspraken met de patiënt te maken om het beloop van herstel in werk te evalueren en zo nodig aanvullende behandeling of interventies te overwegen.

Randvoorwaarden

Voor optimaal functionerende teams ziet de werkgroep de volgende voorwaarden om de hierboven geschetste taken te kunnen uitvoeren:

- De betrokken zorgprofessionals zijn bekend met de concepten 'positieve gezondheid' en 'biopsychosociaal model' en de ICF-classificatie en kunnen dit denkkader toepassen (bijlage *Biopsychosociaal model, ICF en positieve gezondheid*).
- Arbeidsparticipatie is in de zorg geïntegreerd als behandeldoel en is (dus) een kwaliteitscriterium voor goede zorg en de betrokken zorgprofessionals kennen het belang hiervan en van arbeidsparticipatie voor gezondheid en herstel (zie: positieve gezondheid).
- De benodigde expertise, capaciteit en (dus) tijd/financiën zijn beschikbaar.
- Zorgprofessionals nodigen werk(zoek)ende patiënten uit om (ziektegerelateerde) vragen en problemen op het gebied van werk en inkomen te bespreken.

Kosten en financiering

De reguliere medisch-specialistische zorg wordt betaald vanuit de Zorgverzekeringswet door middel van DBC/DOT-systematiek. De benodigde tijd/capaciteit voor arbeidsgerichte zorg is geen gespecificeerd onderdeel van de meeste DBCs. Voor de revalidatiegeneeskunde ligt dit genuanceerder.

Haalbaarheid

In veel gevallen, met name bij ziektebeelden en behandelingen met geen, beperkte of slechts kortdurende impact op het functioneren, kan de zorg beperkt blijven tot basale voorlichting en instructie door de behandelend medisch specialist en samen beslissen over eenvoudige behandelkeuzes. Denk aan patiënten na eenmalige, eenvoudige chirurgische ingrepen, die goed herstellen en aan patiënten die voorspoedig herstellen van een infectieuze aandoening. Dat heeft beperkte consequenties voor de organisatie van zorg en zal (beperkte) extra tijd kosten (die er in de praktijk desalniettemin niet altijd voldoende is of genomen wordt).

In andere gevallen, met name bij aandoeningen met een chronisch, al dan niet in de tijd sterk wisselend en al dan niet progressief, beloop of aandoeningen met blijvende gevolgen voor het functioneren, zal goede zorg veel meer omvatten en ook veel meer vragen van de organisatie van zorg. Denk aan patiënten met en na kanker, patiënten met reumatische aandoeningen of inflammatoire darmziekten, aan patiënten met neurologische aandoeningen, hartpatiënten met congenitale of ischemische aandoeningen en patiënten met al dan niet door factoren in het werk veroorzaakte of verergerende longaandoeningen (astma, COPD) en huidaandoeningen (handeczeem). In essentie gaat het voor deze patiëntengroepen om persoonsgericht maatwerk in regionale – transmurale en domeinoverstijgende – netwerken.

Implementatie

Een aantal belemmerende factoren voor implementatie zijn boven reeds genoemd: de mate van bewustwording bij artsen en patiënten, kennis en vaardigheden, onvoldoende samenwerking tussen de betrokken partijen, financiering van arbeidsgerichte zorg, de benodigde tijdsinvestering (bij een toch al overbelaste zorg) die het bespreken van arbeid in de spreekkamer vraagt, wederzijds vertrouwen bij medisch specialisten en bedrijfsartsen. Een andere belangrijke factor die implementatie tegenhoudt is de ongelijkheid tussen werkenden met betrekking tot toegang tot bedrijfsgeneeskundige zorg; deze is slecht of zelfs niet toegankelijk voor bijna de helft van de werk(zoek)ende populatie, namelijk de groep die geen (vaste) werkgever heeft (De Rijk 2018). Doorverwijzing vanuit de 2^e- lijn is daardoor moeilijk en in veel gevallen zelfs niet mogelijk als er een probleem op het gebied van arbeid wordt gesignaleerd. Te verwachten belemmerende factoren zijn genoemd in het KNMG-visiedocument Zorg die Werkt (2017).

De werkgroep realiseert zich dat de huidige zorg in het algemeen niet is ingericht om op dit punt de gewenste (optimale) zorg te leveren. We beschrijven daarom in deze module aanbevelingen die in de huidige situatie binnen de bestaande randvoorwaarden waarvan de werkgroep verwacht dat deze voor een groot deel uitvoerbaar zijn. We beseffen echter dat daarvoor niet in alle bestaande situaties nu al de benodigde randvoorwaarden aanwezig zijn en dus niet in alle gevallen verwacht en gevraagd kan worden om aan de aanbevelingen te voldoen. Dat betekent dat zorgprofessionals bij het ontbreken van de noodzakelijke voorzieningen/voorwaarden kunnen en mogen afwijken van de aanbevelingen. De werkgroep geeft beleidsaanbevelingen voor het bestuursniveau van zorginstellingen gericht op maatregelen om zorgprofessionals in de huidige situatie al zoveel mogelijk in staat te stellen om de aanbevelingen in hun werk toe te passen in de module Organisatie van zorg.

Aanbevelingen

Optimale arbeidsgerichte zorg gaat 'over de lijnen heen'. Dit omvat in het algemeen:

- Het versterken van eigen regie en zelfmanagement van patiënten door middel van educatie (scholing, voorlichting) over de aandoening, de behandeling en de gevolgen, inclusief de gevolgen voor arbeidsparticipatie.
- Samen met de patiënt beslissen over behandelkeuze en andere interventies (eventueel in afstemming met andere betrokken zorgprofessionals, waaronder de bedrijfsarts) waarbij expliciete aandacht is voor de noden, waarden en voorkeuren van de patiënt ten aanzien van arbeidsparticipatie en de gevolgen van de behandelopties voor arbeidsparticipatie.

Bij complexe, multifactoriële problematiek en een behandelteam:

- Inventariseren van belemmerende en bevorderende factoren voor arbeidsparticipatie op basis van de verschillende ICF-domeinen en in het team

afspraken wie verantwoordelijk is voor de uitvoering. Voor de medisch specialist gaat het in het bijzonder om het domein 'gevolgen van de aandoening voor functioneren', zoals pijn, vermoeidheid, cognitieve stoornissen en andere stoornissen die het functioneren beperken. Hier is ook aandacht voor signaleren van mogelijke causale of verergerende factoren in het werk op zijn plaats.

- Samen met de patiënt beslissen (en zo nodig in afstemming met andere betrokken professionals, in het bijzonder de bedrijfsarts) over in te zetten interventies gericht op belemmerende en bevorderende factoren voor arbeidsparticipatie en wie verantwoordelijk is voor de uitvoering. Dit is vastgelegd in een interventieplan en afgestemd/geïntegreerd in het behandelplan.
- Vervolgafspraken met de patiënt maken waarin worden geëvalueerd:
 - het interventieplan;
 - in geval van terugkeer naar werk na uitval van het werk: het beloop van herstel en re-integratie;
 - in geval van aan het werk blijven: het beloop van klachten/ziekteactiviteit en het functioneren in het werk. .

Literatuur

- Bosma AR, Boot CRL, Schaafsma FG, Anema JR. Facilitators, barriers and support needs for staying at work with a chronic condition: a focus group study. *BMC Public Health*. 2020;20(1):201.
- de Rijk, A. Arbeidsre-integratie blijft mensenwerk. *Tijdschr Gezondheidswet* 96, 208–215 (2018). <https://doi.org/10.1007/s12508-018-0161-y>
- Frank L, Basch E, Selby JV. Patient-Centered Outcomes Research Institute. The PCORI perspective on patientcentered outcomes research. *JAMA*. 2014;312:1
- O’Hara NN, Mulliken A, Joseph K, Slobogean GP, Johal H, Cunningham BP, Olay S, Levey J, Pollak AN, Klazinga NS. Valuing the recovery priorities of orthopaedic trauma patients after injury: evidence from a discrete choice experiment within 6 weeks of injury. *J Orthop Trauma*. 2019;33:S16-S20.
- Patiëntenfederatie Nederland. 2022. Werk in de spreekkamer. Een onderzoek over het bespreekbaar maken van werk in combinatie met een chronische aandoening of een langdurige ziekte met zorgverleners in een ziekenhuis of behandelcentrum.
- Roodbeen RTJ, Lugtenberg M, Pöstges H, Lansink KWW, Theeuwes HP, de Jongh MAC, Joosen MCW. Experiences of recovery and posthospital care needs of working-age adults after physical trauma: a qualitative focus group study. *BMJ Open*. 2022 Apr 20;12(4):e053330. doi: 10.1136/bmjopen-2021-053330. PMID: 35443944; PMCID: PMC9021804.
- Waddell, Gordon, and A. Kim Burton. "Is work good for your health and well-being?" (2006). TSO.

Module 2 Arbeid in de spreekkamer

Uitgangsvraag

Van welke handvatten kan de klinisch zorgverlener in de tweede of derde lijn gebruik maken om aandacht te besteden aan arbeidsparticipatie van de patiënt?

Aanbevelingen

Bespreek het thema werk door kort een aantal algemene vragen te stellen (eventueel door middel van een vragenlijst), zoals:

- Werkt u op dit moment of wilt u werken?

Zo ja:

- Wat voor werk doet u?
- Heeft u vragen over werk(en) in relatie tot uw klachten/ziekte of heeft u behoefte aan verdere begeleiding of ondersteuning?

Zo ja:

Exploreer de vraag en beantwoord deze of acteer er op. Indien u zelf de vraag niet kunt beantwoorden

- Informeer de patiënt over de mogelijkheden meer aandacht te geven aan betaald werk in relatie tot ziekte (gebruik hiervoor de informatie in *Sub module 2.3.: Laagdrempelig verwijzen naar de bedrijfsarts*), bijvoorbeeld het overzicht “Wie-doet-wat” ([zie:](#)) en/of de informatie in de module Organisatie van arbeidsgerichte zorg (Module 3 Organisatie van arbeidsgerichte zorg).

Neem – in het kader van samen beslissen – bij besluiten rondom diagnostiek en/of behandeling gevolgen voor werk als mogelijke uitkomst mee.

Adviseer over de leefadviezen (indien mogelijk concreet over belasting en activiteiten) om de behandeling/het herstel te bevorderen of achteruitgang zoveel mogelijk tegen te gaan, en benoem expliciet dat deze adviezen ook kunnen gelden voor werk.

Indien aan de orde, geef proactief informatie (zie hiervoor de informatie in *Sub module 2.2.: Informatievoorziening patiënt*), bijvoorbeeld op Thuisarts.nl en/of over de patiëntenorganisatie. Deze hebben vaak informatie over werk in relatie tot de aandoening.

Extra informatie en praktische handvatten bij deze aanbevelingen zijn de te vinden in de *Sub module 2.1.: Kernboodschap: vraag naar werk*

Inleiding

De module sluit aan bij de principes van passende zorg, onder andere gericht op beperking (van stijging) van zorgkosten, meer aandacht voor bevordering van gezondheid en het voorkomen van (gevolgen van) ziekte.

In order to facilitate international knowledge exchange, the following part of this guideline module is written in English.

Search and select

The working group used a systematic literature review to answer the following questions:

1. What is the effectiveness of interventions that primarily aim to improve work participation (i.e. non-pharmacological or surgical interventions) for patients within clinical health care as compared to care as usual or other interventions that focus on work participation?
2. What interventions aimed at improving the knowledge of medical specialists about clinical work-integrating care are there? What are the effects on knowledge and (shared) decision-making?

Search and select (Methods)

All search details and methods of the systematic literature analysis carried out by the research team at AmsterdamUMC (L. Kluit, A. de Wind, A. de Boer, J. Hoving) can be found in the Appendix.

Based on feedback received in 2024, the following studies will be assessed for a future update of the literature. Those studies are awaiting classification:

Cullen KL, Irvin E, Collie A, Clay F, Gensby U, Jennings PA, et al. Effectiveness of Workplace Interventions in Return-to-Work for Musculoskeletal, Pain-Related and Mental Health Conditions: An Update of the Evidence and Messages for Practitioners. *J Occup Rehabil.* 2018 Mar;28(1):1-15. doi: 10.1007/s10926-016-9690-x. PMID: 28224415; PMCID: PMC5820404.

Verhoef JAC, Bal MI, Roelofs PDDM, Borghouts JAJ, Roebroek ME, Miedema HS. Effectiveness and characteristics of interventions to improve work participation in adults with chronic physical conditions: a systematic review. *Disabil Rehabil.* 2022 Apr;44(7):1007-1022. doi: 10.1080/09638288.2020.1788180. Epub 2020 Jul 20. PMID: 32686963.

Results

All results and full details can be found in the Appendix.

Conclusions

Generic

-	<p>We did not find aggregated evidence about the effects of interventions in a generic clinical patient population (i.e. not disease-specific) for clinicians that aim to help patients with work participation.</p> <p><i>Sources: (Kluit, 2022; Effectiveness of interventions to enhance work participation for patients in clinical health care: a systematic review of reviews)</i></p>
---	--

Cancer

Source: (de Boer, accepted for publication; Interventions to enhance return-to-work for cancer patients (Review))

Moderate GRADE	<u>Psycho-educational interventions</u> probably result in little to no difference in return to work at 12 months when compared with usual care in cancer patients.
-----------------------	---

Moderate GRADE	<u>Physical interventions</u> likely increase return to work at 12 months when compared with usual care in cancer patients.
-----------------------	---

Moderate GRADE	<u>Multidisciplinary interventions</u> likely increase return to work at 12 months when compared with usual care in cancer patients.
-----------------------	--

Coronary heart disease

Source: (Hegewald, 2019; Interventions to support return to work for people with coronary heart disease (Review))

Very low GRADE	The evidence is very uncertain about the effect of <u>psychological intervention</u> on return to work in medium term (6 months to 1 year) when compared with usual care in patients with coronary heart disease.
-----------------------	---

Low GRADE	<u>Work-directed counseling</u> may result in little to no difference in return to work in medium term (6 months to 1 year) when compared with usual care in patients with coronary heart disease.
------------------	--

Low GRADE	<u>Physical interventions</u> may result in little to no difference in return to work in medium term (6 months to 1 year) when compared with usual care in patients with coronary heart disease.
------------------	--

Low GRADE	<u>Combined interventions</u> may result in little to no difference in return to work in medium term (6 months to 1 year) when compared with usual care in patients with coronary heart disease.
------------------	--

Chronic pain (including musculoskeletal and low back pain)

Source: (Wegrzynek, 2020; Return to work interventions for chronic pain: a systematic review; GRADE assessment by L Kluit)

Very low GRADE	The evidence is very uncertain about the effect of <u>psycho-educational interventions</u> on work participation when compared with usual care or a brief intervention in patients with chronic pain.
-----------------------	---

Very low GRADE	The evidence is very uncertain about the effect of <u>vocational interventions</u> on work participation when compared with multidisciplinary interventions (usual care) in patients with chronic pain.
-----------------------	---

Very low GRADE	The evidence is very uncertain about the effect of <u>physical training interventions</u> on work participation when compared with usual care in patients with chronic pain.
-----------------------	--

Very low GRADE	The evidence is very uncertain about the effect of <u>multidisciplinary interventions</u> on work participation when compared with usual care in patients with chronic pain.
-----------------------	--

Inflammatory arthritis

Low GRADE	<p><u>Job loss prevention interventions</u> may result in little to no difference in job loss at 6 and 9 months compared with usual care in patients with inflammatory arthritis.</p> <p>Sources: (Madsen, 2021; A systematic review of job loss prevention interventions for persons with inflammatory arthritis; GRADE assessment by L Kluit)</p>
----------------------	---

Pregnant women

Very low GRADE	<p>The evidence is very uncertain about the effect of <u>physical training</u> on work participation when compared with usual care in healthy pregnant women.</p> <p>Sources: (Pedersen, 2018; Systematic review of interventions targeting sickness absence among pregnant women in healthcare settings and workplaces; GRADE assessment by L Kluit)</p>
---------------------------	---

Spinal cord injury

Low GRADE	<p><u>Supported employment</u> may increase work participation at one year follow-up when compared to usual care in unemployed people spinal cord injury.</p> <p>Sources: (Roels, 2016; Hospital- and community-based interventions enhancing (re)employment for people spinal cord injury: a systemic review; GRADE assessment by L Kluit)</p>
----------------------	---

Traumatic brain injury

Source: (Kumar, 2017; Cognitive rehabilitation for adults with traumatic brain injury to improve occupational outcomes (Review))

Very low GRADE	<p>The evidence is very uncertain about the effect of cognitive rehabilitation on return to work in short term (14 weeks) when compared with no cognitive rehabilitation in patients with traumatic brain injury.</p>
---------------------------	---

Low GRADE	<p>Cognitive rehabilitation may result in little to no difference in return to work in medium term (6 months) when compared with conventional treatment in patients with traumatic brain injury.</p>
----------------------	--

Moderate GRADE	<p>Hospital-based cognitive rehabilitation likely results in little to no difference in return to work in long term (2 years) when compared with a home program in patients with traumatic brain injury.</p>
---------------------------	--

Moderate GRADE	<p>Cognitive rehabilitation likely results in little to no difference in return to work in medium term (1 year) when compared with another cognitive strategy in patients with traumatic brain injury.</p>
---------------------------	--

Overall conclusions

We did not find aggregated evidence about the effects of interventions in a generic clinical patient population (i.e. not disease-specific, single interventions) for clinicians that aim to help patients with work participation. However, for some disease-specific patient populations there may be positive effects on work participation.

The working group concluded that so far scientific evidence for interventions focusing on work participation in a clinical patient population in general is not conclusive. The overall

certainty of evidence is very low. We can neither confirm nor deny that generic interventions in clinical care that focus on work participation have an effect on work participation.

Overwegingen

Rationale voor de aanbevelingen

In deze module worden de medisch specialistische, klinische zorgverleners handvatten geboden om aandacht te besteden aan 'arbeid' in de spreekkamer. Voor hen die nog geen arbeidsgerichte zorg leveren, biedt de module aanknopingspunten om hier middels één of twee gerichte vragen mee te starten. Deze module biedt daarnaast ook handvatten om deze zorg te verbreden en verdiepen in het kader van een systematische, integrale benadering.

Wetenschappelijke onderbouwing

De werkgroep heeft geconstateerd dat er veel bewijs is dat (a) medische interventies die de gezondheid verbeteren (onder andere met behulp van medicatie), een positief effect hebben op arbeidsparticipatie en (b) dat ook een aantal niet-farmacologische en niet-chirurgische interventies die aangeboden worden door de zorgverleners kleine positieve effecten kunnen hebben (Butink, 2023). Wat nog niet expliciet werd onderzocht is de vraag of aandacht voor arbeidsparticipatie versus geen aandacht voor arbeidsparticipatie in de spreekkamer (met een deels preventieve component) effect heeft en kosteneffectief is. Ook laten studies die tot nu toe zijn gedaan naar het effect van specifieke arbeidsgerichte interventies geen duidelijk bewijs zien. Voor een enkel individu kan een specifieke arbeidsgerichte interventie effectief zijn, echter voor het principe one size fits all wordt geen bewijs gevonden. Dit betekent niet dat systematische arbeidsgerichte zorg geen effect heeft of dat het gesprek met de patiënt over mogelijke knelpunten voor behoud van of terugkeer naar werk geen zin heeft. Goed onderzoek daarnaar is schaars en systematische reviews ontbreken nog. Er zijn enkele studies, met name bij oncologische patiëntgroepen, die laten zien dat arbeidsgerichte begeleiding in de zorg van belang en effectief is (Zhao, 2023). Daarbij is nog een essentiële vraag welke uitkomstparameters relevant zijn om de effectiviteit aan af te meten. Kwaliteit van leven en gezond, passend werk zijn daarbij volgens de werkgroep evenzeer of zelfs meer relevant dan sneller of meer uren aan het werk, minder verzuim of minder uitkeringskosten. Meer onderzoek met dergelijke uitkomstmaten is nodig.

Uitgangspunt is dat werk ook voor mensen met een chronische aandoening belangrijk is (Saunders, 2018) en dat "goed" werk met goede arbeidsomstandigheden een positief effect heeft op de gezondheid en kwaliteit van leven. En omgekeerd, dat verlies van werk een negatief effect heeft (van der Noordt, 2014; Waddel & Burton, 2006; WRR, 2020). Verder blijkt uit gepubliceerde en (nog) ongepubliceerde data dat patiënten aandacht voor behoud/herstel van arbeidsparticipatie in de zorg belangrijk vinden en waarderen (Kluit, 2022; NFK, 2019; Olischläger, 2022; Zegers, 2021). Nog ongepubliceerde resultaten van evaluatie-onderzoek in het Radboudumc bij patiënten en zorgprofessionals laten zien dat beide groepen positief zijn over meerwaarde van en waardering voor de geïntegreerde arbeidsgerichte zorg aldaar. Van 143 respondenten uit een steekproef van 341 patiënten gaf 90% aan dat arbeidsgerichte zorg -met inzet van een klinisch arbeidsgeneeskundige-meerwaarde had t.o.v. de gebruikelijke zorg, het gemiddelde rapportcijfer voor deze zorg was een 8. Bij een evaluatie onderzoek van arbeidsgerichte zorg in MaastrichtUMC, geven patiënten met chronische aandoeningen expliciet aan dat ze aandacht voor werk vooral in het begin van de aandoening gemist hadden. Het onderzoek in Maastricht leert bovendien dat bij de meerderheid van de werkende patiënten waarbij de arts of verpleegkundige vraagt of er belemmeringen bij het werk zijn door de ziekte, ruim de helft van de patiënten geen problemen ondervindt, een aantal een relatief eenvoudig probleem rondom ziekte en

werk benoemt en slechts 10% extra aandacht en eventueel verwezen wordt naar de poli Werk en Gezondheid, een voorziening voor patiënten met complexe arbeidsgeneeskundige problematiek.

Sub module 2.1.: Kernboodschap: vraag naar werk

Basisvragen

De werkgroep vindt de essentie van deze module dat in de spreekkamer wordt gevraagd c.q. in kaart wordt gebracht of patiënten:

- werken en zo ja, wat dit werk globaal inhoudt;
- vragen of zorgen hebben over het werk(en);
- vragen of er reeds ondersteuning is van een bedrijfsarts; en
- of er sinds het vorige contact iets veranderd is qua werk.

Daarnaast kan men ook de volgende signaalvragen stellen als indicatie voor doorverwijzing naar bedrijfsarts, verzekeringsarts, klinisch arbeidsgeneeskundige, (arbeids-)revalidatie, of andere zorgprofessional met arbeid als aandachtspunt:

- Hoe gaat het op het werk?
- Verzuimt u nu of recent?
- Welke belemmeringen ervaart u in uw werk door uw gezondheid?

Aanvullende/verdiepende vragen

Daarnaast kan men overwegen om aanvullende vragen te stellen indien dit relevant is voor specifieke patiëntgroepen, het diagnostisch traject (denk aan werk gerelateerde factoren), de behandelopties of voor de bedrijfs- of verzekeringsarts. De werkgroep wil onder de aandacht brengen dat het belangrijk is om het gesprek op een neutrale manier te voeren, om te voorkomen dat het werk als een probleem wordt gezien.

Aanvullende vragen over belangrijke beïnvloedende factoren, los van ziekte, op terugkeer naar werk, zijn bijvoorbeeld:

- Werkt u in loondienst of bent u uitzendkracht of zelfstandige?
- (Voor patiënt in loondienst) Bent u op de hoogte van de begeleidingsmogelijkheden en het open spreekuur van een bedrijfsarts?
- Hoeveel uur werkt u?
- Heeft u onregelmatige werktijden?
- Heeft u regelmogelijkheden qua werktijden, pauzes, werktempo, om het werk aan uw belastbaarheid aan te passen?
- Is er begrip/steun van uw collega's en leiding voor uw situatie?
- (Voor patiënt in loondienst) Heeft u (goed) contact met uw leidinggevende en de bedrijfsarts?

Werk kan de oorzaak zijn van klachten en kan problemen verergeren. Ook ziekte of (bij)werkingen van medicatie in meer algemene zin kan het werkproces belemmeren, bijvoorbeeld pijn of vermoeidheid. Maar werk kan mensen ook gezond maken, gezond houden of bevorderend zijn in de behandeling. Het is daarom belangrijk om zowel bij diagnostiek als in de behandeling aandacht te besteden aan het thema werk en te inventariseren of werk bij de betrokken patiënt een rol speelt bij het herstel. Verdiepende vragen zijn bijvoorbeeld:

- Welke invloed hebben de huidige klachten op uw werk?

- Wat gaat wél goed op het werk? Op welke momenten/ bij welke taken heeft u minder last van uw klachten/ gezondheid?
- Waardoor, gerelateerd aan uw gezondheid, kunt u uw werk niet goed uitvoeren? Welke klachten hinderen u het meest?

Afstemmen van diagnostische strategie

Het kan relevant zijn om de patiënt te vragen wat deze nodig heeft om afspraken voor diagnostische onderzoeken te maken c.q. te plannen. Wees voorbereid dat de patiënt vragen heeft zoals:

- Kunnen onderzoeken buiten werktijd worden gepland?
- Hoe lang duren de onderzoeken?
- Kan ik voor, tijdens of na de onderzoeken (weer) werken?

Wees voorbereid dat de patiënt vragen heeft zoals (*antwoorden kunnen per casus verschillen, hieronder staan mogelijke antwoorden*):

- Is mijn werk de oorzaak van deze klachten? Of: Kan mijn werk de klachten verergeren?
 - *Dat is mogelijk. Om dat te achterhalen is het nodig om te weten wat de arbeidsomstandigheden zijn van uw werk. We kunnen deze vraag met uw arbodienst/bedrijfsarts uitzoeken. Uiteindelijk zal uw bedrijfsarts daar een uitspraak over kunnen doen. Als u akkoord bent dat ik contact opneem met de bedrijfsarts dan heb ik van u de contactgegevens van de arbodienst of bedrijfsarts en een getekende machtiging nodig.*

Of

- *Ik verwacht het niet maar we zouden de vraag bij uw arbodienst/bedrijfsarts of werkgever kunnen neerleggen. Als u wilt dat ik contact opneem met de bedrijfsarts dan heb ik van u de contactgegevens van de arbodienst of bedrijfsarts en een getekende machtiging nodig.*

Het onderwerp werkgerelateerde aandoeningen en beroepsziekten valt buiten de afbakening van deze module. Praktische klinische voorbeelden zijn:

- Longkanker en werkgebonden blootstelling aan asbest, silica of chromaten.
 - Blaaskanker en werkgebonden blootstelling aan PAK's.
 - Neuskanker en werkgebonden blootstelling aan houtstof.
 - Eczeem en slijmvliesklachten door werkgebonden blootstelling aan irriterende of allergene stoffen.
 - Hart- en vaatziekten en werkgebonden blootstelling aan ultrafijnstof of door langdurig hoge stress, nachtdiensten.
 - Lawaaislechthorendheid als gevolg van hard geluid op werk.
- Heb ik aanpassingen nodig op mijn werk?
 - *Antwoord: Daarvoor kunt u uw bedrijfsarts inschakelen. Wat betreft de aandoening kan de medisch specialist aangeven wat de aandoening betekent voor uw leefadviezen. Denkt u dat aanpassingen op uw werk nodig zijn om gezonder te kunnen werken?*
 - Kan ik medische ondersteuning krijgen om weer aan het werk te gaan of te blijven werken?
 - *Antwoord: via bedrijfsarts, (arbeids)revalidatie of arboverpleegkundige/praktijkondersteuner. Zie het overzicht Wie-doet-wat.*
 - Wat moet ik vertellen op mijn werk?
 - *Antwoord: U bent zeker niet verplicht om op het werk te vertellen wat u heeft, maar u kunt bijvoorbeeld wel aangeven met welke leefadviezen met betrekking tot uw werk u rekening dient te houden. Medische zaken zoals diagnose en*

behandeling kunt u aangeven bij de bedrijfsarts. Ik adviseer u dan ook om voor deze vraag contact met de bedrijfsarts op te nemen.

- Wat betekent dit voor mijn inkomen?
 - *Antwoord: Daar kan de medisch specialist geen uitspraak over doen. Zie bijlage Wie-doet-wat.*

Afstemmen van behandelplan voor aandoening

Betrek werk bij het bespreken van behandelkeuze, timing, planning en herstel en vraag bijvoorbeeld:

- In hoeverre kan er rekening gehouden worden met uw werk bij de behandelkeuze en timing?

Houd er rekening mee dat de patiënt eventuele consequenties voor werk wil kunnen meewegen bij het maken van een behandelkeuze voor de aandoening. Behoud van werk of terugkeer naar werk is voor de meeste patiënten die (willen) werken een belangrijke uitkomstmaat voor succes van de behandeling voor hun aandoening.

Overweeg de patiënt te motiveren contact te zoeken met de bedrijfsarts indien u, of de patiënt, behoefte heeft aan informatie over de geschiktheid van de behandeling in relatie tot het werk van de patiënt.

Vraag bijvoorbeeld wat de patiënt nodig heeft om een behandelkeuze te kunnen maken. Wees voorbereid dat de patiënt vragen heeft zoals:

- Kan mijn werk de klachten verergeren?
- Kan ik voor, tijdens of na de behandeling (weer) werken?
- Staat mijn werk mijn herstel in de weg?
- Wanneer kan ik weer (meer) werken?
- Mag/kan ik na mijn behandeling weer alles op mijn werk doen?
- Heb ik aanpassingen nodig op mijn werk?
- Kan ik arbeidsgerichte revalidatie krijgen?
- Kan ik medische ondersteuning krijgen om weer aan het werk te gaan of te blijven werken?

Adviseer over de leefadviezen (indien mogelijk concreet over belasting en activiteiten) om de behandeling/het herstel te bevorderen, en benoem expliciet dat deze adviezen ook kunnen gelden voor werk. Vraag bij voorkeur terugkoppeling van de patiënt in een volgend gesprek. De informatie die patiënten zelf aanleveren op basis van hun ervaringen kan inzichtelijk zijn.

Aandacht voor arbeid in de nazorgfase

Met nazorg wordt door de werkgroep langer durende nazorg bedoeld, waarbij het gezondheidsprobleem of medische aandoening een gebeurtenis is die heeft geleid tot een tijdelijke of blijvende verandering van de gezondheidstoestand. Bijvoorbeeld een operatie, ontslag na opname of een exacerbatie, trauma, terugval of ontregeling van ziekte. Het is belangrijk dat de behandelaar, indien van toepassing voor de patiënt, in deze fase evalueert of behandeldoelen ten aanzien van werk bereikt zijn. Hoe kijkt de patiënt aan tegen het behaalde behandelresultaat op het gebied van arbeid? Indien er onvoldoende effect is dient (aanvullende) medische behandeling overwogen worden.

Voor patiënten komt in de nazorgfase het lange termijn perspectief op de voorgrond te staan. Ze worden geconfronteerd met wat de (rest)gevolgen kunnen zijn van hun aandoening of behandeling. Ze worden zich bewust van datgene wat waarschijnlijk niet weer

op het oude niveau terugkomt, waaronder (mogelijk) hun arbeidsparticipatie. Acceptatie en verwerking van en aanpassing aan de veranderde situatie, ook wat betreft werk en inkomen, kan moeilijk zijn.

Op het gebied van werk en inkomen kan er voor patiënten in de periode van nazorg veel veranderen. Bij ziekteverzuim krijgen patiënten in loondienst in de eerste twee jaar te maken met verzuimbegeleiding door de bedrijfsarts, re-integratie in eigen of ander werk (eventueel bij een andere werkgever) en (mogelijke) inkomensachteruitgang. Ook kan er sprake zijn van een Ziektewetuitkering na afloop van het arbeidscontract. Als ze binnen twee jaar (nog) niet in staat zijn om hun eigen werk volledig te doen kunnen zij te maken krijgen met de aanvraag van een WIA-uitkering voor langdurige arbeidsongeschiktheid. Bij dit alles worden hun belastbaarheid, beperkingen en functionele mogelijkheden regelmatig sociaal-medisch beoordeeld door een bedrijfsarts en/of UWV-verzekeringsarts. Dit met het oog op aanpassingen van werk, opbouw van re-integratie en recht op loondoorbetaling of op een Ziektewet- of WIA-uitkering. Ook de medische prognose speelt bij deze beoordeling een rol.

Zelfstandigen met een arbeidsongeschiktheidsverzekering hebben te maken met vergelijkbare beoordelingen. Zelfstandigen kunnen ook lid zijn van een zogenaamd 'broodfonds', een onderling solidariteitsfonds. Zonder arbeidsongeschiktheidsverzekering of lidmaatschap van een broodfonds moeten zij zichzelf zien te redden. Dit alles kan voor patiënten veel onzekerheid met zich meebrengen.

Patiënten kunnen in de nazorgfase te maken hebben met verwerken van verlies: verlies van gezondheid, van hun oude werk, op zoek moeten naar (ander) werk, dat misschien niet of minder aansluit bij hun wens of hun opleiding (GGZ, 2016), of een lager loon oplevert, of helemaal niet meer kunnen werken en afhankelijk raken van een uitkering.

Patiënten kunnen in de nazorgfase behoefte hebben aan:

- (verwijzing naar) algemene informatie over hun ziekte en behandeling die ze met hun leidinggevende en collega's kunnen delen. Dat kan het begrip op de werkvloer bevorderen en helpen bij het krijgen van de nodige aanpassingen en re-integratie;
- informatie over de langere termijn perspectieven;
- informatie over leefadviezen die men in acht moet nemen om het herstel niet te belemmeren of de ziekte niet te verergeren;
- verwijzing naar deskundige hulp bij behoefte aan hulp bij verliesverwerking;
- vervangende activiteiten voor het eerdere werk, bijvoorbeeld in de vorm van dagbesteding, waarvoor een aanvraag gedaan kan worden via de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO-loket) bij de gemeente.

De nazorgfase zal per aandoening en per patiënt verschillen. In de huidige situatie wordt in de spreekkamer, uitgezonderd bij de revalidatiegeneeskunde, weinig of geen aandacht besteed aan het belang van arbeid, terwijl dit voor patiënten een belangrijk thema is. Ook is er weinig bekendheid over mogelijkheden en organisatie van arbeidsgeneeskundige zorg. Betere signalering van arbeidsgerichte vragen door de medisch specialist kan leiden tot andere of aanvullende behandelbeslissingen, of tot een gericht advies om contact op te nemen met de bedrijfsarts.

Sub module 2.2.: Informatievoorziening patiënt

Bespreek al vroeg met de patiënt dat arbeidsgeneeskundige begeleiding functioneel herstel en arbeidsintegratie kan bevorderen en raadpleeg, indien mogelijk, ziektespecifieke

richtlijnen. Er zijn programma's en deskundigen die de patiënt kunnen ondersteunen bij hulpvragen met betrekking tot werk(en).

- Verwijsmogelijkheden voor arbeids(genees-)kundige zorg zijn beschreven in de module Organisatie van zorg.
- Veel patiëntorganisaties bieden informatie over werk in relatie tot de aandoening: https://kennisbank.patiëntenfederatie.nl/app/answers/detail/a_id/1779/~/ondersteuning-door-pati%C3%ABntenverenigingen-bij-chronische-aandoeningen-en-werk
- Aan werkenden in loondienst kan het advies gegeven worden een gesprek met de bedrijfsarts aan te vragen.

Onderstaande bronnen zijn bedoeld voor patiënten:

- Informatie over begeleiding door de bedrijfsarts. <https://www.thuisarts.nl/begeleiding-van-bedrijfsarts>
- Wat de bedrijfsarts kan doen. <https://www.thuisarts.nl/begeleiding-van-bedrijfsarts/ik-ben-ziek-wat-kan-bedrijfsarts-voor-mij-doen>
- Centraal informatiepunt Chronisch ziek en werk (CIP) <https://www.patiëntenfederatie.nl/over-de-zorg/werken-met-chronische-ziekte>
- UWV <https://www.uwv.nl/particulieren/index.aspx>

Wettelijke situatie voor werkenden in loondienst:

De bedrijfsarts heeft medisch beroepsgeheim en werknemers kunnen de bedrijfsarts altijd vertrouwelijk raadplegen.

Rondom ziekmelding: Wanneer de werknemer niet kan werken, moet deze zich ziekmelden. De werkende is niet verplicht om te vertellen aan de werkgever wat de reden van verzuim is. De werkgever mag ernaar informeren, maar de werknemer is niet verplicht een antwoord te geven.

Tips aan patiënten voor gesprekken bij werkhervatting

Voor de patiënt zelf:

Ziekte en behandeling kunnen impact en blijvende gevolgen hebben, ook twijfels over de re-integratie, verwerking van wat er allemaal gebeurt is en onzekerheid spelen in deze fase een rol. Maak dit bespreekbaar met je werkgever en wees eerlijk over wat je wel en niet kunt, zodat jouw werkgever ook beseft wat er speelt. Als er blijvende gevolgen van ziekte zijn, dan is het goed om regelmatig met je werkgever te evalueren en af te stemmen hoe het werken gaat, op deze manier kunnen tijdig aanpassingen worden gedaan indien nodig. De bedrijfsarts kan in alle situaties deskundig advies geven.

Bedrijfsmaatschappelijk werk kan zowel de werkende, de werkgever als de collega's ondersteunen bij bespreekbaar maken van de gevolgen van ziekte voor werk. Patiëntenorganisaties kunnen ook de werkende ondersteunen.

Voor de werkgever: is het goed om te weten wanneer de werknemer na behandeling of door ziekte nog lange tijd of blijvend last hebben van klachten die tot beperkingen voor het werk leiden. Ook wisselende belastbaarheid kan spelen. Het is belangrijk om een plan te maken voor terugkeer naar werk of indien de werknemer weer volledig werkt, regelmatig te evalueren hoe het werken gaat. De bedrijfsarts kan hierbij deskundig advies geven. Ook kunnen collega's betrokken worden voor bewaken van balans en tijdelijke of blijvende aanpassingen in werk.

Informatievoorziening bedrijfsarts

Informeer de patiënt met vragen over werk en re-integratie dat de bedrijfsarts deskundig is in beoordeling van wel of niet kunnen werken en welke aanpassingen in werk eventueel nodig zijn. Informeer de patiënt over de mogelijkheid om zelf met behulp van het patiëntdossier informatie met de bedrijfs- of verzekeringsarts uit te wisselen. De bedrijfsarts mag met toestemming van de patiënt gegevens van de behandeling opvragen (bijv. uit het ziekenhuis, van medisch specialist, verpleegkundig specialist of physician assistant).

Om patiënten optimaal te begeleiden hebben bedrijfs- en verzekeringsartsen behoefte aan specifieke informatie, zoals:

- Wat zijn de behandeldoelen met betrekking tot de (fysieke, mentale, emotionele) beperkingen (het functioneren) door de aandoening.
- Wat zijn relevante belemmeringen in het functioneren als gevolg van de aandoening voor werk, zoals een grillig, onvoorspelbaar verloop van klachten, (fysieke en mentale) vermoeidheid, schommelingen in energieniveau, cognitieve problemen zoals aandachts- en concentratieproblemen, fysieke beperkingen, pijn.

Sub module 2.3.: Laagdrempelig verwijzen naar de bedrijfsarts

De bedrijfsarts is een belangrijke partner in geval van ziekte en werk:

1. de bedrijfsarts ziet zieke werkenden regelmatig, hiermee krijgt hij/zij een goed beeld van hoe het met iemand gaat en hoe de belastbaarheid voor werk zich ontwikkelt;
2. de bedrijfsarts staat dicht bij de werknemer en diens werkplek en is op de hoogte van inhoud van werk, gezondheidsrisico's in het werk en arbeidsomstandigheden;
3. de bedrijfsarts is getraind om van ziekte en specialistische leef adviezen de vertaling naar functioneren, beperkingen in belastbaarheid en voorwaarden voor re-integratie te maken;
4. de bedrijfsarts is bij uitstek de persoon voor begeleiding en coaching en is de spil in het web van ziekte/werkenden, werk en organisaties.

Sommige artsen in de bedrijfsgezondheidszorg zijn niet geregistreerd als bedrijfsarts. Deze zorgverleners gebruiken diverse namen en termen zoals de term "Arbo-arts". Zij mogen alleen onder verantwoordelijkheid en supervisie van een geregistreerde bedrijfsarts werken. Daarnaast is het van belang dat de behandelend specialist zich realiseert dat patiënten kunnen denken dat ze contact hebben met een (bedrijfs)arts, terwijl het een praktijkondersteuner, verzuimcoach, casemanager, et cetera zonder medische achtergrond betreft. De werkgroep raadt daarom medisch specialist en patiënt aan: verstrek enkel medische informatie aan een BIG-geregistreerde zorgprofessional. Alle zorgprofessionals zijn verplicht om hun BIG-nummer te vermelden op brieven.

Verwijs bij zorgen over het werk en werkbehoud laagdrempelig door naar de bedrijfs- of verzekeringsarts of (arbeids)revalidatie ook wanneer er nog geen sprake is van verzuim. Meer informatie over wanneer een patiënt begeleid wordt door een bedrijfs- of verzekeringsarts is te vinden in de bijlage "Algemene informatie arbeidsongeschiktheidswetgeving en -uitkeringen". Onder andere wanneer:

- Er langdurige uitval is of wordt verwacht;
- Er belemmeringen zijn voor de uitvoering van het werk vanwege de klachten/ziekte;
- Er factoren in het werk zijn die (volgens u of volgens de patiënt) de klachten/ziekte verergeren, onderhouden of hebben veroorzaakt;
- Behoeft is aan aanpassing van de werkplek;

- Behoefte is aan bedrijfsartsgeneeskundige expertise om op het werk (de gevolgen van) de klachten/ziekte te duiden;
- Afstemming van het beleid nodig is, bijvoorbeeld indien er een verschil van inzicht is tussen de klinisch medisch specialist en bedrijfsarts over het beleid/zorgplan.

Het kan lastig zijn om contact te leggen met de bedrijfsarts van de patiënt. Overweeg daarom om de patiënt te vragen om voor het eerstvolgende (telefonische) consult deze contactgegevens op te zoeken en te delen. Leg aan de patiënt zo nodig uit dat iedere bedrijfsarts aan de geheimhoudingsplicht gebonden is en voor de belangen van de werknemer op komt. Wanneer de situatie daarom vraagt kan een telefonisch driegesprek met medisch specialist, bedrijfsarts en patiënt behulpzaam zijn.

Omgekeerd geldt ook dat contact tussen bedrijfsarts en medisch specialist, indien nodig, kan worden gefaciliteerd door aan de patiënt een standaard briefje mee te geven voor de bedrijfsarts met daarop de contactgegevens en de uitnodiging om omgekeerd hetzelfde te doen en elkaar te contacteren als daar behoefte aan is. De werkgroep realiseert zich dat er ook patiënten zullen zijn zonder toegang tot een bedrijfsarts of met beperkt toegang (zoals in het MKB, waar de werkgever vaak slechts een minimaal contract heeft) en waarvoor laagdrempelig verwijzen op dit moment niet mogelijk is. Dit probleem en de oplossing ligt buiten de reikwijdte van de werkgroep.

