

Naar een arbeidsgericht zorgmodel (Oncologie) Rapport Fase 1: Verkenning en Onderzoek

V 1.0/ november 2024



Het Kennisinstituut is onderdeel van



Inhoud

Leeswijzer	3
Managementsamenvatting	4
1. Inleiding	7
1.1. Voorgeschiedenis en aanleiding van het project	7
1.2. De projectopdracht	8
1.3. Rapportages en producten fase 1	8
1.4. Begripsbepaling en scope van het project	8
1.5. Projectorganisatie	10
2. Methode van onderzoek en informatieverzameling.....	10
3. Uitkomsten van verkenning en onderzoek	11
3.1. Kanker en werk: Wat is het probleem?.....	12
3.2. Draagvlak zoeken: Wie zijn de stakeholders en wat zijn hun belangen?.....	15
3.3. Waar staan we nu met arbeidsgerichte zorg?	16
3.4. Wat kan en moet beter? En hoe dan?.....	17
4. Beschouwing en synthese van de onderzoeksbevindingen	28
4.1. Het primair doel: goede -arbeidsgerichte- zorg voor werk(zoek)enden.....	28
4.2. Secundaire uitgangspunten, doelen en randvoorwaarden.....	30
5. Een format voor een arbeidsgericht zorgpad oncologie	32
6. Afsluitende beschouwing en vooruitblik naar fase 2 en 3	35
6.1. Beschrijving van uitgangspunten voor de go/no-go beslissing	35
6.1. Selectiecriteria voor de keuze van bekostigingsscenario's in fase 2.....	36
Bijlagen	38
Bijlage 1. Lijst van begrippen en definities.....	38
Bijlage 2. Samenstelling projectgroep, stuurgroep en klankbordgroep.....	42
Bijlage 3. Literatuurtabellen	44
Bijlage 4. Bronnen van informatie (rapporten, kwaliteitsstandaarden, good practices).....	54
Bijlage 5. Geïnterviewde experts en stakeholders (en hun organisaties).....	55
Bijlage 6. Stakeholdersanalyse	58
Bijlage 7. Vergelijking van praktijkvoorbeelden van (geïntegreerde) arbeidsgerichte zorg	60
Bijlage 8. Schema Beweging naar passende zorg in het Integraal Zorgakkoord	61
Bijlage 9. Format Arbeidsgericht domeinoverstijgend zorgpad Oncologie (generiek)	62
Bijlage 10. Arbeidsgerichte zorg: wanneer te verzekeren zorg?.....	72
Referenties	75

Leeswijzer

In dit rapport doen we verslag van de aanleiding, aanpak, bevindingen, conclusies en uitkomst van de verkennende /onderzoeksfase (fase 1 van 3) van het project 'Ontwikkeling en verkenning van een klinisch arbeidsgeneeskundig/ arbeidsgericht zorgmodel Oncologie'. Ook formuleren we uitgangspunten voor het nemen van een go/no-go beslissing voor continuering van het project na fase 1, evenals criteria voor de keuze van in fase 2 uit te werken bekostigingsscenario's. Fase 3 moet uitmonden in een implementatieplan.

In het inleidende hoofdstuk 1 beschrijven we de aanleiding, totstandkoming en de inhoud van de projectopdracht. Ook geven we definities van een aantal begrippen die relevant zijn voor het operationaliseren van de projectopdracht, uitmondend in een formulering van de scope van het project.

Het project bestaat uit 3 fasen. Dit verslag gaat over fase 1: Verkenning en onderzoek.

In hoofdstuk 2 beschrijven we de aanpak van de verkenning en het onderzoek in fase 1 en de verschillende bronnen van informatie die daarvoor zijn gebruikt.

Hoofdstuk 3 bevat de bevindingen en uitkomsten van verkenning en onderzoek. We behandelen ze aan de hand van de vragen:

- Wat is het probleem?
- Wie zijn de stakeholders en wat zijn hun belangen?
- Waar staan we nu met arbeidsgerichte zorg?
- Wat kan en moet beter? En hoe dan?

Hoofdstuk 4. Hier bespreken we wat de uitkomsten van hoofdstuk 3 betekenen voor het te ontwikkelen zorgmodel. Welke knelpunten moeten opgelost worden? Aan welke eisen moet een zorgmodel voldoen om deze knelpunten op te lossen? Aan welke randvoorwaarden moet worden voldaan?

In hoofdstuk 5 komen we op basis van de uitkomsten van hoofdstuk 4 tot een schets van een format 'Arbeidsgericht, Domeinoverstijgend Zorgpad Oncologie (generiek)'. Besproken wordt dat dit zorgpadformat de basis kan vormen voor een arbeidsgericht zorgmodel Oncologie, dat ook kan dienen als blauwdruk voor andere patiëntgroepen.

In hoofdstuk 6 kijken we vooruit naar het vervolg na fase 1.

We beschrijven daar ook de uitgangspunten voor een de go/no-go beslissing over continuering van het project na fase 1.

En we formuleren criteria voor de keuze van bekostigingsscenario's, die in fase 2 verkend moeten worden (uitgaande van een go-beslissing).

Managementsamenvatting

Aanleiding van het Onderzoek

Het project is geïnitieerd door het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) naar aanleiding van een motie (4) over “...hoe de klinische arbeidsgeneeskundige zorg in meer ziekenhuizen integraal onderdeel kan worden gemaakt van de reguliere oncologische zorg en hoe deze zorg daarvoor passend kan worden gefinancierd.” Het doel van het project is om een geïntegreerd arbeidsgericht zorgmodel te ontwikkelen, dat primair gericht is op mensen met en na kanker, maar ook als blauwdruk kan dienen voor andere patiëntgroepen met chronische aandoeningen.

