



Federatie
**Medisch
Specialisten**

Arbeidsparticipatie voor medisch specialistische richtlijnen

Inhoudsopgave

Arbeidsparticipatie voor medisch specialistische richtlijnen	1
Inhoudsopgave	2
Startpagina en algemene inleiding	3
Belangrijkste definities en begrippen	7
Algemene bepaling van arbeidsgerichte zorg	9
Arbeid in de spreekkamer	18
Kernboodschap: vraag naar werk	25
Informatievoorziening patiënt	35
Laagdrempelig verwijzen naar de bedrijfsarts	43
Organisatie van arbeidsgerichte zorg	53

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.

Begeleiding van de bedrijfsarts

Thuisartsinformatie over wat de bedrijfsarts kan doen.

Ik ben ziek. Wat kan de 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 Arbocuratieve samenwerking: wie doet wat en voorwaarden voor samenwerking, 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*
- 3-delige podcastserie "Casuïstiek arbocuratieve samenwerking – Verbeter de zorg voor je patiënten" (gefinancierd door ZonMw). November 2024 (zie bijlagen)
 - Aflevering 1 'De medisch specialist en de bedrijfsarts'

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

Laatst beoordeeld : 30-05-2024

Laatst geautoriseerd : 30-05-2024

Voor de volledige verantwoording, evidence tabellen en eventuele aanverwante producten raadpleegt u de Richtlijndatabase.

Belangrijkste definities en begrippen

Medisch specialistische, klinische zorgverlener:

Zorgverlener in ziekenhuissetting, waaronder medisch specialist, arts (niet) in opleiding tot specialist (A(N)IOS), verpleegkundig specialist en physician assistant. Waar in de richtlijn over “medisch specialist” gesproken wordt, worden alle medisch specialistische zorgverleners in de ziekenhuissetting bedoeld. Medisch specialist arbeid en gezondheid: profiel arbeids- en bedrijfsgeneeskunde (Bedrijfsarts), profiel verzekeringsgeneeskunde (verzekeringsarts), arts assistent (niet) in opleiding tot specialist (A(N)IOS) arbeid en gezondheid onder supervisie van een bedrijfs- of verzekeringsarts. Waar in de richtlijn over “bedrijfsarts” of “verzekeringsarts” wordt gesproken, worden ook A(N)IOS in het domein arbeid en gezondheid bedoeld. De nog veel gebruikte titel ‘arbo-arts’ zorgt voor verwarring en onduidelijkheid en is geen beschermde titel. We dringen erop aan daarvoor de gebruikelijke titel ‘arts niet in opleiding tot specialist bedrijfsgeneeskunde’ (ANIOS Bedrijfsgeneeskunde) te gebruiken en de term ‘arbo-arts’ uit te bannen.

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, 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- en HR-professionals. Medische zorg wordt deels in samenwerking met deze professionals geleverd. Deze samenwerking is zonder meer relevant, maar valt buiten de scope van dit visiedocument

Arbocuratieve zorg:

Zorg voor werkenden, die tot stand komt door verbinding en samenwerking tussen de curatieve en bedrijfsgesondheidszorg en die gericht is op bundeling / integratie van expertise om (1) ziekte (mede) als gevolg van of versterkt door werkgerelateerde factoren optimaal te herkennen, behandelen en voorkomen en (2) om arbeidsparticipatie van werk(zoek)enden met een (chronische) aandoening te bevorderen en uitval te voorkomen.

Klinische arbeidsgeneeskunde:

het domein binnen de geneeskunde waarin structureel gebruik wordt gemaakt van ziektespecifieke arbeids- en bedrijfsgeneeskundige kennis in een reguliere klinische of transmurale setting voor patiënten, waarbij de factor arbeid relevant is voor diagnostiek, behandeling, prognose en preventie.

De klinische arbeidsgeneeskunde maakt deel uit van de geïntegreerde gezondheidszorg en slaat een brug tussen arbo- en bedrijfsgezondheidszorg en klinische zorg.