Informatieverzoeken van bedrijfsartsen en verzekeringsartsen

Ten aanzien van informatieverzoeken van bedrijfsartsen en het vergemakkelijken van de communicatie tussen 2^e/3^e lijns zorgverlener en sociaal medisch arts heeft de werkgroep de volgende aanbevelingen en overwegingen:

1. Bedrijfsarts/verzekeringsarts formuleert een duidelijke en gerichte vraagstelling met betrekking tot wat hij/zij wil weten om de patiënt te kunnen begeleiden.
2. De patiënt machtigt de bedrijfsarts/verzekeringsarts om deze vragen aan zijn medisch specialist te stellen.
3. Het antwoord van de medisch specialist moet gericht zijn op de gestelde vragen. Het opsturen van een dossier of polibrief is vaak onvoldoende, omdat daarin a. vaak niet de specifieke antwoorden in staan en b. mogelijk ook te veel informatie wordt verstrekt die volgens de AVG niet verstrekt mag worden.
4. het antwoord van de medisch specialist moet ook naar de patiënt worden gestuurd

Wanneer de medisch specialist de gerichte vragen beantwoordt, dan helpt hij de bedrijfsarts/verzekeringsarts en voorkomt hij een formeel datalek waar hij ook op aangesproken kan worden. Er ligt bij het uitwisselen/opvragen van informatie ook een belangrijke verantwoordelijkheid bij de bedrijfsarts/verzekeringsarts om dit zorgvuldig, verantwoord en effectief te doen.

Zorgprofessionals (naast bedrijfsarts) met als focus arbeidsparticipatie

De verzekeringsarts

Een verzekeringsarts geeft een sociaal-medische beoordeling van de functionele mogelijkheden van de werknemer in het kader van de (toegang tot) een arbeidsongeschiktheidsuitkering (Ziektewet, WIA, Wajong). Het gaat om personen die geen arbeidsrelatie hebben, om mensen met een grote afstand tot de arbeidsmarkt of om mensen die niet of beperkt kunnen werken vanwege arbeidsongeschiktheid. Net als de bedrijfsarts beoordeelt ook de verzekeringsarts – voor de onder zijn verantwoordelijkheid vallende mensen - de individuele belastbaarheid. De verzekeringsarts draagt onder andere zorg voor verzuimbegeleiding van mensen zonder arbeidsrelatie (Ziektewet) en voor

claimbeoordeling (WIA, Wajong). De in de publieke sector werkzame verzekeringsarts heeft 4 kerntaken: beoordeling van de sociaal-medische voorgeschiedenis; beoordeling van de actuele functionele mogelijkheden ofwel de arbeidsmogelijkheden inclusief advisering over werkaanpassingen; beoordeling van het te verwachten beloop en beoordeling van de lopende en geïndiceerde behandeling en begeleiding.

Klinisch arbeidsgeneeskundige

De klinisch arbeidsgeneeskundige (KAG) is een in bepaalde ziektebeelden gespecialiseerde arbeids- en bedrijfsgeneeskundige en is idealiter onderdeel van het behandelteam. Als de medisch specialist, verpleegkundige/verpleegkundig specialist of maatschappelijk werker van het behandelteam op grond van hun eigen inventarisatie van mogelijke arbeidsgerichte knelpunten meent dat er reden is voor diepgaandere analyse en advisering kan dat in het mdo besproken worden, de KAG kan geconsulteerd worden of de patiënt kan verwezen worden naar het KAG-spreekuur.

De KAG heeft ziektespecifieke kennis over de gevolgen van de ziekte en behandeling voor de belastbaarheid en het functioneren in werk. De KAG heeft expertise in het diagnosticeren van een mogelijk oorzakelijk verband tussen factoren in het werk en het ontstaan van de desbetreffende aandoening (beroepsziektediagnostiek). Anderzijds is de KAG bekwaam in het opstellen van een multifactoriële probleemanalyse (gebaseerd op het ICF van menselijk functioneren) van alle medische en psychosociale factoren die een belemmering kunnen vormen voor de re-integratie in werk of voor behoud van werk. Op basis van de brede probleemanalyse maakt de KAG, in samenspraak met de patiënt, een arbeidsgericht interventieplan dat geïntegreerd wordt in het multidisciplinair behandelplan. Interventies kunnen zijn:

- empowerment van de patiënt door middel van voorlichting, instructie, advies en ondersteuning
- overleg in het zorgdomein over of verwijzing naar arbeidsgerichte behandeling (bijvoorbeeld aanpassing van medicatie, (arbeids)revalidatie, arbeidsergotherapie, Cognitieve GedragsTherapie (CGT))
- communicatie en afstemming met professionals in het werk- en re-integratiedomein (bedrijfsarts, verzekeringsarts, re-integratiebegeleider, arbeidsdeskundige, jobcoach) over interventies in het werk (aanpassing van werk en werkomstandigheden, inzet jobcoach, bedrijfsfysiotherapeut, arbeidshygiënist of gerichte training)

Het medisch maatschappelijk werk

In het behandelproces en alle keuzes die gemaakt dienen te worden om over te gaan tot een behandeling, kan de medisch specialist bij werkvragen van de patiënt, verwijzen naar het medisch maatschappelijk werk. Medisch maatschappelijk werkers zijn verbonden aan het ziekenhuis waar zij patiënten begeleiden. Zij worden ingezet op verschillende afdelingen, klinisch en poliklinisch. Ook zijn zij verbonden aan de revalidatieafdeling van het ziekenhuis. Alleen voor patiënten van het ziekenhuis kan het medisch maatschappelijk werk aangevraagd worden.

Het medisch maatschappelijk werk heeft aandacht voor de impact van de ziekte en behandeling op verschillende leefgebieden zoals het lichamelijk, psychisch en sociaal welbevinden van de patiënt en diens omgeving. Daarnaast is er aandacht voor de impact op het gebied van arbeid, financiën en de daarbij horende wet- en regelgeving.

Rondom arbeid bespreekt het medisch maatschappelijk werk de impact van de ziekte en behandeling op het arbeidsproces en welke gevolgen dit vervolgens heeft. Het medisch

maatschappelijk werk informeert en maakt de patiënt wegwijs in dit proces, waarin meerdere partijen betrokken zijn. Zij informeert de patiënt over de rechten en plichten tijdens de ziekte- dan wel behandelperiode, de Wet verbetering Poortwachter, verzuim, re-integratie, financiële gevolgen en verwijst bij vragen eventueel door naar de juiste instanties. Het medisch maatschappelijk werk is in staat om patiënten voor te bereiden en te begeleiden in dit proces.

Binnen de revalidatie is het takenpakket overigens breder dan zoals hier beschreven. Het coördineren en afstemmen van behandel- en re-integratieplannen en activiteiten bijvoorbeeld. Daarnaast worden de hierboven beschreven taken ook wel uitgevoerd door een arbeidsconsulent binnen het team en soms door een ergotherapeut.

Het is van belang dat de medisch specialist, bij werkvragen en onzekerheden betreffende werk(hervatting) en verzuim, tijdig verwijst naar het medisch maatschappelijk werk. Vragen dienen zo snel mogelijk verhelderd te worden zodat de patiënt tijdig de juiste acties weet te ondernemen en hierin zoveel mogelijk zelf zijn “eigen regie” weet te nemen om zijn mogelijkheden en wensen ten aanzien van het werk en/of verzuim bespreekbaar te maken op de juiste plek.

Bedrijfsfysiotherapeut

De bedrijfsfysiotherapeut (waar hieronder bedrijfsfysiotherapeut staat wordt zowel bedrijfs- als arbeidsfysiotherapeut bedoeld) is een fysiotherapeut met een vervolgopleiding gericht op arbeid. De indicatie voor fysiotherapie is een stoornis of beperking in het bewegend functioneren van de patiënt. De indicatie voor bedrijfsfysiotherapie is:

1. een hulpvraag gericht op een stoornis of beperking in het bewegend functioneren die het fysiek uitvoeren van arbeid belemmert; of
2. een hulpvraag gericht op een stoornis of beperking in het bewegend functioneren ten gevolge van het fysiek uitvoeren arbeid.

De bedrijfsfysiotherapeut ondersteunt de werkende en de werkgever bij het vinden van de juiste balans tussen de fysieke belastbaarheid van de werkende in iedere fase van ziekte of herstel en de fysieke arbeidsbelasting.

De bedrijfsfysiotherapeut onderscheidt zich van de reguliere fysiotherapeut door het systematisch analyseren, beoordelen en opstellen van verbetervoorstellen voor de fysieke arbeidsbelasting. Daarnaast wordt de lokale of algehele fysieke belastbaarheid van de werkende beoordeeld in relatie tot de vastgestelde fysieke arbeidsbelasting. Met de werkende en de werkgever worden verbetervoorstellen op een participatieve manier besproken met inachtneming van de privacy en de vertrouwelijkheid van medische gegevens. De bedrijfsfysiotherapeut kan, indien gewenst en met toestemming van de patiënt, gegevens uitwisselen met (para)medici (wet BIG). Registratie en toetsing van eisen wordt uitgevoerd door de Stichting Registratie Bedrijfsfysiotherapeuten (SRBF) en het Kwaliteitsregister Fysiotherapie.

De bedrijfsfysiotherapeut valt onder de arbozorg. Dit betekent dat de kosten (doorgaans) niet vergoed worden door de ziektekostenverzekering maar betaald worden door de werkgever. Steeds vaker worden kosten vergoed door de arbeidsongeschiktheidsverzekering van de werkende/werkgever, een verzuimverzekering of een collectieve ziektekostenverzekering.

Referenties

- Butink MHP, Webers C, Verstappen SMM, Falzon L, Betteridge N, Wiek D, Woolf AD, Stamm TA, Burmester GR, Bijlsma JWJ, Christensen R, Boonen A. Non-pharmacological interventions to promote work participation in people with rheumatic and musculoskeletal diseases: a systematic review and meta-analysis from the EULAR taskforce on healthy and sustainable work participation. *RMD Open*. 2023 Jan;9(1):e002903. doi: 10.1136/rmdopen-2022-002903. PMID: 36596655; PMCID: PMC10098260.
- Kluit L, de Wind A, Oosting IJ, van Velzen JM, Beumer A, Sluman MA, van Bennekom CAM, de Boer AGEM. Current practices, needs, and expectations of discussing work with a medical specialist from a patient's perspective: a qualitative study. *Disabil Rehabil*. 2022 Dec 23:1-14. doi: 10.1080/09638288.2022.2157500. Epub ahead of print. PMID: 36564948.
- NFK. <https://nfk.nl/themas/kanker-en-werk>
- Olischläger DLT, den Boer LXY, de Heus E, Brom L, Dona DJS, Klümpen HJ, Stapelfeldt CM, Duijts SFA. Rare cancer and return to work: experiences and needs of patients and (health care) professionals. *Disabil Rehabil*. 2022 Jul 18:1-12. doi: 10.1080/09638288.2022.2099589. Epub ahead of print. PMID: 35850601.
- van der Noordt M, IJzelenberg H, Droomers M, Karin I Proper. Health effects of employment: a systematic review of prospective studies. *Occup Environ Med* 2014;71:730–736.
- Saunders S, Nedelec B, MacEachen E. Work remains meaningful despite time out of the workplace and chronic pain. *Disabil Rehabil*. 2018 Sep;40(18):2144-2151. doi: 10.1080/09638288.2017.1327986. Epub 2017 May 24. PMID: 28539092.
- Zegers AD, Coenen P, van Belzen M, Engelen V, Richel C, Dona DJS, van der Beek AJ, Duijts SFA. Cancer survivors' experiences with conversations about work-related issues in the hospital setting. *Psychooncology*. 2021 Jan;30(1):27-34. doi: 10.1002/pon.5529. Epub 2020 Oct 19. PMID: 33037828; PMCID: PMC7894286.
- Zhao JY, Que WQ, Tang J, Li JM, Su XQ, Guo YJ. Colorectal cancer survivors' experiences of return-to-work: A meta-synthesis of qualitative studies. *Eur J Oncol Nurs*. 2023 Apr;63:102284. doi: 10.1016/j.ejon.2023.102284. Epub 2023 Feb 11. PMID: 36893577.
- Waddell, G., & Burton, A. (2006). *Is work good for your health and well-being? TSO-Report*. Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (2020).

Module 3 Organisatie van arbeidsgerichte zorg

Uitgangsvraag

Op welke wijze kan de zorg gericht op behoud/herstel van arbeidsparticipatie van patiënten in de 2^e/3^e lijn het beste worden georganiseerd, rekening houdend met het bredere kader van transmurale en domein-overstijgende samenwerking?

Deze vraag omvat:

- Primair de organisatie van de taken, rollen, expertise en competenties die nodig zijn in het intramurale zorgteam en de integratie daarvan in de bestaande zorg;
- Secundair de organisatie van de taken, rollen, expertise en competenties en de gewenste samenwerking, coördinatie en communicatie in het bredere verband van transmurale en domein-overstijgende netwerken met professionals in de eerste lijn en professionals in het arbeids- en re-integratiedomeinen en het domein van de sociale zekerheid.

Inleiding

Deze module sluit aan bij de principes van passende zorg, onder andere gericht op beperking (van stijging) van zorgkosten, meer aandacht voor bevordering van gezondheid en het voorkomen van (gevolgen van) ziekte. Dat is zorg gebaseerd op stepped en matched care, die dicht bij de patiënt wordt georganiseerd, die gericht is op waarden van de patiënt en waarbij patiënt en zorgverlener samen beslissen en zorg waarin in netwerken wordt samengewerkt in interactie met de samenleving.

Overwegingen ten aanzien van organisatorische en professionele voorwaarden

Vertrekpunt voor aanbevelingen met betrekking tot de organisatie van de zorg is de vraag: wat is in dit kader goede zorg en wat is er nodig om deze zorg te leveren? Voor goede zorg gericht op bevordering van arbeidsparticipatie zijn in het algemeen de activiteiten relevant zoals in de modules 'Medisch-specialistische zorg gericht op arbeidsparticipatie' en 'Arbeid in de spreekkamer' beschreven.

Voorwaarden voor netwerkzorg en teams om deze taken te kunnen uitvoeren:

- De betrokken zorgprofessionals zijn bekend met het concept 'positieve gezondheid', het 'biopsychosociaal model' en de ICF en kunnen dit denkkader toepassen (zie bijlage, p. 63 e.v.).
- Arbeidsparticipatie is in de zorg geïntegreerd als behandeldoel en is (dus) een kwaliteitscriterium voor goede zorg en de betrokken zorgprofessionals kennen het belang hiervan en van arbeidsparticipatie voor gezondheid en herstel (zie: positieve gezondheid).
- De benodigde expertise, capaciteit en (dus) tijd zijn beschikbaar.
- Zorgprofessionals nodigen werk(zoek)ende patiënten uit om (ziektegerelateerde) vragen en problemen op het gebied van werk en inkomen te bespreken.
- Er is specifieke aandacht voor mensen met een (extra) hoog risico om hun werk te verliezen respectievelijk uit te vallen. Vaak betreft dit ZZP-ers, uitzendkrachten, tijdelijke contractanten; of vanwege gebrekkige gezondheidsvaardigheden, een verminderd vermogen tot zelfmanagement; of vanwege meervoudige beperkingen/comorbiditeit.

In onderstaande tabel worden per taak de deeltaken, de daarbij benodigde expertise en competenties en de suggesties voor benodigde/buikbare informatie en tools beschreven

(naar voorbeeld van de Richtlijn Parkinson). Deze taken en activiteiten staan niet in chronologische volgorde.

Taak/activiteit	Deeltaken/rollen	Expertise / competenties	Informatie/tools, bijvoorbeeld
Patiëntvoorlichting, patiënteducatie met onder andere empowerment als doel	Voorlichting over gevolgen en prognose van de aandoening in het bijzonder wat betreft functioneren / participeren	Medische expertise Gespreks- en educatieve vaardigheden	Epidemiologische data
	Bevorderen eigen regie, zelfmanagement en coping in het bijzonder in de werkcontext en in relatie tot de eisen die het werk stelt	Gespreks- en veranderkundige vaardigheden (m.n. Motivational interviewing) Gedragskundige expertise bv. Copingprocesmodel Praktische ziektespecifieke kennis over (verzorging van) gevolgen van ziekte	Uitkomsten CISS-21 Info over werkcontext en verkeisen
Samen beslissen over klinische medisch-specialistische behandeling	Bespreken behandelopties met voor- en nadelen in het bijzonder ten aanzien van werk	Medische expertise	Info over werkzaamheden, taken, omstandigheden
	Samen keuze maken	Gespreksvaardigheden mbt samen beslissen	Keuzehulp Gespreksleidraad
Inventariseren belemmerende / bevorderende factoren	ICF-domeinen stoornissen / beperkingen	Medische en/of verpleegkundige expertise (ziektespecifiek)	nog nader uit te werken
	ICF-domein externe factoren (werk)	Arbeids(genees-)kundige expertise	Arbeidsanamnese Vragenlijsten 5xA checklist
	ICF-domein persoonsgebonden factoren	nog nader uit te werken	CISS-2 vragenlijst Selfefficacy VAR-2
	ICF-domein externe factoren (privé)	nog nader uit te werken	Anamnese VAR-2
Samen beslissen over interventieplan (gericht op geïdentificeerde belemmerende factoren)	Interventies gericht op stoornissen / beperkingen (m./n. revalidatie)	Medisch en/ofverpleegkundig (ziektespecifiek) Gespreksvaardigheden mbt samen beslissen	Leidraad samen beslissen
	Interventies gericht op externe factoren (werk)	Arbeids(genees-)kundige expertise, Gespreksvaardigheden mbt samen beslissen	5x A checklist Leidraad samen beslissen
	Interventies gericht op persoonsgebonden factoren	nog nader uit te werken	Copingproces model
	Interventies gericht op externe factoren (privé)	Nog nader uit te werken	
Monitoring	Beloop van herstel en re-integratie	Arbeids(genees-)kundige expertise	Vragenlijsten
	Effect van interventies op arbeidsparticipatie	Arbeids(genees-)kundige expertise	Vragenlijsten
	Bijstellen interventieplan	Arbeids(genees-)kundige expertise	Vragenlijsten
	Effecten van medisch specialistische behandeling op werkcapaciteit	Medisch en/of verpleegkundig (ziektespecifiek)	
Interdisciplinaire samenwerking	Coördinatie	Verbindende, coachende vaardigheden, organisatietalent	
	Communicatie	nog nader uit te werken	nog nader uit te werken
	Aanspreekpunt	nog nader uit te werken	

Overwegingen ten aanzien van taken en samenwerking

Medisch specialist

De medisch specialist (MS) richt zich op de medische diagnostiek en behandeling. Hij/zij is ook expert op het gebied van de etiologie en de gevolgen van de aandoening en behandeling in termen van stoornissen en beperkingen. De MS heeft daarmee niet alleen de taak en verantwoordelijkheid om evidence-based diagnostiek te plegen, maar ook de patiënt voor te lichten over de gevolgen van de aandoening en de behandelopties en de voor- en nadelen op diverse domeinen (waaronder arbeidsparticipatie) en samen met de -goed geïnformeerde- patiënt en andere betrokken zorgprofessionals, waaronder indien relevant de bedrijfsarts (of een KAG), te beslissen over de behandelkeuze.

Physician assistant

In voorkomende gevallen kan een physician assistant (PA) op een zelfstandige en structurele wijze deze medische taken en verantwoordelijkheden overnemen. Een PA is zelfstandig bevoegd voor het stellen van medische diagnoses en zelfstandig behandelen van patiënten. Ook de PA heeft dan de kennis en verantwoordelijkheid om de patiënt voor te lichten en de patiënt -en andere betrokken zorgprofessionals- te betrekken bij de keuze van de behandeling. Als beoordeeld moet worden of de behandeling gevolgen kan hebben voor arbeidsparticipatie kan het van belang zijn om de bedrijfsarts (of een KAG) te betrekken bij de besluitvorming.

(Gespecialiseerd) Verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten

Verpleegkundigen spelen in toenemende mate een rol in het zorgproces. Er is onderscheid in (gespecialiseerd) verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten (VS).

De gespecialiseerd verpleegkundige, bijvoorbeeld een reumaverpleegkundige of Parkinsonverpleegkundige, is een MBO of HBO-verpleegkundige die zich heeft gespecialiseerd in een specifieke aandoening door het volgen van zowel een theorie- als praktijkopleiding (Benoy-De Keuster, 2018). De VS is specialistisch inzetbaar op zowel medisch als verpleegkundig vlak en verdeelt in de praktijk de tijd over beide taken. De VS is net als de PA bevoegd om zelfstandig te behandelen en, met in achtneming van de geldende regelgeving, aan andere zorgprofessionals informatie te verstrekken.

In de praktijk blijkt, dat de (gespecialiseerd) verpleegkundige of VS na het volgen van een basale scholing/training, competent is in het bespreekbaar maken van belemmerende en bevorderende factoren voor arbeidsparticipatie, het adviseren over / begeleiden van basale participatie bevorderende interventies, het monitoren van de effecten van de interventies en het opschalen van de zorg waar meer expertise is vereist. Van belang is wel dat ze voor consultatie (en eventueel verwijzing) terecht kunnen bij een professional met arbeidsgeneeskundige of arbeids(des)kundige expertise.

Beide disciplines, VS en PA, kunnen als regiebehandelaar optreden en hebben daar zelfs bij uitstek zowel de professionele achtergrond als de positie in het zorgproces voor. De regiebehandelaar heeft namelijk als taak om ervoor te zorgen dat (a) de continuïteit en samenhang van de zorgverlening aan de patiënt wordt bewaakt, (b) waar nodig een aanpassing van de gezamenlijke behandeling in gang wordt gezet, (c) er adequate informatie-uitwisseling en voldoende overleg is tussen zorgverleners die bij de behandeling betrokken zijn en (d) dat er één aanspreekpunt is voor het tijdig beantwoorden van vragen van de patiënt of diens naasten over de behandeling. Meer informatie over taken en rollen van de VS en PA zijn te vinden in de bijlage.

Samenwerking en taakverdeling binnen een medisch-verpleegkundig behandelteam
(Aangepast naar richtlijn Reumatoïde Artritis, module organisatie van de zorg).

Het kernteam voor de behandeling en begeleiding, in het bijzonder voor patiënten met aandoeningen met chronische gevolgen, bestaat veelal uit de medisch-specialistische discipline (medisch specialist en/of physician assistant) en de verpleegkundige discipline (verpleegkundige, gespecialiseerd verpleegkundige en/of verpleegkundig specialist). Het meest ideaal is als het kernteam, voor het beoordelen van potentieel belemmerende factoren voor behoud van werk en voor het opstellen van een interventieplan, zo nodig een beroep kan doen op arbeidsgeneeskundige expertise en paramedische en psychosociale disciplines. Om te bepalen wie in de lokale context de benodigde competenties heeft voor het uitvoeren van de uit te voeren taken verwijzen we terug naar de tabel. Voor het uitvoeren van interventies geldt als uitgangspunt dat die zoveel mogelijk in het zorgnetwerk zo dicht mogelijk bij de patiënt dient plaats te vinden.

Samenwerking met professionals in het arbeids- en re-integratiedomein en het domein van de sociale zekerheid voor de medisch specialist die werkt binnen en zonder een behandelteam

- Afstemming doelen en activiteiten.
- Arbeids(genees-)kundige input ten behoeve van behandelkeuze.
- Gerichte informatievoorziening/communicatie.

Zie ook de paragrafen in de module Arbeid in de spreekkamer over de samenwerking en afstemming met professionals in het arbeids- en reïntegratiedomein.

Aanbevelingen

Voor overleg en uitwisseling van informatie tussen BIG-geregistreerde professionals buiten het behandelteam of zonder verwijzrelatie over een patiënt, bijvoorbeeld een medisch specialist en een bedrijfsarts, is gerichte schriftelijke toestemming van de patiënt nodig. De te vragen schriftelijke machtiging van de patiënt heeft betrekking op:

- de naam van de professional;
- het doel, de onderwerpen/vragen die besproken gaan worden;
- welke informatie er gedeeld mag worden.

Voer het overleg bij voorkeur in de vorm van een driegesprek met de patiënt als deelnemer. Geef patiënt, als er geen sprake is van een driegesprek, een terugkoppeling van het gesprek.

Documenteer de inhoud van een mondeling overleg in de dossiers van de professionals die bij het overleg betrokken waren. Op die manier is het in principe ook direct toegankelijk voor de patiënt. Als de informatie-uitwisseling schriftelijk plaats vindt, kan een kopie naar de patiënt verzonden worden.

Aanbevelingen voor de medisch specialist die niet in een behandelteam werkt

Ga na welke personen met expertise op het gebied van arbeid werken binnen de instelling.

Geef aan op wat voor manier u bereikbaar bent voor zorgprofessionals uit het sociaal medisch domein, zoals bedrijfs- en/of verzekeringsartsen. Attendeer de patiënt dat deze contactgegevens vermeld staan in de brief aan de huisarts.

Aanbevelingen voor behandelteams

Draag zorg dat de taken en deeltaken belegd zijn bij personen met de juiste expertise en competenties en dat deze beschikken over de benodigde informatie, tools en capaciteit.

Draag zorg dat er goede afspraken zijn over coördinatie en communicatie rond de patiënt en over een aanspreekpunt voor de patiënt, zijn naasten en de betrokken professionals. Benoem een regiebehandelaar voor de patiënt.

Beleidsaanbeveling voor instellingen

Maak inzichtelijk welke personen met expertise op het gebied van arbeid binnen de instelling werkzaam zijn.

Benoem in overleg met zorgverzekeraars en andere partijen dat zorg voor patiënten met arbeidsgerichte vraagstukken beter ingericht dient te worden, bijvoorbeeld door arbeids(genees-)kundige expertise binnen de instelling of regionale toegankelijkheid voor consultatie door zorgprofessionals. Ga na op welke manier er binnen het huidige zorgfinancieringssysteem mogelijkheden voor zijn en leg dit met alle partijen vast.

Aanbeveling voor beroepsverenigingen

Implementeer 'gezonde arbeidsparticipatie als behandeldoel' door dit op te nemen in opleidingsplannen en in kwaliteitsprogramma's van de beroepsgroepen en instellingen en maak het onderdeel van kwaliteitsvisitaties en kwaliteitsaudits.

Aanbevelingen voor patiëntenorganisaties

Informeer patiënten dat er een relatie is tussen gezondheid en werk en wat zij van zorgverleners mogen verwachten rondom het thema werk en welke vragen zij kunnen stellen.

Informeer patiënten dat zij bij samen beslissen met hun behandelaar over de behandelkeuze, en het effect van de behandelopties op werk bij de keuze kunnen betrekken.

Informeer patiënten over waarvoor zij terecht kunnen bij zorgprofessionals en waarvoor bij arbo-professionals (wie-doet -wat).

Informeer patiënten dat voor overleg en uitwisseling van informatie tussen BIG-geregistreerde professionals over een patiënt, bijvoorbeeld een medisch specialist en een bedrijfsarts, gerichte schriftelijke toestemming van de patiënt nodig is. De te vragen schriftelijke machtiging van de patiënt heeft betrekking op de naam van de professional, het doel, de onderwerpen/vragen die besproken gaan worden en welke informatie er gedeeld mag worden.

Informeer patiënten dat het behandelteam medische informatie **buiten het behandelteam** alleen mag delen met BIG-geregistreerde professionals.

Informeer patiënten dat zij kunnen beslissen om **zelf** informatie te delen met niet-BIG geregistreerde professionals, zoals een maatschappelijk werker, maar dat zij dan verifiëren of het gaat om een deskundige die een beroepsgeheim heeft.

Referenties

Laurant 2014. Definitief rapport oktober 2014. platformzorgmasters.nl)

Richtlijn Reumatoïde artritis. 2019.

https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/reumato_de_artritis_ra/organisatie_van_zorg_bij_reumatoide_artritis.html

BIJLAGEN

Biopsychosociaal model, ICF en positieve gezondheid

In de loop der tijd is de focus verschoven, bij het denken over gezondheid, zorg en welzijn, van ziekte naar functioneren en betekenisvol leven.

Binnen het ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) is functioneren hierbij het centrale begrip. Bij Positieve Gezondheid worden de begrippen veerkracht en eigen regie gebruikt met de focus op betekenisvol leven. Beide modellen tonen een brede kijk op gezondheid, waarbij gezondheid meer is dan de afwezigheid van ziekte.

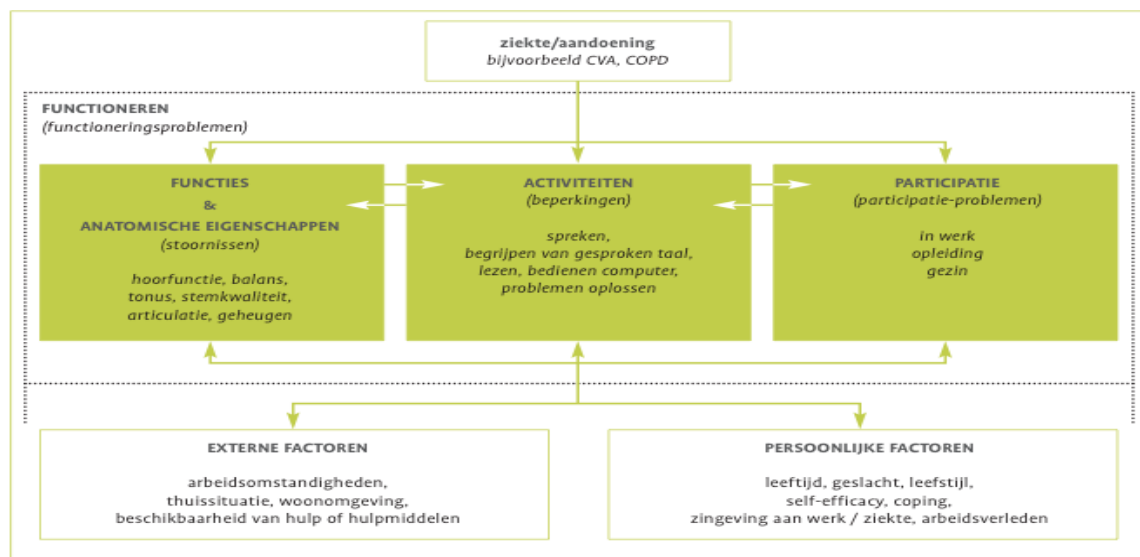
Binnen de revalidatie-, bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde maakt men gebruik van het ICF en Positieve Gezondheid naast elkaar om het functioneren en participeren van de mens in relatie tot ziekte te analyseren en beschrijven. Hiermee wordt niet enkel naar de aanwezigheid van ziekte/beperkingen gekeken, maar naar de patiënt als geheel en naar diens wensen, doelen en nog aanwezige mogelijkheden en naar de belemmerende en bevorderende invloed van persoonsgebonden factoren en externe factoren in onder andere het privé- en arbeidsdomein. Gezamenlijk wordt gekeken naar hetgeen nodig is om deze wensen en doelen te bereiken, zowel op medisch vlak, privé- als werkgebied. Het model maakt gebruik van drie verschillende perspectieven voor de beschrijving van iemands functioneren:

1. De mens als organisme: voor het beschrijven van de functies, anatomische eigenschappen en stoornissen van onderdelen van het lichaam. Bijvoorbeeld: vermindering van het denkvermogen en het geheugen.
2. Het menselijk handelen: voor het beschrijven van wat iemand doet of (nog) zelf kan doen, welke activiteiten iemand uitvoert en welke beperkingen hierin zijn. Bijvoorbeeld of iemand nog zelfstandig kan schoonmaken.
3. Participatie: voor het beschrijven of iemand mee kan doen aan het maatschappelijk leven op alle terreinen, zijn of haar daadwerkelijke participatie en eventuele problemen hierin. Bijvoorbeeld: het deelnemen aan het verkeer.

Daarnaast kunnen verschillende factoren onderscheiden worden, die het functioneren van mensen kunnen beïnvloeden:

- medische factoren: de ziekte, de aandoening of het letsel dat iemand heeft;
- persoonlijke factoren: bijvoorbeeld leeftijd, opleiding, persoonlijkheid;
- externe factoren: iemands fysieke en sociale omgeving, bijvoorbeeld thuissituatie, de aanwezigheid van hulpmiddelen, de werkomgeving, sociaal netwerk.

Voorbeeld ICF:

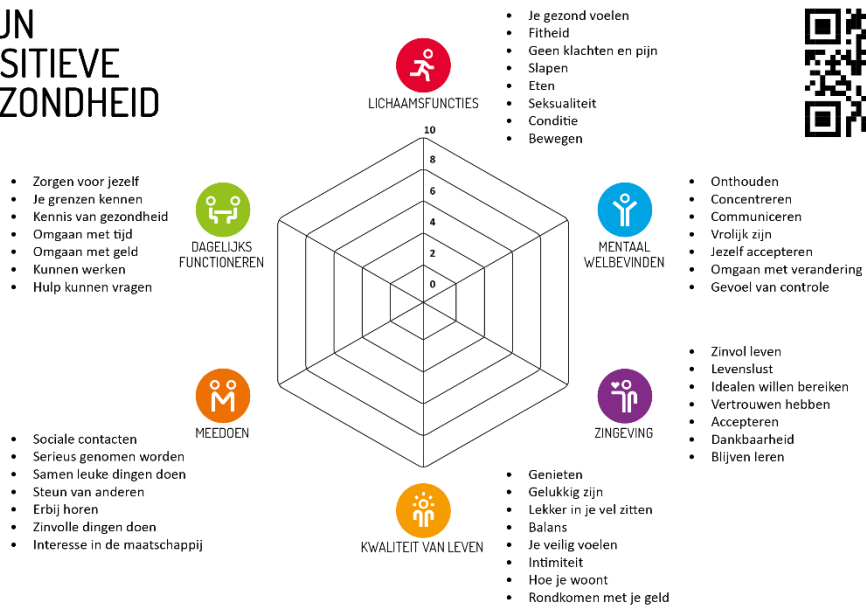


Positieve Gezondheid is gericht op het versterken van veerkracht, eigen regie nemen/behouden over de gezondheid of levensstijl en zingeving in het omgaan met bijvoorbeeld chronische lichamelijke en psychische ziekten. Er wordt gewerkt met 6 dimensies:

1. Lichaamsfunctie
2. Mentale functies en -beleving (mentaal welbevinden)
3. Spiritueel-existentiële dimensie (zingeving)
4. Kwaliteit van leven
5. Sociaal-maatschappelijke participatie
6. Dagelijks functioneren

De genoemde 6 dimensies kunnen gevisualiseerd worden in een spinnenweb-diagram (zie onder), waarbij de cliënt bij elk van de zes velden een aantal vragen beantwoordt en een score geeft (dit kan allen of in gesprek met een arts/therapeut). Hiermee krijgt men een subjectief beeld van hoe een cliënt zijn/haar gezondheid beleeft en vervolgens kan het gesprek aangegaan worden over wat er nodig is om de ervaren gezondheid te verbeteren (indien nodig/wenselijk uiteraard).

MIJN POSITIEVE GEZONDHEID



Ik mis iets dat voor mij belangrijk is: _____

[iPH-Gespreksinstrument-2.0-Spinnenweb-met-aspecten-met-onderbalk.png](#)
(3508x2480)

Algemene informatie arbeidsongeschiktheidswetgeving en -uitkeringen

Kernpunten

- Werkenden, of te wel de patiënt(en) met een werkgever, worden twee jaar begeleid door een bedrijfsarts of arts bij een arbodienst (onder supervisie van een bedrijfsarts) voor medisch onderbouwde re-integratieadviezen.
- Bedrijfsartsen geven in het kader van verzuimbegeleiding adviezen (aan werkgever/leidinggevende en de werknemer) omtrent re-integratiemogelijkheden en eventuele aanpassingen in werk. Daarnaast maken zij een inschatting over de adequaatheid van diagnostiek en behandeling en geven de patiënt daar eventueel advies over. Ook heeft de bedrijfsarts een preventieve rol ter voorkoming van uitval en/of het zorgen voor werkaanpassingen zodat werkenden kunnen blijven werken met medische aandoeningen.
- Werkenden zonder werkgever, maar met recht op een ziekwetuitkering, worden de eerste twee jaar na hun ziekmelding begeleid door een (verzekerings-)arts bij UWV. Deze (verzekerings-)arts heeft een rol vergelijkbaar met de bedrijfsarts.
- Na twee jaar arbeidsongeschiktheid vindt een WIA-beoordeling plaats door een (verzekerings-)arts bij UWV. WIA staat voor Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen. Hierbij gebruikt de verzekeringsarts informatie van de patiënt, eventuele bedrijfsarts en behandelaren om een inschatting te maken van de beperkingen als gevolg van ziekte en de prognose. De aard en ernst van de beperkingen, het geschatte inkomensverlies en de prognose zijn van belang voor het type en hoogte van een eventuele WIA-uitkering. De ernst van de beperkingen verwijst naar de mate waarin een persoon in staat is om werk uit te voeren. Dit wordt beoordeeld door een verzekeringsarts en arbeidsdeskundige. Als de beperkingen als ernstig worden beschouwd, kan dit van invloed zijn op het recht op een WIA-uitkering. De prognose heeft betrekking op de verwachtingen voor de toekomstige mogelijkheden tot herstel of verbetering van de arbeidsongeschiktheid. Als de prognose aangeeft dat er geen significante verbetering te verwachten kan dit consequenties hebben voor de mate van arbeidsongeschiktheid en hiermee het soort uitkering.
- ~~Patiënten~~ Werkenden die werkzaam zijn als zelfstandige kunnen zelf vrijwillig een arbeidsongeschiktheidsverzekering afsluiten. Zij kunnen via hun verzekeraar vaak in contact komen met een medisch adviseur, dit is over het algemeen een (verzekerings)arts en zijn team van experts.
- Bedrijfsartsen kunnen een preventieve rol spelen ter voorkoming van uitval en/of zorgen voor werkaanpassingen van of bij medisch aandoeningen.

Sociale zekerheid in Nederland

Wanneer een patiënt ziek wordt en hierdoor zijn werk geheel of gedeeltelijk niet kan doen, spreken we van arbeidsongeschiktheid. Op welke uitkeringen en begeleiding de patiënt aanspraak kan maken, hangt af van de verzekering die van toepassing is.

De werknemersverzekeringen zijn in Nederland verplicht voor alle werknemers in loondienst. Het betreft de Werkloosheidswet (WW), Ziekwet (ZW) en de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA). De premies worden betaald door werkgevers en werknemers. Het uitvoeringsinstituut werknemersverzekeringen (UWV) is verantwoordelijk voor de uitvoering van de werknemersverzekeringen.

ZZP'ers en andere werkenden die niet in loondienst zijn (bijvoorbeeld directeur-groothandelaars) kunnen zich (nu nog) vrijwillig verzekeren tegen arbeidsongeschiktheid bij een particuliere verzekeraar. Er is een nieuwe wet in de maak om deze verzekering verplicht te maken. De verzekerde betaalt hiervoor zelf de premie. Patiënten die voor hun 18e of tijdens hun studie ziek worden en daardoor niet in staat zijn om nu of in de toekomst te werken, kunnen in aanmerking komen voor een Wajong-uitkering. Het recht op Wajong wordt beoordeeld door het UWV.

Patiënten met een werknemersverzekering

Binnen de patiënten met een werknemersverzekering kan onderscheid gemaakt worden tussen werknemers met een dienstverband en werknemers zonder dienstverband.

Werknemers met een dienstverband voor onbepaalde tijd

Wanneer een patiënt een contract voor onbepaalde tijd heeft bij een werkgever, is de werkgever verantwoordelijk voor de loondoorbetaling tijdens ziekte en voor de re-integratiebegeleiding. Dit is vastgelegd in de Wet uitbreiding loondoorbetalingsplicht bij ziekte (WULBZ) en geldt in principe voor een periode van 104 weken (twee jaar).

De Wet Verbetering Poortwachter (WvP) beschrijft de rechten en plichten waar de werknemer en werkgever zich aan moeten houden tijdens deze 104 weken. Zij moeten zich samen maximaal inspannen voor het vinden van passend werk bij de eigen werkgever (spoor 1) en indien niet mogelijk, buiten de werkgever (spoor 2). Alle werknemers moeten toegang hebben tot een bedrijfsarts. De bedrijfsarts, een erkend medisch specialist op het gebied van Arbeid en Gezondheid, heeft een belangrijke rol tijdens deze 104 weken. De bedrijfsarts handelt en adviseert onafhankelijk van de werkgever. De bedrijfsarts begeleidt patiënten die zich hebben ziek gemeld, maar ook patiënten die een (preventief) consult aanvragen bij de bedrijfsarts, zonder dat zij zich ziek gemeld hebben (bijvoorbeeld voor werkplekaanpassingen).

In de praktijk wordt de verzuimbegeleiding regelmatig uitgevoerd door artsen (al dan niet in opleiding tot specialist) onder supervisie van een bedrijfsarts, of door verpleegkundigen die onder taakdelegatie van de bedrijfsartsen werken. Voor het inschatten van de belastbaarheid en de verzuimbegeleiding maakt de bedrijfsarts gebruik van richtlijnen en protocollen. Ook brengt de bedrijfsarts in kaart of eventuele diagnostiek en behandeling adequaat is. Bij twijfel over de diagnose, behandeling of belastbaarheid kan de bedrijfsarts een onafhankelijke expertise laten verrichten. Verder adviseert de bedrijfsarts over re-integratie binnen de verzuimbegeleiding. De bedrijfsarts kan met schriftelijke toestemming van een patiënt contact opnemen met behandelaren. Informatie van behandelaren kan de bedrijfsarts helpen om de patiënt beter te begeleiden en de belastbaarheid onderbouwd in te schatten. Ook kan de bedrijfsarts overleggen met behandelaren over de aansluiting tussen behandeling en re-integratie.

Binnen zes weken na de ziekmelding stelt de bedrijfsarts een probleemanalyse op, waarin de beperkingen van de patiënt als gevolg van ziekte en de verwachtingen omtrent het herstel beschreven staan. De werkgever en de werknemer maken binnen de daaropvolgende 2 weken een plan van aanpak, waarin het doel en de aanpak van de re-integratie beschreven staat. Gedurende de ziekteperiode kunnen op basis van het verloop beide documenten bijgesteld worden.

Wanneer een werknemer langdurig ziek is, vindt na een jaar de eerstejaarsevaluatie plaats door de werkgever en de werknemer. Vaak is dit het moment dat de bedrijfsarts de belastbaarheid van de werknemer in meer detail beschrijft in het inzetbaarheidsprofiel, waarna onderzoek door een arbeidsdeskundige plaats kan vinden. Wanneer uit dit onderzoek blijkt dat de werknemer niet op korte termijn kan terugkeren in (aangepast) werk bij de eigen werkgever (spoor 1), moeten de werknemer en werkgever de mogelijkheden van passend werk bij een andere werkgever onderzoeken (spoor 2). Indien al eerder duidelijk is dat een werkende door ziekte of aandoening niet meer terug kan keren naar het eigen werk, kan ook al eerder een arbeidsdeskundig onderzoek worden ingezet om de mogelijkheden voor voor passend werk te onderzoeken.