Gebruikte Methode

De verkenning en het onderzoek zijn uitgevoerd met behulp van desk- en literatuuronderzoek, interviews met experts en stakeholders, een invitational conference, en afstemming met aanpalende projecten. Deze methoden zijn gebruikt om inzicht te krijgen in de problemen die het zorgmodel moet oplossen en de eisen waaraan het moet voldoen.

Probleemstelling

De huidige gezondheidszorg voor werkenden is niet voldoende gericht op arbeidsparticipatie. Arbeidsparticipatie wordt niet als behandeldoel geïntegreerd, en werk wordt niet systematisch als een herstelbevorderende factor benut. Het belang daarvan wordt wel breed onderkend en volgens richtlijnen, normen en standpunten van medisch-specialisten is dit zorg ‘die de medisch specialist pleegt te bieden’. In de praktijk zijn er echter knelpunten waardoor de zorg niet voldoet aan normen en behoeften van patiënten. In het verlengde hiervan is er onvoldoende samenwerking en afstemming tussen zorgprofessionals en professionals in het arbeids- & re-integratiedomein en het sociale domein (uitvoering Participatiewet), zoals bedrijfsartsen, arbo-verpleegkundigen, en re-integratie-professionals. Dit leidt tot fragmentatie in de zorg en een gebrek aan samenhang in de begeleiding van patiënten.

Er bestaan aanzienlijke organisatorische en financiële barrières tussen de verschillende domeinen (zorg, arbeid & re-integratie, en sociaal domein), die samenwerking bemoeilijken. Deze schotten worden versterkt door wettelijke kaders en regelgeving die niet zijn afgestemd op domeinoverstijgende samenwerking. Dat bemoeilijkt de implementatie van dergelijke samenwerking. Ook in het bredere kader van het Integraal Zorgakkoord blijkt dit een belemmering voor integrale zorg en de beoogde sector- en domeinoverstijgende samenwerking. Er is ook in dat kader behoefte aan aanpassing van wettelijke kaders om passende bekostigingsscenario's mogelijk te maken. Daarmee is een belangrijk maatschappelijk belang gemoeid.

Uit onze analyse en gesprekken komt de behoefte aan deskundige, arbeidsgerichte begeleiding, een transparant proces met optimale continuïteit, en een maatwerk aanpak bij patiënten naar voren. De factor arbeid moet een integraal onderdeel worden van de zorg binnen de curatieve sector, zoals de eerdergenoemde motie ook vraagt.

Het hoofddoel van het te ontwikkelen zorgmodel is het verbeteren van arbeidsgerichte zorg voor werkenden en werkzoekenden. Dit houdt in dat arbeidsparticipatie als behandeldoel en medicijn moet worden geïntegreerd in de reguliere gezondheidszorg. Om zo het gebrek aan arbeidsgeneeskundige expertise en continuïteit in de zorgtrajecten van diagnose tot re-integratie in werk op te lossen.

Het zorgmodel moet individueel maatwerk bieden, gebaseerd op een gedegen analyse van de persoonlijke, sociale en werkcontext van de patiënt. Dit omvat een proactief werkbehoudplan, dat

start als onderdeel van het individuele zorgplan in het ziekenhuis, met systematische gegevensuitwisseling tussen en digitale ondersteuning van professionals in de betrokken domeinen.

Het beoogde zorgmodel

Als antwoord op de geschetste knelpunten en behoeften stellen we klinische zorgpaden in regionale, domeinoverstijgende netwerken voor als een passend organisatiemodel. Een regionale aanpak sluit aan bij de regionale organisatie van de zorg en verbinding met het sociale domein in het kader van het Integraal Zorg Akkoord (IZA). Verbinding met het sociale domein is ook voor arbeidsgerichte zorg van belang voor patiënten die aangewezen zijn op begeleiding door gemeenten, respectievelijk regionale werkbedrijven, in het kader van de Participatiewet. Gemeenten, werkbedrijven en UWV werken in dat kader regionaal samen in arbeidsmarktregio's.

Het format '(regionaal) transmuraal zorgpad niet-tumorspecifiek' van IKNL kan als basis dienen voor een format 'domeinoverstijgend arbeidsgericht oncologisch zorgpad (generiek)' (figuur 1) en uitwerking daarvan in een arbeidsgericht zorgmodel oncologie. In bijlage 9 is een procesbeschrijving opgenomen.

Voor het bereiken van de doelen van een dergelijk zorgmodel is inzetten van daartoe geschoolde verpleegkundigen en arbeidsgeneeskundige expertise in het zorgproces, vanaf vroeg na diagnose, noodzakelijk. Ter ondersteuning van de rol van de medisch specialist en voor de coördinatie van de domeinoverstijgende samenwerking.