In het beroepsprofiel worden twee varianten in de klinisch-arbeidsgeneeskundige beroepsuitoefening onderscheiden:

- orgaanspecialisten met specifieke interesse en expertise op het gebied van de relatie tussen ziekte en gezondheid binnen hun specialisme. Veelal leggen zij zich toe op diagnostiek en behandeling van ziekte als gevolg van factoren in het werk (werkgerelateerde aandoeningen, beroepsziekten). Bv. de arbeidsdermatoloog
- bedrijfsartsen die specifieke expertise hebben (ontwikkeld) met betrekking tot de relatie tussen werk en bepaalde (categorieën) ziektebeelden, bv. oncologische ziektebeelden (KAG-oncologie) of infectieziekten (KAG-infectieziekten).

In de hier bedoelde rol en positie van verbinder tussen bedrijfsgezondheidszorg en curatieve zorg in arbeidsgerichte zorg wordt de laatste variant bedoeld.

Klinisch-arbeidsgeneeskundige zorg:

de zorg zoals die, in een klinische setting en/of transmuraal netwerk, door, onder supervisie van, of in samenwerking met de klinisch arbeidsgeneeskundige wordt geleverd, met inbreng van diens algemene en ziektespecifieke arbeidsgeneeskundige expertise.

Verantwoording

Laatst beoordeeld : 30-05-2024

Laatst geautoriseerd : 30-05-2024

Voor de volledige verantwoording, evidence tabellen en eventuele aanverwante producten raadpleegt u de Richtlijndatabase.

Algemene bepaling van arbeidsgerichte zorg

Uitgangsvraag

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

Aanbeveling

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 afspreken 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.

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 vervolgafspraken 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.

Onderbouwing

Achtergrond

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.

Zoeken en selecteren

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 (NVVG) 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*.

Verantwoording

Laatst beoordeeld : 30-05-2024

Laatst geautoriseerd : 30-05-2024

Voor de volledige verantwoording, evidence tabellen en eventuele aanverwante producten raadpleegt u de Richtlijnen-database.

Referenties

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

Q'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.

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?

Aanbeveling

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 Overwegingen *Sub module: Laagdrempelig verwijzen naar de bedrijfsarts*), bijvoorbeeld het overzicht "Arbocuratieve samenwerking: wie doet wat en voorwaarden voor samenwerking" (zie:) en/of de informatie in de module Organisatie van arbeidsgerichte zorg (Module 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 Overwegingen *Sub module: 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 Overwegingen de *Sub module: Kernboodschap: vraag naar werk*

Overwegingen

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.

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.

Onderbouwing

Achtergrond

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.

Conclusies

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><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

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

Very low GRADE	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.
---------------------------	--

Low GRADE	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.
----------------------	---

Moderate GRADE	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.
---------------------------	---

Moderate GRADE	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.
---------------------------	---

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.

Zoeken en selecteren

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.

Verantwoording

Laatst beoordeeld : 30-05-2024

Laatst geautoriseerd : 30-05-2024

Voor de volledige verantwoording, evidence tabellen en eventuele aanverwante producten raadpleegt u de Richtlijnen-database.

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).

Kernboodschap: vraag naar werk

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?

Aanbeveling

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 Overwegingen *Sub module: Laagdrempelig verwijzen naar de bedrijfsarts*), bijvoorbeeld het overzicht "Arbocuratieve samenwerking: wie doet wat en voorwaarden voor samenwerking" (zie:) en/of de informatie in de module Organisatie van arbeidsgerichte zorg (Module 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 Overwegingen *Sub module: 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 Overwegingen de *Sub module: Kernboodschap: vraag naar werk*

Overwegingen

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;
- specifieke ondersteuning gericht op (arbeids)participatie, bijvoorbeeld bij het herstel na een operatieve ingreep, door middel van de EHealth interventie (<https://ikherstel.nl/>).
- 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.