Wanneer een patiënt na 104 weken niet hersteld is voor zijn werk, kan deze een WIA-aanvraag doen bij het UWV, waarna een arbeidsongeschiktheidsbeoordeling zal plaatsvinden. Eerst wordt bepaald of de re-integratie-inspanningen voldoende zijn geweest. Wanneer de re-integratie-inspanningen niet voldoende zijn, verplicht het UWV de werkgever om het loon voor maximaal 1 jaar door te betalen om alsnog aan de re-integratie-inspanningen te kunnen voldoen. Wanneer de re-integratie-inspanningen voldoende zijn, zal beoordeeld worden of de patiënt recht heeft op een WIA-uitkering.

Werknemers met een dienstverband voor bepaalde tijd

De werkgever is voor de duur van het arbeidscontract verantwoordelijk voor de loondoorbetaling tijdens ziekte. Wanneer de patiënt na afloop van het dienstverband nog ziek is, kan hij een uitkering in het kader van de ziektewet aanvragen bij het UWV. Soms is de ex-werkgever zogenaamd 'eigen risicodragend' voor de Ziektewet. In dat geval is de werkgever verantwoordelijk voor de doorbetaling. Het UWV is vanuit de ziektewet verantwoordelijk voor de loondoorbetaling en re-integratie voor maximaal de resterende tijd tot aan 104 weken. Bij het UWV zal eerst beoordeeld worden of een patiënt als gevolg van zijn ziekte wel of niet het eigen werk kan verrichten. Dit wordt gedaan door medische teams waarbij de begeleiding bij ziekte voornamelijk door sociaal medisch verpleegkundigen wordt gedaan. Is dit het geval, dan is er geen recht op een ziektewetuitkering. Wanneer een patiënt niet het eigen werk kan verrichten, is er sprake van arbeidsongeschiktheid. Dan kan vanuit het UWV re-integratiebegeleiding worden ingezet bij het vinden van passend werk.

Wanneer een patiënt ongeveer een jaar ziek is, kan een ziektewetbeoordeling plaatsvinden door een verzekeringsarts, een erkend medisch specialist op het gebied van Arbeid en Gezondheid.

De verzekeringsarts beschrijft de belastbaarheid van de patiënt in meer detail, waarna meestal onderzoek door een arbeidsdeskundige plaatsvindt. Wanneer uit dit onderzoek blijkt dat de patiënt in ander werk meer dan 65% van het laatste loon kan verdienen, is er geen recht meer op een ziektewetuitkering. Wanneer een patiënt recht houdt op ziektewet en na twee jaar niet hersteld is, dient hij een WIA-aanvraag te doen. Ook dan zal beoordeeld worden of de patiënt recht heeft op een WIA-uitkering.

Verzekeringsartsen bij UWV beoordelen de belastbaarheid van patiënten op basis van wet- en regelgeving, waarvan een groot deel is beschreven in "Schattingsbesluit arbeidsongeschiktheidswetten". Daarnaast maken zij gebruik van richtlijnen, protocollen en standaarden binnen de beroepsgroep.

Naast deze beoordelende rol, heeft de verzekeringsarts bij UWV voor patiënten in de ziektewet een rol in de verzuimbegeleiding. Deze is vergelijkbaar met die van de bedrijfsarts.

Binnen het UWV werken verzekeringsartsen en artsen (al dan niet in opleiding tot verzekeringsarts). Ook bij UWV wordt toenemend gebruik gemaakt van taakdelegatie.

Net zoals een bedrijfsarts kan een verzekeringsarts met toestemming van de patiënt informatie opvragen of overleggen met een behandelaar. Voor informatieoverdracht tussen een bedrijfsarts en verzekeringsarts is op grond van de wet SUWI vaak geen aanvullende toestemming nodig. Bij twijfel over de diagnose of behandeling kan de verzekeringsarts een onafhankelijke expertise laten verrichten.

Werknemers zonder dienstverband

Werknemers zonder dienstverband zijn bijvoorbeeld mensen die een WW-uitkering ontvangen of uitzendkrachten. Wanneer een patiënt zonder dienstverband zich ziek meldt bij UWV, kunnen zij mogelijk nog recht hebben op een ziekte-uitkering. De voorwaarden en het beoordelen/begeleiden verloopt hetzelfde als bij werknemers met een dienstverband voor bepaalde tijd (zoals hierboven beschreven).

Arbeidsongeschiktheidsbeoordeling bij UWV

Wanneer een patiënt na 104 weken ziekte een WIA-uitkering aanvraagt, zal beoordeeld worden of de patiënt recht heeft op een WIA-uitkering. Een arbeidsongeschiktheidsbeoordeling in het kader van de wet WIA bestaat meestal uit een medisch onderzoek en een arbeidsdeskundig onderzoek.

Het doel van het medisch onderzoek is het vaststellen van de beperkingen als gevolg van ziekte. Deze worden vastgelegd in een Functionele Mogelijkheden Lijst (FML). Daarnaast maakt de verzekeringsarts een inschatting van de prognose van de medische problematiek en van de belastbaarheid. De ernst van de beperkingen verwijst naar de mate waarin een persoon in staat is om werk uit te voeren. De medische problematiek beperkt een patiënt in diens functioneren. Voor het type uitkering is van belang om in te schatten in hoeverre de beperkingen kunnen afnemen met behandeling, begeleiding of natuurlijk beloop van de aandoening. De verzekeringsarts wordt vanuit de wetgeving gevraagd deze prognose in te schatten.

Bij het arbeidsdeskundig onderzoek wordt op basis van de FML, het opleidingsniveau en de werkervaring van de patiënt vastgesteld welke functies de patiënt in theorie kan verrichten. Het inkomen wat de patiënt hiermee in theorie kan verdienen (restverdiencapaciteit) wordt vergeleken met het inkomen voor de ziekmelding. Het resultaat is een arbeidsongeschiktheidspercentage. Dit arbeidsongeschiktheidspercentage bepaalt het recht op een WIA-uitkering:

- Bij een arbeidsongeschiktheidspercentage onder de 35% heeft de patiënt geen recht op een WIA-uitkering. Afhankelijk van de persoonlijke situatie van een patiënt kan er mogelijk nog wel recht zijn op een WW-uitkering of een uitkering vanuit de participatiewet (vroegere bijstand). Sommige patiënten hebben in het geheel geen recht op een uitkering.
- Bij een arbeidsongeschiktheidspercentage tussen de 35 en 80% is er sprake van gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid. De patiënt heeft dan recht op een WGA-uitkering (Werkhervattingsregeling gedeeltelijk arbeidsongeschikten). Binnen deze categorie is de restverdiencapaciteit van belang voor het behoud en de hoogte van de uitkering. Er is maximaal twee jaar recht op een loongerelateerde uitkering (70% van het laatstverdiende loon, gemaximeerd op het maximumdagloon). Daarna wordt gekeken in hoeverre de patiënt de restverdiencapaciteit benut. Als de patiënt inkomen heeft uit werk en meer verdient dan 50% van de restverdiencapaciteit, ontvangt hij

daarnaast een loonaanvullingsuitkering. Bij lagere verdiensten of als de patiënt niet werkt, ontvangt de patiënt een vervolguitering. De vervolguitering is gebaseerd op het minimumloon en is in het algemeen veel lager dan de eerdere uitkering en zelfs lager dan een bijstandsuitkering.

- Bij een arbeidsongeschiktheidspercentage tussen de 80 en 100% wordt gesproken over volledige arbeidsongeschiktheid. Wanneer er sprake is van tijdelijke volledige arbeidsongeschiktheid, is er recht op een WGA-uitkering. Wanneer er sprake is van blijvende (duurzame) arbeidsongeschiktheid, is er recht op een IVA-uitkering (Inkomensvoorziening volledig arbeidsongeschikten). Het onderscheid wordt gemaakt op basis van de inschatting van de prognose door de verzekeringsarts. De verzekeringsarts kijkt hierbij naar resterende behandelopties en de mogelijke effecten hiervan, maar ook naar de invloed van eventuele herstelbevorderende en belemmerende persoonlijke en externe factoren (zie ICF-model).

In sommige situaties is al, voordat de patiënt 104 weken ziek is, duidelijk dat hij niet meer kan werken en dat herstel uitgesloten is. De patiënt kan dan in overleg met de bedrijfsarts (of verzekeringsarts bij een ziekewetuitkering) een WIA-uitkering (IVA) met verkorte wachttijd aanvragen. Hiervoor is een verklaring van de bedrijfsarts nodig en vaak ook medische informatie van een behandelend specialist over de diagnose en behandelopties. ~~en prognose.~~ De informatie van de medisch specialist is vaak noodzakelijk om in te schatten welke beperkingen nog kunnen verbeteren en van welke beperkingen verbetering uitgesloten is. De bedrijfs- of verzekeringsarts dient hiervoor gerichte vragen te stellen aan de medisch specialist. De KNMG adviseert medisch specialisten geen directe uitspraken te doen over de prognose. Informatie over behandelplannen en -doelen kan de verzekeringsarts ondersteunen bij het inschatten van de prognose van de belastbaarheid.

Patiënten met een particuliere verzekering

Ondernemers, zelfstandigen en directeur-groootaandeelhouders die niet in loondienst zijn, kunnen ervoor kiezen zich vrijwillig te verzekeren voor arbeidsongeschiktheid bij een particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekeraar, bij het UWV of lid worden van een broodfonds.

Hoeveel en wanneer er wordt uitgekeerd, wordt bepaald door de polisvoorwaarden die vastgelegd zijn bij aanvang van de verzekering. De polisvoorwaarden zijn afhankelijk van de verzekeraar en van de keuzes die de patiënt heeft gemaakt bij het afsluiten van de verzekering. De patiënt kan hierbij keuzes maken over onder andere de hoogte van het verzekerde bedrag, de looptijd, eigen risico, de uitkeringsdrempel (bij UWV is dit 35% op basis van gangbare arbeid, bij een particuliere verzekeraar zijn er meer mogelijkheden) en beroepsarbeidsongeschiktheid versus passende of gangbare arbeid. Deze keuzes, maar ook het verzekerde beroep, hebben invloed op de hoogte van de premie.

Bij het aanvragen van de verzekering moet de patiënt een medische vragenlijst invullen. Als blijkt dat een patiënt op basis van deze vragenlijst een verhoogde kans heeft om uit te vallen als gevolg van een bepaalde ziekteoorzaak, kan de medisch adviseur van de verzekeraar ervoor kiezen om de polisvoorwaarden aan te passen. De adviseur kan dan bijvoorbeeld kiezen om het ziektebeeld uit te sluiten van verzekering, of te kiezen voor een premietoeslag, een kortere looptijd of een langer eigen risicoperiode. Mocht het risico te hoog zijn voor de verzekeraar, dan kan de verzekeraar de aanvraag afwijzen. Voor de vrijwillige verzekeringen van het UWV worden werkenden binnen de drie maanden na starten als zelfstandige zonder beoordeling van een arts geaccepteerd.

Een patiënt kan zichzelf ziek melden bij zijn verzekeraar of via een tussenpersoon. De verzekeraar zal dan contact opnemen om de ziekmelding te inventariseren en de verwachtingen van de patiënt rondom het herstel. De verdere begeleiding hangt af van de polisvoorwaarden en de verzekeraar. De medische beoordelingen worden uitgevoerd door een medisch adviseur, dit is een verzekeringsarts of een arts in opleiding tot verzekeringsarts. De medisch adviseur geeft adviezen in het kader van arbeidsongeschiktheid, re-integratie en preventie. Een patiënt kan ook preventief contact opnemen met de verzekeraar en advies vragen bij een medisch adviseur.

Daarnaast zijn er vaak medisch ondersteuners of medisch behandelaars die onder verantwoordelijkheid van de arts contacten onderhouden met de patiënt. Medische informatie van behandelaren wordt alleen opgevraagd met toestemming van de patiënt. Wanneer er sprake is van onduidelijkheid of langdurige ziekte kan de medisch adviseur adviseren om een onderzoek in te zetten door een onafhankelijk arts of specialist.

Er zijn ook particuliere verzekeringen die een aanvulling op de werknemersverzekeringen zijn. Werknemers in loondienst kunnen een (collectieve of individuele) particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekering hebben die een eventuele WIA- of WW-uitkering aanvult. Of de patiënt recht heeft op een dergelijke aanvullende uitkering wordt vaak bepaald op basis van de uitkomst van de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling van het UWV.

Sinds 2023 is er een nieuwe wet in de maak die alle ZZP-ers met en zonder personeel verplicht een arbeidsongeschiktheidsverzekering af te sluiten, maar het is onzeker of en wanneer deze wet in werking zal treden.

Patiënten zonder verzekering

Wanneer een patiënt niet verzekerd is voor arbeidsongeschiktheid door ziekte (dus geen werknemersverzekering, of particuliere verzekering), kan deze mogelijk wel aanspraak maken op een bijstandsuitkering vanuit de participatiewet. Of een patiënt hier recht op heeft, hangt onder andere af van het vermogen en het inkomen. Hierbij wordt ook het vermogen en het inkomen meegenomen van personen uit de gezamenlijke huishouding. Wanneer een patiënt ziek is en in de bijstand zit, kan dit invloed hebben op de (sollicitatie)verplichtingen.

Literatuur:

[wetten.nl - Regeling - Schattingsbesluit arbeidsongeschiktheidswetten - BWBR0011478 \(overheid.nl\)](https://wetten.nl/Regeling-Schattingsbesluit-arbeidsongeschiktheidswetten-BWBR0011478-overheid.nl)

[wetten.nl - Regeling - Wet structuur uitvoeringsorganisatie werk en inkomen - BWBR0013060 \(overheid.nl\)](https://wetten.nl/Regeling-Wet-structuur-uitvoeringsorganisatie-werk-en-inkomen-BWBR0013060-overheid.nl)

[Werkwijzer Poortwachter | UWV | Werkgevers](#)

Taken en rollen (gespecialiseerd) verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten

Patiënten met een chronische aandoening doorlopen een heel traject van diagnose en behandeling tot revalidatie en nazorg. Voor een goede administratie en organisatie is het belangrijk dat taken van diverse teamleden en betrokkenen duidelijk beschreven worden. Deze paragraaf is een aanzet daartoe.

Educatie en instructie

Om eigen regie en zelfmanagement van patiënten te versterken is educatie (scholing, voorlichting) over de aandoening, de behandeling en de gevolgen en hoe daarmee om te gaan essentieel. Bij chronische aandoeningen is dat een voorwaarde voor positieve gezondheid: het vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren, in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven (**Huber**, 2011). Dit gaat bij uitstek op voor het bevorderen van arbeidsparticipatie: inzetten op aanpassing, mogelijkheden en veerkracht van het individu, maar ook op aanpassingen (van werk en belasting aan werkvermogen en belastbaarheid).

Voor mensen met inflammatoire artritis adviseert De European League Against Rheumatism (EULAR) bijvoorbeeld, dat zij toegang moeten hebben tot educatie (scholing, voorlichting). In ieder geval bij de diagnose, medicatie verandering en wanneer de patiënt daar om vraagt. De inhoud en vorm van de educatie moet op maat worden gemaakt (Combe, 2017; Smolen, 2017). Patiënten vinden dit ook belangrijk en zij geven dan ook aan behoefte te hebben aan tijdig passende en op maat gesneden informatie over hun aandoening, behandeling en consequenties (van Eijk-Hustings, 2013).

Uit de inleiding is al gebleken dat educatie een belangrijk onderdeel is van het takenpakket van een verpleegkundige. Voorlichting over het ziektebeeld en medicamenteuze behandeling wordt veel gegeven door de verpleegkundigen (van Eijk Hustings, 2017), zowel mondeling als via bijvoorbeeld folders en websites. Patiënten vinden dat een verpleegkundige dit kan en verwachten dit ook van een verpleegkundige (van Eijk-Hustings, 2013; Van Eijk, 2014).

Uit onderzoek blijkt dat goede voorlichting leidt tot grotere zelfredzaamheid (van Eijk-Hustings, 2013; van Eijk Hustings, 2017). Studies suggereren bovendien dat therapietrouw, onder andere, afhangt van de kwaliteit van de informatie-uitwisseling tussen patiënt en zorgverlener (Combe, 2017).

In dat opzicht is het zinvol om de verpleegkundige in te zetten bij educatie. Er is namelijk sprake van een statistisch significante toename in kennis van de patiënt over de aandoening, behandeling (onder andere medicamenteus), fysiotherapie en zelfmanagement strategieën bij patiënten die zijn geschoold/voorgelicht door verpleegkundigen (van Eijk-Hustings, 2012). Deze toename in kennis is groter in vergelijking met patiënten die zijn geschoold/voorgelicht door artsen.

Monitoring

De verpleegkundige kan bij patiënten met inflammatoire artritis worden ingezet voor het verrichten van screening en monitoren (Benoy-De Keuster, 2018; van Riel, 2009). Naar analogie van dit voorbeeld kan de verpleegkundige ook ingezet worden voor screening van belemmerende factoren voor arbeidsparticipatie, triage voor advies, begeleiding en

verwijzing en monitoren van het beloop en effectiviteit van interventies. In het geval van de gespecialiseerd verpleegkundige met duidelijke, schriftelijke instructies, in het geval van een VS (of PA) zijn de instructies -mits ze bekwaam zijn- minder noodzakelijk, aangezien de VS of PA bevoegd zijn tot het zelfstandig aangaan van een behandelrelatie en het indiceren en uitvoeren van voorbehouden handelingen (Benoy-De Keuster, 2018).

Regie en coördinatie

In het veranderende zorglandschap met toenemende netwerkzorg is het belangrijk dat één van de zorgverleners de regie heeft over samenwerking en communicatie en centraal aanspreekpunt is voor de patiënt (en diens familie). Waar voorheen -in het ketenzorgmodel- een medisch specialist als hoofdbehandelaar inhoudelijk eindverantwoordelijk was voor het zorgproces dat een individuele patiënt doorliep, wordt steeds gebruikelijker om te spreken van een regiebehandelaar, die niet zo zeer inhoudelijk eindverantwoordelijk is, maar verantwoordelijk is voor de regie en coördinatie van het zorgproces. Dit kan sinds een aantal jaren de VS of PA zijn ("Physician assistants en verpleegkundig specialisten wettelijk op eigen benen," 2012; van Eijk Hustings, 2017).

Wie-doet-wat

Toekomstvisie op arbeidsgerichte zorg

Vooraf

We richten ons hier op zorg voor werk(zoek)ende/studerende patiënten¹ met 'arbeidsrelevante' aandoeningen.

De werkgroep onderscheidt twee scenario's:

- Scenario 1: patiënten met aandoeningen met een chronisch -al dan niet progressief of intermitterend- beloop, die gepaard gaan met stoornissen en beperkingen die arbeidsparticipatie belemmeren en/of veroorzaakt worden of verergeren door factoren in het werk.
- Scenario 2: overige patiënten voor wie de behoefte aan arbeidsgerichte zorg beperkter is.

Deze bijlage betreft hoofdzakelijk scenario 1, maar ook voor scenario 2 ziet de werkgroep mogelijkheden voor verbetering in de arbeidsgerichte zorg.

¹ Waar we in deze module de aanduiding 'patiënt' gebruiken, wordt bedoeld een werk(zoekende) patiënt of een patiënt die nog in opleiding is.

Inleiding en toelichting

Idealiter verstaan we onder ‘arbeidsgerichte zorg’ zorg waarin arbeidsparticipatie een geïntegreerd behandeldoel is en waarin werk als medicijn (herstelbevorderende factor) wordt benut. De huidige zorg en maatschappij zijn in veel opzichten nog niet ingericht om de beoogde zorg te kunnen bieden.

We schetsen hier de toekomstige situatie zoals die volgens de werkgroep gerealiseerd zou moeten worden om aan de kwaliteitscriteria voor goede -dus mede arbeidsgerichte- zorg te voldoen.

We sluiten daarbij aan bij de principes van passende zorg, d.w.z. zorg gebaseerd op stepped en matched care, die dichtbij de patiënt wordt georganiseerd, die gericht is op waarden van de patiënt en waarbij patiënt en zorgverlener samen beslissen. Zorg waarin in netwerken wordt samengewerkt in interactie met de samenleving. Met minder focus op ziekte en behandeling en meer inzet op gezondheid en wat iemand wel kan.

In veel gevallen, met name bij ziektebeelden en behandelingen met geen, beperkte of slechts kortdurende impact op het functioneren, kan de zorg beperkt blijven tot basale voorlichting en instructie door de behandelend medisch specialist en tot samen beslissen over behandelkeuzes. Denk bijvoorbeeld aan patiënten na eenmalige, eenvoudige chirurgische ingrepen, die goed herstellen en aan patiënten die voorspoedig herstellen van een infectieuze aandoening.

In andere gevallen, met name bij aandoeningen met een chronisch, al dan niet in de tijd sterk wisselend en al dan niet progressief, beloop of aandoeningen met blijvende, soms ook ‘onzichtbare’ gevolgen voor het functioneren, zal goede zorg veel meer omvatten en ook veel meer vragen van de organisatie van zorg. Denk onder andere aan patiënten met en na kanker, patiënten met reumatische aandoeningen of inflammatoire darmziekten, met diabetes mellitus, neurologische patiënten met degeneratieve of vasculaire hersenaandoeningen, dwarslaesies, traumatisch hersenletsel of spierziekten, hartpatiënten met congenitale of ischemische aandoeningen en patiënten met al dan niet door factoren in het werk veroorzaakte of verergerende longaandoeningen (astma, COPD) en huidaandoeningen (handeczeem).

De werkgroep realiseert zich dat de huidige zorg niet is ingericht om alle patiëntgroepen de gewenste (optimale) zorg te leveren. Elders in deze generieke richtlijnmodule zijn daarom aanbevelingen beschreven die in de huidige situatie binnen de bestaande randvoorwaarden in veel gevallen al uitvoerbaar zijn.

We richten in deze module echter ook de blik op de toekomst en beschrijven hoe optimale zorg idealiter georganiseerd kan worden en aan welke (rand)voorwaarden daarvoor voldaan moet worden die in ons huidige bestel vooralsnog ontbreken. Dit mondt uit in beleidsaanbevelingen voor wetenschappelijke en beroepsverenigingen, zorg- en andere instellingen, overheid en politiek gericht op het mogelijk maken en borgen van de gewenste zorg in de toekomst.

Toekomstperspectief: van ‘ist’ naar ‘soll’

Doelen voor de transitie van de bestaande naar de gewenste situatie

1. Van (beperkte) aandacht voor arbeidsparticipatie naar volledige integratie van arbeidsparticipatie als een behandeldoel en werk als therapeuticum in zorgpaden.

2. Van multidisciplinaire naar structurele interdisciplinaire samenwerking in transmurale en domeinoverstijgende zorgpaden en netwerken gericht op persoonsgericht maatwerk.

Deze doelen leiden tot onderstaande visie op de toekomstige organisatie van de zorg en vervolgens tot daaruit af te leiden (rand)voorwaarden en beleidsaanbevelingen.

Visie op Integratie in intramurale zorgpaden

In relevante zorgpaden in ziekenhuizen zijn de genoemde arbeidsparticipatie bevorderende elementen geïntegreerd: educatie, samen beslissen, inventarisatie van (potentiële) participatie belemmerende en bevorderende factoren, een op deze factoren gericht interventieplan en monitoring.

De medisch specialist, verpleegkundig specialist of de physician assistant beslissen samen met de patiënt over de keuze van de behandeling, waarbij ook de gevolgen voor arbeidsparticipatie worden meegewogen met behulp van daartoe ontwikkelde keuze-hulpen. Er is ziekte specifiek materiaal (e-health) beschikbaar voor voorlichting en instructie over zelfmanagement en coping.

Visie op de Arbeidsgerichte zorg in teamverband

Een daartoe geschoolde specialistisch verpleegkundige/ verpleegkundig specialist inventariseert samen met de patiënt de potentiële bevorderende en belemmerende factoren voor arbeidsparticipatie en samen stellen ze een interventieplan op. Zo nodig halen ze bij andere professionals / stakeholders in het zorgdomein en in het arbeidsdomein input op of er wordt een gezamenlijk MDO georganiseerd met behulp van daartoe ingezette technische faciliteiten (zie ook onder 2). Ook kunnen ze een 'arbeid- en gezondheidskundig consulent'² raadplegen of bij complexe situaties / problematiek een klinisch arbeidsgeneeskundige consulteren die in de eigen instelling beschikbaar zijn of door middel van een digitaal platform bij een regionaal/ academisch expertisecentrum te consulteren zijn (zie ook onder 3).

De verpleegkundig specialist vervult de rol van regiebehandelaar, coördineert de zorg en de communicatie en is aanspreekpunt voor de patiënt en diens naasten en voor betrokken zorgprofessionals in het regionale netwerk.

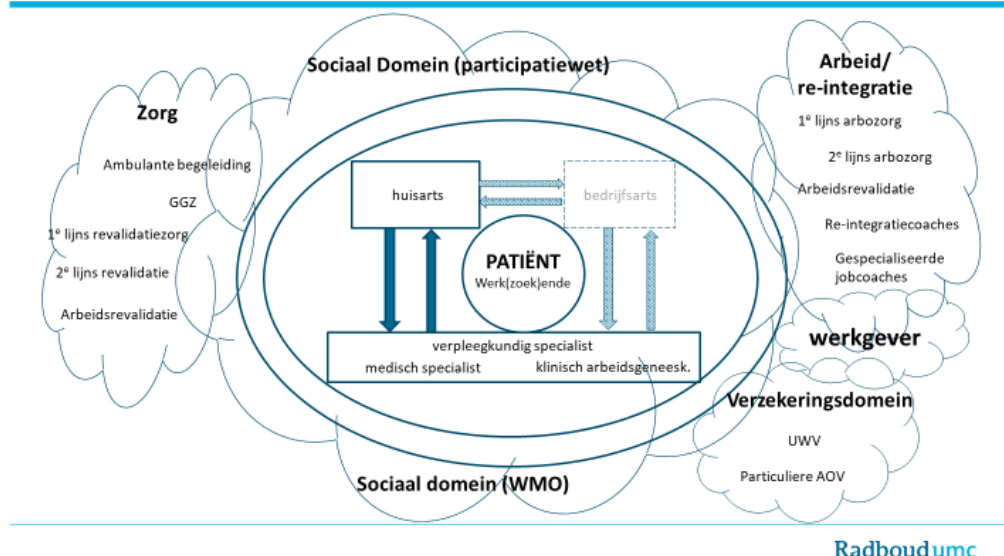
De uitrol van deze zorgorganisatie is mogelijk gemaakt door de ontwikkeling en implementatie van een bouwsteen 'arbeidsgerichte zorg' die zorgteams ondersteunt bij de integratie van 'arbeid' in hun zorgpad en zorgnetwerk.

1. Inbedding van intramurale zorgpaden in regionale -transmurale en domein overstijgende- netwerken:
De reis van de patiënt begint, na verwijzing van de huisarts, vaak in het ziekenhuis in de diagnostische fase, maar houdt niet op bij de muren van het ziekenhuis. Veelal komen patiënten voor behandeling en begeleiding bij andere zorgprofessionals buiten het ziekenhuis terecht (in de eerste lijn of in bijv. een revalidatiecentrum) en hebben ze van

² Met arbeids- en gezondheidskundig consulent (geen beschermde titel) wordt bedoeld op HBO- of WO-opgeleide deskundigen op het gebied van arbeid en gezondheid, vaak met een achtergrond van fysiotherapie, ergotherapie of arboverpleegkunde en met kennis van de principes van belasting en belastbaarheid, arbeidsre-integratie en wet- en regelgeving.

doen met professionals en instanties in het arbeidsdomein en /of het sociale (zekerheids)domein. Onderstaande figuur illustreert dit, en wordt voor werk(zoek)enden aangevuld met zorgverleners uit het domein arbeid en re-integratie.

Model arbeidsgerichte netwerkzorg



Figuur: Model arbeidsgerichte netwerkzorg (Radboudumc): inbedding van intramurale zorgpaden in regionale -transmurale en domein overstijgende- netwerken).

Verbinding tussen deze betrokkenen in de diverse domeinen in een regionaal netwerk is essentieel. Interventies en communicatie worden gecoördineerd door een regiebehandelaar. Met behulp van technische faciliteiten wordt de communicatie ondersteund en zo nodig een gezamenlijk MDO georganiseerd rondom de patiënt en wordt een interdisciplinair plan gemaakt. Daarbij kan zo nodig ook een arbeid- en gezondheidskundig consulent en/of klinisch arbeidsgeneeskundige van de instelling of van het regionale/academische expertisecentrum worden betrokken (zie onder 3). De regiebehandelaar monitort de uitvoering van het plan en evalueert de effecten met de patiënt. Zo nodig wordt het plan in samenspraak met betrokkenen aangepast.

2. Arbeids(genees-)kundige expertisecentra (regionaal, supraregionaal en landelijk)
Op regionaal niveau wordt ten behoeve van de zorg in regionale netwerken een arbeidsgeneeskundige kennisinfrastructuur opgezet en ontsloten, bij voorkeur verbonden aan de umc's en/of topklinische ziekenhuizen, eventueel in het kader van academische werkplaatsen waar ook beleids- en praktijkrelevant onderzoek plaatsvindt en opleidingsplaatsen aanwezig zijn.
De aanwezige (ziektespecifieke) arbeids(genees-)kundige expertise is beschikbaar voor consultatie / verwijzing ten behoeve van diagnostiek van beroepsziekten en voor beoordeling en advisering met betrekking tot arbeidsmogelijkheden van patiënten met een (chronische) aandoening. De expertise is toegankelijk voor zowel de eerste en de tweede lijns curatieve zorg als voor de bedrijfsarts en de verzekeringsarts.
De inzet van arbeids(genees-)kundige expertise in de zorg voor werk(zoek)ende patiënten is onderdeel van integrale regionale zorgpaden en wordt ook als zodanig gefinancierd.
Vanuit de expertisecentra wordt ook basale scholing op het gebied van 'arbeidsgerichte zorg' ontwikkeld en aangeboden voor verpleegkundige, paramedische en medisch-specialistische beroepsgroepen.

Naast de regionale expertisecentra zal ten behoeve van ontwikkeling en toepassing van bijzondere specialistische expertise concentratie in supraregionale dan wel landelijke

expertisecentra wenselijk en voldoende zijn. Als voorbeeld kan het Solvent-team van de polikliniek Mens en Arbeid bij het AUMC genoemd worden.

Organisatorische voorwaarden

Om de genoemde doelen en gewenste organisatie van zorg te realiseren moet aan een aantal organisatorische voorwaarden worden voldaan, die niet (alleen) door zorgprofessionals gerealiseerd kunnen worden. We richten daarom ook beleidsaanbevelingen aan het bestuurlijk niveau van wetenschappelijke en beroepsverenigingen, betrokken instellingen en aan het niveau van politiek en overheid.

Een overzicht van de noodzakelijke randvoorwaarden:

- Toegankelijkheid van eerstelijns arbeids- en bedrijfsgeneeskundige zorg voor alle werk(zoek)enden.
- Beschikbaarheid arbeids(genees)kundige expertise in de 2^e en 3^e lijnszorg.
- Scholing van zorgprofessionals met betrekking tot basale arbeids(genees-)kundige kennis en kennis van het arbeids-, re-integratie- en sociale (zekerheids)domein.
- Doeltreffende en doelmatige verdeling en coördinatie van taken en verantwoordelijkheden.
- Verbinding tussen de diverse domeinen in de zorg en tussen zorgdomein en arbeids-/re-integratiedomein (afstemming van doelen en taken, communicatie en coördinatie).
- Infrastructuur, tools en faciliteiten om de geïntegreerde zorg doeltreffend en doelmatig in (transmurale en domein-overstijgende) zorgpaden in te kunnen richten en uit te kunnen voeren.
- Tijd en dus capaciteit en financiering daarvan om geïntegreerde zorg en interdisciplinaire samenwerking mogelijk te maken.

Beleidsaanbevelingen

Overheid / politiek

- draag zorg voor financiering van arbeidsgerichte medisch-specialistische zorg;
- draag zorg voor een financieringsstructuur die organisatie van interdisciplinaire, arbeidsgerichte zorg in transmurale en domein-overstijgende netwerken adequaat ondersteunt;
- draag zorg voor adequate toegankelijkheid van arbo-/bedrijfsgezondheidszorg voor alle werk(zoek)enden;
- draag zorg dat er een landelijk dekkend netwerk van (academische) expertisecentra voor arbeidsgerichte zorg ten behoeve van consultatie en verwijzing in geval van complexe beroepsziekte diagnostiek en voor beoordeling, advisering en behandeling met betrekking tot arbeidsmogelijkheden van werk(zoek)ende patiënten met complexe gezondheidsproblematiek.

Instellingen/ ziekenhuizen

- benoem arbeidsparticipatie als behandelgoal in zorgpaden en faciliteer de implementatie door scholing, integratie in het digitale patiëntendossier met tools en informatiemanagement;
- uitkomsten met betrekking tot arbeidsparticipatie zijn indicatoren voor kwaliteit van (geïntegreerde) zorg. Neem deze uitkomsten en randvoorwaarden voor de organisatie van deze zorg expliciet op in kwaliteitsprogramma's en maak ze onderdeel van kwaliteitsaudits;

- benoem dat toegankelijkheid van klinisch-arbeidsgeneeskundige expertise binnen de instelling of in samenwerking met andere instellingen binnen de regio belangrijk is voor arbeidsgerichte zorg.

Regionale samenwerkingsverbanden

- faciliteer de ontwikkeling van ziektespecifieke, arbeidsgerichte -transmurale en domein overstijgende- netwerken en organiseer de coördinatie en communicatie in regionale samenwerkingsprotocollen.

Wetenschappelijke en beroepsverenigingen

- uitkomsten met betrekking tot arbeidsparticipatie zijn indicatoren voor kwaliteit van (geïntegreerde) zorg. Neem ze expliciet op in kwaliteitsprogramma's en maak ze onderdeel van kwaliteitsvisitaties.
- neem doelen met betrekking tot arbeidsgerichte zorg op in het opleidingsplan, passend bij de CANMEDS-competenties klinisch handelen, samenwerking, communicatie, maatschappelijk handelen, organisatie.

Medical guidelines that mention work participation (Up-to-date till 2021).

Medical guidelines	Main finding(s)	Year	Source
<i>General</i>			
Screening for psychosocial distress (in Dutch, the Netherlands)	- General guideline on screening for psychosocial distress in cancer patients (including work)	2017	GIN, https://www.venvn.nl/media/2ocnee0g/detecteren-behoefte-psychosociale-zorg.pdf
Workplace health: long-term sickness absence and capability to work (UK)	- Guideline on how to help people return to work after long-term sickness absence, reduce recurring sickness absence, and help prevent people moving from short-term to long-term sickness absence	2020	GIN, https://www.nice.org.uk/guidance/ng146
<i>Cancer</i>			
American Cancer Society/American Society of Clinical Oncology Breast Cancer Survivorship Care Guideline (USA)	Includes minor mentioning of work, that is: - Limited information on the impact of cancer to return-to-work support	2015	GIN, https://ascopubs.org/doi/full/10.1200/JCO.2015.64.3809
Blueprint cancer and occupation (in Dutch, the Netherlands)	- General guideline with regard to cancer and work for all phases of cancer targeted at different actors involved in treatment <i>[note tbv generieke module arbeid] deze richtlijn heeft inmiddels een update, echter deze stand niet op de website van GIN, daarom staat deze in de lijst</i>	2009	GIN, https://nvab-online.nl/sites/default/files/bestanden-webpaginas/BLAUWDRUK_Kanker&Werk.pdf
Breast cancer (in Dutch, the Netherlands)	Work is mentioned at several placed in this guideline: - Work/occupations should be mentioned during treatment - Refers to guideline 'Blueprint cancer and occupation'	2012	GIN, https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/borstkanker/organisatie_van_zorg/de_behandelfase.html
Colorectal carcinoma (in Dutch, the Netherlands)	Work is mentioned at several placed in this guideline: - Work/occupations should be mentioned during treatment - Mentions that one common complication has impact on work - Section on support for RTW - Refers to an update of guideline 'Blueprint cancer and occupation'	2020	GIN, https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/colorectaal_carcinoom_crc/nazorg_en_nacontrole_bij_crc/ondersteunende_zorg_bij_crc.html
Hepatocellular carcinoma (in Dutch, the Netherlands)	Includes minor mentioning of work, that is:	2013	GIN, https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/hepatocellulair_carcinoom/hepatocellulair_carcinoom

	- Refers to guideline 'Blueprint cancer and occupation'		m - organisatie van zorg/hepatocellulair carcinoom - nazorgfase.html?query=werk#preface
Intracranial meningioma (in Dutch, the Netherlands)	Includes minor mentioning of work, that is: - Mentions that work is covered as part of rehabilitation	2015	GIN, https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/intracra_nieel_meningeoom/cognitie_en_revalidatie/revalidatie.html?query=werk#considerations
Medical specialist rehabilitation in oncology	Includes a module on work		GIN, https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/medisc_h_specialistische_revalidatie_bij_oncologie/arbeid.html
<i>Cardiology</i>			
Acute coronary syndromes NICE guideline (UK)	Includes minor mentioning of work, that is: - Offer cardiac rehabilitation programs in a choice of venues and at a choice of times of day, for example, sessions outside of working hours - Take into account the physical and psychological status of the patient, the nature of their work and their work environment when giving advice on returning to work.	2020	GIN, https://www.nice.org.uk/guidance/ng185/cha_pter/Recommendations
<i>Neurology</i>			
Clinical Practice Guideline for the Management of Patients with Parkinson's Disease (Spain)	Includes minor mentioning of work, that is: - Includes work as a factor to consider in the management - When the patient's work capacity is compromised, this justifies to start pharmacological treatment	2014	GIN, https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_546_Parkinson_IACS_comp_en.pdf
<i>Obesity</i>			
Management of Obesity in Adults (Qatar)	Includes minor mentioning of work, that is: - Sedentary and night-shift work listed as risk factors - Work-life balance listed as barrier to physical activity in management of obesity	2022	GIN, https://www.moph.gov.qa/english/OurServices/eservices/Pages/Clinical
<i>Ophthalmology</i>			
Clinical Practice Guideline for the Management of Glaucoma (Malaysia)	Includes a key recommendation on work, that is: - Patients should be referred to rehabilitation including vocational rehabilitation	2017	GIN, https://www.moh.gov.my/moh/resources/Perbitan/CPG/Eye%20Condition/CPG%20Management%20of%20Glaucoma%20(Second%20Edition).pdf

Respiratory disease

Clinical Practice Guideline: Allergic Rhinitis (USA)	Includes minor mentioning of work, that is: - Impairment of work listed as factor of disease classification as more severe	2015	GIN, https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0194599814561600
Cough: Occupational and Environmental Considerations – ACCP Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (Canada)	- Guideline on the role of occupational and environmental factors in causing and contributing to cough	2006	GIN, https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0012369215528481
The Assessment & Management of Chronic Obstructive Pulmonary disease in Adults (Qatar)	Includes minor mentioning of work, that is: - During history taking to assess the impact on patient's life including missed work and socioeconomic impact.	2020	GIN, https://www.moph.gov.qa/english/OurServices/eservices/Pages/Clinical
The Diagnosis and Management of Asthma in Adults (Qatar)	Includes minor mentioning of work, that is: - During history taking to elicit information about: Materials with which they work. Whether their symptoms improve regularly when away from work. - Provide information that 1 in 6 cases of new or recurrent asthma is attributable to occupation - To consider Occupational Asthma - During monitoring to include asking about time off work	2019	GIN, https://www.moph.gov.qa/english/OurServices/eservices/Pages/Clinical
Managing the long-term effects of COVID-19 (UK)	Work is mentioned throughout this guideline, included is: - Advice to discuss the effect of symptoms on work - RTW advice - Use an ability to return to usual activities, including work, as measure of recovery - Provide integrated, multidisciplinary rehabilitation services, including support to work - Refers also to guideline 'Workplace health: long-term sickness absence and capability to work'	2022	GIN, https://sign.ac.uk/our-guidelines/managing-the-long-term-effects-of-covid-19/

Rehabilitation

Brain injury rehabilitation in adults (UK)	- Includes a chapter about vocational rehabilitation	2013	GIN, https://www.sign.ac.uk/our-guidelines/brain-injury-rehabilitation-in-adults/
--	--	------	--

Cardiac rehabilitation (UK)	- Includes a chapter about vocational rehabilitation	2017	GIN, https://www.sign.ac.uk/our-guidelines/cardiac-rehabilitation/
Clinical Practice Guideline for the Rehabilitation of Adults with Moderate to Severe TBI (Traumatic Brain Injury) (Canada)	- Includes a section about vocational rehabilitation	2016	GIN, https://braininjuryguidelines.org/modtosevere/
Rehabilitation after critical illness in adults Clinical guideline (UK)	Includes minor mentioning of work, that is: - To give patients information before their discharge to home or community care (if applicable) about driving, returning to work, housing and benefits.	2009	GIN, https://www.nice.org.uk/guidance/cg83/chapter/1-Guidance
Rehabilitation for persons with traumatic brain injury (USA)	- Includes a chapter about rehabilitation for work to help a person return to work after a brain injury	2004	WHO, https://www.who.int/publications/i/item/rehabilitation-for-persons-with-traumatic-brain-injury
Stroke rehabilitation in adults Clinical guideline (UK)	- Includes a section about RTW - Refers also to guideline 'Workplace health: long-term sickness absence and capability to work'	2013	GIN, https://www.nice.org.uk/guidance/cg162

Effectiveness of interventions that aim to improve work participation for patients within clinical health care as compared to care as usual or other interventions that focus on work participation

Authors:

- Lana Kluit
- Astrid de Wind
- Annechien Beumer
- Coen AM van Bennekom
- Angela GEM de Boer
- Jan L Hoving

Location & contact:

- Amsterdam UMC. Coronel Institute of Occupational Health & Department of Public and Occupational Health, Amsterdam Public Health research institute. Locatie AMC, Meibergdreef 9, 1105 AZ Amsterdam.
- Contact person Jan Hoving (project lead), email: j.l.hoving@amsterdamumc.nl.

Research question

For this guideline module a systematic review of the literature was performed to answer the following question:

What is the effectiveness of interventions that aim to improve work participation for patients within clinical health care as compared to care as usual or other interventions that focus on work participation?

Methods

PICO, literature search and selection

P: patients

For the purpose of this search we considered working age patients with any non-psychiatric condition who are involved in work participation and treated within secondary or tertiary clinical health care. Work participation was regarded as paid employment, which includes full-time work or part-time work. Patients receive treatment within secondary or tertiary clinical health care within a hospital or specialized clinic, regardless of the type of disease or condition. We excluded reviews about patients with primary psychiatric conditions.