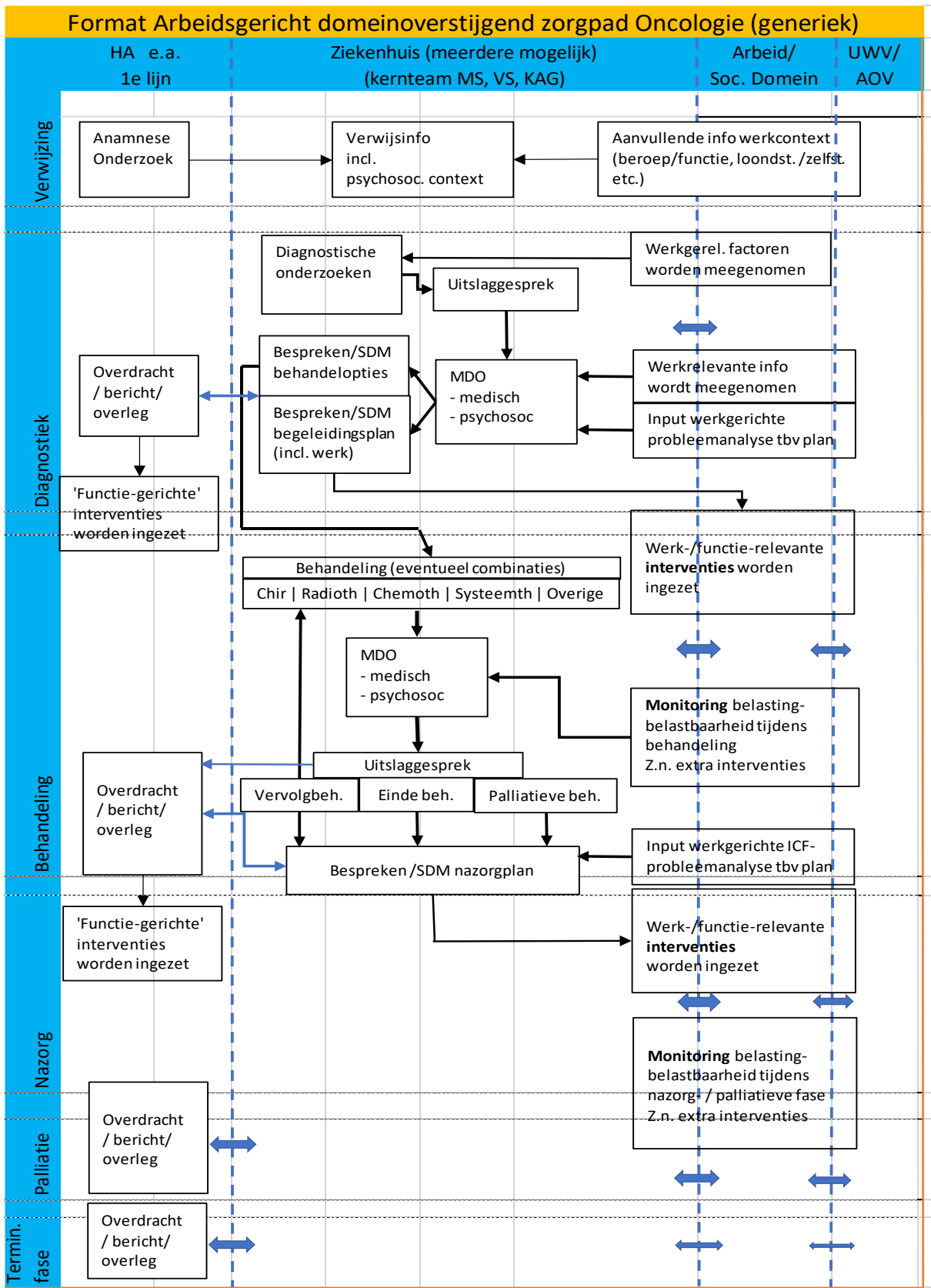
Het zorgmodel is gericht op integratie van arbeidsgerichte aspecten in het reguliere zorgproces en proactief sturen op 'juiste zorg op het juiste moment en op de juiste plek' in de betrokken sectoren en domeinen en efficiënt organiseren van het domeinoverstijgende traject. Uiteindelijk moet het daarmee ook bijdragen aan het verminderen van capaciteitsproblemen en kosten in de gezondheidszorg en bedrijfsgezondheidszorg. Het moet de kwaliteit van leven van patiënten verbeteren en bijdragen aan maatschappelijke doelen zoals duurzame inzetbaarheid en vermindering van productiviteitsverlies.

Conclusie

Er is breed draagvlak voor een dergelijk regionaal, domeinoverstijgend arbeidsgericht zorgmodel, dat de kwaliteit en effectiviteit verbetert van het arbeidsgerichte aspect van 'de zorg zoals de medisch specialist die pleegt te bieden'. Het model moet geïntegreerd worden in de reguliere zorgprocessen met toevoeging van arbeidsgeneeskundige expertise en continuïteit krijgen tot in het arbeids- & en re-integratiedomein en het sociale domein. De implementatie van het zorgmodel vereist veranderingen op micro-, meso-, en macroniveau. Dit omvat regionale samenwerking in domeinoverstijgende netwerken en met passende bekostigingsarrangementen. Er zijn aanzienlijke organisatorische en financiële schotten die samenwerking bemoeilijken, en deze moeten worden aangepakt.

Aanbevelingen

Ga verder met het volgens de geschetste lijnen ontwikkelen van een arbeidsgericht Zorgpadformat inclusief een passend bekostigingsarrangement: Het format '(regionaal) transmuraal zorgpad niet-tumorspecifiek' van IKNL kan als uitgangspunt dienen voor het arbeidsgerichte zorgmodel oncologie. Vervolgstappen: Fase 2 en 3 van het project moeten zich richten op de verdere uitwerking van het zorgmodel, bijvoorbeeld in de vorm van een zorgstandaard, bijpassende bekostigingsscenario's en uiteindelijk de ontwikkeling van een implementatieplan met breed draagvlak en met oog voor alle geïdentificeerde aandachtspunten voor implementatie.



Legenda:

SDM= shared decision making (samen beslissen)

ICF= Int. Classification of Functioning, Disability and Health

Figuur 1. Processchema van een arbeidsgericht zorgpadformat oncologie

1. Inleiding

In dit rapport doen we verslag van de aanleiding, aanpak, bevindingen, conclusies en uitkomst van de verkennende /onderzoeksfase (fase 1 van 3) van het project 'Ontwikkeling en verkenning van een klinisch arbeidsgeneeskundig/ arbeidsgericht zorgmodel Oncologie'. Ook worden uitgangspunten geformuleerd voor het nemen van een go/no-go beslissing voor continuering van het project na fase 1, evenals criteria voor de keuze van in fase 2 uit te werken bekostigingsscenario's.

Doel van fase 3 is om, op basis van de informatie uit fase 1 en 2, te komen tot een implementatieplan voor een onderbouwd en gedragen arbeidsgericht zorgmodel, inclusief meest passend bekostigingsscenario.