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.

Onderbouwing

Achtergrond

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.

Conclusies

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	<p><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.</p>
---------------------------	--

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><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 <u>physical training</u> 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><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><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

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

Very low GRADE	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.
-----------------------	--

Low GRADE	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.
------------------	---

Moderate GRADE	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.
-----------------------	---

Moderate GRADE	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.
---------------------------	---

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.

Zoeken en selecteren

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.

Verantwoording

Laatst beoordeeld : 30-05-2024

Laatst geautoriseerd : 30-05-2024

Voor de volledige verantwoording, evidence tabellen en eventuele aanverwante producten raadpleegt u de Richtlijnen-database.

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).

Informatievoorziening patiënt

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?

Aanbeveling

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 Overwegingen *Sub module: Laagdrempelig verwijzen naar de bedrijfsarts*), bijvoorbeeld het overzicht "Arbocuratieve samenwerking: wie doet wat en voorwaarden voor samenwerking" (zie:) en/of de informatie in de module Organisatie van arbeidsgerichte zorg (Module 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 Overwegingen *Sub module: 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 Overwegingen de *Sub module: Kernboodschap: vraag naar werk*

Overwegingen

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>

- Specifieke ondersteuning gericht op (arbeids)participatie, bijvoorbeeld bij het herstel na een operatieve ingreep, door middel van de EHealth interventie (<https://ikherstel.nl/>).

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.

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.

Onderbouwing

Achtergrond

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.

Conclusies

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	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.
Low GRADE	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.
Moderate GRADE	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.
Moderate GRADE	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.

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.

Zoeken en selecteren

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.

Verantwoording

Laatst beoordeeld : 30-05-2024

Laatst geautoriseerd : 30-05-2024

Voor de volledige verantwoording, evidence tabellen en eventuele aanverwante producten raadpleegt u de Richtlijnen-database.

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).

Laagdrempelig verwijzen naar de bedrijfsarts

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?

Aanbeveling

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 Overwegingen *Sub module: Laagdrempelig verwijzen naar de bedrijfsarts*), bijvoorbeeld het overzicht "Arbocuratieve samenwerking: wie doet wat en voorwaarden voor samenwerking" (zie:) en/of de informatie in de module Organisatie van arbeidsgerichte zorg (Module 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 Overwegingen *Sub module: 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 Overwegingen de *Sub module: Kernboodschap: vraag naar werk*

Overwegingen

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;
- Behoefte 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 artsen 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 werk vragen 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 werk vragen 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.

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.

Onderbouwing

Achtergrond

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.

Conclusies

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	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.
Low GRADE	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.
Moderate GRADE	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.
Moderate GRADE	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.

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.

Zoeken en selecteren

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.

Verantwoording

Laatst beoordeeld : 30-05-2024

Laatst geautoriseerd : 30-05-2024

Voor de volledige verantwoording, evidence tabellen en eventuele aanverwante producten raadpleegt u de Richtlijnen database.

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).

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.

Aanbeveling

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

Informeert 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.

Informeert 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.

Informeert patiënten over waarvoor zij terecht kunnen bij zorgprofessionals en waarvoor bij arbo-professionals (Arbocuratieve samenwerking: wie doet wat en voorwaarden voor samenwerking).

Informeert 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.

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

Informeert 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.

Overwegingen

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 werkeisen

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 achtname 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.

Onderbouwing

Achtergrond

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.

Verantwoording

Laatst beoordeeld : 30-05-2024

Laatst geautoriseerd : 30-05-2024

Voor de volledige verantwoording, evidence tabellen en eventuele aanverwante producten raadpleegt u de Richtlijnen-database.

Referenties

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

Richtlijn Reumatoïde artritis. 2019.

<https://richtlijnen-database.nl/richtlijn/reumato-de-artritis-ra/organisatie-van-zorg-bij-reumatoïde-artritis.html>