I: intervention

We considered interventions aiming to enhance work participation. The intervention could be aiming at an individual patient as well as being delivered to a group of patients. The interventions could focus on different elements influencing work participation, and could be undertaken by any qualified professional (e.g. medical specialist, specialized nurse, psychologist, physical therapist, occupational therapist, social worker). For the purpose of this review, we divided the interventions into:

- Psycho-educational interventions: interventions that include any type of psycho-educational interventions, such as training coping skills (e.g. identifying barriers of employment such as transport or attitudinal barriers), education (e.g. development of job skills, job-specific skills and licensing (e.g. driver's license), training to increase self-efficacy for employment), counseling (e.g. help to identify work skills and aptitudes). We excluded interventions in this group which are not primary aimed at enhancing work participation.
- Vocational interventions: interventions that include any type of intervention focused on employment. Vocational interventions are programs which aim to encourage return-to-work, vocational rehabilitation, or occupational rehabilitation (e.g. job coaching, job placement schemes, workplace adjustment such as modified work hours or modified tasks).
- Physical interventions: interventions that include any type of physical training (e.g. cardiac rehabilitation), physical exercises (e.g. muscle strengthening programs), or training of bodily functions (e.g. vocal training). We excluded interventions in this group which are not primary aimed at enhancing work participation.
- Medical interventions: interventions in which work participation is used as main factor in choice of medical treatment, such as during shared-decision making. We excluded interventions in this group which are not primary aimed at enhancing work participation.
- Multidisciplinary interventions: interventions that use a combination of one of more of the above-mentioned interventions.

We excluded reviews of workplace interventions in which the setting was outside clinical health care. We excluded reviews of intervention that were embedded within an occupational health care or primary health care setting. We excluded reviews that primarily focused on

helping people to maintain or return occupational roles and activities that are unpaid and unlikely to provide an income.

C: control

We included any systematic review that compares or synthesises evidence from studies which include 'usual care' or other interventions that focus on work participation (i.e. different vocational interventions). We excluded alternative programs with no relevant comparison.

O: outcome measure

The main outcome was work participation. Work participation was operationalized as maintaining paid work or return to work in a person's current or a new job.

We will collect data on rates of work placement in any type of paid employment, which includes any time of employment including full-time work or part-time work, and casual, fixed term, permanent or self-employed. We collected continuous date (e.g. duration to return-to-work, sick leave duration) or rates (such as RTW rate) as reported by the review authors.

We did not specify the time points at which the authors must report the outcomes. We were interested in both short term (i.e. less six months), medium term (i.e. between six months and one year) as well as long-term outcomes (i.e. more than one year).

S: setting

We considered reviews of interventions to enhance work participation which were delivered within or which are guided from secondary or tertiary health care in a hospital or specialized clinic. The aim of the intervention had to be to help adults receiving treatment from a hospital or specialized clinic to maintain or return to work.

Relevant outcome measures

Critical outcome measure for decision making: work participation.

Other outcome measures: cost of interventions, cost-effectiveness of interventions, side effects or adverse effects.

The working group defined the outcome measures as follows:

- Maintaining paid work or return to work in a person's current or new job.
- The most relevant period for RTW from disease diagnosis or start of an intervention (in case of chronic disease in which an intervention was initiated later) was regarded as a medium term (between 6 to 12 months). Therefore, if possible we selected proportion of RTW on medium term (between 6 to 12 months), otherwise we chose the most appropriate outcome to report in our main findings.

The working group defined the following minimal clinically (patient) important differences:

- Outcome measure work participation: Since heterogenic findings in patients population as well as types of interventions, the working group was unable to define minimal clinically important differences.

Search strategy and screening

Search strategy

We identified relevant reviews by searching:

- Cochrane Database of Systematic Reviews (Ovid).
- MEDLINE (Ovid).

- EMBASE (Ovid).
- CINAHL (EBSCOhost).

Search strategies were developed by the research team in collaboration with an information specialist of the domain of work and health and clinical work-integrating care. We searched all databases from 2012 to the date of the search. We use this delimitation in time because the clinical practice focused on work participation considerably more limited before that period and insufficiently focused on how contemporary care is organized. We included only studies reported in English or Dutch. We retrieved full review reports of any potentially eligible reviews that were published as abstracts or conference proceedings only. We did not search for any ongoing or recently completed reviews. For our search strategy we refer to appendix 5-8.

Screening and selecting

Title and abstract screening of the reviews was done using a machine learning algorithm with the open-source software ASreview (van de Schoot, 2021). Two reviewers independently performed this selection. The machine learning algorithm continuously calculated which titles and abstract were most relevant based on the decisions the reviewer made along the process. The most relevant articles were presented first to the reviewer, which made it not necessary to screen all title and abstracts. Each reviewer at least screened 20% of all titles or stopped after screening 200 irrelevant articles in a row. In the initial stage relevant and irrelevant articles were presented to the software to train the algorithm. These articles were chosen by the reviewers based on our prior knowledge of the available evidence. Different starting points for both reviewer were used by presenting the algorithm with different articles as initial input. We used the standard settings of the software, which have proven to provide the best results (van de Schoot, 2021). For the input articles and the settings of the software we refer to appendix 9.

Afterwards, the data sets of both reviewers were compared and any disagreements were resolved until consensus was reached. Any abstract that was screened by only one reviewer was also be reviewed by the second reviewer. Abstract that have not been seen by any reviewer, we regarded as irrelevant. Full text articles of all relevant abstracts were obtained.

Full text screening was done by pairs of two reviewers independently using Rayyan. Disagreements were resolved through discussion, involving the review team where necessary. When more than one systematic review concerning the same patient population (e.g. two or more reviews considering cancer), we selected the systematic review with the highest quality based on the AMSTAR 2 risk of bias assessment (Shea, 2017), or most recent systematic review.

References

- Shea, B. J., Reeves, B. C., Wells, G., Thuku, M., Hamel, C., Moran, J., . . . Henry, D. A. (2017). AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ*, *358*, j4008. doi:10.1136/bmj.j4008.
- van de Schoot, R., de Bruin, J., Schram, R., Zahedi, P., de Boer, J., Weijdema, F., . . . Oberski, D. L. (2021). An open source machine learning framework for efficient and transparent systematic reviews. *Nature Machine Intelligence*, *3*(2), 125-133. doi:10.1038/s42256-020-00287-7.

Results

Summary of literature

Description of studies

In total, 4940 titles were identified (i.e. 1494 from Cochrane Database of Systematic Reviews, 1054 from MEDLINE, 1627 from EMBASE, and 765 from CINAHL) and after removing duplicates by the librarian 2387 titles and abstracts were screened using ASreview. Next, 75 articles were retrieved and screened for full text. A list of excluded studies can be found in appendix 4.

We selected 12 reviews for the risk of bias assessment using the AMSTAR 2 tool, after which we excluded 5 more reviews based on being lower quality reviews of similar patient populations (i.e. two reviews regarding cancer survivors, one review regarding people with coronary heart disease, and one regarding people with chronic low back pain) or being more recent (i.e. one review regarding patients with inflammatory arthritis). For an overview of the risk of bias assessment we refer to appendix 3. Finally, 7 reviews were included which all considered a specific patient population (i.e. people diagnosed and treated for cancer, people with coronary heart disease, people with chronic pain (including musculoskeletal and low back pain), people with inflammatory arthritis, pregnant women with complaints of the lumbopelvic region, people with spinal cord injury, and people with traumatic brain injury). For the characteristics of the 7 included reviews we refer to appendix 1 and for a detailed describing of the evidence we refer to appendix 2.

Generic – not disease-specific

No systematic reviews were found that considered a generic clinical patient population and included generic interventions for clinicians to help patients with (returning or maintaining) work.

Cancer

- The overall confidence of the quality of the review (1) was determined as high. In total, data from 15 RCTs that were included in this review were relevant for our research question. The risk of bias was low for 9 RCTs and 6 RCTs were rated as having a high overall risk of bias. The total sample consisted of 1535 people with cancer. Most studies evaluated breast cancer, but other types of cancer (e.g. prostate cancer, cancer of head and neck, cervical cancer or colorectal cancer) were also present among the study sample. We identified three major types of interventions relevant for this review, namely psycho-educational, physical training, and multidisciplinary interventions.
- Psycho-educational interventions aimed to ameliorate the psychological consequences of the diagnosis and treatment of cancer on the ability to work. These interventions often started when active treatment was still provided, in one RCTs it started in the follow-up phase. Multidisciplinary teams were involved, consisting of oncologist and other involved physicians, psychologist, social workers, oncology nurse, and dieticians. The duration was 4 weeks to six months.
- Physical training interventions aimed to ameliorate the physical consequences of the diagnosis and treatment of cancer on the ability to work. These interventions also often took place during active treatment, but also several weeks after surgery during recovery phase. The involved professionals were physiotherapist, exercise specialists or instructors, health educators, and nurses. The durations was 12 weeks till 6 months, or was synchronized with the chemotherapy treatment.

- Multidisciplinary interventions aimed to amend the psychological, vocational and/or physical consequences of the diagnosis and treatment of cancer on the ability to work. Most interventions started during the follow-up phase, one during active inpatient treatment. The involved professionals were arranged in multidisciplinary teams including oncology nurses, treating physicians, social workers, psychologists, physiotherapists, and occupational health professionals such as oncology occupational physician, occupational nurse, and case managers. The duration ranged from 4 weeks to 14 months.

Results in detail:

- Four studies investigated psycho-educational interventions compared to usual care. Psycho-educational interventions probably result in little to no difference in RTW at 12 months (RR 1.09, 95% CI 0.95 to 1.24) when compared with usual care in cancer patients.
- Five studies investigated physical interventions compared to usual care. Physical interventions likely increase RTW at 12 months (RR 1.23, 95% CI 1.08 to 1.39) when compared with usual care in cancer patients. Six studies investigated multidisciplinary interventions compared to usual care. Multidisciplinary interventions likely increase RTW at 12 months (RR 1.24, 95% CI 1.11 to 1.35) when compared with usual care in cancer patients.

Coronary heart disease

- The overall confidence of the quality of the review (2) was determined as high. In total, data from 34 RTCs that were included in this review were relevant for our research question. The risk of bias of 12 RCTs was judged as high, 6 RCTs had low risk of bias and for 16 RCT the risk of bias was unclear. The total sample consisted of 4438 people with coronary heart disease. Most interventions included patients with (acute) myocardial infarction. Four types of interventions were compared with usual care within this review namely, psychological, counseling, physical exercise and combined interventions.
- Psychological and work-directed counseling intervention often started in the inpatient phase immediate after the event happened. Involved professionals in psychological interventions and work-directed counseling were often nurses, cardiologist or attending physicians and psychologists. The aim of psychological interventions was to facilitate return to work by changing people's perceptions of their illness such that they see themselves again as capable workers and not just as recuperating patients. The aim of work-directed counseling was to facilitate RTW by reducing perceived or actual barriers to returning to work by implementing workplace design changes, pauses, and such.
- Physical and combined interventions often started during the recovery phase days or weeks after discharge from the hospital in an outpatient setting. Involved professionals in physical interventions were often physical therapists. The aim was to facilitate return to work by equipping patients with a level of functional capacity that is necessary to perform work tasks safely and successfully. Combined interventions often took place in a rehabilitation setting and multi-disciplinary teams were involved. Combined interventions used components of the three previous mentioned interventions.
- For findings on short (<6 months), long (>1 to <5 years) and extended long term (>5 years), days until RTW and adverse event we refer to appendix 2.

Results in detail:

- Eleven studies investigated psychological interventions compared to usual care. The evidence is very uncertain about the effect of psychological interventions on RTW in medium term (6 months to 1 year) when compared with usual care in patients with coronary heart disease.
- Four studies investigated work-directed counseling compared to usual care. Work-directed counseling may result in little to no difference (from two RCTs respectively, RR 1.07, 95% CI 0.97 to 1.17, and RR 0.91, 95% CI 0.83 to 1.0) in RTW in medium term (6 months to 1 year) when compared with usual care in patients with coronary heart disease.
- Nine studies investigated physical conditioning interventions compared to usual care. Physical interventions may result in little to no difference (RR 1.09, 95% CI 0.99 to 1.20) in RTW in medium term (6 months to 1 year) when compared with usual care in patients with coronary heart disease.
- Thirteen studies investigated combined interventions compared to usual care. Combined interventions may result in little to no difference (RR 1.06, 95% CI 1.00 to 1.13) in RTW in medium term (6 months to 1 year) when compared with usual care in patients with coronary heart disease.

Chronic pain (including musculoskeletal and low back pain)

- The overall confidence of the quality of the review (3) was determined as moderate. In total, data from 10 RCTs that were included in this review were relevant for our research question. The risk of bias was low for 2 RCTs, unclear for 2 RCTs and high for 6 RCTs. The total sample consisted of 3373 people with chronic pain. Chronic pain was defined as pain which persists for more than 3 months or beyond the expected healing time. The sample consisted of people with musculoskeletal pain, soft tissue injuries, back pain, neck pain, and shoulder pain.
- We identified four major types of interventions, namely psycho-educational, vocational, physical training, and multidisciplinary interventions. Three RCTs compared psycho-educational interventions to usual care or a brief intervention. Only one RCT reported on a vocational intervention and was compared with multidisciplinary care. Respectively, three RCTs compared physical training and six RCTs compared multidisciplinary interventions to usual care. All interventions aimed to improve the employees' psychological and/or physical capacity, enabling them to successfully RTW. The involved professionals of all interventions were most often physiotherapists or consisted of a multidisciplinary team. The duration of the interventions ranged from 3 days till 3 months, with a median of 4 weeks.
- The review authors did not perform any meta-analysis due to heterogeneity of the outcome measures.

Results in detail:

- The evidence is very uncertain about the effect of psycho-educational interventions, physical training and multidisciplinary interventions on RTW at 1 year when compared with usual care in patients with chronic pain. The evidence is very uncertain about the effect of vocational interventions on RTW at 1 year when compared with multidisciplinary interventions in patients with chronic pain.
- Detailed descriptions of all outcomes for each different RCT can be found in appendix 3.

Inflammatory arthritis

- The overall confidence of the quality of the review (4) was determined as low. In total, data from 3 RCTs that were included in this review were relevant for our research

question. The risk of bias was low for all three RCTs. The total sample consisted of 224 people with inflammatory arthritis (including rheumatoid arthritis, psoriatic arthritis and axial spondyloarthritis).

- In all RCTs, job loss prevention interventions were compared to usual care. These interventions contained components from educational and vocational interventions. One RCT involved a multidisciplinary team and the other two RCTs involved an occupational therapist. The duration of the interventions was between 1 and 6 months.
- The review authors did not perform any meta-analysis due to heterogeneity of the outcome measures.

Results in detail:

One study investigated job loss at 6 and 9 months. Job loss prevention interventions may result in little to no difference in job loss at 6 (RR 0.97, 95% CI 0.90 to 1.03) and 9 months (RR 0.93, 95% CI 0.84 to 1.023) when compared with usual care in patients with inflammatory arthritis. The evidence is very uncertain about the effect of job loss prevention intervention on absenteeism when compared with usual in patients with inflammatory arthritis.

Pregnant women with complaints of the lumbopelvic region

- The overall confidence of the quality of the review (5) was determined as moderate. Two RCTs that were included in this review were relevant for our research question. The risk of bias of these RCTs was low. The interventions concerned both physical training interventions compared with usual care. The total sample consisted of 1156 pregnant women with lumbopelvic pain. In both RCTs the intervention was led by a physiotherapist and had a duration of 12 weeks. The components of both interventions were aerobic training and strength training aiming to reduce sickness absence due lumbopelvic pain during pregnancy.
- The review authors did not perform any meta-analysis due to heterogeneity of the outcome measures.

Results in detail:

- The evidence is very uncertain about the effect of physical training on reducing sickness absence due to lumbopelvic pain when compared with usual care in healthy pregnant women at 32-36 weeks of gestation (for each RCT respectively, RR 0.84, 95% CI 0.56 to 1.28, and RR 0.73 95% CI 0.58 to 0.94).

Spinal cord injury

- The overall confidence of the quality of the review (6) was determined as critically low. Data from 1 RCTs that was included in this review was relevant for our research question. The risk of bias was low at one year follow up and considered high at two years follow up due to a large loss in follow-up. The total sample consisted of 201 people with spinal cord injury which had been unemployed for several years. On average 12.4 years post-injury the participants were enrolled in a vocational intervention which followed the principles of the individual placement and support model coordinated by a vocational rehabilitation counselor.

Results in detail:

- Supported employment may increase work participation at one year follow-up (RR 3.5, 95% CI 1.7 to 7.2) when compared to usual care in unemployed people spinal cord injury. The evidence is unclear about the effect at two years.

Traumatic brain injury

- The overall confidence of the quality of the review (7) was determined as moderate. In total, data from 4 RCTs that were included in this review were relevant for our research question. The risk of bias was low in three RCTs and high in one. The total sample consisted of 604 people with traumatic brain injury. The severity differed between the RCTs and was mild-to-moderate or moderate-to-severe. Except for one RCT, all RCTs reported on war veterans.
- All interventions involved cognitive rehabilitation which aimed to improve overall performance of people with traumatic brain injury by improving specific cognitive aspects such as memory, visuospatial abilities, apraxia and aphasia. Four different comparisons with either no treatment, conventional treatment, another cognitive strategy or hospital-based versus home-based were made. All interventions took place in the recovery phase. They involved an interdisciplinary team, a psychiatric nurse or an employment specialist. The duration was 20 days to 16 weeks.
- The review authors did not perform any meta-analysis due to heterogeneity of the outcome measures.

Results in detail:

- Each comparison involved one RCT.
- The evidence is very uncertain about the effect of cognitive rehabilitation on RTW in short term (14 weeks) when compared with no treatment (RR 1.43, 95% CI 0.87 to 2.33) in patients with traumatic brain injury.
- Cognitive rehabilitation may result in little to no difference in RTW in medium term (6 months) when compared with conventional treatment (RR 0.95, 95% CI 0.85 to 1.05) in patients with traumatic brain injury.
- Hospital-based cognitive rehabilitation likely results in little to no difference in RTW in long term (2 years) when compared with a home program in patients with traumatic brain injury.
- Cognitive rehabilitation likely results in little to no difference in RTW in medium term (1 year) when compared with another cognitive strategy (RR 1.10, 95% CI 0.83 to 1.46) in patients with traumatic brain injury.

Quality of evidence of the literature

Cancer

- For psycho-educational interventions compared to usual care the level of evidence regarding the outcome measure proportion of participants RTW at 12 months was downgraded by one level because of study limitations (risk of bias).
- For vocational interventions compared to usual care the level of evidence regarding the outcome measure proportion of participants RTW at 12 months was downgraded by three levels because of study limitations (risk of bias); data was available from only one RCT with small numbers of included patients (imprecision).
- For physical interventions compared to usual care the level of evidence regarding the outcome measure proportion of participants RTW at 12 months was downgraded by one level because of the number of included patients (imprecision).
- For multidisciplinary interventions compared to usual care the level of evidence regarding the outcome measure proportion of participants RTW at 12 months was downgraded by one level because of study limitations (risk of bias).

Coronary heart disease

- For psychological interventions compared to usual care the level of evidence regarding the outcome measure RTW in medium term (6 months to 1 year) was downgraded by

three levels because of study limitations (risk of bias); substantial heterogeneity (inconsistency); pooled confidence interval is wide and includes either a possible appreciable harm or benefit (imprecision); publication bias.

- For work-directed counseling compared to usual care the level of evidence regarding the outcome measure RTW in medium term (6 months to 1 year) was downgraded by two levels because of study substantial heterogeneity (inconsistency); confidence interval is wide and includes either a possible appreciable harm or benefit (imprecision).
- For physical conditioning interventions compared to usual care the level of evidence regarding the outcome measure RTW in medium term (6 months to 1 year) was downgraded by two levels because of study limitations (risk of bias); publication bias.
- For combined interventions compared to usual care the level of evidence regarding the outcome measure RTW in medium term (6 months to 1 year) was downgraded by two levels because of study limitations (risk of bias).

Chronic pain (including musculoskeletal and low back pain)

- For psycho-educational interventions compared to usual care the level of evidence regarding the outcome measure RTW at 1 year was downgraded by three levels because of substantial heterogeneity (inconsistency); only a narrative description was provided by the review authors (imprecision).
- For vocational interventions compared to multidisciplinary interventions the level of evidence regarding the outcome measure RTW at 1 year was downgraded by three levels because of study limitations (risk of bias); only one study reported on this outcome (inconsistency); confidence interval is wide and includes either a possible appreciable harm or benefit (imprecision).
- For physical training interventions compared to usual care the level of evidence regarding the outcome measure RTW at 1 year was downgraded by three levels because of study limitations (risk of bias); only one study reported on this outcome (inconsistency); confidence interval is wide and includes either a possible appreciable harm or benefit (imprecision).
- For multidisciplinary interventions compared to usual care the level of evidence regarding the outcome measure RTW at 1 year was downgraded by three levels because of study limitations (risk of bias); only one study reported on this outcome (inconsistency); confidence interval is wide and includes either a possible appreciable harm or benefit (imprecision).

Inflammatory arthritis

- The level of evidence regarding the outcome measure job loss was downgraded by two levels because data was available from only one RCT with small numbers of included patients (imprecision).

Pregnant women

- The level of evidence regarding the outcome measure sickness absence at 32-36 weeks of gestation was downgraded by three levels because of no meta-analysis performed by the review authors due to heterogeneity (inconsistency); applicability, in one study primary care was present among the sample (bias due to indirectness); no significant results (imprecision).

Spinal cord injury

- The level of evidence regarding the outcome measure proportion of participants RTW at 12 months was downgraded by two levels because data was available from only one RCT with small numbers of included patients (imprecision).

Traumatic brain injury

- For cognitive rehabilitation on when compared with no treatment the level of evidence regarding the outcome measure RTW in short term (14 weeks) was downgraded by three levels because of study limitations (risk of bias); a wide confidence interval which includes either a possible appreciable harm or benefit and a small sample size (imprecision).
- For cognitive rehabilitation compared with conventional treatment the level of evidence regarding the outcome measure in RTW in medium term (6 months) was downgraded by two levels because of a wide confidence interval which includes either a possible appreciable harm or benefit and a small sample size (imprecision).
- For hospital-based cognitive rehabilitation compared with a home the level of evidence regarding the outcome measure RTW in long term (2 years) was downgraded by one level because of a small sample size (imprecision).
- For cognitive rehabilitation compared with another cognitive strategy the level of evidence regarding the outcome measure RTW in medium term (1 year) was downgraded by one level because of a wide confidence interval which includes either a possible appreciable harm or benefit (imprecision).

Conclusions

Generic

	<p>No systematic review was found about the effects of interventions in a generic clinical patient population (i.e. not disease-specific) for clinicians that aim to help patients with (returning/maintaining) work.</p> <p><i>Sources: (Kluit, 2022; Effectiveness of interventions to enhance work participation for patients in clinical health care: a systematic review of reviews)</i></p>
--	---

Cancer

Moderate GRADE	<p>Psycho-educational interventions probably results in little to no difference in RTW at 12 months when compared with usual care in cancer patients.</p> <p><i>Sources: (de Boer, 2024; Interventions to enhance return-to-work for cancer patients)</i></p>
-----------------------	---

Moderate GRADE	<p>Physical interventions likely increase RTW at 12 months when compared with usual care in cancer patients.</p> <p><i>Sources: (de Boer, 2024; Interventions to enhance return-to-work for cancer patients)</i></p>
-----------------------	--

Moderate GRADE	<p>Multidisciplinary interventions likely increase RTW at 12 months when compared with usual care in cancer patients.</p> <p><i>Sources: (de Boer, 2024; Interventions to enhance return-to-work for cancer patients)</i></p>
-----------------------	---

Coronary heart disease

Very low GRADE	<p>The evidence is very uncertain about the effect of psychological intervention on RTW in medium term (6 months to 1 year) when compared with usual care in patients with coronary heart disease.</p>
-----------------------	--

	<i>Sources: (Hegewald, 2019; Interventions to support return to work for people with coronary heart disease (Review))</i>
--	---

Low GRADE	<p>Work-directed counseling may result in little to no difference in RTW in medium term (6 months to 1 year) when compared with usual care in patients with coronary heart disease.</p> <p><i>Sources: (Hegewald, 2019; Interventions to support return to work for people with coronary heart disease (Review))</i></p>
------------------	--

Low GRADE	<p>Physical interventions may result in little to no difference in RTW in medium term (6 months to 1 year) when compared with usual care in patients with coronary heart disease.</p> <p><i>Sources: (Hegewald, 2019; Interventions to support return to work for people with coronary heart disease (Review))</i></p>
------------------	--

Low GRADE	<p>Combined interventions may result in little to no difference in RTW in medium term (6 months to 1 year) when compared with usual care in patients with coronary heart disease.</p> <p><i>Sources: (Hegewald, 2019; Interventions to support return to work for people with coronary heart disease (Review))</i></p>
------------------	--

Chronic pain (including musculoskeletal and low back pain)

Very low GRADE	<p>The evidence is very uncertain about the effect of psycho-educational interventions on work participation when compared with usual care or a brief intervention in patients with chronic pain.</p> <p><i>Sources: (Wegrzynek, 2020; Return to work interventions for chronic pain: a systematic review; GRADE assessment by L Kluit)</i></p>
-----------------------	---

Very low GRADE	<p>The evidence is very uncertain about the effect of vocational interventions on work participation when compared with multidisciplinary interventions (usual care) in patients with chronic pain.</p> <p><i>Sources: (Wegrzynek, 2020; Return to work interventions for chronic pain: a systematic review; GRADE assessment by L Kluit)</i></p>
-----------------------	---

Very low GRADE	<p>The evidence is very uncertain about the effect of physical training interventions on work participation when compared with usual care in patients with chronic pain.</p> <p><i>Sources: (Wegrzynek, 2020; Return to work interventions for chronic pain: a systematic review; GRADE assessment by L Kluit)</i></p>
-----------------------	--

Very low GRADE	<p>The evidence is very uncertain about the effect of multidisciplinary interventions on work participation when compared with usual care in patients with chronic pain.</p>
-----------------------	--

	<i>Sources: (Wegrzynek, 2020; Return to work interventions for chronic pain: a systematic review; GRADE assessment by L Kluit)</i>
--	--

Inflammatory arthritis

Low GRADE	<p>Job loss prevention interventions may result in little to no difference in job loss at 6 and 9 months compared with usual care in patients with inflammatory arthritis.</p> <p><i>Sources: (Madsen, 2021; A systematic review of job loss prevention interventions for persons with inflammatory arthritis; GRADE assessment by L Kluit)</i></p>
------------------	---

Pregnant women

Very low GRADE	<p>The evidence is very uncertain about the effect of physical training on work participation when compared with usual care in healthy pregnant women.</p> <p><i>Sources: (Pedersen, 2018; Systematic review of interventions targeting sickness absence among pregnant women in healthcare settings and workplaces; GRADE assessment by L Kluit)</i></p>
-----------------------	---

Spinal cord injury

Low GRADE	<p>Supported employment may increase work participation at one year follow-up when compared to usual care in unemployed people spinal cord injury.</p> <p><i>Sources: (Roels, 2016; Hospital- and community-based interventions enhancing (re)employment for people spinal cord injury: a systemic review; GRADE assessment by L Kluit)</i></p>
------------------	---

Traumatic brain injury

Very low GRADE	<p>The evidence is very uncertain about the effect of cognitive rehabilitation on RTW in short term (14 weeks) when compared with no in patients with traumatic brain injury.</p> <p><i>Sources: (Kumar, 2017; Cognitive rehabilitation for adults with traumatic brain injury to improve occupational outcomes (Review))</i></p>
-----------------------	---

Low GRADE	<p>Cognitive rehabilitation may result in little to no difference in RTW in medium term (6 months) when compared with conventional treatment in patients with traumatic brain injury.</p> <p><i>Sources: (Kumar, 2017; Cognitive rehabilitation for adults with traumatic brain injury to improve occupational outcomes (Review))</i></p>
------------------	---

Moderate GRADE	<p>Hospital-based cognitive rehabilitation likely results in little to no difference in RTW in long term (2 years) when compared with a home program in patients with traumatic brain injury.</p> <p><i>Sources: (Kumar, 2017; Cognitive rehabilitation for adults with traumatic brain injury to improve occupational outcomes (Review))</i></p>
-----------------------	---

Moderate GRADE	<p>Cognitive rehabilitation likely results in little to no difference in RTW in medium term (1 year) when compared with another cognitive strategy in patients with traumatic brain injury.</p> <p><i>Sources: (Kumar, 2017; Cognitive rehabilitation for adults with traumatic brain injury to improve occupational outcomes (Review))</i></p>
---------------------------	---

References

1. De Boer A, Tamminga S, Boschman JS, Hoving JL. Interventions to enhance return-to-work for cancer patients. Accepted for publication by Cochrane. 2024.
2. Hegewald J, Wegewitz UE, Euler U, van Dijk JL, Adams J, Fishta A, et al. Interventions to support return to work for people with coronary heart disease. The Cochrane database of systematic reviews. 2019;3:CD010748.
3. Wegrzynek PA, Wainwright E, Ravalier J. Return to work interventions for chronic pain: a systematic review. Occupational medicine (Oxford, England). 2020;70(4):268-77.
4. Madsen CMT, Bisgaard SK, Primdahl J, Christensen JR, von Bülow C. A Systematic Review of Job Loss Prevention Interventions for Persons with Inflammatory Arthritis. Journal of Occupational Rehabilitation. 2021;31(4):866-85.
5. Pedersen P, Labriola M, Nielsen CV, Maimburg RD, Nohr EA, Momsen AM. Systematic review of interventions targeting sickness absence among pregnant women in healthcare settings and workplaces. BMJ Open. 2018;8(10):e024032.
6. Roels EH, Aertgeerts B, Ramaekers D, Peers K. Hospital- and community-based interventions enhancing (re)employment for people with spinal cord injury: A systematic review. Spinal Cord. 2016;54(1):2-7.
7. Kumar KS, Samuelkamaleshkumar S, Viswanathan A, Macaden AS. Cognitive rehabilitation for adults with traumatic brain injury to improve occupational outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2017;2017(6):CD007935.

Appendices

Appendix 1 Characteristics and PICO elements of included reviews

Appendix 2 Evidence table

Appendix 3 Risk of Bias table AMSTAR 2

Appendix 4. Table of excluded studies

Appendix 5. Cochrane Database of Systematic Reviews (Ovid) search strategy

Appendix 6. MEDLINE (Ovid) search strategy

Appendix 7. EMBASE (Ovid) search strategy

Appendix 8. CINAHL (EBSCOhost) search strategy

Appendix 9. Prior knowledge of existing reviews and ASreview settings

Appendix 1 Characteristics and PICO elements of included reviews

de Boer 2022		
Aim of the review	To evaluate the effectiveness of interventions aimed at enhancing return to work (RTW) in cancer patients compared to alternative programs including usual care or no intervention	
Date of last search	18 August 2021	
Cochrane review	Yes	
Used RoB tool	<p>Each included RCT was assessed within ten domains of risk of bias: (i) adequacy of sequence generation; (ii) allocation concealment; (iii) blinding; (iv) how incomplete outcome data (drop-outs) were addressed; (v) use of intention-to-treat (ITT) analysis; (vi) evidence of selective outcome reporting; (vii) similarity of baseline characteristics; (viii) similarity or avoidance of cointerventions; (ix) acceptability of compliance; (x) similarity of the timing of outcome assessments.</p> <p>For cluster-RCTs, five additional domains of risk of bias were assessed (Higgins 2011): 1) recruitment bias (differential participant recruitment in clusters for different interventions); 2) baseline imbalance; 3) loss of clusters; 4) incorrect analysis; and 5) comparability with individually randomized trials.</p>	
PICO elements	Population	Adults (≥ 18 years old) who had been diagnosed with any type of cancer and were in paid employment (employee or self-employed) at the time of diagnosis
	Interventions	<ul style="list-style-type: none"> - Interventions that have returned to work as primary outcome - Interventions may have been carried out either with an individual or in a group - Intervention should primarily focus on different factors which influence RTW, such as coping (in psycho-educational interventions), workplace adjustments (in vocational interventions), physical exercises (in physical interventions), or a combination of those factors (in multidisciplinary interventions). As such, interventions were divided in: psycho-educational, vocational, physical and multidisciplinary - Medical interventions (e.g. surgery or pharmaceutical) were excluded
	Comparisons	Usual care or no intervention

	Outcomes	<p><i>Main outcomes:</i></p> <p>RTW, which included return to either full- or partial-time employment to the same or a reduced role, and to either the previous job or any new employment</p> <p><i>Additional outcomes:</i></p> <p>Quality of life (QoL), including overall QoL, physical QoL and emotional QoL</p>
	Setting	Clinical setting or in the community
Number of included studies		16 RCTs (15 included in our review)
Hegewald 2019		
Aim of the review		To assess the effects of person- and work-directed interventions aimed at enhancing return to work in patients with coronary heart disease (CHD) compared to usual care or no intervention
Date of last search		October 2018
Cochrane review		Yes
Used Risk of Bias tool		'Risk of bias' tool recommended by Cochrane
PICO elements	Population	<ul style="list-style-type: none"> - Adults (18 years and older) who had been diagnosed with CHD, who experienced a myocardial infarction (MI), of a coronary revascularization procedure like coronary artery bypass surgery (CABG) or percutaneous coronary angioplasty (PCI) as well as people with angina pectoris or angiographically-defined CHD. - Participants should have been employed (either in paid employment or self-employment) at the time of diagnosis and on sick leave or otherwise not working at the time of the study because of CHD. - Within each study >80% had to fulfill these criteria

Interventions	<ul style="list-style-type: none"> - Work-directed interventions: these can include changes in the work environment, work tasks or working methods such as in a stepwise occupational reintegration (SOR) program - Psychological interventions: all psychological interventions, such as counseling and health education; screening and treatment of comorbid psychological disorders; stress management and relaxation training; social support; gender-specific interventions undertaken by any qualified professional (e.g. psychologist) - Physical conditioning interventions: any supervised or unsupervised inpatient, outpatient, or community- or homebased intervention including some form of physical training or physical exercises that is applied to cardiac rehabilitation patient population - Combined interventions: any combination of the above
Comparisons	No intervention (usual care as described in the study report)
Outcomes	<p><i>Main outcomes:</i></p> <p>Return to work (including full- or part-time employment; to previous job; to the same role or with changes in work status, such as changes in function)</p> <p><i>Additional outcomes:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Health-related quality of life within the return-to-work process - Number of participants who returned to work and who were still working after an extended period of one and five years - Adverse effects
Setting	Not specified
Number of included studies	39 RCTs, of which 1 cluster-RCT and of which 34 in quantitative synthesis (meta-analysis) (34 included in our review)
Kumar 2017	

Aim of the review	To evaluate the effects of cognitive rehabilitation on RTW, independence in daily activities, community integration (occupational outcomes) and quality of life in people with traumatic brain injury, and to determine which cognitive rehabilitation strategy better achieves these outcomes	
Date of last search	30 March 2017	
Cochrane review	Yes	
Used RoB tool	Cochrane risk of bias tool	
PICO elements	Population	<ul style="list-style-type: none"> - Adults (aged 16 years and above) who had sustained a traumatic brain injury of any clinical severity - Studies who also included participants with non-traumatic etiology were excluded
	Interventions	Any type of non-pharmacological rehabilitation intervention aimed at improving cognitive functions
	Comparisons	Non-intervention controls or alternative interventions
	Outcomes	<p><i>Main outcomes:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Return to work - Independence in ADL measured using standard tools (e.g. Functional Independence Measure (FIM)) or the status of independent living (or both) - Community integration measured using standard tools (e.g. Community Integration Questionnaire) <p><i>Additional outcomes:</i></p> <p>Quality of life measured using standard tools (e.g. Perceived Quality of Life (PQOL) scale)</p>
	Setting	Hospital-rehabilitation and home-based rehabilitation
Number of included studies	9 RCTs (4 included in our review)	

Madsen 2021		
Aim of the review	To get an overview of the evidence to date of the effect of job loss prevention interventions that aim to improve work ability or decrease absenteeism and job loss in persons with inflammatory arthritis	
Date of last search	February 2021	
Cochrane review	No	
Used RoB tool	Cochrane Risk of Bias tool	
PICO elements	Population	<ul style="list-style-type: none"> - Adults with inflammatory arthritis, encompassing rheumatoid arthritis, psoriatic arthritis, and axial spondyloarthritis (including Morbus Bechterew and Ankylosing spondylitis) - Adults of working age (18-65 years)
	Interventions	<p>Job loss prevention interventions that contained at least two of the following criteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Interventions targeting work challenges including trying out different strategies and adaptations to improve specific work situations - Interventions directed at the individual person, including job coaching and training, vocational counseling, empowerment for work or self-management - Interventions directed at the work environment, including work adaptations, ergonomic measures, job accommodations or interventions targeted directly at the participants, supervisors or co-workers <p>The above mentioned intervention strategies could be delivered as part of a multidisciplinary intervention</p>
	Comparisons	<ul style="list-style-type: none"> - Usual care (including medical treatment as well as outpatient consultations with a doctor and/or nurse) - Receiving general oral or written information about living with a rheumatological disease
	Outcomes	<i>Main outcomes</i>

		<ul style="list-style-type: none"> - Work participation (e.g. work functioning and work ability) - Sickness absenteeism - Job loss
	Setting	Not specified; remark, only western countries were included (meaning all European countries, Australia/New Zealand, Canada, USA)
Number of included studies		6 RCTS (3 included in our review)
Pedersen 2018		
Aim of the review		To evaluate the effectiveness of interventions in healthcare settings and workplaces targeting sickness absence among pregnant woman
Date of last search		April 2017
Cochrane review		No
Used RoB tool		Critical appraisal instruments from the Joanna Briggs Institute
PICO elements	Population	<ul style="list-style-type: none"> - Pregnant women at any gestational age. - The population included pregnant women employed in private or public workplaces in all types of work. - No restrictions based on sociodemographic factors such as age, ethnicity, parity, socioeconomic factors or health-related factors.
	Interventions	<ul style="list-style-type: none"> - Any intervention targeted at pregnant women defined as any initiative to retain pregnant women. - The review compared the effectiveness of interventions carried out in all kinds of
	Comparisons	- Care as usual, no treatment, second intervention

	Outcomes	<i>Main outcome:</i> - Sickness absence or absenteeism during pregnancy measured as number of sickness absence episodes and/or length of absence in days/weeks
	Setting	- Workplace settings (workplace or vocational rehabilitation initiatives) - Healthcare settings (antenatal care, maternal care services, or consultations by general practitioners or midwives)
Number of included studies		5 RCTs in health care setting (2 included in our review)
Roels 2016		
Aim of the review		To identify interventions enhancing employment in the spinal cord injury (SCI) population and report the effect of the intervention on employment rate and duration
Date of last search		February to May 2014
Cochrane review		No
Used RoB tool		Cochrane Collaboration's risk of bias assessment tool
PICO elements	Population	Have suffered SCI and be at least 16 years of age
	Interventions	Rehabilitation interventions enhancing employment following SCI
	Comparisons	Not defined
	Outcomes	<i>Main outcome:</i> Employment rate and duration of employment
	Setting	Hospital or community based
Number of included studies		2 RCTs (two references were from the same study); 5 case series, 1 retrospective cohort study, and 6 case studies (1 RCT included in our review)

Wegrzynek 2020		
Aim of the review	To analyze which tertiary RTW interventions may be useful in promoting RTW for people with chronic pain	
Date of last search	October 2018	
Cochrane review	No	
Used RoB tool	Cochrane risk of bias tool	
PICO elements	Population	<ul style="list-style-type: none"> - Workers over the age of 18 - Employed on any type of contract or self-employed - Signed off work for 4 weeks or longer due to chronic pain (defined as pain which persists for more than 3 months or beyond the expected healing time)
	Interventions	- Individual, tertiary RTW interventions (defined as reactive intervention, addressing problems already experienced by employees, and following a period of sickness absence)
	Comparisons	- Usual care or treatment as usual
	Outcomes	<p><i>Main outcome:</i></p> <p>Return to work, operationalized using any easily measurable ‘administrative’ criteria, such as work status, number of hours worked, time until RTW.</p> <p><i>Additional outcomes:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pain - Disability - Employee psychosocial/affective factors

	Setting	Not a priori determined by the authors
	Number of included studies	13 RCTs (10 included in our review)
Abbreviates: RCT, randomized controlled trial; RTW, return to work		

Appendix 2 Evidence table

Intervention and comparison	Outcome	Systematic review	Studies	Assumed risk with comparator* (95% CI)	Assumed risk with intervention* (95% CI)	Relative effect (95% CI)	No of participants (studies)	Quality of evidence (GRADE)	Comment
Cancer									
Psycho-educational interventions vs usual care	Proportion of participants RTW at 12 months	de Boer 2022	Lepore 2003 Purcell 2011 Hass 2017 Singer 2018	625 per 1000	681 per 1000 (593 to 774)	RR 1.09 (0.95 to 1.24)	569 (4)	Moderate ¹	
Physical interventions vs usual care	Proportion of participants RTW at 12 months	de Boer 2022	Burgio 2006 Rogers 2009 van Waart 2015 Jong 2018 Mijwel 2019	627 per 1000	771 per 1000 (677 to 871)	RR 1.23 (1.08 to 1.39)	462 (5)	Moderate ⁸	One study (Rogers 2009, 28 participants) was in a community setting
Multidisciplinary interventions vs usual care	Proportion of participants RTW at 12 months	de Boer 2022	Maguire 1983 Berglund 1994 Hubbard 2013 Tamminga 2013	625 per 1000	776 per 1000 (694 to 844)	RR 1.24 (1.11 to 1.35)	505 (6)	Moderate ¹	One study (Grunsfeld 2019, 47 participants) set place a home and was guided by researcher. One study (Hubbard 2013, 18 participants) took partly place in a community setting

Intervention and comparison	Outcome	Systematic review	Studies	Assumed risk with comparator* (95% CI)	Assumed risk with intervention* (95% CI)	Relative effect (95% CI)	No of participants (studies)	Quality of evidence (GRADE)	Comment
			Grunfeld 2019 Zaman 2021						
Coronary heart disease									
Psychological interventions (including health education) vs usual care	Proportion of participants RTW in short term (up to 6 months)	Hegewald 2019	Rahe 1979 Horlick 1984 PRECOR 1991 Petrie 2002 Broadbant 2009 Figueiras 2017	63 per 100	68 per 100 (53 to 88)	RR 1.08 (0.84 to 1.40)	375 (6)	Very low ^{1,2,5,9}	Heterogeneity could not completely be explained
	Proportion of participants RTW in medium term (6 months to 1 year)	Hegewald 2019	Pozen 1977 Rahe 1979 Fielding 1980 Stern 1983 Horlick 1984 Haerem 2000	63 per 100	78 per 100 (59 to 100)	RR 1.24 (0.95 to 1.63)	316 (7)	Very low ^{1,2,5,9}	Heterogeneity could not completely be explained

Intervention and comparison	Outcome	Systematic review	Studies	Assumed risk with comparator* (95% CI)	Assumed risk with intervention* (95% CI)	Relative effect (95% CI)	No of participants (studies)	Quality of evidence (GRADE)	Comment
			Figueiras 2017						
	Proportion of participants RTW in long term (>1 to <5 years)	Hegewald 2019	Rahe 1979 PRECOR 1991 Hansson 2009	74 per 100	81 per 100 (65 to 99)	RR 1.09 (0.88 to 1.34)	239 (3)	Low ^{1,5}	
	Days until RTW	Hegewald 2019	Fielding 1980 Hanssen 2009	-	Mean difference in RTW was -9.7 days (-35.09 to 15.69)	-	125 (2)	Very low ^{1,2,3}	Heterogeneity could not completely be explained
Work-directed counseling vs usual care	Proportion of participants RTW in short term (up to 6 months)	Hegewald 2019	Pfund 2001	41 per 52	40 per 48	RR 1.06 (0.87 to 1.28)	100 (1)	Low ^{3,8}	No meta-analysis performed by review authors
	Proportion of participants RTW in medium term (6 months to 1 year)	Hegewald 2019	Picard 1989	88 per 102	91 per 99	RR 1.07 (0.97 to 1.17)	201 (1)	Low ^{2,7}	No meta-analysis performed by review authors
			Pilote 1992	87 per 92	82 per 95	RR 0.91 (0.83 to 1.00)	187 (1)		
	Proportion of participants RTW in long term (>1 to <5 years)	Hegewald 2019	Burgess 1987	67 per 76	68 per 77	RR 1.00 (0.89 to 1.12)	153 (1)	Low ^{3,7}	No meta-analysis performed by review authors