1.1. Voorgeschiedenis en aanleiding van het project

Het ministerie van SZW heeft de projectopdracht verstrekt naar aanleiding van een motie van Tweede Kamerlid van Weyenberg in november 2020. Aanleiding voor het indienen van de motie was een kennismaking met klinisch-arbeidsgeneeskundige zorg voor jonge kankerpatiënten in het Radboudumc. De met 148 vóórstemmen breed gedragen motie verzoekt de regering, *uiterlijk in het eerste kwartaal van 2021 met een voorstel te komen hoe de klinische arbeidsgeneeskundige zorg in meer ziekenhuizen integraal onderdeel kan worden gemaakt van de reguliere oncologische zorg en hoe deze zorg daarvoor passend kan worden gefinancierd (4).*

In vervolg op de motie heeft Van Weyenberg in het Algemeen Overleg Arbeidsmarktbeleid nog eens benadrukt dat het wat hem betreft niet meer gaat om de vraag óf, maar hóe.

De formulering van de opdracht voor dit project als antwoord op de motie heeft langere tijd in beslag genomen. De reactie van de minister van SZW, mede namens de minister voor medische zorg, volgt in de brief aan de Tweede Kamer van juni 2021 over de Toekomst van de arbeidsgerelateerde zorg (5). In de brief schetst de minister welke stappen gezet moeten worden om dit te kunnen regelen en stelt dat het een complexe opgave betreft gezien de huidige inrichting van het stelsel. De stappen die de minister schetste gingen ervan uit dat de klinisch-arbeidsgeneeskundige discipline een erkend en geregistreerd medisch specialisme zou moeten worden en de zorg die door dit specialisme geleverd wordt, geprotocolleerd en door het Zorginstituut getoetst zou moeten worden aan de criteria voor financiering via de Zorgverzekeringswet. In reactie op de brief hebben de beroepsverenigingen van bedrijfsartsen (NVAB) en klinisch arbeidsgeneeskundigen (NVKA) gezamenlijk kenbaar gemaakt dat erkenning en registratie van klinisch arbeidsgeneeskundigen als een nieuw medisch specialisme geen wenselijke en ook geen noodzakelijke stap is. Hun standpunt was dat klinisch arbeidsgeneeskundigen¹ sociaal geneeskundigen zijn die geregistreerd zijn als medisch specialisten Arbeid en Gezondheid/ Bedrijfsgeneeskunde en zich aanvullend op die registratie gespecialiseerd hebben in ziektespecifieke oorzaken in werk en gevolgen voor werk van hun aandachtsgebied, in dit geval de oncologie.

In de projectgroep die vervolgens is ingesteld voor het formuleren van een meer passend antwoord op de motie Van Weyenberg hebben vertegenwoordigers van de ministeries van SZW en VWS, NVAB, NVKA en ZiN, als ook de klinisch arbeidsgeneeskundige Oncologie van het Radboudumc geparticipeerd. De projectgroep heeft najaar 2023 de uiteindelijke projectopdracht geformuleerd, die vervolgens door het ministerie van SZW is vastgesteld en ten grondslag ligt aan het project waarvan hier verslag van de eerste fase wordt gedaan.

¹ In hoofdstuk 3 wordt toegelicht dat er naast dit profiel van de klinisch arbeidsgeneeskundige nog een ander profiel bestaat, namelijk de medisch specialist die zich heeft gespecialiseerd in arbeidsgerelateerde ziekte, dat zoals daar wordt toegelicht, hier niet van toepassing is.

1.2. De projectopdracht

De projectopdracht is vastgelegd in het document 'Verzoek voor dienstverlening voor een verkenning naar en de ontwikkeling van een 'zorgmodel' klinische arbeidsgeneeskundige zorg' (ministerie SZW, najaar 2023). In de beschrijving van de opdracht is expliciet benoemd dat het primair gaat om de ontwikkeling van een zorgmodel voor oncologische patiënten, maar dat het ook als een blauwdruk voor patiënten met andere chronische aandoeningen gebruikt moet kunnen worden.

Het project kent drie fasen. Bij het eind van het project moet een implementatieplan voor het ontwikkelde zorgmodel, inclusief het meest passende scenario voor bekostiging/financiering worden opgeleverd.

In het genoemde document wordt de opdracht voor Fase 1 als volgt beschreven:

Fase 1. Algemene beschrijving en vaststelling van 'goede klinisch-arbeidsgeneeskundige zorg'.

1e fase verkenning:

- Er wordt een onderbouwde en door belangrijke stakeholders gedragen beschrijving opgesteld van klinisch-arbeidsgeneeskundige ('arbeidsgerichte') zorg als integraal onderdeel van oncologische zorg.
- Ook zullen selectiecriteria voor fase 2 en de doorontwikkeling in fase 3b (zie verder), worden ontwikkeld en vastgesteld in samenspraak met opdrachtgever, stuur- en klankbordgroep. Hierbij kan o.m. worden gedacht aan draagvlak bij uitvoerende partijen in beide zorgdomeinen, te doorlopen besluitvormingsprocessen, etc.
- Op grond van de resultaten van deze fase zal een 'go/no go'-beslissing over het vervolg van het project worden genomen door de opdrachtgever. De opdrachtnemer doet daar een voorstel voor, in afstemming met andere direct betrokken partijen.

In fase 2 moeten passende scenario's voor bekostiging verkend worden en in fase 3 moet het best passende scenario worden uitgewerkt en moet een implementatieplan voor het beoogde zorgmodel inclusief bekostiging worden opgeleverd.

De opdracht is om het zorgmodel primair te richten op mensen met en na kanker ('integraal onderdeel van oncologische zorg'). Het is echter nadrukkelijk de bedoeling dat het model ook als blauwdruk kan dienen voor andere patiëntgroepen met chronische (gevolgen van) aandoeningen, waarvan het zorgpad in principe begint bij medisch-specialistische diagnostiek in het ziekenhuis. Vanuit de projectgroep is de insteek dat het model uiteindelijk ook toegepast moet kunnen worden voor zorg die in de eerste lijn of in de bedrijfsgezondheidszorg start.

1.3. Rapportages en producten fase 1

In overleg met de opdrachtgever SZW hebben we dit vertaald in de volgende op te leveren producten voor fase 1:

1. Een onderbouwde en breed gedragen beschrijving van klinisch-arbeidsgeneeskundige ('arbeidsgerichte') zorg als integraal onderdeel van oncologische zorg;
2. Selectiecriteria t.b.v. de te maken keuzes voor één of meerdere scenario's voor de verdere verkenning van scenario's t.b.v. de ontwikkeling van een zorgmodel, de daarbij aansluitende financiering;
3. Uitgangspunten om een 'go/no go'-besluit over het project te kunnen nemen.

1.4. Begripsbepaling en scope van het project

De projectopdracht heeft oorspronkelijk de titel 'Verkenning en ontwikkeling van een klinisch-arbeidsgeneeskundig zorgmodel' meegekregen. Deze is gebaseerd op de in de motie van Weyenberg

gebruikte term 'klinisch-arbeidsgeneeskundige zorg'. Ook in het antwoord van de minister ligt de focus hierop.

In diverse documenten en in het mondeling taalgebruik valt op dat de termen 'klinisch-arbeidsgeneeskundige zorg', 'arbocuratieve zorg' en 'arbeidsgerichte (medische) zorg' door elkaar en deels als synoniemen worden gebruikt. Daarnaast is ook 'arbeidsgerelateerde zorg' een veel gebruikt begrip, waarvan niet altijd duidelijk is wat er mee wordt bedoeld.

Daarom belangrijk om te definiëren wat we in het kader van deze opdracht onder deze begrippen verstaan en hoe die begrippen zich tot elkaar verhouden. Op basis daarvan kunnen we dan ook de scope van de opdracht zo scherp mogelijk definiëren en afbakenen.

In een separaat document gaan we in op de argumentatie van de keuze voor te hanteren begrippen en definities en daaruit afgeleide beschrijving van de scope van het project. Dit document is beschikbaar op de website van de NVKA ([Arbeidsgericht zorgmodel \(nvka.nl\)](http://Arbeidsgericht_zorgmodel_nvka.nl)) om breed gebruik van dezelfde terminologie te bevorderen?

Een uitgebreide lijst met begrippen en hun definities hebben we opgenomen in bijlage 1. Hier beperken we ons tot een toelichting op enkele kernbegrippen die in de tekst veel gebruikt worden:

- **Arbeidsgerichte zorg:** integrale gezondheidszorg waarin arbeidsparticipatie een geïntegreerd behandeldoel is. Hierbij wordt werk² ingezet als medicijn (herstelbevorderende factor) en wordt systematisch aandacht besteed aan diagnostiek, signalering en preventie van werkgerelateerde aandoeningen. Deze zorg omvat een continuüm van curatieve zorg³, beginnend vroeg na diagnose, en revalidatiebehandeling tot arbo- en bedrijfsgezondheidszorg en begeleiding in of naar werk (inclusief eventuele begeleiding in het sociale domein het kader van de Participatiewet), en vice versa;
- **Klinische arbeidsgeneeskunde:** het domein binnen de geneeskunde waarin structureel gebruik wordt gemaakt van (ziekte-) specifieke arbeids- en bedrijfsgeneeskundige kennis in een reguliere klinische of transmurale setting voor patiënten, waarbij de factor arbeid relevant is voor diagnostiek, behandeling, nazorg, prognose en preventie;
- **Klinisch arbeidsgeneeskundige (KAG)⁴:** een medisch specialist Arbeid & Gezondheid, profiel arbeids- en bedrijfsgeneeskunde (bedrijfsarts), werkzaam in en vanuit de reguliere gezondheidszorg, met ziektespecifieke specialisatie gericht op de relatie tussen specifieke (categorieën) ziektebeelden en werk, bv. oncologische ziektebeelden (KAG-oncologie) of infectieziekten (KAG-infectieziekten). De ziektespecifieke kennis wordt ingezet in het kader van 1. diagnostiek, behandeling en preventie van werkgerelateerde aandoeningen en 2. in het kader van (complexe) re-integratieproblematiek bij werk(zoek)enden en studerende met participatieproblemen als gevolg van (chronische) gezondheidsproblemen en beperkingen. Klinisch arbeidsgeneeskundigen kunnen bovendien een belangrijke rol vervullen in de samenwerking tussen de reguliere zorg en bedrijfsgezondheidszorg.

Scope van de opdracht

In het kader van dit project beschouwen we klinisch-arbeidsgeneeskundige zorg van de toekomst niet als op zich staande zorg, die bestaat uit het toevoegen van een klinisch arbeidsgeneeskundige in een solistische rol. In het kader van een arbeidsgericht zorgmodel is klinisch-arbeidsgeneeskundige zorg integraal onderdeel van de arbeidsgerichte zorg in transmurale en domein overstijgende zorgnetwerken. De klinisch arbeidsgeneeskundige heeft een belangrijke rol in het verbinden van bedrijfs- en curatieve gezondheidszorg (arbocuratieve samenwerking) en het integreren daarvan in deze arbeidsgerichte zorgnetwerken.

² Waar we in het kader van arbeidsgerichte zorg de begrippen 'werk' en 'werk(zoek)ende' gebruiken, bedoelen we daarmee ook 'studie/opleiding' en 'studerende'.

³ Onder curatieve zorg verstaan we hier alle reguliere ziekenhuis- en 1^e lijnszorg, inclusief palliatieve zorg

⁴ Er is nog een tweede profiel 'klinisch arbeidsgeneeskundige' dat is in deze context echter niet van toepassing (zie voetnoot 4).