Intervention and comparison	Outcome	Systematic review	Studies	Assumed risk with comparator* (95% CI)	Assumed risk with intervention* (95% CI)	Relative effect (95% CI)	No of participants (studies)	Quality of evidence (GRADE)	Comment
	Days until RTW	Hegewald 2019	Burgess 1987 Picard 1989 Pilote 1992 Pfund 2001	-	Mean difference in RTW was -7.52 (-20.07 to 5.03)	-	618 (4)	Low ^{2,6}	Heterogeneity could not completely be explained
	Adverse events: Cardiac death	Hegewald 2019	Picard 1989 Pilote 1992	2 per 100	2 per 100 (0 to 8)	RR 1.00 (0.19 to 5.39)	388 (2)	Moderate ⁵	
Physical conditioning vs usual care	Proportion of participants RTW in short term (up to 6 months)	Hegewald 2019	Andersen 1981 Worcester 1993 Froelicher 1994 Dugmore 1999	68 per 100	80 per 100 (66 to 96)	RR 1.17 (0.97 to 1.41)	460 (4)	Very low ^{1,2,5}	Heterogeneity could not completely be explained
	Proportion of participants RTW in medium term (6 months to 1 year)	Hegewald 2019	Stern 1983 Marra 1985 Worcester 1993 Holmbäck 1994 Dugmore 1999	75 per 100	82 per 100 (74 to 90)	RR 1.09 (0.99 to 1.20)	510 (5)	Low ^{1,9}	

Intervention and comparison	Outcome	Systematic review	Studies	Assumed risk with comparator* (95% CI)	Assumed risk with intervention* (95% CI)	Relative effect (95% CI)	No of participants (studies)	Quality of evidence (GRADE)	Comment
	Proportion of participants RTW in long term (>1 to <5 years)	Hegewald 2019	Maeder 1977 Andersen 1981	64 per 100	67 per 100 (53 to 84)	RR 1.04 (0.82 to 1.30)	156 (2)	Low ¹	
	Proportion of participants RTW in extended long term (>5 years)	Hegewald 2019	Dugmore 1999	37 per 100	68 per 100 (47 to 99)	RR 1.83 (1.26 to 2.66)	119 (1)	Low ³	
	Days until RTW	Hegewald 2019	Maeder 1977 Marra 1985 Bethell 1990 Holmbäck 1994	-	Mean difference in RTW was -7.86 days (-29.46 to 13.74)	-	430 (4)	Low ^{1,2}	Heterogeneity could not completely be explained
	Adverse events: Cardiac death	Hegewald 2019	Marra 1985 Dugmore 1999	8 per 100	8 per 100 (3 to 24)	RR 1.00 (0.35 to 2.80)	285 (2)	Moderate ⁵	
	Adverse events: Reinfarctions	Hegewald 2019	Marra 1985 Holmbäck 1994	5 per 81 2 per 34	9 per 80 0 per 35	RR 0.70 (0.26 to 1.88)	230 (2)		

Intervention and comparison	Outcome	Systematic review	Studies	Assumed risk with comparator* (95% CI)	Assumed risk with intervention* (95% CI)	Relative effect (95% CI)	No of participants (studies)	Quality of evidence (GRADE)	Comment
Combined interventions vs usual care	Proportion of participants RTW in short term (up to 6 months)	Hegewald 2019	Rivas 1988 PRECOR 1991 Bertie 1991 Higgins 2001	39 per 100	61 per 100 (48 to 78)	RR 1.56 (1.23 to 1.98)	395 (4)	Low ^{4,5}	One study was not in a hospital setting (home-based)
	Proportion of participants RTW in medium term (6 months to 1 year)	Hegewald 2019	Erdman 1986 Vermeulen 1988 Rivas 1988 Oldridge 1991 Froelicher 1994 Lidell 1996 Engblom 1997 Hofman-Bang 1999 Higgins 2001 Andersson 2010	72 per 100	76 per 100 (72 to 81)	RR 1.06 (1.00 to 1.13)	992 (10)	Low ¹⁰	One study was not in a hospital setting (home-based)

Intervention and comparison	Outcome	Systematic review	Studies	Assumed risk with comparator* (95% CI)	Assumed risk with intervention* (95% CI)	Relative effect (95% CI)	No of participants (studies)	Quality of evidence (GRADE)	Comment
	Proportion of participants RTW in long term (>1 to <5 years)	Hegewald 2019	Bengtsson 1983 PRECOR 1991 Bertie 1991 Engblom 1997 Hofman-Bang 1999 Andersson 2010	53 per 100	60 per 100 (51 to 72)	RR 1.14 (0.96 to 1.37)	491 (6)	Very low ^{5,10}	
	Proportion of participants RTW in extended long term (>5 years)	Hegewald 2019	Erdman 1986 Lidell 1996 Engblom 1997 Andersson 2010	37 per 100	41 per 100 (32 to 51)	RR 1.09 (0.86 to 1.38)	350 (4)	Very low ^{5,10}	
	Days until RTW	Hegewald 2019	Bengtsson 1983 Higgins 2001	-	Mean difference in RTW was -40.77 days (-67.19 to -14.35)	-	181 (2)	Moderate ²	- Heterogeneity could not completely be explained - One study was not in a hospital setting (home-based)
	Adverse events: Cardiac death	Hegewald 2019	Bengtsson 1983	6 per 52	6 per 64	RR 1.43	438 (4)		

Intervention and comparison	Outcome	Systematic review	Studies	Assumed risk with comparator* (95% CI)	Assumed risk with intervention* (95% CI)	Relative effect (95% CI)	No of participants (studies)	Quality of evidence (GRADE)	Comment
			Erdman 1986 Rivas 1988 Hofman-Bang 1999	4 per 40 1 per 102 0 per 46	0 per 40 1 per 53 1 per 41	(0.59 to 3.51)			
	Adverse events: Reinfarctions	Hegewald 2019	Bengtsson 1983 Erdman 1986 Vermeulen 1988	10 per 100	6 per 100 (2 to 15)	RR 0.56 (0.23 to 1.43)	265 (3)	Moderate ⁵	
Chronic pain (including musculoskeletal and low back pain)									
Psycho-educational intervention vs brief intervention or usual care	Proportion of participants RTW at 3 months	Wegrzynek 2020	Reme 2016	-	-	Significant higher proportion of participant RTW in brief intervention group	203 (1)	Very low ^{3,12}	Comparator of Reme 2016 is brief intervention group
	Proportion of participants RTW at 12 months	Wegrzynek 2020	Brendbekken 2016	-	-	No difference	284 (1)	Very low ^{2,12}	Comparator of Reme 2016 is brief intervention group

Intervention and comparison	Outcome	Systematic review	Studies	Assumed risk with comparator* (95% CI)	Assumed risk with intervention* (95% CI)	Relative effect (95% CI)	No of participants (studies)	Quality of evidence (GRADE)	Comment
			Reme 2016	60 per 100	50 per 100	No difference	203 (1)		
	Proportion of participants RTW at 24 months	Wegrzynek 2020	Brendbekken 2016	-	-	RR 1.42 (0.87-2.33, p=0.17)	284 (1)	Low ^{3,7}	
	Absence from work at 18 months	Wegrzynek 2020	Jensen 2001	-	-	No difference	97 (1)	Very low ^{1,3,7}	
	Risk of early retirement at 18 months	Wegrzynek 2020	Jensen 2001	-	-	OR 0.1 (0.0-0.6)	97 (1)	Very low ^{1,3,7}	
Vocational intervention vs multidisciplinary intervention (control)	Proportion of participants RTW at 12 months	Wegrzynek 2020	Myhre 2014	152 per 204	142 per 209	RR 1.17 (0.85 to 1.60)	413 (1)	Very low ^{1,3,7}	
	Days until RTW	Wegrzynek 2020	Myhre 2014	158 days	161 days	p = 0.45	413 (1)	Very low ^{1,3,7}	
Physical training intervention vs usual care	Proportion of participants RTW at 12 months	Wegrzynek 2020	Mitchel 1994	79 per 100	78 per 100	No difference	542 (1)	Very low ^{1,3,7}	
	Days of work disability compensation	Wegrzynek 2020	Heinrich 2009	153 days	181 days	HR 0.5	103 (1)	Very low ^{1,3,8}	

Intervention and comparison	Outcome	Systematic review	Studies	Assumed risk with comparator* (95% CI)	Assumed risk with intervention* (95% CI)	Relative effect (95% CI)	No of participants (studies)	Quality of evidence (GRADE)	Comment
	payment at 6 months			(range 48-181)	(range 119-184)	(0.3 to 0.9, p=0.03)			
	Days of work disability compensation payment at 12 months	Wegrzynek 2020	Heinrich 2009	165 days (range 48-365)	228 days (range 122-365)	HR 0.7 (0.4 to 1.1, p=0.12)	103 (1)	Very low ^{1,3,7}	
	Absence from work at 18 months	Wegrzynek 2020	Jensen 2001	-	-	No difference	102 (1)	Very low ^{1,3,12}	
	Risk of early retirement at 18 months	Wegrzynek 2020	Jensen 2001	-	-	OR 0.1 (0.0 to 0.8)	102 (1)	Very low ^{1,3,12}	
Multidisciplinary intervention vs usual care	Proportion of participants RTW at 12 months	Wegrzynek 2020	Haland Haldorsen 1998	53 per 100	52 per 100	RR 1.02 (0.76 to 1.37)	469 (1)	Very low ^{1,3,7}	
	Proportion of participants RTW at 14 months	Wegrzynek 2020	Haland Haldorsen 2002	-	-	Light and extensive interdisciplinary interventions increase the possibility of RTW by about 10% (I1	I1: 491 (1) I2: 432 (1)	Low ^{1,3}	

Intervention and comparison	Outcome	Systematic review	Studies	Assumed risk with comparator* (95% CI)	Assumed risk with intervention* (95% CI)	Relative effect (95% CI)	No of participants (studies)	Quality of evidence (GRADE)	Comment
						vs C $\chi^2 = 3.6$, df = 1, p=0.05; I2 vs C $\chi^2 = 4.6$, df = 1, p<0.04)			
	Proportion of participants RTW at 9-27 months	Wegrzynek 2020	Corey 1996	-	-	Significant difference between I and C for low back pain (t=3.28, p=0.002) No differences between I and C for non-back pain (t=-.07, p=0.95)	200 (1)	Very low ^{1,3,12}	
	Days of work disability compensation payment at 6 months	Wegrzynek 2020	Heinrich 2009	137 days (range 48 to 181)	133 days (range 70 to 183)	HR 0.8 (0.5 to 1.3, p=0.43)	151 (1)	Very low ^{1,3,7}	
	Days of work disability compensation	Wegrzynek 2020	Heinrich 2009	137 days (range 48 to 365)	148 days (range 75 to 343)	HR 0.9 (0.6 to 1.4, p=0.72)	151 (1)	Very low ^{1,3,7}	

Intervention and comparison	Outcome	Systematic review	Studies	Assumed risk with comparator* (95% CI)	Assumed risk with intervention* (95% CI)	Relative effect (95% CI)	No of participants (studies)	Quality of evidence (GRADE)	Comment
	payment at 12 months								
	Days of sick leave at 12 months	Wegrzynek 2020	Lambeek 2010	175 (IQR 51 to 164)	82 (IQR 51 to 164)	Mann-Whitney U test, p=0.003	134 (1)	Low ^{1,3}	
	Absence from work at 18 months	Wegrzynek 2020	Jensen 2001	-	-	No difference	111 (1)	Very low ^{1,3,12}	
Inflammatory arthritis									
Job loss prevention interventions vs usual care	Job loss at 6, 12, 18 and 24 months	Madsen 2021	de Buck 2005	Job loss occurred in control group	Job loss occurred in intervention group	- No significant difference in job loss between I and C was identified at any time point - No statistically significant difference in trend between the 2 groups (interaction between time and intervention group: p = 0.13,	140 (1)	Very low ^{3,12}	

Intervention and comparison	Outcome	Systematic review	Studies	Assumed risk with comparator* (95% CI)	Assumed risk with intervention* (95% CI)	Relative effect (95% CI)	No of participants (studies)	Quality of evidence (GRADE)	Comment
						main effect: p = 0.86) was observed over the entire period			
	Proportion of participants with job loss at 6 months	Madsen 2021	Hammond 2018	0 per 26	1 per 29	RR 0.97 (0.90 to 1.03)	55 (1)	Low ^{3,8}	
	Proportion of participants with job loss at 9 months	Madsen 2021	Hammond 2018	0 per 26	2 per 29	RR 0.93 (0.84 to 1.023)	55 (1)	Low ^{3,8}	
	Absenteeism due to arthritis at 6 months (number of days with sickness absence)	Madsen 2021	Hammond 2018	13	12	No difference	55 (1)	Very low ^{3,12}	
	Absenteeism due to arthritis at 6 months (mean change of missed workdays per month)	Madsen 2021	Macedo 2009	0.63 (SD 4.86)	-2.80 (SD 6.18)	No significance p = 0.10	32 (1)	Very low ^{3,12}	

Intervention and comparison	Outcome	Systematic review	Studies	Assumed risk with comparator* (95% CI)	Assumed risk with intervention* (95% CI)	Relative effect (95% CI)	No of participants (studies)	Quality of evidence (GRADE)	Comment
	Absenteeism due to arthritis at 9 months (number of days with sickness absence)	Madsen 2021	Hammond 2018	14	14	No difference	55 (1)	Very low ^{3,12}	
	Proportion of participants receiving disability benefits at 6 and 12 months	Madsen 2021	de Buck 2005	At 6 months 4 per 59 At 12 months -	At 6 months 14 per 66 At 12 months -	p = 0.02, but the difference disappeared at 12 months	140 (1)	Very low ^{3,12}	
Pregnant women (with complaints of lumbopelvic region)									
Physical training vs usual care	Sickness absence at follow-up (32-36 weeks of gestation)	Pedersen 2018	Mørkved 2007 Stafne 2012	38 per 153 111 per 365	31 per 148 89 per 397	RR 0.84 (0.56 to 1.28) RR 0.73 (0.58 to 0.94)	301 (1) 762 (1)	Very low ^{2,4,7}	No meta-analysis performed by the review authors due to heterogeneity
Spinal cord injury									

Intervention and comparison	Outcome	Systematic review	Studies	Assumed risk with comparator* (95% CI)	Assumed risk with intervention* (95% CI)	Relative effect (95% CI)	No of participants (studies)	Quality of evidence (GRADE)	Comment
Supported employment vs usual care	Proportion of participants RTW at 12 months	Roels 2016	Ottomanelli 2012	8 per 100	26 per 100	RR 3.5 (1.7 to 7.2)	201 (1)	Low ¹¹	
	Proportion of participants RTW at 2 years	Roels 2016	Ottomanelli 2014	8 per 100	31 per 100	RR 4.1 (2.0 to 8.4)	201 (1)	Very low ^{1,11}	
Traumatic brain injury									
Cognitive rehabilitation vs no treatment	Proportion of participants RTW in short term (14 weeks)	Kumar 2017	Twamley 2014	278 per 1000	500 per 1000 (206 to 1000)	RR 1.80 (0.74 to 4.36)	50 (1)	Very low ^{1,13}	Sample consisted of war veterans with mild-to-moderate traumatic brain injury
Cognitive rehabilitation vs conventional treatment	Proportion of participants RTW in medium term (6 months)	Kumar 2017	Cicerone 2008	412 per 1000	589 per 1000 (358 to 959)	RR 1.43 (0.87 to 2.33)	68 (1)	Low ¹³	
Hospital-based cognitive rehabilitation vs home program	Proportion of participants RTW in long term (2 years)	Kumar 2017	Salazar 2000	943 per 1000	896 per 1000 (802 to 991)	RR 0.95 (0.85 to 1.05)	120 (1)	Moderate ⁸	Sample consisted of war veterans with moderate-to-severe traumatic brain injury

Intervention and comparison	Outcome	Systematic review	Studies	Assumed risk with comparator* (95% CI)	Assumed risk with intervention* (95% CI)	Relative effect (95% CI)	No of participants (studies)	Quality of evidence (GRADE)	Comment
One cognitive strategy (cognitive didactic) vs another cognitive strategy (functional experiential)	Proportion of participants RTW in medium term (1 year)	Kumar 2017	Vanderploeg 2008	354 per 1000	389 per 1000 (294 to 516)	RR 1.10 (0.83 to 1.46)	366 (1)	Moderate ⁷	Sample consisted of war veterans with moderate-to-severe traumatic brain injury
*outcome data from review									
CI, confidence interval; RR, relative risk; RTW, return to work									
<p>GRADE Working Group grades of evidence; in bold we adopted the GRADE scores from the review authors</p> <p>High certainty: We are very confident that the true effect lies close to that of the estimate of the effect</p> <p>Moderate certainty: We are moderately confident in the effect estimate: The true effect is likely to be close to the estimate of the effect, but there is a possibility that it is substantially different</p> <p>Low certainty: Our confidence in the effect estimate is limited: The true effect may be substantially different from the estimate of the effect</p> <p>Very low certainty: We have very little confidence in the effect estimate: The true effect is likely to be substantially different from the estimate of effect</p>									
<p>¹ Downgraded one level due to risk of bias</p> <p>² Downgraded one level due to substantial heterogeneity</p> <p>³ Downgraded one level, because only one study reported on this outcome</p> <p>⁴ Downgraded one level due to indirectness (in one study primary care was present among the sample)</p>									

Intervention and comparison	Outcome	Systematic review	Studies	Assumed risk with comparator* (95% CI)	Assumed risk with intervention* (95% CI)	Relative effect (95% CI)	No of participants (studies)	Quality of evidence (GRADE)	Comment
⁵ Downgraded one level due to imprecision (pooled confidence interval is wide and includes either a possible appreciable harm or benefit)									
⁶ Downgraded one level due to imprecision (two of the four studies did not report the standard deviation)									
⁷ Downgraded one level due to imprecision (no significance or confidence interval is wide and includes either a possible appreciable harm or benefit)									
⁸ Downgraded one level due to imprecision (small sample size)									
⁹ Downgraded one level, because results of a funnel plot indicated possible publication bias									
¹⁰ Downgraded two levels due to risk of bias									
¹¹ Downgraded two levels due to serious imprecision (small sample size from only one study)									
¹² Downgraded two levels due to serious imprecision (only a narrative description was provided by the review authors)									
¹³ Downgraded two levels due to serious imprecision (confidence interval is wide and includes either a possible appreciable harm or benefit and small sample size of only one study)									

Appendix 3 Table - Risk of Bias of included systematic reviews using AMSTAR 2

Included review	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9- RCT	Q9- NRSI	Q10	Q11- RCT	Q11- NRSI	Q12	Q13	Q14	Q15	Q16	Overall confidence	Remark	
Cancer																					
Algeo 2021	++	+	-	-	-	-	-	-	++	n/a	-	++	n/a	-	-	++	-	++	Critically low	Excluded ¹	
de Boer 2022	++	++	-	++	++	++	++	++	++	n/a	++	++	n/a	++	++	++	++	++	++	High	
Wilson 2022	++	++	-	++	++	++	-	+	++	++	-	-	-	++	-	++	-	++	Critically low	Excluded ²	
Coronary heart disease																					
Hegewald 2019	++	++	++	++	++	++	++	++	++	n/a	++	++	n/a	++	++	++	++	++	++	High	
O'Brien 2018	-	+	-	-	++	++	-	-	++	n/a	-	-	n/a	-	-	-	-	++	Critically low	Excluded ³	
Chronic pain (including musculoskeletal and low back pain)																					
Wegrzynek 2020	++	++	++	+	-	-	++	++	++	n/a	-	n/a	n/a	n/a	-	++	n/a	++	Moderate		
Ishimaru 2021	-	-	-	-	++	-	-	++	++	n/a	-	n/a	n/a	n/a	-	-	n/a	++	Critically low	Excluded ⁴	
Inflammatory arthritis																					
Hoving 2014	-	+	-	++	++	++	++	++	++	n/a	-	n/a	n/a	n/a	++	++	n/a	++	Low	Excluded ⁵	
Madsen 2021	++	-	-	-	++	-	-	++	++	n/a	-	n/a	n/a	n/a	++	++	n/a	++	Low	Update of Hoving 2014 with 3 additional studies	
Pregnant women																					

Pedersen 2018	++	-	-	-	++	++	-	++	+	n/a	-	n/a	n/a	n/a	++	++	n/a	++	Moderate	
Spinal cord injury																				
Roels 2016	-	-	++	-	++	++	-	+	++	++	-	n/a	n/a	n/a	++	-	n/a	-	Critically low	Only 1 RCT included of our interest
Traumatic brain injury																				
Kumar 2017	++	++	++	+	-	++	++	++	++	n/a	++	++	n/a	++	++	++	-	++	Moderate	
<p>- Not met + Partially met ++ Fully met</p> <p>¹ Based on critically low overall confidence and overlap of 6/9 studies with de Boer 2022 (of which two were excluded by de Boer 2022). Of the 3 remaining studies, one was in the wrong setting</p> <p>² Based on critically low overall confidence and overlap of 6/8 studies with de Boer 2022 (of which one was excluded by de Boer 2022)</p> <p>³ Based on critically low overall confidence and overlap of only 12/18 studies with Hegewald 2019</p> <p>⁴ Based on critically low overall confidence and only 4/9 studies are within the right setting of which one overlapping study with Wegrzynek 2020, one is an workplace intervention, and one is guided by an occupation physician</p> <p>⁵ Based on the availability of a more recent study with the same overall confidence</p> <p>Q1 Did the research questions and inclusion criteria for the review include the components of PICO?</p> <p>Q2 Did the report of the review contain an explicit statement that the review methods were established prior to the conduct of the review and did the report justify any significant deviations from the protocol?</p> <p>Q3 Did the review authors explain their selection of the study designs for inclusion in the review?</p> <p>Q4 Did the review authors use a comprehensive literature search strategy?</p> <p>Q5 Did the review authors perform study selection in duplicate?</p>																				

<p>Q6 Did the review authors perform data extraction in duplicate?</p> <p>Q7 Did the review authors provide a list of excluded studies and justify the exclusions?</p> <p>Q8 Did the review authors describe the included studies in adequate detail?</p> <p>Q9-RCT Did the review authors use a satisfactory technique for assessing the risk of bias (RoB) in individual studies that were included in the review (for RCT)?</p> <p>Q9-NRSI Did the review authors use a satisfactory technique for assessing the risk of bias (RoB) in individual studies that were included in the review (for NRSI)?</p> <p>Q10 Did the review authors report on the sources of funding for the studies included in the review?</p> <p>Q11-RCT If meta-analysis was performed did the review authors use appropriate methods for statistical combination of results (for RCT)?</p> <p>Q11-NRSI If meta-analysis was performed did the review authors use appropriate methods for statistical combination of results (for NRSI)?</p> <p>Q12 If meta-analysis was performed, did the review authors assess the potential impact of RoB in individual studies on the results of the meta-analysis or other evidence synthesis?</p> <p>Q13 Did the review authors account for RoB in individual studies when interpreting/ discussing the results of the review?</p> <p>Q14 Did the review authors provide a satisfactory explanation for, and discussion of, any heterogeneity observed in the results of the review?</p> <p>Q15 If they performed quantitative synthesis did the review authors carry out an adequate investigation of publication bias (small study bias) and discuss its likely impact on the results of the review?</p> <p>Q16 Did the review authors report any potential sources of conflict of interest, including any funding they received for conducting the review?</p> <p>n/a, not applicable; NRSI, Non-randomized studies of interventions; RCT, Randomized controlled trial</p>
<p>AMSTAR-2: critical item were Q1, Q4, Q8, Q9, Q11, Q12</p> <p>High confidence: Zero or one non-critical weakness</p> <p>Moderate confidence: More than one non-critical weakness</p> <p>Low confidence: One critical flaw with or without non-critical weaknesses</p>

Critically low confidence: More than one critical flaw with or without non-critical weaknesses

Appendix 4a.

Studies awaiting classification

Cullen KL, Irvin E, Collie A, Clay F, Gensby U, Jennings PA, Hogg-Johnson S, Kristman V, Laberge M, McKenzie D, Newnam S, Palagyi A, Ruseckaite R, Sheppard DM, Shourie S, Steenstra I, Van Eerd D, Amick BC 3rd. Effectiveness of Workplace Interventions in Return-to-Work for Musculoskeletal, Pain-Related and Mental Health Conditions: An Update of the Evidence and Messages for Practitioners. *J Occup Rehabil.* 2018 Mar;28(1):1-15. doi: 10.1007/s10926-016-9690-x. PMID: 28224415; PMCID: PMC5820404.

Verhoef JAC, Bal MI, Roelofs PDDM, Borghouts JAJ, Roebroek ME, Miedema HS. Effectiveness and characteristics of interventions to improve work participation in adults with chronic physical conditions: a systematic review. *Disabil Rehabil.* 2022 Apr;44(7):1007-1022. doi: 10.1080/09638288.2020.1788180. Epub 2020 Jul 20. PMID: 32686963.

Appendix 4b. Table of excluded studies

Author and year	Reason for exclusion
Alexander 2019	No risk of bias assessment
Anderson 2017	Interventions no specific focus on work participation
Berger 2016	No work participation as outcome
Bilodeau 2017	No quantitative analysis of outcome
Bogaert 2022	Interventions no specific focus on work participation
Brasure 2013	Interventions no specific focus on work participation
Brouns 2019	No quantitative analysis of outcome
Canhete Pereira 2019	No quantitative analysis of outcome
Cocchiara 2018	Overview review
Cochrane 2016	Conference abstract (study excluded)
Cochrane 2017	No secondary or tertiary health care setting
de Boer 2015	Conference abstract (study included)
Desmeules 2016	No work participation as outcome
Donker-Cools 2016	No secondary or tertiary health care setting
Farragher 2020	No risk of bias assessment
Guo 2021	No risk of bias assessment

Gussenhoven 2013	No secondary or tertiary health care setting
Hoefsmit 2012	Setting unclear
Hou 2013	Update in 2013
Hou 2017	No studies included
Hunter 2017	No quantitative analysis of outcome
Johnson 2021	No quantitative analysis of outcome
Kamper 2014	Setting unclear
Kamper 2015	Duplicate (study excluded)
Kersey 2022	Interventions no specific focus on work participation
Knutti 2020	Overview review
Kowlakowsky-Hayner 2012	No RCTs
Kudre 2020	No RCTs
Laires 2017	No risk of bias assessment
Lefever 2018	Workplace interventions
Levack 2021	Overview review
Li 2018	Conference abstract (study retracted)
Mangone 2022	Overview review
Marin 2017	Setting unclear
McLennan 2021	No RCTs
Moens 2019	Interventions no specific focus on work participation
Murray 2021	No quantitative analysis of outcome
Nastasi 2021	No secondary or tertiary health care setting
Nazarov 2019	No secondary or tertiary health care setting
O'Keefe 2017	Conference abstract (study excluded)
O'Keefe 2019	No risk of bias assessment
Powell 2016	No work participation as outcome
Probyn 2021	Participants with primary psychiatric conditions
Radomski 2016	No quantitative analysis of outcome
Rehman 2020	Interventions no specific focus on work participation

Robinson 2015	Interventions no specific focus on work participation
Sadeghi 2022	Interventions no specific focus on work participation
Schaafsma 2013	Setting unclear
Schofield-Robinson 2018	Interventions no specific focus on work participation
Sleight 2022	Interventions no specific focus on work participation
Stapelfeldt 2019	No work participation as outcome
Stehle 2022	No RCTs
Sun 2015	No RCTs
Trenaman 2014	No risk of bias assessment
van der Giessen 2012	Setting unclear
Verhagen 2013	No secondary or tertiary health care setting
Verhoef 2022	Setting unclear. Update 2024: Based on feedback from experts this study will be included in a future update of this literature review and is now mentioned in Table 4a Studies awaiting classification.
Vooijs 2015	Overview review
Wainwright 2019	No quantitative analysis of outcome
Wegrzynek 2018	Conference abstract (study included)
Wei 2016	No quantitative analysis of outcome
Wheeler 2016	No work participation as outcome
Xie 2021	No risk of bias assessment

Appendix 5. Cochrane Database of Systematic Reviews (Ovid) search strategy

Cochrane Database of Systematic Reviews

Issue 7 of 12, July 2022

20 hits

Cochrane Central Register of Controlled Trials

Issue 7 of 12, July 2022

1494 hits

ID Search Hits

#1 ("return to work" or "sick leave" or "sickness absence" or "work ability" or "work activity" or "work capacity" or "work disability" or "work participation" or "work rehabilitation" or "work retention" or "work status" or "employment status" or absenteeism or occupation*):ti,ab,kw 19702

#2 (work or worker* or workplace* or job or jobs or occupation* or employ* or unemploy* or career*):ti 11567

#3 #1 or #2 26311

#4 ((secondary or tertiary or outpatient* or ambula*) near/2 (care or healthcare or hospital* or clinic*)):ti,ab,kw 35020

#5 MeSH descriptor: [Secondary Care] explode all trees 48

#6 MeSH descriptor: [Tertiary Healthcare] explode all trees 21

#7 MeSH descriptor: [Secondary Care Centers] explode all trees 7

#8 (vocational near/1 (guidance or counseling or rehabilitation)):ti,ab,kw 852

#9 ("ambulatory care" or "outpatient clinic*" or "rehabilitation center*" or "physical therap*" or psychotherapist* or "occupational therap*" or "occupational health service*" or "vocational guidance" or "multidisciplinary intervention*" or "psychoeducational intervention*" or "educational intervention*" or "physical intervention*"):ti,ab,kw 17136

#10 #4 or #5 or #6 or #7 #8 or #9 42095

#11 #3 and #10 with Cochrane Library publication date Between Jan 2012 and Jul 2022, in Cochrane Reviews 20

#12 #3 and #10 with Cochrane Library publication date Between Jan 2000 and Jun 2022, in Trials 1494

#13 #11 or #12 1514

Appendix 6. MEDLINE (Ovid) search strategy

Database(s): **Ovid MEDLINE(R) and Epub Ahead of Print, In-Process, In-Data-Review & Other Non-Indexed Citations and Daily** 1946 to July 07, 2022

Search Strategy:

#	Searches	Results
1	Absenteeism/ or work/ or return to work/ or employment/ or unemployment/ or workplace/ or Occupational Health/ or Occupational Medicine/ or exp Occupations/ or Sick Leave/	191306
2	(sickleav* or absenteeism* or presenteeism* or employab* or workability).ti,ab,kf.	9809
3	("return to work" or "sick leave" or "sickness absence" or "work ability" or "work activity" or "work capacity" or "work disability" or "work participation" or "work rehabilitation" or "work retention" or "work status" or "employment status").ti,ab,kf.	37791

4	(work or worker* or workplace* or job or jobs or occupation* or employ* or unemploy* or career*).ti,kf.	327533
5	1 or 2 or 3 or 4	449097
6	secondary care/ or tertiary healthcare/ or Ambulatory Care/ or ambulatory care facilities/ or exp outpatient clinics, hospital/ or Rehabilitation Centers/ or exp "continuity of patient care"/ or *patient-centered care/ or exp physical therapy modalities/ or Physical Therapists/ or psychotherapists/ or occupational therapists/ or rehabilitation/ or Rehabilitation, Vocational/ or occupational therapy/ or Occupational Health Services/ or Vocational Guidance/	490577
7	((secondary or tertiary or outpatient* or ambula*) adj3 (care or healthcare or hospital* or clinic*)).ti,ab,kf.	204331
8	((multidisciplinary or brief or rehabilitation* or psychoeducational or psycho-educational or educational or physical) adj3 intervention*).ti,ab,kf.	43438
9	(vocational adj (guidance or counseling or rehabilitation)).ti,ab,kf.	3310
10	6 or 7 or 8 or 9	700924
11	5 and 10	38373
12	(meta-analysis/ or meta-analysis as topic/ or metaanaly* or meta-analy* or metanaly*).ti,ab,kf. or systematic review/ or cochrane.jw. or (prisma or prospero).ti,ab,kf. or ((systemati* or scoping or umbrella or "structured literature") adj3 (review* or overview*)).ti,ab,kf. or (systemic* adj1 review*).ti,ab,kf. or ((systemati* or literature or database* or data-base*) adj10 search*).ti,ab,kf. or ((structured or comprehensive* or systemic*) adj3 search*).ti,ab,kf. or ((literature adj3 review*) and (search* or database* or data-base*)).ti,ab,kf. or (("data extraction" or "data source*") and "study selection").ti,ab,kf. or ("search strategy" and "selection criteria").ti,ab,kf. or ("data source*" and "data synthesis").ti,ab,kf. or (medline or pubmed or embase or cochrane).ab. or ((critical or rapid) adj2 (review* or overview* or synthes*)).ti. or (((critical* or rapid*) adj3 (review* or overview* or synthes*) and (search* or database* or data-base*)).ab. or (metasynthes* or meta-synthes*).ti,ab,kf.) not (comment/ or editorial/ or ((exp animals/ or exp models, animal/) not humans/))	578255
13	5 and 10 and 12	1552
14	comment/ or editorial/ or Frail Elderly/ or Geriatric Assessment/ or exp Pediatrics/ or (pediatr* or paediatr* peadiatr* or child*).ti.	2398950
15	((exp Animals/ or exp Animal Experimentation/ or exp models, animal/) not Humans/) or animal*.ti.	5080333
16	exp Child/ not Adult/	1387098
17	13 not 14 not 15 not 16	1460
18	limit 17 to yr="2012 -Current"	1054

Appendix 7. EMBASE (Ovid) search strategy

Database(s): **Embase Classic+Embase** 1947 to 2022 July 07

Search Strategy:

#	Searches	Results
---	----------	---------

1	absenteeism/ or work/ or return to work/ or employment/ or unemployment/ or exp occupation/ or exp employment status/ or workplace/ or occupational health/ or employability/ or work disability/ or work capacity/ or work resumption/ or medical leave/	550928
2	(sickleav* or absenteeism* or presenteeism* or employab* or workability).ti,ab,kf.	14514
3	("return to work" or "sick leave" or "sickness absence" or "work ability" or "work activity" or "work capacity" or "work disability" or "work participation" or "work rehabilitation" or "work retention" or "work status" or "employment status").ti,ab,kf.	48700
4	(work or worker* or workplace* or job or jobs or occupation* or employ* or unemploy* or career*).ti,kf.	386738
5	1 or 2 or 4	811297
6	exp secondary health care/ or exp tertiary health care/ or ambulatory care/ or outpatient department/ or rehabilitation center/ or rehabilitation/ or occupational therapy/ or occupational therapist/ or vocational rehabilitation/ or occupational health service/ or vocational guidance/ or psychotherapists/ or *health care system/ or *health program/	494626
7	((secondary or tertiary or outpatient* or ambula*) adj3 (care or healthcare or hospital* or clinic*)).ti,ab,kf.	341094
8	((multidisciplinary or brief or rehabilitation* or psychoeducational or psycho-educational or educational or physical) adj3 intervention*).ti,ab,kf.	59591
9	(vocational adj (guidance or counseling or rehabilitation)).ti,ab,kf.	5082
10	6 or 7 or 8 or 9	723648
11	5 and 10	64226
12	(meta analysis/ or "meta analysis (topic)"/ or (metaanaly* or meta-analy* or metanaly*).ti,ab,kf. or systematic review/ or cochrane.jw. or (prisma or prospero).ti,ab,kf. or ((systemati* or scoping or umbrella or "structured literature") adj3 (review* or overview*)).ti,ab,kf. or (systemic* adj1 review*).ti,ab,kf. or ((systemati* or literature or database* or data-base*) adj10 search*).ti,ab,kf. or ((structured or comprehensive* or systemic*) adj3 search*).ti,ab,kf. or ((literature adj3 review*) and (search* or database* or data-base*)).ti,ab,kf. or (("data extraction" or "data source*") and "study selection").ti,ab,kf. or ("search strategy" and "selection criteria").ti,ab,kf. or ("data source*" and "data synthesis").ti,ab,kf. or (medline or pubmed or embase or cochrane).ab. or ((critical or rapid) adj2 (review* or overview* or synthes*)).ti. or (((critical* or rapid*) adj3 (review* or overview* or synthes*) and (search* or database* or data-base*)).ab. or (metasynthes* or meta-synthes*).ti,ab,kf.) not (editorial/ or note/ or ((exp animal/ or exp animal experiment/ or exp animal model/ or exp veterinary medicine/) not human/))	814282
13	5 and 10 and 12	2283
14	editorial/ or note/ or exp geriatrics/ or geriatric assessment/ or frail elderly/ or exp pediatrics/ or (pediatr* or paediatr* peadiatr* or child*).ti.	2920981
15	((exp animal/ or exp animal experiment/ or exp animal model/ or exp veterinary medicine/) not human/) or animal*.ti.	6326093
16	exp child/ not adult/	2464158
17	13 not 14 not 15 not 16	2116
18	limit 17 to yr="2012 -Current"	1627

Appendix 8. CINAHL (EBSCOhost) search strategy

Systematic reviews, 2012-heden:

765 hits:

Published Date: 20120101-20221231

((MH "Absenteeism") OR (MH "Work") OR (MH "Job Re-Entry") OR (MH "Employment") OR (MH "Unemployment") OR (MH "Work Environment") OR (MH "Occupational Health") OR (MH "Occupational Health") OR (MH "Occupational Medicine") OR (MH "Occupations and Professions") OR (MH "Sick Leave")) OR (TI (sickleav* or absenteeism* or presenteeism* or employab* or workability) OR AB (sickleav* or absenteeism* or presenteeism* or employab* or workability) OR TI (("return to work" or "sick leave" or "sickness absence" or "work ability" or "work activity" or "work capacity" or "work disability" or "work participation" or "work rehabilitation" or "work retention" or "work status" or "employment status") OR AB (("return to work" or "sick leave" or "sickness absence" or "work ability" or "work activity" or "work capacity" or "work disability" or "work participation" or "work rehabilitation" or "work retention" or "work status" or "employment status") OR TI (work or worker* or workplace* or job or jobs or occupation* or employ* or unemploy* or career*))

AND

(((MH "Secondary Health Care") OR (MH "Tertiary Health Care") OR (MH "Ambulatory Care") OR (MH "Ambulatory Care Facilities") OR (MH "Surgicenters") OR (MH "Pain Clinics") OR (MH "Nurse-Managed Centers") OR (MH "Outpatient Service") OR (MH "Occupational Therapy Service") OR (MH "Rehabilitation Centers")) OR ((MH "Physical Therapy") OR (MH "Physical Therapists") OR (MH "Occupational Therapists") OR (MH "Psychotherapists")) OR ((MH "Rehabilitation") OR (MH "Occupational Therapy")) OR ((MH "Rehabilitation, Vocational") OR (MH "Occupational Health Services+") OR (MH "Vocational Guidance"))) OR (TI ((secondary or tertiary or outpatient* or ambula*) N3 (care or healthcare or hospital* or clinic*)) OR AB ((secondary or tertiary or outpatient* or ambula*) N3 (care or healthcare or hospital* or clinic*)) OR TI ((multidisciplinary or brief or rehabilitation* or psychoeducational or psycho-educational or educational or physical) N3 intervention*) OR AB ((multidisciplinary or brief or rehabilitation* or psychoeducational or psycho-educational or educational or physical) N3 intervention*) OR TI (vocational N1 (guidance or counseling or rehabilitation)) OR AB (vocational N1 (guidance or counseling or rehabilitation)))

AND

(((MH "Systematic Review") OR (MH "Meta Analysis")) OR (TI (metaanaly* or meta-analy* or metanaly*) OR AB (metaanaly* or meta-analy* or metanaly*) OR TI ((systemati* or scoping or umbrella or "structured literature") N3 (review* or overview*)) OR AB ((systemati* or scoping or umbrella or "structured literature") N3 (review* or overview*))) OR (TI systemic* N1 review* OR AB systemic* N1 review*) OR (TI ((systemati* or literature or database* or data-base*) N10 search*) OR AB ((systemati* or literature or database* or data-base*) N10 search*)) OR (TI ((structured or comprehensive* or systemic*) N3 search*) OR AB ((structured or comprehensive* or systemic*) N3 search*)) OR (TI ((literature adj3 review*) and (search* or database* or data-base*)) OR AB ((literature adj3 review*) and (search* or database* or data-base*)) OR TI (("data extraction" or "data source*") and "study selection") OR AB (("data extraction" or "data source*") and "study selection")) OR (TI ((literature adj3 review*) and (search* or database* or data-base*)) OR AB ((literature adj3 review*) and (search* or database* or data-base*)) OR TI (("data extraction" or "data source*") and "study selection") OR AB (("data extraction" or "data source*") and "study selection")) OR (TI ("search strategy" and "selection criteria") OR AB ("search strategy" and "selection criteria") OR TI ("data source*" and "data synthesis") OR AB ("data source*" and "data synthesis")) OR (AB medline or pubmed or embase or cochrane) OR (TI (critical or rapid) N2 (review* or overview* or synthes*)) OR (AB (critical* or rapid*) N3 (review* or overview* or synthes*) and (search* or database* or data-base*)) OR (TI (metasynthes* or meta-synthes*) OR AB (metasynthes* or meta-synthes*))

140

NOT

((MH "Aged, 80 and Over") OR (MH "Frail Elderly")) OR (MH "Geriatric Assessment") OR (MH "Pediatrics+") OR (TI pediatr* or paediatr* peadiatr* or child*)

NOT

((MH "Animals+") NOT (MH "Human")) OR TI animal*

NOT

(MH "Child+") NOT (MH "Adult")

Appendix 9. Prior knowledge of existing reviews and ASreview settings

Used as prior knowledge to train ASreview for author 1

Relevant

1. de Boer AG, Taskila TK, Tamminga SJ, Feuerstein M, Frings-Dresen MH, Verbeek JH. Interventions to enhance return-to-work for cancer patients. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015 Sep 25;2015(9):CD007569. doi: 10.1002/14651858.CD007569.pub3. PMID: 26405010; PMCID: PMC6483290.
2. Xie Y, Hutting N, Bartys S, Johnston V. Interventions to Promote Work-Focused Care by Healthcare Providers for Individuals with Musculoskeletal Conditions a Scoping Review. *J Occup Rehabil.* 2021 Dec;31(4):840-865. doi: 10.1007/s10926-021-09971-w. Epub 2021 Apr 2. PMID: 33811292.