Daarmee is gegeven hoe klinisch-arbeidsgeneeskundige zorg, arbeidsgerichte zorg en arbocuratieve samenwerking zich in het kader van deze opdracht tot elkaar verhouden en hoe we de begrippen definiëren.

De scope van de opdracht:

‘Een beschrijving van interdisciplinaire klinisch-arbeidsgeneeskundige zorg als geïntegreerd onderdeel van arbeidsgerichte zorg en hoe deze transmurale en domein-overstijgende zorg het meest doelmatig georganiseerd en het meest passend bekostigd/gefinancierd kan worden’.
En dus NIET: ‘een beschrijving van de zorg door de klinisch-arbeidsgeneeskundige en hoe die gefinancierd kan worden’.

1.5. Projectorganisatie

De projectopdracht is gegund aan de Nederlandse Vereniging voor Klinische Arbeidsgeneeskunde (NVKA). Voor een kwalitatief goede uitvoering van het project is de NVKA een samenwerkingsverband aangegaan met de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) en het Kennisinstituut van de Federatie van Medisch Specialisten (KIMS). Deze partners zijn in het projectteam vertegenwoordigd. Betrokkenheid van stakeholders uit het veld is georganiseerd in een stuurgroep met vertegenwoordigers op bestuurs-/beleidsniveau met mandaat van hun organisatie. Ook is er een breed samengestelde groep gevormd van 41 deelnemers aan een invitational conference. Een deel van de deelnemers aan deze klankbordgroep (11) heeft daadwerkelijk deelgenomen aan de commentaarronde. Ze hebben commentaar gegeven op de hoofdlijnen in de vorm van een uitgebreide samenvatting van dit verslag. Vertegenwoordigers van het ministerie van VWS zijn via de opdrachtgever betrokken bij het opdrachtgeversoverleg en hebben daar hun inbreng gehad.

In bijlage 2 geven we een overzicht van de samenstelling van het projectteam, de stuurgroep en de deelnemers aan de invitational conference (en wie van hen heeft deelgenomen aan de commentaarronde).

2. Methode van onderzoek en informatieverzameling

Desk- en literatuurresearch

Er is systematisch gezocht naar relevante en nog actuele informatie in de vorm van:

- Wetenschappelijke literatuur (internationaal) over de problematiek van kanker en werk (bijlage 3a), ervaringen met werk(hervatting) met en na kanker, behoeften van patiënten met betrekking tot arbeidsgerichte zorg (bijlage 3b) en effecten van arbeidsgerichte zorg voor mensen met kanker (bijlage 3c). In bijlage 3d zijn de literatuurreferenties opgenomen.
- Advies-, beleids- en onderzoeksrapporten over gezondheidszorg voor werkenden gepubliceerd in de afgelopen 10 jaar (vanaf 2014). Zie het overzicht in bijlage 4a.
- Medisch-specialistische (en arbeidsgeneeskundige) richtlijnen en andere kwaliteitsdocumenten betreffende (mensen met) chronische aandoeningen, waarin aandacht wordt besteed aan arbeidsgerichte diagnostiek en interventies. Gezocht is in de richtlijndatabase van de Federatie Medisch Specialisten ([Richtlijndatabase](#)) en in het overzicht op de website van de NVAB ([NVAB Richtlijnen](#) | [NVAB \(nvab-online.nl\)](#)). We hebben ons beperkt tot richtlijnen die korter dan 10 jaar geleden zijn gepubliceerd of herzien. Een overzicht van de gebruikte richtlijnen is te vinden in bijlage 4b.

- Publicaties en online-informatie over praktijkvoorbeelden en pilots met arbeidsgerichte zorg die nog actueel zijn (bijlage 4c).

Interviews met experts

In het kader van de verkenning van het onderwerp en het veld zijn gesprekken gevoerd met een aantal experts m.b.t. het concept ‘arbeidsgerichte zorg’ en organisatie, bekostiging/ financiering van dergelijke zorg, actuele en dominante ontwikkelingen in het zorgdomein, het arbeids- en re-integratiedomein en het sociale domein en m.b.t. implementatie van zorginnovaties. Ook is met twee experts gesproken over ‘good practises’ van arbeidsgerichte zorg in andere EU-landen. In bijlage 5 is een overzicht gegeven van de experts waarmee gesprekken hebben plaats gevonden.

Interviews, invitational conference en commentaarronde met stakeholders

Ook zijn gesprekken gevoerd met stakeholders in de genoemde domeinen om inzicht te krijgen in hun behoeften en standpunten m.b.t. ‘arbeidsgerichte zorg’. Deels is er overlap tussen de groep stakeholders en de experts van 2.2. Zie bijlage 5 voor een overzicht van de geïnterviewden.

Ook is een groot aantal stakeholders uitgenodigd voor een invitational conference op 25 juni 2024. Bij de conferentie zijn de contouren van het beoogde arbeidsgerichte zorgmodel gepresenteerd en is aan gemengde subgroepen gevraagd een gestructureerd gesprek met elkaar te voeren over diverse aspecten: 1. structurele borging van arbeidsgerichte zorg in de reguliere zorg, 2. structurele verbetering van domeinoverstijgende continuïteit en samenwerking en 3. siloproblematiek en ontbreken van passende financiering als belemmering voor domeinoverstijgende zorg.

De uitkomsten van de tafelgesprekken zijn op papier verzameld, geanalyseerd en ook als input voor dit verslag gebruikt.

Aan de 41 deelnemers van de invitational conference is nadien gevraagd commentaar te geven op een uitgebreide samenvatting van het onderzoeksverslag. 11 deelnemers gaven daar gehoor aan.

Input uit aanpalende projecten

Het onderwerp gezondheid en werk en arbocuratieve samenwerking staat volop in de belangstelling. Er lopen diverse interventie- en onderzoeksprojecten die groot raakvlak hebben met de thematiek van dit project. De belangrijkste waarmee informatie-uitwisseling plaatsvindt, zijn weergegeven in tabel 1.

Tabel 1. Overzicht van aanpalende projecten

Project/ programma	Organisatie	Informatie
Nederlandse Kanker Agenda 2023-2033 Actieplan Kanker & Werk	Nederlands Kanker Collectief	Werk en kanker - Nederlands Kanker Collectief (6)
maatschappelijke Businesscase Arbocuratieve Samenwerking	SiRM (i.o.v. Ministerie SZW)	Publicatie volgt eind november
Kanker en Werk, verbetering informatievoorziening	ZonMw (i.o.v. Min. VWS)	Kanker en Werk ZonMw (7)
Toekomst Arbozorgstelsel/Arbovisie 2040 deel 2	Sociaal-Economische Raad	Advies volgt december/januari 2025
Innovatieve Arbozorg	ZonMw i.o.v. Ministerie SZW	Programmatekst-Innovatieve-Arbozorg.pdf (zonmw.nl) (8)
Platform Arbeidsgerelateerde zorg/ netwerk Zorg en Werk	RIVM i.o.v. Ministerie SZW	Arbeid en zorg RIVM (9)
Passende zorg voor mensen met kanker	Zorginstituut Nederland	Passende zorg voor mensen met kanker Werkagenda Zorginstituut Nederland (10)

3. Uitkomsten van verkenning en onderzoek

Onze search heeft slechts beperkt bruikbare wetenschappelijke literatuur opgeleverd over voorbeelden en evaluaties van arbeidsgerichte zorg(modellen). Wel hebben we veel relevante beleidsdocumenten en kwaliteitsstandaarden gevonden. En daar komen er nog voortdurend bij, er zijn met name in de (oncologische) zorg veel interessante ontwikkelingen gaande die relevant zijn voor het project. Ook hebben we veel interviews gehouden en informatieve gesprekken gevoerd met experts en stakeholders en bruikbare input uit de invitational conference en commentaarronde gekregen.

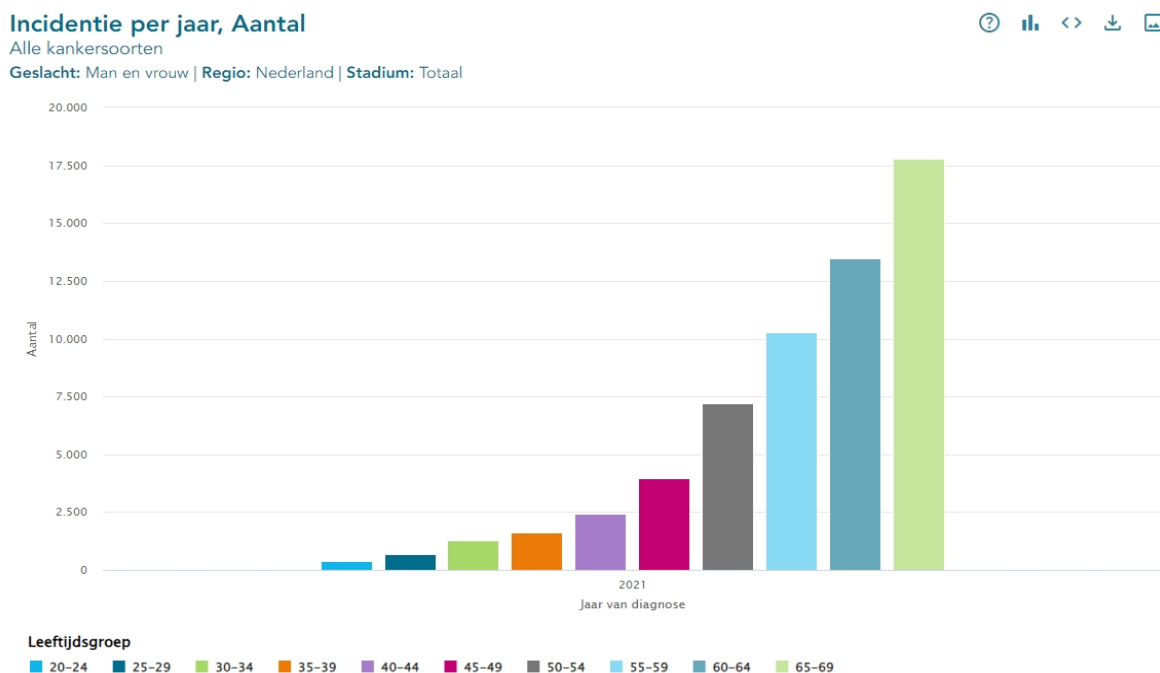
We beschrijven hier de antwoorden die de vergaarde informatie geeft op de volgende vragen:

- Kanker en werk: wat is het probleem?
- Draagvlak zoeken: Wie zijn de stakeholders en wat zijn hun belangen?
- Waar staan we nu met arbeidsgerichte zorg in Nederland, in het algemeen en in de oncologie in het bijzonder?
- Wat kan en moet beter en hoe dan?

3.1. Kanker en werk: Wat is het probleem?

Aard en omvang van de problematiek van kanker en werk

Uit rapportage van de Nederlandse Kanker Registratie (NKR) blijkt dat in 2021 in totaal 59.140 mensen tussen de 20 en 69 de diagnose kanker kregen (zie figuur 2).