Irrelevant

1. Boström AM, Sommerfeld DK, Stenhols AW, Kiessling A. Capability beliefs on, and use of evidence-based practice among four health professional and student groups in geriatric care: A cross sectional study. *PLoS One.* 2018 Feb 14;13(2):e0192017. doi: 10.1371/journal.pone.0192017. PMID: 29444179; PMCID: PMC5812600.
2. Laver K, Cumming R, Dyer S, Agar M, Anstey KJ, Beattie E, Brodaty H, Broe T, Clemson L, Crotty M, Dietz M, Draper B, Flicker L, Friel M, Heuzenroeder L, Koch S, Kurrle S, Nay R, Pond D, Thompson J, Santalucia Y, Whitehead C, Yates M. Evidence-based occupational therapy for people with dementia and their families: What clinical practice guidelines tell us and implications for practice. *Aust Occup Ther J.* 2017 Feb;64(1):3-10. doi: 10.1111/1440-1630.12309. Epub 2016 Oct 3. PMID: 27699792.

Used as prior knowledge to train ASreview for author 2

Relevant

1. Johnsen TL, Johansen T, Momsen AH, Tveito TH, Nielsen CV, Varsi C, Øyeflaten I. eHealth interventions to facilitate work participation: a scoping review. *JBISynth.* 2021 Jul 1;19(10):2739-2759. doi: 10.11124/JBISIR-D-19-00433. PMID: 34224522; PMCID: PMC8528131.
2. Hegewald J, Wegewitz UE, Euler U, van Dijk JL, Adams J, Fishta A, Heinrich P, Seidler A. Interventions to support return to work for people with coronary heart disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019 Mar 14;3(3):CD010748. doi: 10.1002/14651858.CD010748.pub2. PMID: 30869157; PMCID: PMC6416827.

Irrelevant

1. Read H, Roush S, Downing D. Early Intervention in Mental Health for Adolescents and Young Adults: A Systematic Review. *Am J Occup Ther.* 2018 Sep/Oct;72(5):7205190040p1-7205190040p8. doi: 10.5014/ajot.2018.033118. PMID: 30157008.
2. Kang J, Noh W, Lee Y. Sleep quality among shift-work nurses: A systematic review and meta-analysis. *Appl Nurs Res.* 2020 Apr;52:151227. doi: 10.1016/j.apnr.2019.151227. Epub 2019 Dec 26. PMID: 31902652.

Settings of the algorithm of ASreview

Data extraction technique: TF-IDF

Classifier: Naïve Bayes

Query strategy: Maximum

Balance strategy: Dynamic resampling (Double)

What interventions aimed at improving the knowledge of medical specialists about clinical work-integrating care are there? What are the effects on knowledge and (shared) decision-making?

Paying attention to work participation and integrating work as factor in clinical care is called clinical work-integrating care (CWIC). In CWIC there is an understanding that work-related factors can affect health, and medical actions can affect work participation. Thus acting within this concept, health care professionals pay attention to the interrelationship of work and health, including medical decision-making, by addressing work in a clinical context. CWIC can be as limited to asking 'do you work' or as broad as actively supporting people with (chronic) diseases to remain in work for as long as they wish. Thus, both the positive effects of work participation on the patient's well-being as well as the negative effects of employment as a cause or contributor to illness (e.g., negative work-related health behaviors or exposure to allergens at work) are addressed.

For another study with a research question closely related to this topic (Kluit, unpublished) a systematic scoping literature search was performed. The following bibliographic databases were searched: MEDLINE, EMBASE, Psycinfo, CINAHL, and Web of Science. Articles were screened from the period of January 2005 till October 2021. The "PCC" mnemonic (population, concept, and context) (1), which is commonly used in the context of scoping reviews, was used to structure the search strategy.

Population

All medical specialties treating a working age population (18-67 years) with primarily somatic problems in secondary or tertiary clinical health care were included. Physicians in specialty training were also eligible. Excluded were paediatrics, neonatology, geriatrics, psychiatry, pathology, primary health care, and occupational health care, since these medical specialties either do not treat a working age population, focus on mental health problems, or are not situated in secondary or tertiary clinical health care.

Concept

To be included in the review, studies had to address the extent or nature of provision of CWIC provided by the medical specialist. This could either be reported by medical specialists themselves or be described from the perspectives of patients or institutes in which medical specialist work. For the purpose of this study we operationalized provision of CWIC as collecting occupational data; exploring work-relatedness of disease; the frequency and nature of offered support, information or advice (including resources used by medical specialists); opening the dialogue on work (who and when); considering work in a treatment plan; work-related support regarding local regulations; interdisciplinary cooperation regarding work.

Context

Both qualitative, quantitative or mixed-method studies were eligible. All had to be performed within secondary or tertiary clinical health care.

Results

This literature search retrieved only one study that fulfilled the criteria to answer the current research question (2). The topic of this study was the evaluation of an e-learning module on sick note certification by hospital doctors in Great Britain. In addition to the current research question, three studies were identified that aimed to evaluate training needs of physicians in

asking about patients' work (3-5). All three studies concluded there exists a lack of training. Based on the apparent scarcity of research on this topic, the Dutch working group did not perform an additional systematic literature search.

References

1. Peters MDJ, Marnie C, Tricco AC, Pollock D, Munn Z, Alexander L, et al. Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JBIEvid Implement.* 2021;19(1):3-10.
2. Alexander V. Audit of hospital doctor training in sick note certification. *Occupational Medicine.* 2012;62(8):595-9.
3. Bayliss C, Champion A, Nwokedi E, Thanikasalam R. Doctors' attitudes to patient occupation information in four hospital specialties. *Occup Med (Lond).* 2020;70(9):641-4.
4. Walters G, Blakey K, Dobson C. Junior doctors need training in sickness certification. *Occupational Medicine.* 2010;60(2):152-5.
5. Hayman K, McLaren J, Ahuja D, Jimenez Vanegas C, Sheikh H. Emergency physician attitudes towards illness verification (sick notes). *Journal of occupational health.* 2021;63:e12195.

Het patiëntenperspectief

Het onderzoek

Patiëntenfederatie Nederland heeft in maart 2022 onderzoek gedaan naar de ervaring van mensen met een chronische aandoening of langdurige ziekte met het bespreken van werk in het ziekenhuis of behandelcentrum. Het onderzoek is uitgezet onder het Zorgpanel van Patiëntenfederatie Nederland. Dit is een vaste groep van ruim 23.000 mensen met veel ervaring met de zorg. Daarnaast hebben ook een aantal andere patiëntenorganisaties een oproep gedaan onder hun leden om de vragenlijst in te vullen. Het ging om de volgende organisaties: Crohn en Colitis NL, Nationale Vereniging ReumaZorg Nederland, Oogvereniging, Steungroep ME en Arbeidsongeschiktheid, Vereniging van Mensen met Brandwonden, Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties (NFK), Hoofdpijnnet, Osteoporose Vereniging, Nierpatiënten Vereniging Nederland (NVN), Long Alliantie Nederland (LAN).

In totaal hebben 749 mensen aan dit onderzoek deelgenomen. 313 mensen vielen in de doelgroep, die bestaat uit mensen met een chronische aandoening waarvan de diagnose door een medisch specialist in een ziekenhuis of behandelcentrum is gesteld in de afgelopen 5 jaar. Zij waren ten tijde van de diagnose werkzaam. Onder chronische aandoening worden ook langdurige klachten of beperkingen van een aandoening waarvan je kan genezen verstaan, of klachten of beperkingen die zijn overgebleven n.a.v. een doorgemaakte ziekte (bijvoorbeeld kanker). Van deze 313 deelnemers zijn de antwoorden verwerkt:

- 23% is man, 77% is vrouw, de gemiddelde leeftijd is 52 jaar.
- 4% is lager opgeleid, 36% middelbaar opgeleid en 60% hoger opgeleid.
- Iedereen heeft één of meer chronische aandoeningen. Longaandoeningen (31%), reumatische aandoeningen (25%), maag-darm-lever- aandoeningen (25%) en hersen- of zenuwaandoeningen (24%) komen het meest voor.
- Op het moment van de diagnose van de aandoening hadden de meeste deelnemers een vast dienstverband (79%). Zij waren op dat moment meestal parttime werkzaam (57%).
- Het werk dat mensen deden ten tijde van de diagnose kostte bij 52% veel geestelijke inspanning en bij 45% veel lichamelijke inspanning. Bron: Werk in de spreekkamer. Een onderzoek over het bespreekbaar maken van werk in combinatie met een chronische aandoening of een langdurige ziekte met zorgverleners in een ziekenhuis of behandelcentrum. 22 juni 2022, Patiëntenfederatie Nederland.

De antwoorden op onderstaande uitgangsvragen zijn gebaseerd op de uitkomsten van dit onderzoek en op de meningen van de patiëntvertegenwoordigers in de richtlijnwerkgroep (expert opinion). Het patiëntenpanel van de Patiëntenfederatie en de deelnemers aan het onderzoek vormen geen representatieve weerspiegeling van de groep die een beroep doet op de zorg van medisch specialisten. De patiëntvertegenwoordigers in de werkgroep vertegenwoordigen een veel bredere achterban dan de deelnemers aan het onderzoek.

Waar in het onderstaande over patiënten wordt gesproken wordt bedoeld 'patiënten binnen doelgroep van deze module'.

Voor hoeveel patiënten is het belangrijk om hun werksituatie te bespreken met hun medisch specialist, en in welke fase?

Voor het merendeel van de patiënten is het belangrijk om hun werksituatie te bespreken met de medisch specialist of een andere zorgverlener. Dit is in principe in alle fases (diagnose, behandeling, nazorg) van belang.

Patiënten-enquête

Van de deelnemers aan de patiënten-enquête vond in totaal 83% een gesprek met een medisch specialist of andere zorgverlener in het ziekenhuis of behandelcentrum over werk in relatie tot hun aandoening nodig.

49% van de deelnemers had een gesprek over werk gehad. Dit vond vooral plaats bij de diagnose (44%) en tijdens de behandeling (39%), minder vaak bij de evaluatie en planning van de behandeling (19% resp. 18%) en voor de diagnose (11%). 38% had ook nog op een ander moment over hun werk willen praten: bij de diagnose, in verschillende fases van de behandeling of een aantal jaren later.

51% van de deelnemers heeft geen gesprek over werk gehad. Daarvan had 68% dit wel gewild, vaak op meerdere momenten in het traject: de meesten bij de diagnose, tijdens de behandeling, en bij de planning en evaluatie daarvan. 17% had geen behoefte aan een gesprek. De overwegingen daarbij liepen uiteen, bijvoorbeeld: de ziekte gaf geen problemen op het werk, het was meteen duidelijk dat werken niet mogelijk was, men wilde het zelf oplossen.

Er is niet gevraagd naar de behoefte in de nazorgfase.

Mening deskundigen

De patiënten-vertegenwoordigers in de werkgroep zijn van mening dat het voor het merendeel van de patiënten belangrijk is om in het ziekenhuis of behandelcentrum over hun werk in relatie tot hun ziekte en behandeling te spreken. Dat kan ook zo zijn als de patiënt het niet zelf aangeeft, bijvoorbeeld omdat hij denkt dat werk niet iets is om met de medisch specialist over te praten of omdat werk zijn aandacht helemaal niet heeft. Tijdige aandacht voor werk kan soms voorkomen dat er later onnodige problemen ontstaan. Het is wenselijk dat het onderwerp ziekte en werk in alle fases (diagnose, behandeling, nazorg), en zo nodig meerdere keren, aan de orde kan komen. De gewenste timing zal mede afhangen van de specifieke kenmerken en het verloop van de ziekte en de behandeling, van de kenmerken van het werk en de procedures op het gebied van werk en inkomen, zoals re-integratie (eerste spoor/tweede spoor), ontslag/afloop contract, WIA-keuring.

Hoe meer patiënten op het gebied van ziekte en werk hun eigen regie kunnen nemen hoe beter, maar het vermogen daartoe en de behoefte aan ondersteuning verschilt sterk per patiënt en per situatie. Medisch specialisten kunnen hierbij helpen door op maat de nodige informatie en ondersteuning te bieden.

Welke werk-gerelateerde onderwerpen willen patiënten bespreken en met wie?

De werk-gerelateerde onderwerpen die patiënten willen bespreken liggen op het gebied van de gevolgen (fysiek, energetisch en cognitief) op korte en langere termijn van de ziekte voor hun werk, de verschillende behandelmogelijkheden en de gevolgen daarvan voor hun werk, het leren te luisteren naar je lichaam en grenzen te bewaken, het vinden van een balans van ziekte-werk-privé, contact en informatie-uitwisseling tussen zorgverlener en bedrijfsarts, welke informatie over hun ziekte ze op hun werk kunnen gebruiken, de eventuele rol van hun werk bij het ontstaan van de aandoening en waar men terecht kan voor informatie over rechten bij (volledige of gedeeltelijke) arbeidsongeschiktheid.

Men wil deze gesprekken in het ziekenhuis of behandelcentrum kunnen voeren met medisch specialisten, verpleegkundige specialisten, klinisch arbeidsgeneeskundigen en/of maatschappelijk werkers. Deze zouden ook moeten kunnen doorverwijzen naar of wijzen op

andere curatieve zorgverleners binnen of buiten het ziekenhuis/behandelcentrum, zoals een ergotherapeut, psycholoog, of fysiotherapeut. Daarnaast is verwijzing naar de bedrijfsarts en naar een patiëntenorganisatie en vakbond wenselijk.

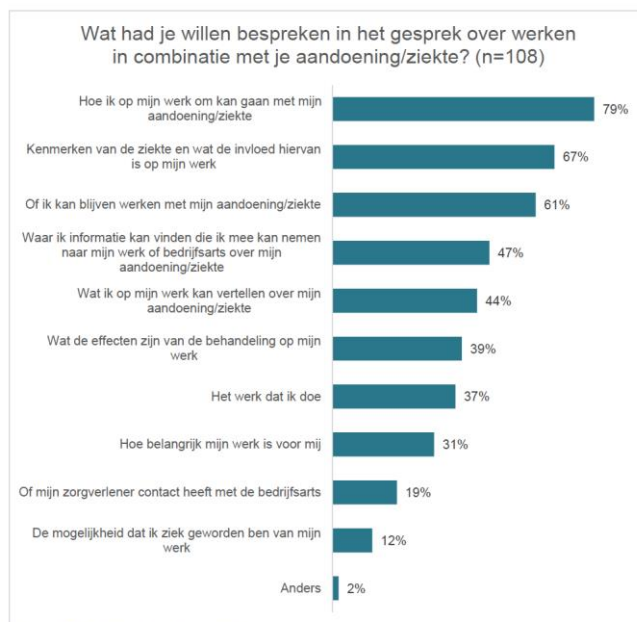
Patiënten-enquête

Samengevat zijn de onderwerpen op het gebied van werk die de deelnemers aan de patiënten-enquête met hun medisch specialist of andere zorgverlener hadden willen bespreken die in het ziekenhuis of behandelcentrum geen gesprek over werk hadden gehad en dat wel hadden gewild:

hoe ze met hun ziekte en de behandeling in hun werk om kunnen gaan;

- kenmerken van de ziekte en wat de invloed hiervan is op het werk.
- de gevolgen van hun ziekte voor hun mogelijkheden om te blijven werken;
- de gevolgen de behandeling voor hun mogelijkheden om te blijven werken;
- welke informatie over de ziekte ze kunnen gebruiken voor de bedrijfsarts en voor hun werkgever en collega's;
- hun werk en het persoonlijk belang daarvan;
- of hun zorgverlener contact heeft met hun bedrijfsarts;
- of hun ziekte (mede) veroorzaakt kan zijn door hun werk.

[gebaseerd op figuur 13, invoegen wel nodig?]



Figuur 13. Meerdere antwoorden mogelijk.

De helft of meer van de deelnemers aan de patiënten enquête die wel een gesprek over werk hadden gehad geeft aan dat het daarbij ging over:

- het werk dat ze doen (63%);
- of ze kunnen blijven werken met hun aandoening/ziekte (61%);
- kenmerken van hun ziekte en wat de invloed hiervan is op hun werk (50%).

Minder dan de helft geeft aan dat gesproken is over:

- hoe belangrijk hun werk voor hen is (41%);
- hoe ze op hun werk om kunnen gaan met hun aandoening/ziekte (35%);
- wat de effecten zijn van de behandeling op hun werk (26%);

- of hun zorgverlener contact heeft met hun bedrijfsarts (16%);
 - waar ze informatie over hun aandoening/ziekte kunnen vinden die ze mee kunnen nemen naar hun werk of bedrijfsarts (16%);
 - de mogelijkheid dat ze ziek zijn geworden van hun werk (14%);
 - wat ze op hun werk kunnen vertellen over hun aandoening/ziekte (12%);
- 12% noemde andere onderwerpen in verband met werk waarover is gesproken.

Een derde van de deelnemers die een gesprek hadden, hadden ook over iets anders willen praten dan ze nu hebben gedaan. Zij hadden met name ook willen bespreken:

- waar ze informatie konden vinden om mee te nemen naar werk of bedrijfsarts;
- hoe ze konden blijven werken;
- hoe ze op hun werk het beste om konden gaan met hun aandoening/ziekte.

Andere onderwerpen die spontaan vaker genoemd werden, samengevat:

- leren luisteren naar je lichaam;
- gevolgen voor cognitief functioneren in de gaten houden;
- grenzen bewaken;
- tijdig balans activiteit en rust en werk-klachten-privé vinden;
- wat te verwachten van de bedrijfsarts;
- begeleiding bij het omgaan met de gevolgen van de ziekte voor werk en privé;
- rechten bij (volledige of gedeeltelijke) arbeidsongeschiktheid;
- hoe op het werk om te gaan met een grillig verloop van de ziekte;
- de prognose wat betreft weer kunnen werken.

Met wie?

In de patiënten-enquête is alleen gevraagd naar gesprekken met curatieve zorgverleners in of buiten het ziekenhuis. Daarbij is de medisch specialist het vaakst genoemd als degene met wie men over de ziekte en werk had gesproken of had willen spreken.

De deelnemers die een wel een gesprek hadden, voerden dat gesprek meestal met de medisch specialist (78%) en/of verpleegkundig specialist (31%). Bij 'iemand anders in het ziekenhuis' werd de (medisch) psycholoog vaak benoemd, soms de ergotherapeut of fysiotherapeut. Bij 'iemand anders buiten het ziekenhuis' kwam de huisarts vaak naar voren, en ook opnieuw de psycholoog, fysiotherapeut en ergotherapeut. In een paar gevallen was er een coach betrokken, bijvoorbeeld een jobcoach, aandoenings-specifieke coach, of een coach vanuit de patiëntenvereniging.

29% van de deelnemers die een gesprek hadden, hadden ook nog met iemand anders over werken in combinatie met hun aandoening/ziekte willen praten. Dat wilden zij dan met name ook nog met een maatschappelijk werker of een klinisch arbeidsgeneeskundige.

De deelnemers aan de patiënten-enquête die geen gesprek over werk hebben gehad hadden daar een gesprek over willen hebben met één of meer van onderstaande zorgverleners:

- medisch specialist (73%)
- verpleegkundig specialist (45%)
- klinisch arbeidsgeneeskundige (29%)
- maatschappelijk werker (17%)
- iemand anders in het ziekenhuis, (12%) bijvoorbeeld een psycholoog, ergotherapeut, fysiotherapeut

- iemand buiten het ziekenhuis (10%), bijvoorbeeld de huisarts, een psycholoog, een coach
- verpleegkundige (7%)
- geestelijk verzorger (4%)

Bij de patiënten die wel een gesprek hadden gehad valt op dat de klinisch arbeidsgeneeskundige veel minder vaak werd genoemd dan degene met wie het gesprek had plaatsgevonden (5%), waarschijnlijk vanwege de geringe beschikbaarheid van en onbekendheid met deze beroepsbeoefenaar.

Er is niet gevraagd naar gesprekken met een bedrijfsarts of verzekeringsarts.

Mening deskundigen

De patiënten-vertegenwoordigers in de werkgroep zijn van mening dat bij gesprekken van medisch specialisten met patiënten over de ziekte en werk de volgende onderwerpen aan de orde zouden moeten komen:

- de gevolgen (fysiek, energetisch en cognitief) voor hun werk, op korte en langere termijn van de ziekte;
- de verschillende behandelmogelijkheden en de gevolgen daarvan voor hun werk;
- het leren te luisteren naar je lichaam en grenzen te bewaken;
- het vinden van een balans van rust en activiteit en van ziekte-werk-privé;
- de rol van de bedrijfsarts en contact en informatie-uitwisseling tussen medisch specialist en bedrijfsarts;
- welke informatie over hun ziekte ze op hun werk kunnen gebruiken;
- de eventuele rol van het werk bij het ontstaan van de aandoening;
- met welke vragen over ziekte en werk ze bij de medisch specialist terecht kunnen, en met welke vragen een andere zorgverlener ze kan helpen.
- Waar ze terecht kunnen voor informatie over rechten bij (volledige of gedeeltelijke) arbeidsongeschiktheid.

Daarnaast zouden medisch specialisten goed moeten nagaan welke andere onderwerpen op het gebied van werk (en inkomen) patiënten willen bespreken.

De medisch specialist is vanwege haar/zijn bepalend rol op het gebied van diagnostiek en behandeling de eerste in aanmerking komende zorgverlener, het eerste station. Binnen het ziekenhuis/behandelcentrum zouden ook verpleegkundige specialisten, klinisch arbeidsgeneeskundigen en maatschappelijk werkers hiervoor beschikbaar en toegerust moeten zijn. Zij/hij zou bovendien gericht moeten kunnen doorverwijzen naar of wijzen op andere curatieve zorgverleners binnen of buiten het ziekenhuis/behandelcentrum, zoals een ergotherapeut, psycholoog, of fysiotherapeut. Ook zouden medisch specialisten moeten wijzen op de bedrijfsarts, als die beschikbaar is, en op patiëntenorganisaties en vakbonden waar men terecht kan voor informatie en advies over de ziekte en werk.

Wie zou volgens patiënten het initiatief moeten nemen voor het bespreken van werk-gerelateerde onderwerpen?

Volgens patiënten zou de medisch specialist het initiatief moeten nemen voor het bespreken van werk-gerelateerde onderwerpen.

Patiënten-enquête

Uit de patiënten-enquête komt naar voren dat, als er een gesprek over werk was geweest, dat in 56% van de gevallen door de patiënt zelf is gestart en in 14% van de gevallen door de zorgverlener. 30% van de patiënten kon zich niet meer herinneren wie het initiatief had genomen.

Mening deskundigen

De patiënten-vertegenwoordigers in de werkgroep zijn van mening dat het initiatief voor een gesprek over werk bij de medisch specialist zou moeten liggen. De patiënt heeft, zeker in de diagnostische fase, vaak al genoeg te verwerken en zal dan soms niet direct aan werk denken. Ook kan het zijn dat de patiënt het onderwerp niet ter sprake brengt in de veronderstelling dat dit niet thuishoort in een gesprek met een medisch specialist. Dat wil echter niet zeggen dat werk (en inkomen) niet heel belangrijk is voor de patiënt.

Wat voor medisch, werk-gerelateerd advies verwachten patiënten? Welk advies vinden zij nuttig?

Op het gebied van werk-gerelateerde medische zorg vinden patiënten het nuttig dat zorgverleners patiënten adviseren:

- a. over de grenzen die ze qua activiteiten in acht kunnen nemen om hun herstel niet te belemmeren of hun ziekte niet te verergeren;
- b. wat ze kunnen doen om herstel of behoud van de huidige situatie te bevorderen;
- c. hoe ze met hun ziekte en de behandeling in werk om kunnen gaan;
- d. om zich tijdig te informeren over hun rechten en plichten op het gebied van werk en inkomen op korte en langere termijn in verband met ziekte;
- e. om voor zover mogelijk, zelf de regie te nemen ten aanzien van werk door open en eerlijk praten met collega's/leidinggevende over de aandoening en de gevolgen hiervan voor het functioneren, het kennen van de eigen grenzen en deze duidelijk naar anderen toe aangeven, het in acht nemen van voldoende rustmomenten, het realiseren van aanpassingen aan het werk. [bron: richtlijn Chronisch ziek en werk pag 19 en 20, Wat een werk(zoek)ende zelf kan doen om arbeidsparticipatie te bevorderen]
- f. welke zorgverleners binnen en buiten het ziekenhuis/behandelcentrum kunnen helpen bij acceptatie van en omgaan met beperkingen en verliesverwerking;
- g. welke zorgverleners binnen en buiten het ziekenhuis/behandelcentrum kunnen helpen op het gebied van de ziekte en werk en inkomen (ergotherapeut, maatschappelijk werker, fysiotherapeut, ervaringskundig coach, re-integratie-deskundige, jobcoach, bedrijfsarts, vakbond);

Welke acties verwachten patiënten van hun medisch specialist?

Op het gebied van werk-gerelateerde medische zorg vinden patiënten het nuttig dat zorgverleners:

navraag doen bij de patiënten naar:

- a. hun specifieke situatie op het gebied van werk en inkomen, de betekenis die het werk voor de patiënt heeft, de balans werk-privé en of de patiënt te maken heeft met een bedrijfsarts of verzekeringsarts (UWV). Zie het vragenschema in de bijlage.
- b. eventuele beperkte gezondheidsvaardigheden of laaggeletterdheid.

patiënten voorlichten (mondeling, indien mogelijk aangevuld met digitale/schriftelijke informatie) over:

- a. de mogelijke gevolgen van hun ziekte en de behandeling voor de mogelijkheden om te blijven werken, op korte en langere termijn;
- b. de verschillende behandelmogelijkheden en de mogelijke gevolgen daarvan voor de mogelijkheden om te blijven werken;
- c. de beperkingen die hun ziekte met zich mee kan brengen, algemeen en in relatie tot zijn werk;
- d. of de ziekte (mede) veroorzaakt kan zijn door hun werk of door het werk kan verergeren;
- e. welke algemene informatie over de ziekte geschikt is om aan werkgever/leidinggevende en collega's, en eventueel aan de bedrijfsarts, te geven;
- f. patiëntenorganisaties waar zij terecht kunnen voor informatie, belangenbehartiging en lotgenotencontact
- g. patiëntenorganisaties en vakbonden waar zij terecht kunnen voor informatie en belangenbehartiging op het gebied van hun ziekte en werk en inkomen.

samen met patiënten beslissen over:

- h. onderzoeken, behandelingen en de planning daarvan, met inachtneming van mogelijke consequenties voor werk en inkomen;
- i. het opnemen van werk in het zorgplan, indien van belang;
- j. welke informatie hij aan de bedrijfsarts, verzekeringsarts (UWV) of medisch adviseur zal doorgeven, en welke niet. Eventuele brieven horen in voor de patiënt begrijpelijke taal te zijn gesteld. Het is wenselijk dat de patiënt deze vooraf in concept in kan zien en zo nodig om aanpassing kan vragen. De patiënt hoort een afschrift van de definitieve brief te krijgen. Daarbij moet de specialist zoveel mogelijk rekening houden met de specifieke situatie en behoeften van de patiënt, waaronder ook eventuele beperkte gezondheidsvaardigheden en laaggeletterdheid.
- k. verwijzing naar andere zorgverleners, indien wenselijk
- l. welke werk-gerelateerde informatie in het dossier wordt vermeld.

Patiënten-enquête

De deelnemers aan de patiënten-enquête 'Werk en een chronische aandoening' die in het ziekenhuis of behandelcentrum *geen* gesprek over werk hadden gehad en dat wel hadden gewild gaven vaak aan dat zij dan beter hadden geweten wat de gevolgen voor hun werk waren, waar ze op moesten letten en wat hun vooruitzichten waren. Sommigen geven ook aan dat ze graag ervaringen van andere patiënten hadden gehoord.

Van de deelnemers die wel gesprekken met een zorgverlener hadden gehad over werken in combinatie met de aandoening/ziekte was 53% (heel) positief. 34% was neutraal en 13% heeft ze als (heel) negatief ervaren. Uit de toelichtingen bij een positieve waardering blijkt dat met name het volgende positief werd gewaardeerd:

- een goede uitleg en eerlijke open gesprekken over wat de ziekte inhoudt, de mogelijke oorzaak, hoe het verloop kan zijn en de gevolgen voor werk;
- duidelijkheid over de negatieve invloed van iemands werk op de aandoening
- samen de mogelijkheden op het gebied van werk bespreken;
- het meegeven van goede informatie voor de bedrijfsarts;
- meedenken en helpen bij het maken van afwegingen;
- verwijzing naar psychologisch hulp bij acceptatie van een blijvende ziekte;
- wijzen op het belang van een goede balans werk-privé;
- begrip voor de persoonlijke situatie en maatwerk;

- denken in oplossingen;
- bespreken van de ervaringen tijdens re-integratie en met het stellen van grenzen op het werk.

Mening deskundigen

De patiëntvertegenwoordigers in de werkgroep verwachten dat acties van medisch specialisten op het gebied van de relatie tussen werk en ziekte bestaan uit navraag doen bij de patiënt, voorlichten, adviseren van de patiënt, samen met de patiënt beslissen over behandeling en planning en gericht doorverwijzen voor vragen die buiten de expertise van de medisch specialist liggen. Daarbij zou de medisch specialist rekening moeten houden met het feit dat het zorgproces (diagnose-behandeling-nazorg) niet parallel loopt aan het proces met betrekking tot werk en inkomen dat de patiënt doorloopt (ziekmelding, loondoorbetaling bij ziekte, re-integratie, Ziektewet, WIA, Wajong). Ook de arbeidsrechtelijke positie van de patiënt (loondienst, ZZP, tijdelijk contract, flexibel contract) is bij het maken van keuzes van belang.

De patiëntvertegenwoordigers in de werkgroep vinden het voor werk-gerelateerde medische zorg nodig dat medisch specialisten:

- A. navraag doen bij de patiënten naar:
 - a. hun specifieke situatie op het gebied van werk en inkomen, de betekenis die het werk voor de patiënt heeft, de balans werk-privé en of de patiënt te maken heeft met een bedrijfsarts of verzekeringsarts (UWV). Zie het vragenschema in de bijlage.
 - b. eventuele beperkte gezondheidsvaardigheden of laaggeletterdheid.

- B. patiënten voorlichten (mondeling, indien mogelijk aangevuld met digitale/schriftelijke informatie) over:
 - a. de mogelijke gevolgen van hun ziekte en de behandeling voor de mogelijkheden om te blijven werken, op korte en langere termijn;
 - b. de beperkingen die hun ziekte met zich mee kan brengen, algemeen en in relatie tot zijn werk;
 - c. of de ziekte (mede) veroorzaakt kan zijn door hun werk of door het werk kan toenemen;
 - d. welke algemene informatie over de ziekte geschikt is om aan werkgever/leidinggevende en collega's, en eventueel aan de bedrijfsarts, te geven;
 - e. met welke vragen op het gebied van hun ziekte en werk zij bij de medisch specialist terecht kunnen en welke andere zorgverleners beschikbaar zijn voor hun andere vragen op dit gebied.
 - f. patiëntenorganisaties waar patiënten terecht kunnen voor informatie, belangenbehartiging en lotgenotencontact
 - g. patiëntenorganisaties en vakbonden waar patiënten terecht kunnen voor informatie en belangenbehartiging op het gebied van hun ziekte en werk en inkomen.

- C. patiënten adviseren (mondeling, indien mogelijk ook schriftelijk) over:
- a. de grenzen die ze qua activiteiten in acht kunnen nemen om hun herstel niet te belemmeren of hun ziekte niet te verergeren;
 - b. wat ze kunnen doen om herstel of behoud van de huidige situatie te bevorderen;
 - c. hoe ze met hun ziekte en de behandeling in werk om kunnen gaan;
 - d. om zich tijdig te informeren over hun rechten en plichten op het gebied van werk en inkomen op korte en langere termijn in verband met ziekte;
 - e. om voor zover mogelijk, zelf de regie te nemen ten aanzien van werk door open en eerlijk praten met collega's/leidinggevende over de aandoening en de gevolgen hiervan voor het functioneren, het kennen van de eigen grenzen en deze duidelijk naar anderen toe aangeven, het in acht nemen van voldoende rustmomenten, het realiseren van aanpassingen aan het werk. (uit richtlijn Chronisch ziek en werk pa 19 en 20, *Wat een werk(zoek)ende zelf kan doen om arbeidsparticipatie te bevorderen*)).
- D. samen met patiënten beslissen over:
- a. onderzoeken, behandelingen en de planning daarvan, met inachtneming van mogelijke consequenties voor werk en inkomen;
 - b. het opnemen van werk in het zorgplan, indien van belang;
 - c. welke informatie de medisch specialist aan de bedrijfsarts, verzekeringsarts (UWV) of medisch adviseur zal doorgeven, en welke niet. Eventuele brieven horen in voor de patiënt begrijpelijke taal te zijn gesteld. Het is wenselijk dat de patiënt deze vooraf in concept in kan zien en zo nodig om aanpassing kan vragen. De patiënt hoort een afschrift van de definitieve brief te krijgen. Daarbij moet de specialist zoveel mogelijk rekening houden met de specifieke situatie en behoeften van de patiënt, waaronder ook eventuele beperkte gezondheidsvaardigheden en laaggeletterdheid.
 - d. verwijzing naar andere zorgverleners, indien wenselijk;
 - e. welke werk-gerelateerde informatie in het dossier wordt vermeld.
- E. patiënten desgewenst of zo nodig verwijzen naar:
- a. zorgverleners binnen en buiten het ziekenhuis/behandelcentrum die kunnen helpen verband met verliesverwerking/acceptatie/omgaan met beperkingen;
 - b. zorgverleners binnen en buiten het ziekenhuis/behandelcentrum die kunnen helpen op het gebied van de ziekte en werk (ergotherapeut, maatschappelijk werker, fysiotherapeut, ervaringskundig coach, re-integratie-deskundige, jobcoach, vakbond, patiëntenorganisaties).

Welke vragen kan de medisch specialist aan patiënten stellen ten aanzien van arbeidsparticipatie?

- Vragen naar hun specifieke situatie op het gebied van werk en inkomen, de betekenis die het werk voor de patiënt heeft, de balans werk-privé, of de patiënt te maken heeft met een bedrijfsarts of verzekeringsarts (UWV). Zie het vragenschema in de bijlage.
- Vragen naar eventuele beperkte gezondheidsvaardigheden of laaggeletterdheid.

Welke adviezen kan de medisch specialist geven over de beperkingen waar de patiënt mee te maken heeft c.q. kan krijgen?

- wat de gevolgen van de ziekte kunnen zijn voor de mogelijkheden om te blijven werken, op korte en langere termijn;
- wat de gevolgen van verschillende behandelmogelijkheden kunnen zijn voor de mogelijkheden om te blijven werken, op korte en langere termijn;
- welke (tijdelijke) beperkingen de ziekte met zich mee kan brengen en wat de langere termijn perspectieven zijn;
- welke grenzen qua activiteiten de patiënt in acht moeten nemen om zijn herstel niet te belemmeren of zijn ziekte niet te verergeren;
- hoe de patiënt met de ziekte en de behandeling in werk om kan gaan en welke andere zorgverleners hierbij kunnen helpen;
- of de ziekte (mede) veroorzaakt kan zijn door hun werk of daardoor erger kan worden;

Welke adviezen niet?

- a. op een toon of met lichaamstaal die de indruk wekt de patiënt als mens en diens situatie niet serieus te nemen;
- b. adviezen die niet concreet zijn;
- c. Verder waarschijnlijk ziekte-specifiek [Hier geen adviezen noemen die voor de ene ziekte wel en voor de andere niet van toepassing zijn]

Welke adviezen kan de medisch specialist geven over blijvende consequenties voor de werksituatie?

- a. met welke aanpassingen/ in welke werkomgeving werken nog wel haalbaar zou zijn;
- b. welke informatie over de ziekte geschikt is om aan werkgever/leidinggevende en collega's te geven;
- c. welke grenzen ze qua activiteiten in acht kunnen nemen en wat ze kunnen doen om hun ziekte niet te verergeren;
- d. hoe ze met hun ziekte en de behandeling in werk om kunnen gaan;
- e. om zich tijdig te informeren over hun rechten en plichten op het gebied van werk en inkomen op korte en langere termijn in verband met ziekte;
- f. om voor zover mogelijk, zelf de regie te nemen ten aanzien van werk. Door open en eerlijk praten met collega's/leidinggevende over de aandoening en de gevolgen hiervan voor het functioneren; het kennen van de eigen grenzen en deze duidelijk naar anderen toe aangeven; het in acht nemen van voldoende rustmomenten, het realiseren van aanpassingen aan het werk. [uit richtlijn Chronisch ziek en werk pag. 19 en 20, *Wat een werk(zoek)ende zelf kan doen om arbeidsparticipatie te bevorderen*]

Welke acties kunnen medisch specialisten nemen gericht op arbeidsparticipatie van de patiënt?

Adviseren, voorlichten, samen beslissen, verwijzen.

Adviseren over:

- a. de grenzen die ze qua activiteiten in acht kunnen nemen om hun herstel niet te belemmeren of hun ziekte niet te verergeren;
- b. wat ze kunnen doen om herstel of behoud van de huidige situatie te bevorderen;
- c. hoe ze met hun ziekte en de behandeling in werk om kunnen gaan;
- d. om zich tijdig te informeren over hun rechten en plichten op het gebied van werk en inkomen op korte en langere termijn in verband met ziekte;
- e. om voor zover mogelijk, zelf de regie te nemen ten aanzien van werk door open en eerlijk praten met collega's/leidinggevende over de aandoening en de gevolgen hiervan voor het functioneren, het kennen van de eigen grenzen en deze duidelijk naar anderen toe aangeven, het in acht nemen van voldoende rustmomenten, het realiseren van aanpassingen aan het werk. (bron: richtlijn Chronisch ziek en werk pagina 19 en 20, Wat een werk(zoek)ende zelf kan doen om arbeidsparticipatie te bevorderen)
- f. welke zorgverleners binnen en buiten het ziekenhuis/behandelcentrum kunnen helpen verband met verliesverwerking/acceptatie/omgaan met beperkingen;
- g. welke zorgverleners binnen en buiten het ziekenhuis/behandelcentrum kunnen helpen op het gebied van de ziekte een werk (ergotherapeut, maatschappelijk werker, fysiotherapeut, ervaringskundig coach, re-integratie-deskundige, jobcoach, vakbond);

Voorlichten (mondeling, indien mogelijk aangevuld met digitale/schriftelijke informatie) over:

- a. de mogelijke gevolgen van hun ziekte en de behandeling voor de mogelijkheden om te blijven werken, op korte en langere termijn;
- b. de verschillende behandelmogelijkheden en de mogelijke gevolgen daarvan voor de mogelijkheden om te blijven werken;
- c. de beperkingen die hun ziekte met zich mee kan brengen, algemeen en in relatie tot zijn werk;
- d. of de ziekte (mede) veroorzaakt kan zijn door hun werk of door het werk kan verergeren;
- e. welke algemene informatie over de ziekte geschikt is om aan werkgever/leidinggevende en collega's, en eventueel aan de bedrijfsarts, te geven;
- f. patiëntenorganisaties waar patiënten terecht kunnen voor informatie, belangenbehartiging en lotgenotencontact;
- g. patiëntenorganisaties en vakbonden waar patiënten terecht kunnen voor informatie en belangenbehartiging op het gebied van hun ziekte en werk en inkomen;

Samen met patiënten beslissen over:

- h. onderzoeken, behandelingen en de planning daarvan, met inachtneming van mogelijke consequenties voor werk en inkomen;
- i. het opnemen van werk in het zorgplan, indien van belang;
- j. welke informatie hij aan de bedrijfsarts, verzekeringsarts (UWV) of medisch adviseur zal doorgeven, en welke niet. Eventuele brieven horen in voor de patiënt begrijpelijke taal te zijn gesteld. Het is wenselijk dat de patiënt deze vooraf in concept in kan zien en zo nodig om aanpassing kan vragen. De patiënt hoort een afschrift van de definitieve brief te krijgen. Daarbij moet de specialist zoveel mogelijk rekening houden met de specifieke situatie en behoeften van de patiënt, waaronder ook eventuele beperkte gezondheidsvaardigheden en laaggeletterdheid;
- k. verwijzing naar andere zorgverleners, indien wenselijk;
- l. welke werk-gerelateerde informatie in het dossier wordt vermeld.

Verwijzen naar:

- m. zorgverleners binnen en buiten het ziekenhuis/behandelcentrum die kunnen helpen op het gebied van de ziekte en werk (klinisch arbeidsgeneeskundige, verpleegkundig specialist, bedrijfsarts, ergotherapeut, maatschappelijk werker, fysiotherapeut, ervaringskundig coach, re-integratie-deskundige, jobcoach, vakbond, patiëntenorganisaties);
- h. zorgverleners binnen en buiten het ziekenhuis/behandelcentrum die kunnen helpen verband met verliesverwerking/acceptatie/omgaan met beperkingen

Bijlage: Vragenschema ziekte en werk voor de medisch specialist (volgende pagina)

Vragenschema ziekte en werk voor de medisch specialist

Bron: gebaseerd op GGZ-standaard 'Arbeid als medicijn' (2020) en bijbehorende gespreksleidraad 'Arbeid als medicijn' (achtergronddocument 9.2.3), en de screeningsvragen over werk van Fit for Work (<https://fitforworknederland.nl/arbeidstools-voor-zorgverleners/>) aangevuld met een aantal vragen op basis van de deskundige mening van de patiëntenvertegenwoordigers in de richtlijnwerkgroep.

Werkt u op dit moment?		
Ja, geheel of gedeeltelijk aan het werk	Ja, maar momenteel niet aan het werk	Nee, op dit moment geen werk
<p><i>Basisvragen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Wat voor werk doet u? • Bent u volledig aan het werk? <p><i>Zo nee:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Hoeveel uren werkt u op dit moment? • Zou meer uren willen werken? • Hoe gaat het op het werk? • Heeft u behoefte aan hulp of ondersteuning in verband met uw werk? • Bent u onder begeleiding van een bedrijfsarts of hebt u te maken met een verzekeringsarts (UWV) en kan informatie van mijn kant daarbij helpen? 	<p><i>Basisvragen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Wat voor werk doet u? • Zou u weer willen werken? • Heeft u behoefte aan hulp of ondersteuning? • Bent u onder begeleiding van een bedrijfsarts of hebt u te maken met een verzekeringsarts (UWV) en kan informatie van mijn kant daarbij helpen? 	<p><i>Basisvragen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Hoe lang hebt u geen werk? • Wilt u werken? • Heeft u behoefte aan hulp of ondersteuning daarbij? • Hebt u te maken met een verzekeringsarts (UWV) en kan informatie van mijn kant daarbij helpen?
<p><i>Doorvragen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Wat is uw arbeidsrelatie (vast contract, tijdelijk contract, zzp'er)? • Beperkt uw ziekte – en/of de behandeling hiervan - u in het werk? • Welke invloed heeft uw werk op uw gezondheidssituatie, zowel fysiek als mentaal? • Hoe ervaart u de werk-privé balans? • Welke informatie kan ik aanleveren om uw werkgever en collega's over uw ziekte/aandoening te informeren? 	<p><i>Doorvragen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Wat is uw arbeidsrelatie (vast contract, tijdelijk contract, zzp'er)? • Wat maakt dat u op dit moment niet kunt werken? • Beperkt uw ziekte en/of de behandeling u in het werk? • Kan werken bijdragen aan uw herstel of juist niet? • Wat hebt u nodig om weer te kunnen werken? • Welke informatie kan ik aanleveren om uw werkgever en collega's over uw ziekte/aandoening te informeren? 	<p><i>Doorvragen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Is dit een gevolg van uw ziekte en/of de behandeling van uw ziekte? • Heeft u vroeger wel gewerkt? • Welke gevolgen heeft niet werken voor u? • Kan werken bijdragen aan uw herstel of juist niet?

Toelichting

Veel patiënten in de werkende leeftijd vinden het belangrijk dat een medisch-specialist de gevolgen van de ziekte en/of behandelingen voor hun werksituatie bespreekt. Dit geldt in alle fasen van ziekte. Werk zou dus een terugkerend onderwerp van gesprek in de spreekkamer moeten zijn.

In dit gesprek zal de medisch specialist zich per bezoek op hoofdlijnen een beeld moeten vormen van de actuele werksituatie van de patiënt, de gevolgen/beperkingen die iemand door ziekte en/of behandeling in het werk ervaart (of kan gaan ervaren), en of er sinds het vorige bezoek iets veranderd is qua werk.

Afhankelijk van de inhoud van dit gesprek kunnen medisch specialist en patiënt samen bespreken wat de patiënt op dat moment nodig heeft. Wellicht loopt de patiënt tegen iets aan waar in de behandeling rekening mee gehouden kan worden, kan de medisch-specialist helpen door het verschaffen van specifieke informatie of adviezen aan patiënt of bedrijfsarts of is de patiënt geholpen met een doorverwijzing naar een andere zorgverlener of vorm van ondersteuning.

Bovenstaande basis- en verdiepende vragen kunnen behulpzaam zijn om het onderwerp werk bespreekbaar te maken. Per ziektefase kunnen aanvullende vragen worden opgenomen.

Implementatieplan

Inleiding

Dit implementatieplan beschrijft implementatieactiviteiten voor de generieke module Arbeidsparticipatie.

Barrières voor implementatie kunnen zich bevinden op het niveau van de professional, op het niveau van de organisatie (het ziekenhuis) of op het niveau van het systeem (buiten het ziekenhuis). Denk bijvoorbeeld aan onenigheid in het land met betrekking tot de aanbeveling, onvoldoende motivatie of kennis bij de specialist, onvoldoende faciliteiten of personeel, nodige concentratie van zorg, kosten, slechte samenwerking tussen disciplines, nodige taakherschikking, et cetera.

Er kan onderscheid gemaakt worden in acties die noodzakelijk zijn voor implementatie, en acties die mogelijk zijn om de implementatie te bevorderen. Denk bijvoorbeeld aan controleren aanbeveling tijdens kwaliteitsvisite, publicatie van de richtlijn, ontwikkelen van implementatietools, informeren van ziekenhuisbestuurders, regelen van goede vergoeding, maken van samenwerkingsafspraken.

Wie de verantwoordelijkheden draagt voor implementatie van de aanbevelingen, zal tevens afhankelijk zijn van het niveau waarop zich barrières bevinden. Barrières op het niveau van de professional zullen vaak opgelost moeten worden door de beroepsvereniging. Barrières op het niveau van de organisatie zullen vaak onder verantwoordelijkheid van de ziekenhuisbestuurders vallen. Bij het oplossen van barrières op het niveau van het systeem zijn ook andere partijen, zoals de NZA en zorgverzekeraars, van belang. Echter, aangezien de richtlijn vaak enkel wordt geautoriseerd door de (participerende) wetenschappelijke verenigingen is het aan de wetenschappelijke verenigingen om deze problemen bij de andere partijen aan te kaarten.

Werkwijze

De werkgroep heeft per aanbeveling geïnventariseerd en rekening gehouden met:

- per wanneer de aanbeveling overal geïmplementeerd moet kunnen zijn;
- de verwachte impact van implementatie van de aanbeveling op de zorgkosten;
- randvoorwaarden om de aanbeveling te kunnen implementeren;
- mogelijk barrières om de aanbeveling te kunnen implementeren;
- mogelijke acties om de implementatie van de aanbeveling te bevorderen;
- verantwoordelijke partij voor de te ondernemen acties.

Implementatietermijn

De werkgroep is van mening dat de aanbevelingen in deze module direct geïmplementeerd kunnen worden.

Impact op zorgkosten

Veel aanbevelingen brengen geen of nauwelijks gevolgen met zich mee voor de zorgkosten. Een aantal aanbevelingen doet dit echter wel. Van deze generieke module is de impact op zorgkosten niet te voorspellen. In de toekomst, wanneer deze generieke module voor specifieke patiëntgroepen/zorgpaden wordt uitgewerkt zal het aspect zorgkosten worden meegenomen en uitgewerkt.

Reeds geplande implementatieprojecten gerelateerd aan deze module

- *De reis naar kennisuitwisseling en netwerken rondom arbeidsgerelateerde zorg.* ZONMW project 10320062210004, penvoerder prof. dr. K. Proper, RIVM.
- *Verkenning en beschrijving klinisch-arbeidsgeneeskundige zorg (Motie Van Weyenberg),* penvoerder NVKA/NVAB in opdracht van SZW.

Te ondernemen acties per partij

Hieronder wordt per partij toegelicht welke acties zij kunnen ondernemen om de implementatie van de module te bevorderen.

Alle direct betrokken wetenschappelijk verenigingen/beroepsorganisaties

- Bekend maken van de module onder de leden.
- Publiciteit voor de module maken door over de module te publiceren in tijdschriften en te vertellen op congressen.
- Ontwikkelen van gerichte bijscholing/trainingen voor hun leden en streven naar het opnemen van het onderwerp 'arbeidsparticipatie' in het opleidingscurriculum.
- Ontwikkelen en aanpassen van patiënteninformatie/keuzehulpen.
- Controleren van de toepassing van de aanbevelingen middels audits en de kwaliteitsvisite.
- Gezamenlijk afspraken maken over en opstarten van continu modulair onderhoud van de richtlijn.

De lokale vakgroepen/individuele medisch professionals

- Het bespreken van de aanbevelingen in de vakgroepsvergadering en lokale werkgroepen.
- Het volgen van bijscholing (e-learning) die bij deze module ontwikkeld gaat worden.
- Aanpassen lokale patiënteninformatie op grond van de materialen die door de verenigingen beschikbaar gesteld zullen worden.
- Afstemmen en afspraken maken met andere betrokken disciplines om de toepassing van de aanbevelingen in de praktijk te borgen.

De systeemstakeholders (onder andere het Zorginstituut, zorgverzekeraars, (koepelorganisaties van) ziekenhuisbestuurders, IGJ)

Van het bestuur van de ziekenhuizen verwacht dat zij bereid zijn om de uitvoerbaarheid van de aanbevelingen in deze module te faciliteren.

Daarnaast wordt van systeemstakeholders verwacht dat zij nagaan hoe deze module toepasbaar gemaakt kan worden in de praktijk.

Het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten, V&VN

Toevoegen van module aan de richtlijndatabase. Daarbij opnemen van dit implementatieplan op een voor alle partijen goed te vinden plaats.

Handleiding Arbeid in medisch specialistische richtlijnen

Inleiding

De generieke module Arbeidsparticipatie is bestemd voor zorgprofessionals in de 2^e en 3^e lijn, maar kan ook gebruikt worden als een blauwdruk voor een ziektespecifieke richtlijn. (Cluster)Richtlijnwerkgroepen kunnen bijvoorbeeld:

- A. Verwijzen naar de generieke module;
- B. (Relevante) Aanbevelingen, adviezen en tips uit de generieke module inpassen in ziektespecifieke modules en evt. aanvullende, ziektespecifieke aanbevelingen, adviezen en tips toevoegen;
- C. Een nieuwe, specifieke module over Arbeidsparticipatie maken.

Per richtlijn zal moeten worden bekeken welke optie van toepassing is.

In deze handleiding wordt met bedrijfsarts bedoeld op de bedrijfsgeneeskundige voorziening, waarin ook andere zorgverleners werkzaam kunnen zijn zoals het bedrijfsmaatschappelijk werk of bedrijfspsycholoog.

Hoe kan arbeid in een ziekte-specifieke medisch specialistische richtlijn(module) opgenomen worden?

Optie A – Verwijs naar de generieke module Arbeidsparticipatie

Er worden geen ziektespecifieke aanbevelingen over arbeid gemaakt:

Verwijs naar de generieke module Arbeidsparticipatie en neem evt. (de belangrijkste/relevante) aanbevelingen/adviezen 1 op 1 in de ziektespecifieke richtlijn op.

Optie B - Arbeid integraal onderdeel van modules binnen een ziektespecifieke richtlijn *Modules over diagnostiek*

Neem generieke aanbevelingen over in ziekte specifieke richtlijn of verwijs naar de generieke module.

Geef aan voor welke (ICF)-domeinen gevolgen van de aandoening te verwachten zijn, bijvoorbeeld:

- cognitie (bijvoorbeeld CVA, Parkinson);
- fysiek functioneren (bijv. artrose, carpaal tunnelsyndroom);
- energetisch (bijvoorbeeld oncologie).

Modules over behandeling

Denk aan voorlichting en informatie voor de patiënt en de bedrijfs-/verzekeringsarts, ten behoeve van de begeleiding betreffende werk. Beschrijf voor de gemiddelde patiënt.

Wat is het effect van behandeling voor het functioneren/participeren?

- Behandeltijd?
- Hersteltijd?
- Bijwerkingen?
- Leefadviezen (verboden en geboden, restricties)

Voorbeeld: een gemiddelde patiënt met een versleten pols mag tot aan de operatie dag de pols in blijven zetten voor zover dat gaat in een spalk en onbelast zonder. Na de operatie is 2 weken gips gevolgd door 2 maanden spalk 24/7 en handtherapie nodig. Dan kan onder leiding van handtherapeut gedurende 4 maanden opgebouwd worden tot een belasting van maximaal 10 kg.

- Is er een uitspraak te doen over de verwachting ten aanzien van herstel, symptomen en functioneren?
 - is de verwachting dat de ziekte na verloop van tijd minder erg wordt, ongeveer hetzelfde blijft, of steeds ernstiger wordt?
 - prognose met betrekking tot de (fysieke, mentale) beperkingen (het functioneren) door de aandoening.
 - over potentiële, relevante belemmeringen in het functioneren als gevolg van de aandoening voor werk, zoals een grillig verloop van klachten, (fysieke en mentale) vermoeidheid, schommelingen in energieniveau, cognitieve problemen zoals aandachts- en concentratieproblemen, fysieke beperkingen, pijn.

Modules over nazorg /chronische aandoening

Denk aan voorlichting en informatie voor de patiënt en de bedrijfsarts en/of verzekeringsarts, t.b.v. de begeleiding betreffende werk. Beschrijf voor de gemiddelde patiënt:

- Wat is het effect van behandeling voor het functioneren/participeren op de lange termijn?
 - Behandeltijd?
 - Hersteltijd?
 - Bijwerkingen?
 - Leefadviezen (verboden en geboden, restricties of juist stimulans bijv. bewegen?)

Voorbeeld: indien hersteld na het plaatsen van een elleboogprothese blijft levenslang een restrictie van maximaal 5 kg tillen.

- Is er een uitspraak te doen over de verwachting?
 - is de verwachting dat de ziekte na verloop van tijd minder erg wordt, ongeveer hetzelfde blijft, of steeds ernstiger wordt?
 - prognose met betrekking tot de (fysieke, mentale) beperkingen (het functioneren) door de aandoening (relevant kunnen zijn: AMA guides).
 - over potentiële, relevante belemmeringen in het functioneren als gevolg van de aandoening voor werk, zoals een grillig verloop van klachten, (fysieke en mentale) vermoeidheid, schommelingen in energieniveau, cognitieve problemen zoals aandachts- en concentratieproblemen, fysieke beperkingen, pijn.

Optie C – In analogie met het NHG

Oriënterend literatuuronderzoek

- Beoordeel de resultaten van de oriënterende literatuursearch ten aanzien van arbeid.
- Stel eventueel aanvullende (specifieke) zoekvragen op (overleg bij twijfel met adviseur arbeid).
- Raadpleeg tevens alternatieve bronnen, zoals:
 - NVAB
 - Nederlands Centrum voor Beroepsziekten
 - RIVM
 - Kennisinformatiesysteem InfectieZiekten bij Arbeid
- Indien van toepassing: Aandacht voor werk als oorzaak
 - Denkt de werkgroep dat de oorzaak van de aandoening in werk zou kunnen liggen?
 - Leg contact met bijvoorbeeld NVAB, NCVB, V & VN arboverpleegkundigen/sociaal medisch verpleegkundigen.

- Overweeg specifieke module, zie als voorbeeld:
https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/werkgerelateerd_astma/diagnostiek_bij_werkgerelateerd_astma.html

Samenwerking

Bepaal de plaats van het aspect arbeid in de standaard en de consequenties daarvan wat betreft samenwerking met de NVAB. Mogelijke vervolgopties:

- NVAB/NVVG als referent (alleen tijdens knelpuntenanalyse en commentaarrronde).
- NVAB/NVVG als meelezer/adviseur.
- NVAB/NVVG als werkgroeplid.

Knelpunteninventarisatie

Bekijk (en prioriteer) de door NVAB, patiëntenorganisaties en andere partijen ingebrachte knelpunten ten aanzien van werk.

Uitgangsvragen

- Na de knelpuntenanalyse worden als er knelpunten gesignaleerd zijn op het gebied van arbeid, specifieke zoekvragen geformuleerd. Deze specifieke zoekvragen worden zo mogelijk geformuleerd als PICO's.
- Of neem arbeid mee als uitkomstmaat. Denk ook aan aanverwante begrippen zoals arbeidsverzuim, arbeidsproductiviteit, terugkeer naar werk, et cetera.
Ondersteuning/Kennisinstituut: denk er aan om evt. zoekblok voor arbeid als uitkomstmaat mee te nemen (*hier een voorbeeld van een zoekblok, incl absentieism, presenteism, return to work, et cetera*)

Optie D - Overweeg Blauwdruk participeren in richtlijnen (NVAB) te volgen

Het product is een volledige module over arbeid, incl. literatuursearch, overwegingen, aanbevelingen. Raadpleeg: [Blauwdruk Participeren in Richtlijnen \(nvab-online.nl\)](https://www.nvab-online.nl)

Zoekstrategie return to work / work disability

Medline (via OVID)

Absenteeism/ or Employment/ or Occupational Health Services/ or Occupational Health/ or Occupational Medicine/ or Occupational Therapy/ or Occupations/ or Rehabilitation, vocational/ or Return to work/ or Sick leave/ or Unemployment/ or Vocational guidance/ or Work/ or (occupational* or vocational* or return-to-work or sick-leav* or sickleav* or absenteeism* or employab* or work-status or employment-status or workability).ab,ti,kf. or ((rehab* or ability or disability or participat* or capacit* or retention or entry or re-ent* or entering or abscon* or productivit* or efficienc* or function*) adj3 (work or job or jobs or labor or labour or vocation* or occupation* or career*)).ab,ti,kf. or (work or worker* or workplace* or job or jobs or occupation* or employ* or absen* or unemploy* or career*).ti,kf.

Embase (via OVID)

1. occupational therapy.mp.
2. occupational disease.mp.
3. occupational medicine.mp.
4. employment.mp.
5. vocational rehabilitation.mp.
6. work capacity.mp.
7. vocational guidance.mp.
8. absenteeism.mp.
9. occupational health service.mp.
10. occupational health.mp.
11. unemployment.mp.
12. retirement.mp.
13. occupation.mp.
14. vocation.mp.
15. disability evaluation.mp.
16. return to work.mp.
17. occupational intervention.mp.
18. supported employment.mp.
19. unemployed.mp.
20. employed.mp.
21. sick leave.mp.
22. sick absence.mp.
23. disability pension.mp.
24. job.mp.
25. vocational.mp.
26. exp work/
27. 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19 or 20 or 21 or 22 or 23 or 24 or 25 or 26

PsychINFO (via OVID)

1. exp Disability Evaluation/
2. exp Employability/
3. exp Employee Leave Benefits/
4. exp Job Satisfaction/
5. exp Occupational Guidance/
6. exp Vocational Rehabilitation/
7. exp Disability Management/
8. exp Employee Absenteeism/

9. exp Occupational Status/
10. exp Occupational Stress/
11. exp Occupational Therapy/
12. exp Reemployment/
13. exp Work Related Illnesses/
14. return to work.ti,ab,tc.
15. occupational therap*.ti,ab,tc.
16. occupational intervention*.ti,ab,tc.
17. Supported employment.ti,ab,tc.
18. employment.ti,ab,tc.
19. vocational rehabilitation.ti,ab,tc.
20. work capacity evaluation.ti,ab,tc.
21. vocational guidance.ti,ab,tc.
22. Absenteeism.ti,ab,tc.
23. Occupational health services.ti,ab,tc.
24. Occupational health.ti,ab,tc.
25. Unemployed.ti,ab,tc.
26. Employed.ti,ab,tc.
27. Unemployment.ti,ab,tc.
28. Sick leave.ti,ab,tc.
29. Sick* absence.ti,ab,tc.
30. Retirement.ti,ab,tc.
31. Disability pension.ti,ab,tc.
32. Occupation*.ti,ab,tc.
33. Job.ti,ab,tc.
34. Vocational.ti,ab,tc.
35. 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19 or 20 or 21 or 22 or 23 or 24 or 25 or 26 or 27 or 28 or 29 or 30 or 31 or 32 or 33 or 34

Cochrane library (Central)

- #1 Occupational Therapy
- #2 Occupational Diseases
- #3 Occupational Medicine
- #4 return to work
- #5 occupational intervention
- #6 absenteeism
- #7 occupational health services
- #8 occupational health
- #9 disability pension
- #10 sick leave
- #11 sick absence
- #12 #1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11

Kennislacunes en organisatorische en financiële lacunes

Kennislacune:

Er is (i) literatuur over interventies gericht op arbeidsparticipatie van mensen met chronische aandoeningen en (ii) consensus dat de klinische zorg een missende link is tussen ziekte en participatie. Er is geen hard/direct bewijs dat aandacht voor arbeid in de klinische zorg tot duurzamere arbeidsparticipatie leidt.

Kwaliteit van leven en gezond, passend werk zijn volgens de werkgroep evenzeer of zelfs meer relevant dan sneller of meer uren aan het werk, minder verzuim of minder uitkeringskosten. Meer onderzoek met dergelijke uitkomstmaten is nodig.

Er is nog weinig onderzoek gedaan naar het effect van training van medisch specialisten op het vlak van arbeidsparticipatie en ziekte omdat er blijkbaar weinig (geen) trainingen op dit gebied worden gegeven noch onderzocht.

Organisatorische lacunes:

Beperkte toegang tot bedrijfsarts: Anno 2023 heeft een aanzienlijk deel van de werk(zoe)kende patiënten geen (vast) dienstverband en (dus) ook geen of beperkte toegang tot een bedrijfsarts.

Adequate structuren voor verwijzing, communicatie en coördinatie tussen klinisch en domein arbeid en gezondheid ontbreken.

Financiële lacune:

Adequate financiering van arbeidsgerichte klinische zorg ontbreekt.

Ingebrachte knelpunten en suggesties bij aanvang ontwikkelingstraject

Januari 2022.

Deze lijst bevat alle ingebrachte knelpunten en suggesties (schriftelijk en tijdens de online invitationale). Deze zijn niet ontdebeld en niet of alleen t.b.v. van de leesbaarheid (minimaal) bewerkt. De indeling in “knelpunt” of “suggestie” is arbitrair en niet bijzonder relevant: elk punt is door de werkgroep besproken en alle punten zijn beoordeeld op geschiktheid om in de module Arbeidsparticipatie te adresseren.

Ingebracht punt	Past binnen afbakening en reikwijdte werkgroep?	Belangrijk nu of toekomst?	Geschikt voor uitgangsvraag of aanbeveling?	Prioriteit?	Conclusie in richtlijn? (ja/nee)	Opmerking
Afkomstig uit voorbespreking werkgroep						
1. Hoe om te gaan met verschillen in perspectief tussen medisch specialist en bedrijfsarts over wat patiënt wel/niet kan? Tegenstrijdige adviezen moeten voorkomen worden.	ja	ja	ja	ja	ja	NB. Tegenstrijdige adviezen kunnen soms onvermijdelijk zijn (bijv. bij gezondheids-belangen versus organisatiebelangen)
2. Kliniek en bedrijfsgeneeskundige spreken “andere taal”. Hoe ervoor te zorgen dat medisch specialist de juiste info verstrekt, en omgekeerd?	ja	ja	ja		ja	
3. Hoe onwetendheid bij patiënt t.a.v. bedrijfsarts en hulp die geboden kan worden op te lossen?	ja	ja	ja	ja	ja	
4. Hoe kan voorlichting verbeterd worden? Zodat patiënt meer regie neemt.	ja	ja	ja	ja	ja	NB. niet iedere patiënt is even zeer in staat op regie te nemen

Ingebracht punt	Past binnen afbakening en reikwijdte werkgroep?	Belangrijk nu of toekomst?	Geschikt voor uitgangsvraag of aanbeveling?	Prioriteit?	Conclusie in richtlijn? (ja/nee)	Opmerking
5. Ondersteuning voor werkenden zonder vaste werkgever, zoals flexwerkers en zzp'ers. Waar zouden die mensen zich kunnen melden?	ja	ja	?	?	ja	Verwijzing indien er een meldpunt is waarnaar verwezen kan worden. Als er nog geen meldpunt is: een beleidsaanbeveling
6. De bedrijfsarts vraagt pas laat in het WVP traject (na 1 jaar arbeidsongeschikt) informatie op. Dit leidt tot langdurige onduidelijkheid over de prognose. M.i. is dit de actie van BA, maar mogelijk ook een proactieve actie vanuit de medisch specialistische zorg.	ja	ja	ja	ja		
NVALT (longgeneeskunde)						
7. Knelpunt: arbeid = QoL (financieel, waardering, zingeving, zelfstandigheid, ontwikkeling), maar hoe kun je dit als (meetbare) uitkomstmaat meenemen in medisch specialistische richtlijnen?	ja	ja	ja	ja	ja	NB Arbeid relateren aan context van kwaliteit van leven.
8. Knelpunt in de samenwerking die ik als medisch specialist ervaar: er is geen samenwerking. In de ideale situatie heb ik als medisch specialist verstand van ziekte en kan ik advies geven over leefregels, fysieke beperkingen, evt aanvullende uitleg over de aandoening. Dit dient door de bedrijfsarts vertaald te worden naar een plan voor de individuele patiënt binnen zijn werkzaamheden. Dit loopt spaak, omdat:	ja	ja	ja	ja	ja	

Ingebracht punt	Past binnen afbakening en reikwijdte werkgroep?	Belangrijk nu of toekomst?	Geschikt voor uitgangsvraag of aanbeveling?	Prioriteit?	Conclusie in richtlijn? (ja/nee)	Opmerking
a. ik het gevoel heb dat er beperkte kennis is omtrent longaandoeningen bij de bedrijfsgeneeskundige zorg.	nee	nee	nee	nee	nee	NB Medisch specialist kan kennis overdragen aan bedrijfsarts en verzekerings-arts
b. andersom: misschien weet ik als specialist te weinig van de organisatie en mogelijkheden van de bedrijfsgeneeskundige zorg	ja	ja	ja	ja	ja	Iets voor een informatieproduct of bijlage bij richtlijn
c. het lastig is een bedrijfsarts te bereiken, bovendien wisselen bedrijven regelmatig van arbodienst, waardoor continuïteit mist	ja	ja	ja	ja	ja	Beleidsaanbeveling
d. ik en/of de patiënt angst heeft dat de bedrijfsarts niet onpartijdig is, hij wordt betaald door het bedrijf	ja	ja	ja	ja	ja	
9. Wat betreft bovenstaande is het naar mijn mening óók belangrijk om te kaderen: alleen punt b. (en misschien daarmee ook de beleving van punt d.) is iets waar je vanuit het medisch specialistisch domein invloed op hebt. De andere punten zijn relevant, maar kunnen niet opgelost worden binnen de medisch specialistische zorg. Ik wil ervoor waken dat er geen taken van het bedrijfsgeneeskundige domein naar de medisch specialist worden geschoven, hoe wenselijk dit voor de patiënt wellicht ook is.	ja	ja	ja	ja	ja	Dit punt neemt de werkgroep mee bij het formuleren van aanbevelingen

Ingebracht punt	Past binnen afbakening en reikwijdte werkgroep?	Belangrijk nu of toekomst?	Geschikt voor uitgangsvraag of aanbeveling?	Prioriteit?	Conclusie in richtlijn? (ja/nee)	Opmerking
NVOG (gynaecologie en obstetrie)						
10. Hoe verwerft de medisch specialist inzicht in de werkzaamheden van de patiënt, en wat hij wel en niet kan? Welke vragen zijn hiervoor van belang?	ja	ja	ja	ja	ja	
11. Welke algemene adviezen kan de medisch specialist geven aan de patiënt om arbeidsparticipatie aan te moedigen?	ja	ja	ja	ja	ja	Uitgangsvraag wel neutraal formuleren: Niet alleen aanmoedigen, soms is juist afremmen nodig.
12. Communicatie tussen bedrijfsarts en medisch specialist soms moeizaam, hoe dit te verbeteren?	ja	ja	ja	ja	ja	
NVDV (dermatologie)						
13. Hoe ervoor te zorgen dat medisch specialist de juiste info verstrekt, en omgekeerd?	ja	ja	ja	ja	ja	
14. Financiële vergoeding?!	ja	ja			ja	Beleids-aanbeveling
NVVN (neurochirurgie)						
15. Aandacht in specifieke richtlijnen over werkhervatting mogelijkheden en onmogelijkheden. Dit als handvat voor de patiënt en de bedrijfsarts.	ja	ja	ja		misschien	Volgt na generieke module voor enkele ziektespecifieke richtlijnen.
16. Adviezen over toekomstige onderzoeksvragen hieromtrent.	ja	ja	ja	ja	ja	In Kennislacunes

Ingebracht punt	Past binnen afbakening en reikwijdte werkgroep?	Belangrijk nu of toekomst?	Geschikt voor uitgangsvraag of aanbeveling?	Prioriteit?	Conclusie in richtlijn? (ja/nee)	Opmerking
17. Patiënteninformatie per ziektebeeld.	nee	ja			nee	Implementatie aanbeveling
18. Gericht werken naar inzetbaarheid in premorbide werkzaamheden via bedrijfsarts tot doel deze werkzaamheden weer te bereiken of aan te passen waar mogelijk/nodig?	ja	ja	ja	ja	ja	Grenzen en aanpassingen zijn daarbij heel belangrijk
NVKNO (KNO)						
19. Patiëntendiversiteit, de ene kan na 2 weken weer aan het werk, de andere na 6 weken.	ja	ja	ja	ja	ja	
20. Behandelopties aanpassen/overwegen op werkkeuzes.	ja	ja	ja	ja	ja	Patiënt helpen bij afweging gezondheids-belang en belangen i.v.m. werk
NVVG (verzekeringsgeneeskunde)						
21. Hoe om te gaan met verschillen in perspectief tussen medisch specialist en verzekeringsarts/bedrijfsarts over wat patiënt wel/niet kan? Tegenstrijdige adviezen moeten voorkomen worden. <i>NB: alleen bedrijfsarts en verzekeringsarts geven in principe adviezen over arbeid. Belang kennis over wet- en regelgeving bij curatieve sector. Sluit ook aan bij punt hieronder, informatie-overdracht/interdisciplinair overleg. Belang van duidelijke uitspraken vanuit</i>	ja	ja	ja	ja	ja	Tegenstrijdige adviezen kunnen soms onvermijdelijk zijn (bijv. bij gezondheids-belangen versus organisatie-be-langen) Medisch specialisten kunnen adviseren over activiteiten en

Ingebracht punt	Past binnen afbakening en reikwijdte werkgroep?	Belangrijk nu of toekomst?	Geschikt voor uitgangsvraag of aanbeveling?	Prioriteit?	Conclusie in richtlijn? (ja/nee)	Opmerking
<i>specialist over welke activiteiten af- en aangeraden worden.</i>						belastbaarheid en beperkingen in het algemeen.
22. Kliniek en verzekeringsarts/bedrijfsarts spreken "andere taal". Hoe ervoor te zorgen dat medisch specialist de juiste info verstrekt, en omgekeerd.	ja	ja	ja	ja	ja	Benoemen belang van informatie-overdracht en onderling overleg.
23. Patiënteninformatievoorziening is niet optimaal. Patiënten moeten eenvoudig kunnen beschikken over juiste informatie over werk/werkhervatting.	ja	ja	ja	ja	ja	Wergroep zal belangrijkste relevante bronnen noemen. Aandacht voor bestaande bronnen (website van UWV). Rol arbodienst. Voldoende kennis bij specialisten om hierover te informeren. Zie ook verwijzingen in Richtlijn chronisch zieken en werk (ev. actualiseren)
24. Hoe onwetendheid bij patiënt t.a.v. bedrijfsarts/verzekeringsarts en hulp die geboden kan worden op te lossen? Hoe kan voorlichting verbeterd worden? Zodat patiënt meer regie neemt.	ja	ja	ja	ja	ja	
25. Belang kennis over wet- en regelgeving in curatieve sector: flexwerkers kunnen worden	ja	ja	ja	ja	ja	

Ingebracht punt	Past binnen afbakening en reikwijdte werkgroep?	Belangrijk nu of toekomst?	Geschikt voor uitgangsvraag of aanbeveling?	Prioriteit?	Conclusie in richtlijn? (ja/nee)	Opmerking
begeleid door bedrijfsarts (bij uitzenddienstverband), UWV (ziek uit dienst), zelfstandigen vanuit particuliere AOV (vak apart) of in de toekomst UWV.						
26. Transitieproblematiek!	nee	ja	ja	nee	nee	Worden hier de jongeren met arbeidsbeperkingen bedoeld? Dit is een specifieke doelgroep qua wetgeving en eventuele interventies. Kan eventueel in de toekomst aparte module voor worden op gezet. Of huidige module verbreden naar school- en arbeidsparticipatie. Input Arts M&G (arts jeugdgezondheidszorg) moet dan worden toegevoegd.
NVBF						
Meer inzicht in arbeidsgerichte risicofactoren voor ziektebeelden binnen het medisch specialisme lijkt van belang voor het kunnen signaleren? Andersom is er mogelijk ook onvoldoende inzicht in het effect van een ziektebeeld (of de behandeling) op arbeidsparticipatie. Mogelijk geeft meer kennis en	ja	ja	ja	ja	ja	

Ingebracht punt	Past binnen afbakening en reikwijdte werkgroep?	Belangrijk nu of toekomst?	Geschikt voor uitgangsvraag of aanbeveling?	Prioriteit?	Conclusie in richtlijn? (ja/nee)	Opmerking
inzicht m.b.t. arbeidsparticipatie ook meer begrip voor het perspectief van de bedrijfsarts (en andersom).						
Organisatie van zorg: aan elkaar grenzende disciplines kennen elkaar onvoldoende op inhoud, benaderen/zoeken elkaar onvoldoende en werken onvoldoende samen ter ondersteuning van de arbeidsparticipatie van de patiënt. Dit vraagt inspanning van betrokkenen, zonder manieren om dat te borgen is de kans op succes gering (bv tijd, vergoeding, informatie voorziening up to date)	ja	ja	ja	ja	ja	
De participatieve werkaanpassing is een door de arbeidsfysiotherapeut veel gebruikte en bewezen effectieve methode die onderbenut blijft. Hierbij worden ook de risicofactoren vanuit werk (belasting) in kaart gebracht en afgestemd op de individuele belastbaarheid. De arbeidsfysiotherapeut, en mogelijk andere (para)medische disciplines met specialisatie arbeid, worden onvoldoende en niet vroegtijdig benut om de medisch specialist én de bedrijfsarts te ondersteunen in het verkrijgen van inzicht in de relatie werk en klachten (vnl. houding- en bewegingsapparaat maar is bijv. ook mogelijk in verlengde van hartrevalidatie, deconditionering na grote medische ingrepen, neurologische ziektebeelden, etc,). Deze	ja	ja	ja	ja	ja	

Ingebracht punt	Past binnen afbakening en reikwijdte werkgroep?	Belangrijk nu of toekomst?	Geschikt voor uitgangsvraag of aanbeveling?	Prioriteit?	Conclusie in richtlijn? (ja/nee)	Opmerking
interventie kan bovendien bruikbare informatie opleveren voor geïnformeerde gedeelde besluitvorming (voorbeeld orthopedie: leefstijlinterventie is wel opgenomen in stepped care, analyse risicofactoren fysieke belasting vanuit werk is niet opgenomen in stepped care!).						
ZZP Nederland						
27. Beschikbaarheid van Arbo curatieve zorg via de Zorgverzekeringswet ontbreekt, terwijl het van cruciaal belang is om structureel de samenwerking tussen zorgverleners in de curatieve zorg en Arbo professionals te stimuleren en financieel mogelijk te maken.	ja	ja	ja	ja	ja	Beleidsaanbeveling
28. Een integraal beleid, dat de kloof tussen arbeid en zorg verkleint en mensen in staat stelt om binnen hun mogelijkheden, wensen en behoeften op verantwoorde wijze te kunnen (blijven) werken, ontbreekt.	ja	ja	ja	ja	ja	Beleidsaanbeveling
Osteoporosevereniging						
29. Onvoldoende kennis over de effecten van een chronische aandoening op de mogelijkheden / beperkingen in de specifieke omstandigheden van een patiënt.	ja	ja	ja	ja	ja	
30. Groot scala aan door patiënt ervaren effecten van de chronische aandoening. En daarmee de	ja	ja	ja	ja	ja	

Ingebracht punt	Past binnen afbakening en reikwijdte werkgroep?	Belangrijk nu of toekomst?	Geschikt voor uitgangsvraag of aanbeveling?	Prioriteit?	Conclusie in richtlijn? (ja/nee)	Opmerking
behoefte aan eigen regie binnen eigen mogelijkheden en beperkingen.						
31. Behoefte aan generalisatie m.b.t. conclusies en aanbevelingen bij specialisten en bedrijfs- en verzekeringsartsen.	?	?	?	?	?	De werkgroep begrijpt niet precies wat hiermee wordt bedoeld.
32. Onvoldoende kennis over de maatschappelijke impact van een chronische aandoening. Incl. de effecten op mogelijkheden en beperkingen t.a.v. arbeidsparticipatie.	ja	ja	ja	ja	ja	
Nationale Vereniging ReumaZorg Nederland						
33. Vraag is waar de verantwoordelijkheid ligt om die info te geven. Bij de specialist? Bij de werkgever of bedrijfsarts? Bij de overheid? In ieder geval zou de specialist minimaal de patiënt naar juiste loket moeten kunnen sturen.	ja	ja	ja	ja	ja	
34. Medisch specialist is zich niet altijd bewust dat het thema 'werk (starten/terugkeren/aanpassen/wisselen)' belangrijk is om te bespreken in de spreekkamer.	ja	ja	ja	ja	ja	
35. Medisch specialist heeft of maakt niet altijd de tijd om aandacht te besteden aan werk van de patiënt. Hoe belangrijk is dat voor hem/haar.	ja	ja	ja	ja	ja	
36. Medisch specialist weet niet precies hoe die iemand kan helpen/doorverwijzen wanneer die kampt met uitdagingen op het werk. (=handelingsverlegenheid).	ja	ja	ja	ja	ja	
37. Mensen hebben naast praktische en financiële problemen vaak ook last van psychosociale	ja	ja	ja	ja	ja	

Ingebracht punt	Past binnen afbakening en reikwijdte werkgroep?	Belangrijk nu of toekomst?	Geschikt voor uitgangsvraag of aanbeveling?	Prioriteit?	Conclusie in richtlijn? (ja/nee)	Opmerking
problemen op het werk als gevolg van een aandoening zoals: schaamte, ervaren onbegrip, verdriet en onzekerheid. Deze aspecten hebben ook de aandacht nodig in de spreekkamer.						
38. In het gesprek over arbeidsparticipatie in de spreekkamer is het ook belangrijk om aandacht te hebben voor 'vrijwilligerswerk'.	ja	ja	ja	ja	ja	
39. Wet- en regelgeving voor mensen met een chronische aandoening en werk is gecompliceerd, onoverzichtelijk en variabel per gemeente. Mensen zien vaak door de bomen het bos niet meer. Wie is de centrale persoon/instantie naar wie mensen kunnen worden doorverwijzen voor begeleiding hierin?	nee	ja	nee	nee	nee	Evt. beleidsaanbeveling
Oogvereniging						
40. We constateren dat veel teveel mensen die gedurende hun loopbaan een oog-aandoening ontwikkelen in de WIA terecht komen.	nee	ja	ja	ja	nee	De constatering suggereert dat dit voorkombaar is. Dit is een goede, specifieke vraag voor specifieke, toekomstige module oog-aandoeningen en werk.
41. We onderschrijven vanuit de Oogvereniging dat werk en hoe je dat ondanks een ontstane beperking of medisch probleem kunt blijven doen vanaf dag 1 aan bod moet kunnen komen in het gesprek met de medici.	ja	ja	ja	ja	ja	

Ingebracht punt	Past binnen afbakening en reikwijdte werkgroep?	Belangrijk nu of toekomst?	Geschikt voor uitgangsvraag of aanbeveling ?	Prioriteit ?	Conclusie in richtlijn? (ja/nee)	Opmerking
Steungroep ME en Arbeidsongeschiktheid						
42. Onbekendheid bij medisch specialisten over hoofdlijnen van regels, procedures en gevolgen voor werk en inkomen voor de patiënt bij beperkingen door ziekte of behandeling.	ja	ja	ja	ja	ja	
43. Onderschatting van de moeilijkheden m.b.t. werken.	ja	ja	ja	ja	ja	
44. Beschrijving en objectivering van belastbaarheid en beperkingen (als gevolg van ziekte en behandeling en uit preventief oogpunt) blijft vaak achterwege of erg globaal.	ja	ja	ja	ja	ja	
45. Patiënt is niet betrokken bij eventuele communicatie met de bedrijfsarts.	ja	ja	ja	ja	ja	Idem voor communicatiemet verzekerings-arts
46. Wat als werken niet meer haalbaar is?	ja	ja	ja	ja	ja	
47. Patiënt wordt niet standaard verwezen naar patiëntenorganisatie en vakbonden.	ja	ja	ja	ja	ja	
48. Arbeid (en inkomen) is geen standaard gespreksthema.	ja	ja	ja	ja	ja	
Vereniging van mensen met brandwonden						
49. Ervaren knelpunt is dat niet iedere medisch specialist de volgende rol voldoende oppakt:						
<ul style="list-style-type: none"> Bespreken van gevolgen aandoening en behandeling voor werk 	ja	ja	ja	ja	ja	

Ingebracht punt	Past binnen afbakening en reikwijdte werkgroep?	Belangrijk nu of toekomst?	Geschikt voor uitgangsvraag of aanbeveling?	Prioriteit?	Conclusie in richtlijn? (ja/nee)	Opmerking
<ul style="list-style-type: none"> Bespreken van te verwachten problemen 	ja	ja	ja	ja	ja	
<ul style="list-style-type: none"> Bespreken van behandelkeuze in relatie tot werk 	ja	ja	ja	ja	ja	
<ul style="list-style-type: none"> Bespreken van behoefte aan ondersteuning/begeleiding 	ja	ja	ja	ja	ja	
<ul style="list-style-type: none"> Verwijzen naar..... 	ja	ja	ja	ja	ja	
50. De medische geneeskundige en de bedrijfsgeneeskundige acteren vanuit verschillende systeemwerelden die idealiter op elkaar aansluiten; maar nu nog niet. Hun doelen zijn verschillend, maar voor de patiënt bestaan beide werelden en zijn ze idealiter complementair aan elkaar.	ja	ja	ja	ja	ja	
51. Factor arbeid in de medisch specialistische zorg betreft naast de medisch specialist en de bedrijfsgeneeskundige ook de huisarts (die soms al preventief signalen kan oppakken)	ja	ja	ja	ja	ja	
52. Knelpunt: de mens holistisch benaderen dat bij de medisch specialist / huisarts/ bedrijfsarts ook aandacht is voor de balans uitvoering werk <=> privé <=> ziekte en herstel	ja	ja	ja	ja	ja	
53. Kennis over de uitwerking wet en regelgeving (rechten en plichten), patiënt en medisch specialist, ondersteuning is nodig, door bijvoorbeeld een ervaringsdeskundige buddy met kennis over onder andere Wet Verbetering Poortwachter bij opname/diagnose.	ja	ja	ja	ja	ja	

Ingebracht punt	Past binnen afbakening en reikwijdte werkgroep?	Belangrijk nu of toekomst?	Geschikt voor uitgangsvraag of aanbeveling?	Prioriteit?	Conclusie in richtlijn? (ja/nee)	Opmerking
54. Onvoldoende aandacht voor: Samen beslissen, de patiënt centraal.	ja	ja	ja	ja	ja	
55. De angst/beeldvorming bedrijfsarts dat deze teveel op de hand van de werkgever is en dus geen aandacht voor de werknemer zijn/haarsores.	ja	ja	ja	ja	ja	
BPSW (maatschappelijk werk)						
56. Multidisciplinaire insteek in ziekenhuis. Rol medisch specialist moet duidelijk zijn.	ja	ja	ja	ja	ja	In relatie tot andere beroepsbeoefenaren in het ziekenhuis
57. Hoeveelheid te bespreken onderwerpen door medisch specialisten in spreekkamer en tijdsaspect (implementatie)	ja	ja	ja	ja	ja	
58. Onwetendheid/terughoudendheid bij medisch specialist wat mag adviseren/privacy naar werkgever toe	ja	ja	ja	ja	ja	
59. Patiënten niet op hoogte van wet en regelgeving bij ziekmelding (te laat aan de bel)	ja	ja	ja	ja	ja	Ontwikkelen informatie hierover
Tijdens invitationale ingebrachte knelpunten rondom het thema arbeid in de medisch specialistische zorg						
60. Thomas Rustemeyer: implementatie van deze module in de spreekkamer wordt een grote uitdaging. Medisch specialisten zouden holistische zorg moeten leveren en daar	ja	ja	ja	ja	ja	Implementatieplan: scholing/training

Ingebracht punt	Past binnen afbakening en reikwijdte werkgroep?	Belangrijk nu of toekomst?	Geschikt voor uitgangsvraag of aanbeveling?	Prioriteit?	Conclusie in richtlijn? (ja/nee)	Opmerking
gemotiveerd voor moeten zijn, maar dat is een grote uitdaging. Bij een holistische benadering zou samenwerking tussen curatieve zorg en arbocuratieve zorg vanzelf volgen.						
61. Hendriët Wanders: Misschien ook bij patiënt bewustwording dat werk ook besproken kan worden bij een medisch specialist.	ja	ja	ja	ja	ja	
62. Nicole Verheijen: Een voorwaarde voor netwerkgeneeskunde is dat je weet wat de andere partij doet en kan doen. In de praktijk blijkt dat veel medisch specialisten helemaal niet zo goed weten wat een bedrijfsarts, arbo-arts, arbeidshygiënist, etc. doen en wanneer ze bij hen terecht kunnen. Informatie en kaders over wie wat doet en wanneer zou nuttig zijn.	ja	ja	ja	ja	ja	
63. Gea Kusters: het stepped-care-denken kan belemmerend zijn wanneer het gaat om arbeid. Want wanneer is het juiste moment om psychosociale zaken in te vliegen? Dit thema vraagt erom dat er in een vroeg stadium al over wordt nagedacht en naar gekeken wordt. En niet pas na diagnose of alleen bij complexe problematiek. Timing is belangrijk.	ja	ja	ja	ja	ja	
64. Gea Kusters: in sommige richtlijnen, bijv. Long covid, wordt in twee zinnen arbeid aangestipt door bijv. een algemene aanbeveling "Neem contact op met de bedrijfsarts". Maar voor sommige patiënten is dit niet de juiste aanbeveling (bedrijfsarts is bijvoorbeeld al in	ja	ja	ja	ja	ja	

Ingebracht punt	Past binnen afbakening en reikwijdte werkgroep?	Belangrijk nu of toekomst?	Geschikt voor uitgangsvraag of aanbeveling?	Prioriteit?	Conclusie in richtlijn? (ja/nee)	Opmerking
beeld) of had er bijv. al in de eerste 6 weken actie ondernomen moeten worden.						
65. Gea Kusters: het is misschien goed om uit elkaar te halen dat 1) werk belangrijk is voor mensen en mensen graag willen blijven werken/werk hervatten en 2) dat er wettelijke kaders zijn waar rekening mee gehouden dient te worden.	ja	ja	ja	ja	ja	
66. Karin Kanselaar: Er is veel gebrek aan kennis, bijvoorbeeld over de Wet Verbetering Poortwachter, over de impact op het werk, of er überhaupt een bedrijfsarts betrokken is. Verschillen tussen patiënten zijn bijv. ZZP met verzekering/zonder verzekering, patiënt met werkgever, zonder werkgever.	ja	ja	ja	ja	ja	Werkgroep zal hier informatie over in een bijlage opnemen.
67. Theo Senden: in de spreekkamer moet begin gemaakt worden met het thema. Er zijn al veel initiatieven geweest om dit te bevorderen en de vraag is dus ook waarom dit tot op heden nog niet goed is gelukt. Kennis is een belangrijke factor, maar ook het ontbreken van verwijsmogelijkheid binnen het team naar iemand met expertise en tijd. Belangrijke vraag: wat is er nodig dat de medisch specialist dit thema in zijn spreekkamer gaat bespreken?	ja	ja	ja	ja	ja	
68. Karin Kanselaar: deskundige in team is van wezenlijk belang en zorgt ervoor dat je behalve dat je het bespreekt ook een vervolg kan geven. Je bespreekt iets niet snel als je niet weet wat je met het 'probleem' moet doen.	ja	ja	ja	ja	ja	

Ingebracht punt	Past binnen afbakening en reikwijdte werkgroep?	Belangrijk nu of toekomst?	Geschikt voor uitgangsvraag of aanbeveling?	Prioriteit?	Conclusie in richtlijn? (ja/nee)	Opmerking
69. Yvonne de Leeuw: medisch specialisten zouden moeten gaan beseffen dat het niet alleen gaat om het voorkomen van uitval, maar ook of er een relatie is met werk. Of het werk bijv. de klachten verergert of beïnvloedt. Bij patiënten met fysieke klachten kun je, als je vroeg betrokken bent, het verschil maken.	ja	ja	ja	ja	ja	Werk als primaire oorzaak van de klachten zal in de toekomst in een aparte module worden behandeld.
70. Joyce van de Nes: kunnen verwijzen is inderdaad belangrijk. Die verwijsmogelijkheden zijn er waarschijnlijk wel, maar ze zijn onbekend. Daar zou aandacht voor moeten zijn.	ja	ja	ja	ja	ja	
71. Gea Kusters: Maatschappelijk werk kan ook vaak veel doen. Afhankelijk van de vraag.	ja	ja	ja	ja	ja	
72. Hendriët Wanders: en dan is er nog het probleem van zwaar te kort aan arboartsen, waardoor zij minder beschikbaar zijn	nee	ja	nee	ja	evt.	Beleidsaanbeveling
73. Marjolijn Duivestein: een categorie die lastig is om te adviseren is de groep patiënten die nog nooit heeft gewerkt, die nog geen arbeidsjaren hebben vanwege de ziekte. Zij vallen buiten alle mogelijkheden wat betreft ondersteuning vanuit de overheid. Er is voor hen geen vangnet.	nee	ja	nee	nee	nee	Evt. identificeren als lacune in zorg of beleidsaanbeveling.
74. Hendriët Wanders: In aansluiting op Marjolijn: ook de groep NUG-ers (niet-uitkeringsgerechtigden) vallen tussen wal en schip.	nee	ja	nee	nee	nee	Evt. identificeren als lacune in zorg of beleidsaanbeveling.
75. Maxime Verhoeven: bedrijfsartsen geven oncologische patiënten vaak een vrijbrief om niet	ja	ja	ja	ja	ja	

Ingebracht punt	Past binnen afbakening en reikwijdte werkgroep?	Belangrijk nu of toekomst?	Geschikt voor uitgangsvraag of aanbeveling ?	Prioriteit ?	Conclusie in richtlijn? (ja/nee)	Opmerking
meer te hoeven werken, maar patiënten willen dat wel graag, evt. in aangepaste vorm.						
76. Hendriët Wanders: patiënten hebben niet zozeer last van hun type aandoening, maar van de beperkingen die daaruit voortvloeien. Er zijn klachten die door veel patiënten genoemd worden, ongeacht de aandoening, zoals vermoeidheid.	ja	ja	ja	ja	ja	NB. Voor een klacht met dezelfde naam kan toch een andere aanpak nodig zijn, afhankelijk van de specifieke ziekte.
77. Jeannette van Zee: klopt: vermoeidheid, pijn, cognitieproblemen zijn ziekteoverstijgende klachten.	ja	ja	ja	ja	ja	NB. Dit leidt echter niet automatisch tot dezelfde of generieke aanbevelingen voor deze patiënten.
78. Theo Senden: op symptoomniveau kijken naar belemmeringen in het werk biedt ook de kans om daar rekening mee te houden bij het behandelplan of interventies op te richten.	ja	ja	ja	ja	ja	
79. Desiree Dona: aanvulling op bovenstaande opmerkingen: de verdeling in patiëntcategorieën biedt de medisch specialist wel een handvat. Bij ene type aandoening moet bijv. het gesprek worden aangegaan over de progressiviteit van de aandoening en wat dit betekent voor arbeid. Bij de andere aandoening is dit niet aan de orde en moet er vooral worden gesproken over bijv. de impact op belastbaarheid en herstellen daarvan. De categorisatie van aandoeningen sluit wellicht wel het beste aan bij het medisch specialistisch denken/handelen. Bovendien is "vermoeidheid"	ja	ja	ja	ja	ja	NB. De werkgroep zal propageren dat er maatwerk nodig is per ziekte, fase en individu en werken wordt besproken in het kader van Samen beslissen

Ingebracht punt	Past binnen afbakening en reikwijdte werkgroep?	Belangrijk nu of toekomst?	Geschikt voor uitgangsvraag of aanbeveling?	Prioriteit?	Conclusie in richtlijn? (ja/nee)	Opmerking
in de acute fase heel anders dan wanneer het om vermoeidheid als laat effect gaat. Verdere indeling naar klachten en fase van de ziekte is zinvol.						
80. Thomas Rustemeyer: de categorisatie is nodig zodat de werkgroep meters kan maken. Maar "personalized medicine" en zorg op maat is wel nodig. Onderscheid maken in arbeidsbelemmeringen door de ziekte zelf en door de behandeling, zoals chirurgie of geneesmiddelen.	ja	ja	ja	ja	ja	zie boven
81. Theo Senden: dat betekent dus t gesprek aangaan en samen beslissen over wat pt nodig heeft om zo goed mogelijk aan t werk te komen/blijven.	ja	ja	ja	ja	ja	zie boven
82. Taco Otto: een categorisatie op basis van type behandelingen/ingrepen zou ook kunnen. Vanuit medisch specialist zou het waardevol kunnen zijn om behandeling/ingreep te kunnen relateren aan het werk dat iemand doet.	ja	ja	ja	ja	ja	zie boven
Schriftelijk ingebrachte suggesties, aandachtspunten en overige opmerkingen						
83. Moet de werkgroep streven naar het ideale plaatje of het realistische plaatje in deze module? Wat wordt haalbaar/wenselijk geacht?						Aandachtspunt voor de werkgroep
84. Moeten beroepsverenigingen t.z.t. dit gaan "inregelen"? Hoe?	ja	ja	ja	ja	ja	Er zullen suggesties worden gedaan in het implementatieplan en er zullen producten worden

Ingebracht punt	Past binnen afbakening en reikwijdte werkgroep?	Belangrijk nu of toekomst?	Geschikt voor uitgangsvraag of aanbeveling?	Prioriteit?	Conclusie in richtlijn? (ja/nee)	Opmerking
						ontwikkeld om de toepassing van de richtlijn te bevorderen.
85. Bespreekbaar maken is stap één, maar vervolg is ook lastig, o.a. door gebrek aan vertrouwen van patiënt in bedrijfsarts.	ja	ja	ja	ja	ja	
86. Informatievoorziening voor medisch specialist verbeteren, bijv. infographic over landschap medisch specialistische zorg en bedrijfsgezondheidszorg (= product bij module Organisatie van Zorg)	ja	ja	ja	ja	ja	
87. Informatievoorziening voor bedrijfsarts verbeteren, maar specifieke kennis voor generalisten zoals bedrijfsarts is lastig.	nee	ja	nee	ja	nee	
NVALT (longgeneeskunde)						
88. Het kader: met een (chronische) aandoening aan het werk (blijven) op een goede manier. Bij de longziekten (en wellicht ook in andere specialismen) hebben we regelmatig te maken met ziekte door werk. Dit laatste zou ik in deze module niet meenemen.	nee	ja	ja	ja	nee	Deze suggestie heeft de werkgroep ter harte genomen.
NVKNO (kno)						
89. Arbeidswensen goed bespreekbaar maken in de spreekkamer als onderdeel van behandelplan.	ja	ja	ja	ja	ja	
NVOG (gynaecologie en obstetrie)						

Ingebracht punt	Past binnen afbakening en reikwijdte werkgroep?	Belangrijk nu of toekomst?	Geschikt voor uitgangsvraag of aanbeveling?	Prioriteit?	Conclusie in richtlijn? (ja/nee)	Opmerking
90. Deze module richt zich vooral op (chronische) ziekte, als aanvulling zouden adviezen m.b.t. zwangerschap en kraamtijd meegenomen kunnen worden.	nee	ja	ja	nee	nee	Evt. in de toekomst op basis van de generieke aanbevelingen, een specifieke module met specifiekere aanbevelingen voor zwangerschap en kraamtijd formuleren.
NVVG (verzekeringsgeneeskunde)						
91. Deze richtlijn wordt alleen een succes als de aanbevelingen niet “dwingend” c.q. voorschrijvend zijn. De aanbevelingen moeten in de vorm van handvatten worden geformuleerd.	ja	ja	ja	ja	ja	NB: Wetgeving speelt een rol, deze is op onderdelen wel dwingend. Er moet worden benadrukt dat adviezen vanuit curatieve sector niet in strijd moeten zijn met wettelijke rechten en plichten.
92. Informatievoorziening voor medisch specialist verbeteren, bijv. infographic over landschap medisch specialistische zorg en bedrijfsgezondheidszorg (<i>Sociale zekerheid en wetgeving</i>) (= product bij module Organisatie van Zorg).	ja	ja	ja	ja	ja	
93. Informatievoorziening voor bedrijfsarts/verzekeringsarts verbeteren, maar specifieke kennis voor generalisten zoals bedrijfsarts/verzekeringsarts is lastig.	ja	ja	ja	ja	ja	

Ingebracht punt	Past binnen afbakening en reikwijdte werkgroep?	Belangrijk nu of toekomst?	Geschikt voor uitgangsvraag of aanbeveling?	Prioriteit?	Conclusie in richtlijn? (ja/nee)	Opmerking
94. Prognose van klachten en beperkingen op de lange termijn.	ja	ja	ja	ja	ja	
95. Werk meewegen bij inzetten interventies.	ja	ja	ja	ja	ja	
96. Onderhoudende en belemmerende factoren (ziekte-overstijgend). Percepties/cognities.	ja	ja	ja	ja	ja	
97. Richtlijn chronisch ziek en werk, zie de search. Richtlijn NAH: module sociale zekerheid en module zonder werkgever; Richtlijn langdurige klachten na Covid19. Inspiratie/overnemen search. Hierop kan worden voortgeborduurd in deze module.						Dank voor de suggestie
98. Wat zijn de meest geschikte uitkomstmaten in deze module? Return to work, ziekteverzuim, langdurige arbeidsongeschiktheid, arbeidsbelastbaarheid? Search ontwikkelen die basis kan zijn bij verdere richtlijnontwikkeling.	ja	ja	ja	ja	ja	
99. Kennismodule over sociale zekerheid (zie ook NAH-richtlijn). Relevante wetgeving: WIA, ZW, WvP, Wulbz, Wajong, participatiewet. Verschillende rollen van bedrijfs- en verzekeringsarts.	ja	ja	ja	ja	ja	Bijlage bij de module
NVR (reumatologie)						
100. Ik wil graag nog de aandacht vestigen op de richtlijn RA en Arbeid (toegevoegd). Deze bevat een generieke structuur die ik relevant vind:						
<ul style="list-style-type: none"> Welke vragen vinden we belangrijk m.b.t. arbeid 	ja	ja	ja	ja	ja	

Ingebracht punt	Past binnen afbakening en reikwijdte werkgroep?	Belangrijk nu of toekomst?	Geschikt voor uitgangsvraag of aanbeveling?	Prioriteit?	Conclusie in richtlijn? (ja/nee)	Opmerking
<ul style="list-style-type: none"> Wat is de evidence. NB: Dit vind ik heel belangrijk. Er heersen veel opvattingen over arbeid, maar onderzoek naar arbeid is moeilijk, vooral als het causaal bewijs betreft. Daar moeten we eerlijk in zijn, anders kan later blijken dat we jarenlang ‘verkeerde’ dingen hebben beweerd (voor subgroepen van patiënten, voor sommige aanbevelingen). 	ja	ja	ja	ja	ja	
<ul style="list-style-type: none"> Het is dus ook belangrijk een ONDERZOEKAGENDA op te stellen in de richtlijn, waarbij er minstens 1 over arbeid moet gaan 	ja	ja	ja	ja	ja	
101. Ik voeg ook het KNMG rapport toe (zorg die werkt).						
<ul style="list-style-type: none"> Het zou zonde zijn als we iets anders zeggen dan overeengekomen tussen diverse partijen die deelnamen aan het rapport en het accordeerden. Ik ken de richtlijn niet meer uit mijn hoofd, maar mogelijks is het inspirerend om algemene principes te formuleren als (i) verantwoording van de richtlijn en (ii) uitgangspunten. Voor een Europese ‘richtlijn’ reumatische aandoeningen en werk hebben we dat gedaan. Deze is nog niet gepubliceerd, maar zodra dat wel het geval is kan ik die wel opsturen. 						Dit heeft de werkgroep ter harte genomen.

Ingebracht punt	Past binnen afbakening en reikwijdte werkgroep?	Belangrijk nu of toekomst?	Geschikt voor uitgangsvraag of aanbeveling?	Prioriteit?	Conclusie in richtlijn? (ja/nee)	Opmerking
102. Er moet veel nadruk komen op communicatie/implementatie en op de economische winst.	ja	ja	ja	ja	ja	
<ul style="list-style-type: none"> ik denk dat richtlijnen nu ook een implementatie plan vragen en budget impact: het is niet verkeerd dat ook specifiek voor arbeid te vragen 	nee	ja	nee	nee	nee	De werkgroep is ook van mening dat dit belangrijk is, maar verwacht dat de benodigde gegevens om dit te kunnen bepalen, ontoereikend zijn.
103. Ook niet verkeerd na te denken of je arbeid uitgebreid echt in alle richtlijnen wil (zeldzame aandoeningen, aandoeningen bij kinderen, aandoeningen bij ouderen)						Dit heeft de werkgroep ter harte genomen.
Nationale Vereniging ReumaZorg Nederland						
Maar hoe wordt geborgd dat de aanbeveling ook wordt opgevolgd? Lopen we dan niet risico dat het vrijblijvend en willekeur blijft?	ja	ja	ja	ja	ja	
104. Hoe zit het met verzekeringsartsen. Voor bv zelfstandigen met een AOV komen deze ook in beeld?	ja	ja	ja	ja	ja	Bijlage waarin dit wordt toegelicht.
105. Aparte aandacht voor jongeren (18-30 jaar) met een chronische aandoening die net starten op de arbeidsmarkt.	nee	ja	ja	ja	ja	In deze module in eerste instantie generieke aanbevelingen.
106. Aparte aandacht voor mensen die fysiek werk verrichten met een chronische aandoening.	nee	ja	ja	ja	ja	

Ingebracht punt	Past binnen afbakening en reikwijdte werkgroep?	Belangrijk nu of toekomst?	Geschikt voor uitgangsvraag of aanbeveling?	Prioriteit?	Conclusie in richtlijn? (ja/nee)	Opmerking
Steungroep ME en Arbeidsongeschiktheid						
107. Driehoek gesprek medisch specialist-patiënt (+ ev. begeleider)-bedrijfsarts over gevolgen voor werk (beperkingen en mogelijkheden)	ja	ja	ja	ja	ja	
108. Standaard verwijzing patiënt naar patiëntenorganisaties en vakbonden.	ja	ja	ja	ja	ja	
109. Monitoring/opvolging in de tijd: niet alleen de ziekte of de behandeling kan verschillende fases doorlopen, ook het proces rondom werk en inkomen kent fase en belangrijke momenten (verzuim, probleemanalyse, plan van aanpak, re-integratie eerste spoor/tweede spoor, 'opschudmoment eerstejaarsevaluatie/eerstejaars ZW-beoordeling, WIA-aanvraag (WGA-IVA), WIA-(her)keuringen).	ja	ja	ja	ja	ja	
110. Invoering onafhankelijke klinisch arbeidsgeneeskundigen, toegankelijk voor mensen met én zonder werkgever.	ja	ja	ja	ja	ja	Beleidsaanbeveling
111. Regelmatig wordt in de stukken gesproken over 'de factor arbeid'. Dat lijkt mij geen juiste keuze. De term 'factor' arbeid' heeft betrekking op arbeid als productiefactor, macro-economisch. De module moet gaan over de arbeid, het werk van concrete menselijke individuen, die idealiter bijdraagt aan de gezondheid en kwaliteit van leven (maar daar ook een negatieve invloed op kan	ja	ja	ja	ja	ja	

Ingebracht punt	Past binnen afbakening en reikwijdte werkgroep?	Belangrijk nu of toekomst?	Geschikt voor uitgangsvraag of aanbeveling?	Prioriteit?	Conclusie in richtlijn? (ja/nee)	Opmerking
hebben) en aan de individuele welvaart (inkomen). Dat deze arbeid ook bijdraagt aan de gemeenschappelijke welvaart is niet onbelangrijk, maar niet het speerpunt van deze richtlijn, lijkt me. Ik stel dus voor om niet meer over 'de factor arbeid' te spreken, maar over 'arbeid' of 'werk' (zie de Richtlijn chronisch zieken en werk) en, al naar gelang de context, het 'thema werk' of het 'thema arbeid'.						
Vereniging van mensen met brandwonden						
112. Aansluiten bij landelijke ontwikkelingen op deze thematiek.	ja	ja	ja	ja	ja	
113. Informatie opnemen in eHealth producten voor de mens – patiënt.	ja	ja	ja	ja	ja	Benoemen in implementatieplan
114. Bij product ontwikkeling(en) aandacht voor taal en gezondheidsvaardigheden doelgroep ook in de informatie voorziening naar de medisch specialist, huisarts en bedrijfsarts. Dus dezelfde woorden gebruiken voor deze vier doelgroepen.	ja	ja	ja	ja	ja	
115. Dubbele specialiteit in 1 functionaris die zowel kennis heeft van het medische alsook van het bedrijfsgeneeskundige.	ja	ja	ja	ja	ja	Beleidsaanbeveling
116. Openstaan voor innovatie die door de patiënt, zorgverzekeraar, bedrijfsarts, specialisten en anderen als van meerwaarde wordt gezien en	ja	ja	ja	ja	ja	Beleidsaanbeveling

Ingebracht punt	Past binnen afbakening en reikwijdte werkgroep?	Belangrijk nu of toekomst?	Geschikt voor uitgangsvraag of aanbeveling?	Prioriteit?	Conclusie in richtlijn? (ja/nee)	Opmerking
desondanks door de systeemwerelden wordt tegengehouden.						
ZZP Nederland:						
117. Maak van werk een behandeldoel door werk vanaf elke diagnose op te nemen in elk zorg- en behandeltraject.	ja	ja	ja	ja	ja	
NVZ (ziekenhuizen)						
118. De richtlijn dient organisatorisch, juridisch en financieel uitvoerbaar te zijn voor alle organisaties voor medisch specialistische zorg (algemene, categorale, topklinische ziekenhuizen, revalidatie-instellingen), zonder ingrijpende consequenties op deze gebieden. Tevens dient rekening gehouden te worden met het verminderen van de regeldruk, evaluatie van de huidige zorg en eventuele andere algemene richtlijnen die de betreffende richtlijn raken. Dit maakt een bijhorend implementatieplan met inzicht in financiële, juridische en organisatorische consequenties noodzakelijk. In de samenvatting van de richtlijn dient het onderdeel organisatie van zorg ook terug te komen. Het is daarbij van belang om ook inzicht te geven in het verschil tussen de huidige situatie en de nieuwe situatie om de impact te kunnen beoordelen.	ja	ja	ja	ja	ja	

Ingebracht punt	Past binnen afbakening en reikwijdte werkgroep?	Belangrijk nu of toekomst?	Geschikt voor uitgangsvraag of aanbeveling?	Prioriteit?	Conclusie in richtlijn? (ja/nee)	Opmerking
119. Bij eventuele consequenties en/of knelpunten op het gebied van de implementatie en de uiteindelijke naleving van de richtlijn dienen aspecten zoals kosten, veranderde inzet van FTE, IT zaken of anderszins concreet te worden uitgewerkt voor alle soorten organisaties op het gebied van medisch specialistische zorg. Daarbij dient de governance-afspraken van 2019 te worden nagegaan, waarbij nieuwe en te wijzigen richtlijnen worden gecategoriseerd naar impact (categorie 1, 2 of 3) voor de haalbaarheid. Afhankelijk van de categorie dient eventueel een BIA te worden uitgevoerd, met als doel dat alle organisaties de richtlijn kunnen naleven zodra daar toezicht op wordt gehouden. Wij worden graag betrokken bij het vervolg en verzoeken u daarbij een overzicht te verstrekken van de verschillen tussen de huidige en de nieuwe situatie om de impact beter te kunnen inschatten.	ja	ja	ja	ja	ja	
Tijdens invitationale ingebrachte suggesties, aandachtspunten en overige opmerkingen						
120. Hendriët Wanders: Er lijken parallellen te zijn met de Samenwerkende Gezondheidsfondsen (SGF) en wat de werkgroep wil. Zo is er bijv. een landschapsscan waarin mogelijk goede						

Ingebracht punt	Past binnen afbakening en reikwijdte werkgroep?	Belangrijk nu of toekomst?	Geschikt voor uitgangsvraag of aanbeveling?	Prioriteit?	Conclusie in richtlijn? (ja/nee)	Opmerking
voorbeelden worden genoemd die relevant zijn voor deze richtlijn.						
121. Hendriët Wanders: Aandacht voor taal is belangrijk. Zowel naar de patiënt toe als binnen de verschillende zorgsystemen: curatieve zorg en bedrijfsgeneeskundige zorg.	ja	ja	ja	ja	ja	
122. Annelies Boonen: De beschikbaarheid en aanwezigheid van een arts arbeid en gezondheid / specialist in het ziekenhuis (binnen het behandelteam) die moeilijke problematiek rondom arbeid en gezondheid kan begeleiden is essentieel. Als het medisch team weet waar ze bij moeilijkere dingen op terug kunnen vallen, wordt het voor hen makkelijker om arbeid te bespreken. Voor makkelijker dingen zijn er praktische tools beschikbaar. Die zouden in een toolkit kunnen worden aangeboden aan artsen en patiënten.	ja	ja	ja	ja	ja	Beleidsaanbeveling
123. Frederieke Schaafsma: Ideaal zou je voor de groep patiënten zonder bedrijfsarts ook binnen het ziekenhuis de mogelijkheid willen te kunnen overleggen (of verwijzen) met een professional met expertise in arbeid en gezondheid.	ja	ja	ja	ja	ja	Beleidsaanbeveling
124. Joyce van de Nes: Er zijn projecten via Fit for Work (Arbeid in de spreekkamer) gedaan o.a in de revalidatie bijv. bij Reade Amsterdam.. zijn die bekend?						Dank voor de suggestie

Ingebracht punt	Past binnen afbakening en reikwijdte werkgroep?	Belangrijk nu of toekomst?	Geschikt voor uitgangsvraag of aanbeveling?	Prioriteit?	Conclusie in richtlijn? (ja/nee)	Opmerking
125. Jeannette van Zee: Tools zijn verzameld binnen het centraal informatiepunt van Patiëntenfederatie. Hier staat ook wie wat doet.						Dank voor de suggestie
126. Gea Kusters: mbt goede voorbeelden: Er is een (onderzoeks) project geweest met de naam bevorderen van duurzame Arbeidsparticipatie bij Nierpatiënten						Dank voor de suggestie
127. Deskundige in team is wezenlijk belang en zorgt ervoor dat je behalve dat je het bespreekt ook een vervolg kan geven. Je bespreekt iets niet snel als je niet weet wat je met het 'probleem' moet doen.	ja	ja	ja	ja	ja	
128. Thomas Rustemeyer: het verwijstraject moet duidelijk zijn. Wij vragen zelf patiënten om naam, telefoonnummer en emailadres, want anders is het onmogelijk om contact te krijgen met arbodienst/bedrijfsarts.	ja	ja	ja	ja	ja	
129. Betsy van Ootmarsum: er is een grote categorie die niet valt onder de term "werkenden". Het begrip werkenden dus het liefst niet te strikt opvatten. Suggesties van aanwezigen: potentieel werkenden? Beroepsbevolking? Werk(zoe)kenden.	ja	ja	ja	ja	ja	
130. Petra Boelens: In pijnrevalidatie vragen we naar betaald en onbetaald werk, waarbij ook huishouding/vrijwilligerswerk een onderdeel van werkzaamheden kunnen zijn.						Dank voor de suggestie
131. Betsy van Ootmarsum: het is belangrijk dat patiënten advies krijgen over belastbaarheid,	ja	ja	ja	ja	ja	

Ingebracht punt	Past binnen afbakening en reikwijdte werkgroep?	Belangrijk nu of toekomst?	Geschikt voor uitgangsvraag of aanbeveling?	Prioriteit?	Conclusie in richtlijn? (ja/nee)	Opmerking
<p>waaronder belastbaarheid in het werk. Het zou heel waardevol zijn als een specialist het gesprek aangaat met de patiënt over dagelijkse activiteiten, ook zonder direct de vertaling naar werk te maken.</p>						
<p>132. Lana Kluit: kennis (of het gebrek aan kennis over arbeid) speelt op meerdere niveaus, o.a. over wetgeving, maar ook medisch-inhoudelijk. Daarnaast hebben verschillende groepen patiënten verschillende vragen, op verschillende niveaus.</p> <p>Medisch inhoudelijk en dan heb je de niveaus:</p> <ul style="list-style-type: none"> • veroorzaakt werk ziekte of houdt werk ziekte in stand • vraagstukken over de impact van ziekte op werk, waaronder: hoe vind je balans in werken als je ziek bent voor werk behoudt (bijv bij chronische ziekte), wanneer en/hoe is kan je weer aan het werk (bijv na een ingreep), welke behandeling is de beste keuze als je werkfactoren meeneemt (samen beslissen, werkbehoud als behandeldoel) <p>Emotionele ondersteuning:</p> <ul style="list-style-type: none"> • vraagstukken op het moment dat werkvermogen permanent afneemt (bijv bij progressieve ziekte), hoe ga je hiermee om als patiënt 	ja	ja	ja	ja	ja	

Ingebracht punt	Past binnen afbakening en reikwijdte werkgroep?	Belangrijk nu of toekomst?	Geschikt voor uitgangsvraag of aanbeveling?	Prioriteit?	Conclusie in richtlijn? (ja/nee)	Opmerking
<p>En op het gebied van het juridische kader:</p> <ul style="list-style-type: none"> vanuit de specialist: wat mag deze adviseren (vrijbrief geven om niet te hoeven werken hoort daar volgens mij bijv niet bij wettelijk gezien (curatieve artsen mogen geen medische verklaring afgeven)) vanuit de patiënt: welke mogelijke andere actoren heeft deze patiënt tot zijn beschikking (en dat wordt bepaald door het type werkende/werkzoekende), is er wel/geen bedrijfsarts bijv. 						
133. Misschien geeft deze NICE guideline nog wat handvatten? https://www.nice.org.uk/guidance/ng146/chapter/Recommendations#early-intervention	ja	ja	ja	ja	ja	
134. Richtlijn zou je ook nog kunnen insteken aan de hand van de patient journey: 1. tijdens diagnosticering, 2. tijdens behandelkeuze, en dan onderscheidt tussen 3. ziekte van tijdelijk aard/chirurgische ingrepen, 4. chronische ziekte, 5. lange behandeltrajecten	ja	ja	ja	ja	ja	
135. Jeannette van Zee: het is ook heel belangrijk dat in de richtlijn praktische aandacht is voor de keuze en evaluatie van de behandeling in de context van het werk dat iemand doet.	ja	ja	ja	ja	ja	
136. Gea Kusters: Het [arbeid] zou ingebed moeten zijn bij de opties van gezamenlijke besluitvorming.	ja	ja	ja	ja	ja	

Ingebracht punt	Past binnen afbakening en reikwijdte werkgroep?	Belangrijk nu of toekomst?	Geschikt voor uitgangsvraag of aanbeveling?	Prioriteit?	Conclusie in richtlijn? (ja/nee)	Opmerking
137. Karin Kanselaar: Belangrijk onderdeel binnen behandelplan en mogelijk een behandeldoel	ja	ja	ja	ja	ja	
138. Yvonne de Leeuw: Helemaal eens. Waarbij ik me echter kan voorstellen dat inzicht in de consequenties van de behandeling voor het werk niet altijd in de spreekkamer verkregen kan worden en daarbij een beroep doen op andere betrokkenen alsnog nodig is, maar dan ook weer vroegtijdig.	ja	ja	ja	ja	ja	
139. Tessa Römken: Ik vind het een heel belangrijk onderwerp in de spreekkamer, juist bij de chronisch zieke patiënt. Zelf behandel ik IBD patiënten (ziekte v crohn en colitis ulcerosa); dit zijn jonge mensen in de bloei van hun leven, met veel beperkingen tav onder andere werk. Recent hebben we in deze groep ook onderzoek verricht naar werk en ziekte activiteit, wat helaas bovenstaande weer bevestigde. Bedankt voor het toesturen van de schriftelijke suggesties/ knelpunten. Heel herkenbaar. Wat me nog opvalt is dat er meerdere keren staat dat onze adviezen(specialist versus bedrijfsarts) tav werk verschillend zin , wat me toch wat verbaasde omdat wij als specialisten toch niet geacht worden daar specifieke adviezen over te geven? Wellicht goed om daar kort aandacht aan te besteden. Dan nog een suggestie:	ja	ja	ja	ja	ja	
140. Ik zou me kunnen voorstellen dat het fijn is als elk ziekenhuis/medisch specialist bijvoorbeeld	ja	ja	ja	ja	ja	Beleidsaanbeveling

Ingebracht punt	Past binnen afbakening en reikwijdte werkgroep?	Belangrijk nu of toekomst?	Geschikt voor uitgangsvraag of aanbeveling?	Prioriteit?	Conclusie in richtlijn? (ja/nee)	Opmerking
gebruik kan maken van een bedrijfsarts of arbeidsdeskundige, die niet over de uitkering of terugkeer naar werk van deze specifieke patiënten gaat, maar die vanuit de adviserings hoek samen met de specialist de patiënt en zo ook de werkgevers kan helpen mee denken wat kleine aanpassingen al zouden kunnen betekenen voor iemand bijvoorbeeld andere werktijden, later starten, meer pauzes of niet te lang in 1 houding om maar een voorbeeld te noemen. Dus meer op maat gemaakt.						
141. Tevens denk ik aan preventie, wellicht als je kunt anticiperen op problemen die vaak optreden bij een bepaald ziektebeeld, dat je eea voor kunt zijn. Hier is ook een goede samenwerking tussen bedrijfsarts en specialist belangrijk.	nee	ja	nee	nee	nee	
Tijdens invitationaal van Patiëntenfederatie (exclusief voor patiëntenorganisaties) ingebrachte punten rondom het thema arbeid in de medisch specialistische zorg						
Arbeid komt niet of onvoldoende aan de orde	ja	ja	ja	ja	ja	
142. Willekeur (soms wel, soms niet)	ja	ja	ja	ja	ja	
143. Werk wordt niet gekoppeld aan behandeling	ja	ja	ja	ja	ja	
144. Werk kan oorzaak zijn ziekte	nee	ja	ja	ja	ja	zie eerder
145. Pos/neg gevolgen van werk op welzijn	ja	ja	ja	ja	ja	

Ingebracht punt	Past binnen afbakening en reikwijdte werkgroep?	Belangrijk nu of toekomst?	Geschikt voor uitgangsvraag of aanbeveling?	Prioriteit?	Conclusie in richtlijn? (ja/nee)	Opmerking
146. Late gevolgen (na genezing >> Covid-19, kanker) en werk	nee	ja	ja	nee	nee	
147. Er wordt niet gesproken over belastbaarheid	ja	ja	ja	ja	ja	
148. Geen tijd voor bespreken werk	ja	ja	ja	ja	ja	
149. Organisatie van onderwerp werk binnen zorg (netwerk en MD aanpak)	ja	ja	ja	ja	ja	
150. Weinig kennis over werk	ja	ja	ja	ja	ja	
151. Er wordt meteen verwezen naar bedrijfsarts	ja	ja	ja	ja	ja	
152. Als het lang duurt voordat er een diagnose is	ja	ja	ja	ja	ja	
153. Positieve gezondheid/samen beslissen	ja	ja	ja	ja	ja	
Tijdstip om werk te bespreken						
154. Vanaf diagnose	ja	ja	ja	ja	ja	
155. Gedurende het behandeltraject	ja	ja	ja	ja	ja	
156. Terugkerende aandacht	ja	ja	ja	ja	ja	
157. Belang van werk kan veranderen gedurende het behandeltraject	ja	ja	ja	ja	ja	
Opbrengst bespreken arbeid						

Ingebracht punt	Past binnen afbakening en reikwijdte werkgroep?	Belangrijk nu of toekomst?	Geschikt voor uitgangsvraag of aanbeveling?	Prioriteit?	Conclusie in richtlijn? (ja/nee)	Opmerking
158. Ptn voelt zich gehoord						
159. Betere arbeidsperspectieven op lange termijn						
160. Gesteund in gesprek met omgeving en werkgever/opdrachtgever						
161. Specialist heeft completer beeld van patiënt (meer mens)						
162. Specialist kan rekening met werk houden bij keuze behandeling						
163. Minder kans op uitval						
164. Vergroten kan op terugkeer naar werk						
Tijdens enquête van Patiëntenfederatie (exclusief voor patiënten) ingebrachte punten rondom het thema arbeid in de medisch specialistische zorg						
165. Bij de helft van de respondenten is er in de spreekkamer (ziekenhuis) over werk gesproken.						
166. Als niet besproken had 68% dit wel gewild.	ja	ja	ja	ja	ja	
167. Wens was om dit te bespreken tijdens diagnose en het hele traject erna.	ja	ja	ja	ja	ja	
168. Het liefst met de medisch specialist (73%) of met verpleegkundig specialist (45%).	ja	ja	ja	ja	ja	
169. Wat ze hadden willen bespreken staat in bijgaande figuur (zie bijlage)						
Als mensen wel over werk hebben gesproken was dit vooral bij diagnose en behandeling						

Ingebracht punt	Past binnen afbakening en reikwijdte werkgroep?	Belangrijk nu of toekomst?	Geschikt voor uitgangsvraag of aanbeveling?	Prioriteit?	Conclusie in richtlijn? (ja/nee)	Opmerking
170. 38% had op nog meer momenten het werk besproken dat dat er is gebeurd.	ja	ja	ja	ja	ja	
171. Meesten hadden het gesprek met de medisch specialist (78%) of met verpleegkundig specialist (31%).						
172. Meestal is de patiënt zelf over werk begonnen (58%). 30% wist niet meer wie erover is begonnen.						
Welke info men belangrijk vindt:						
173. Info om mee te nemen naar werk of bedrijfsarts						
174. Hoe je aan het werk kan blijven met je aandoening/ziekte						
175. Hoe je het beste om kan gaan met de aandoening/ziekte op het werk						
176. Mensen waren positief als er over hun persoonlijke situatie werd meegedacht en wanneer er focus lag op mogelijkheden/oplossingen						
177. Mensen waren negatief als zij geen bruikbare informatie kregen, waardoor gevolgen van aandoening/ziekte voor het werk onduidelijk bleven.						

CASUS Hoe werkt de Wet verbetering poortwachter?

Onderstaande tekst van deze paragraaf is een bewerking van: Van den Hogen. 2022. Help, de bedrijfsarts wil informatie! Medisch Contact 20; 18-21. 20-5-2022.

Informatieverzoeken van de bedrijfsarts

Specialisten krijgen regelmatig informatieverzoeken van een bedrijfsarts. Dit leidt nogal eens tot irritatie. Hieronder volgt daarom enige uitleg over de reden van die verzoeken en enige uitleg over de Wet Verbetering Poortwachter en over de verschillende stadia, stappen en begeleiding in het werkhervattingsproces.

Een essentiële vraag van de bedrijfsarts aan de behandelend specialist is die naar de verwachting van het herstel op de langere termijn. Deze wordt vaak niet beantwoord omdat de reden van de vraag onduidelijk is voor de behandelend specialist. Daarnaast beperken medisch specialisten zich tot feitelijke informatie, die wat betreft het lange termijn perspectief niet altijd beschikbaar is.

Patiënten zijn gebaat bij begeleiding door een bedrijfsarts die goed geïnformeerd is over hun ziekte. Zo krijgen zij geen tegenstrijdige adviezen van verschillende artsen en staan met de juiste informatie sterker bij het aanvragen van een uitkering als ze echt niet meer in staat zijn te werken. Onderstaande casus is ter illustratie.

Casus

Mijnheer S., 65 jaar, kwam op mijn spreekuur. Tien jaar geleden was hij na een dotterbehandeling langdurig ziek geworden waarbij als complicatie een vals aneurysma van de aorta ontstond en het lang duurde voor hij weer opknapte. Daarna zou hij zijn werk in een loods voor landbouwmachines weer hebben kunnen oppakken. Hij kwam al die tijd jaarlijks op controle bij de specialist waarbij ook een echo van de aorta werd gemaakt. Bij de laatste controle bleek de diameter van de aorta plots 5,5 cm te zijn en had hij te horen gekregen dat hij zich absoluut niet mocht inspannen en dat zijn bloeddruk beslist onder de 120/70 mmHg moest blijven. Hij kreeg medicatie en moest na drie maanden terugkomen. Sindsdien deed hij praktisch niets meer. Ook thuis durfde hij eigenlijk niets te doen, zelfs geen boodschappen, de hond uitlaten of autorijden. Hij had een bloeddrukmeter gekocht en mat drie keer daags zijn bloeddruk, die meestal net iets boven de streefwaarde was.

Aan het werk

De Wet verbetering poortwachter beoogt zoveel mogelijk mensen aan het werk te houden. Als dit niet in eigen werk lukt, dan wordt gekeken naar vervangende werkzaamheden bij de eigen werkgever en als dát niet lukt bij een andere werkgever. In theorie zou mijnheer S. onder bepaalde voorwaarden niet stressvol, zittend werk kunnen verrichten.

De adviezen van de specialist hadden hem echter dusdanig beperkt, dat zelfs praten over werk geen haalbare kaart was. Zijn kwaliteit van leven was flink afgenomen. Ik vroeg zijn behandelaar om informatie over diagnose, behandeling, adviezen en prognose. Helaas kreeg ik geen antwoord; pas na herhaald verzoek ontving ik een korte brief met daarin de diagnose, het advies aan de patiënt om zich niet in te spannen en dat geen verbetering viel te verwachten, alleen na een operatieve ingreep. Mondeling was aan meneer S. verteld dat een operatie alleen kon plaatsvinden bij een acute ruptuur van het aneurysma. Want er waren te veel aftakkingen betrokken bij het aneurysma en het was te riskant om de operatie electief curatief in te zitten. Dit stond helaas niet in de brief met medische informatie.

Omdat er geen verbetering optrad en ook niet viel te verwachten, vroeg hij na een aantal maanden een Inkomensvoorziening Volledig Arbeidsongeschikten (IVA, zie kader op blz.19)

aan. Die werd niet toegewezen omdat er nog uitzicht was op herstel. Ik moest hem twee jaar lang blijven vervolgen voordat er een WIA-aanvraag (Wet werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen) kon worden gedaan. Mijnheer S. vond dit belastend: hij werd steeds geconfronteerd met zijn beperkingen. Gaandeweg lukte het hem gelukkig om zijn situatie te accepteren en kon hij weer de hond uitlaten en wat activiteiten ondernemen in en rond het huis. De WIA-aanvraag werd toegewezen. De financiële consequentie voor patiënt was groot, omdat een IVA-uitkering hoger is dan een WGA-uitkering.

Veel prettiger

Als de behandelaar in een brief in een paar zinnen de prognose had toegelicht, zou de IVA-uitkering voor meneer S. waarschijnlijk al in eerste instantie zijn toegekend. Dat zou voor mijnheer S. veel prettiger zijn geweest en had mij veel werk bespaard. Zo zijn er vele voorbeelden waarbij de patiënt nadeel ondervindt van gebrekkige informatieoverdracht tussen artsen. Ik denk dat een mogelijke reden is dat veel artsen niet weten dat de Wet verbetering poortwachter niet alleen over het eigen werk van een patiënt gaat, maar ook over vervangende werkzaamheden of ander werk. Iemand die zwaar fysiek werk deed, kan zijn eigen werkzaamheden misschien niet meer doen maar bijvoorbeeld wel helpen op kantoor.

Informatie delen

De KNMG-richtlijn Omgaan met medische gegevens kan behulpzaam zijn. Hierin staat meer informatie over het beroepsgeheim en het delen van informatie met andere instanties. Voor het verstrekken van informatie aan de bedrijfsarts geldt: de bedrijfsarts moet goed hebben aangegeven met welk doel hij de gegevens opvraagt, welke gegevens hij al heeft en welke aanvullende gegevens hij nodig heeft.