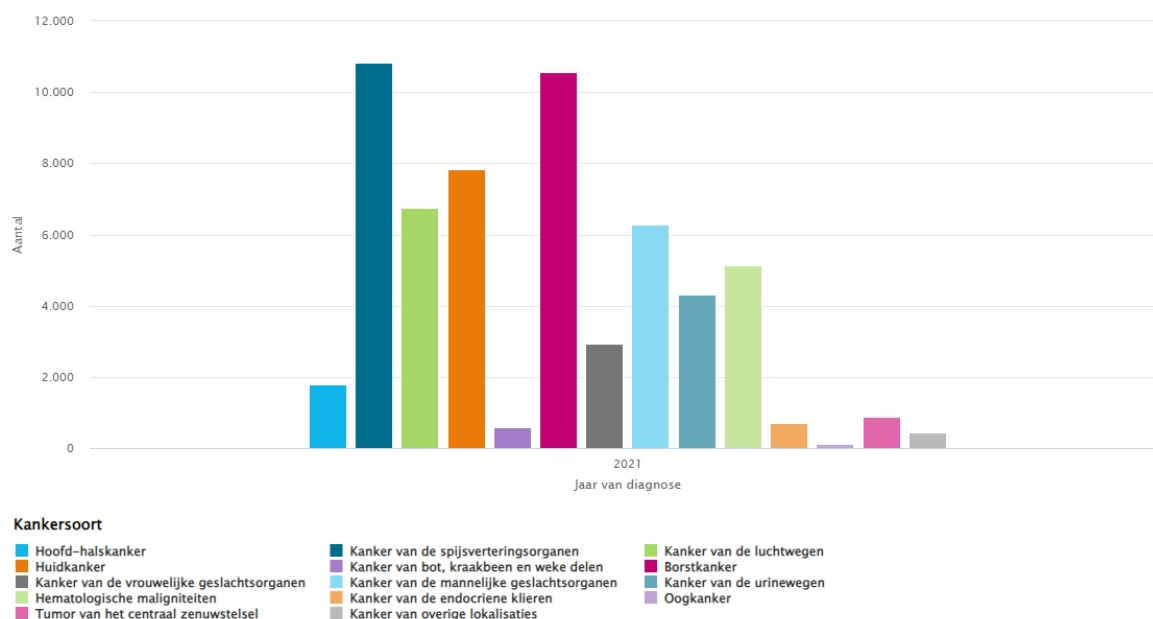
Bron: NKR
Gewijzigd op: 15 februari 2024

Figuur 2. Incidentie van kanker in Nederland in de leeftijdsgroep 20-69. Nederlandse Kankerregistratie (NKR) (11)

In het algemeen geldt: hoe ouder, hoe vaker de diagnose kanker. Dat betekent dat de stijging van de pensioenleeftijd leidt tot een aanzienlijke toename (ca. 10.000 per jaar) van nieuwe werkenden met kanker. In deze leeftijdsgroep krijgen vrouwen iets vaker de diagnose kanker dan mannen (30.833 vs. 28.307). Kanker aan het spijsverteringsorgaan is de meest gemelde diagnose, gevolgd door borstkanker en huidkanker (10.830, 10.559 en 7.848 respectievelijk) (zie figuur 3).

Incidentie per jaar, Aantal

Geslacht: Man en vrouw | Leeftijdsgroep: 65-69 + 60-64 + 55-59 + 50-54 + 45-49 + 40-44 + 35-39 + 30-34 + 25-29 + 20-24 | Regio: Nederland | Stadium: Totaal



Bron: NKR

Gewijzigd op: 15 februari 2024

Figuur 3. Incidentie in het jaar 2021 voor de leeftijdsgroep 20-69 uitgesplitst naar diagnosegroep.

Wat betreft de gevolgen van kanker voor werk en inkomen vonden we het volgende beeld (tabel 2).

- Jongeren hebben een verhoogd risico ten opzichte van de algemene bevolking (uit studie van vrouwen met borstkanker -> 2-5 jaar na diagnose <35 jaar bij diagnose hazard ratio 1.7 (95% BI 1.3-2.2) vs. 50-55 (hazard ratio 1.4 (95% BI 1.2-1.5));
- ZZP'ers hebben een verhoogd risico op bijstand in vergelijking met werknemers uit studie van de Wind-> hazard ratio 1.37 (95% BI 1.07, 1.75);
- Over de invloed van een lage sociaal-economische status (SES), geslacht en de risico's bij immigranten ontbreken goede data in Nederland;
- Mensen met een tijdelijk contract hebben een hoger risico dan mensen met een vast contract
- In een peiling van de NFK geeft 1 op de 10 mensen aan zijn of haar baan te zijn verloren vanwege de kanker(behandeling) (12);
- Uit een peiling van de NFK geeft 60% van de patiënten aan dat de kanker(behandeling) financiële gevolgen heeft. Zij ervaren deze gevolgen soms (50%), vaak (15%) of altijd (8%) (12, 13).
- Twee studies laten een verhoogde incidentie zien van nadelige 'werkuitkomsten' bij mensen met kanker in Nederland: AO/WW/bijstand (tabel 2).

Conclusie:

Het hebben (gehad) van kanker heeft ongunstig effect op werkuitkomsten.

Jongeren, ZZP'ers en werknemers zonder vast contract zijn extra kwetsbaar voor ongunstige werkuitkomsten.

Tabel 2. Risico op nadelige werkuitkomsten na diagnose kanker in vergelijking met alg. bevolking.

Auteur	Populatie	Aantal jaren follow-up	Vergelijking met	Negatieve werkuitkomsten			
				Werkeloosheid	Arbeidsongeschiktheid	Bijstand	Combinatie van negatieve werkuitkomsten
Paalman 2016 (14)	Borstkanker voor 55 jaar (N = 14 916)	2-5 jaar	Algemene bevolking	Hazard ratio 1.2 (95% BI 1.1–1.3)	Hazard ratio 5.1 (95% BI 4.7-5.6)	Hazard ratio 1.1 (95% BI 0.9-1.4)	Hazard ratio 1.6 (95% BI 1.5-1.7)
De Wind 2021 (15)	Colorectaal (N = 12 007)	2-4 jaar	Algemene bevolking	Hazard ratio 0.73 (95% BI 0.7-0.8)	Hazard ratio 4.4 (95% BI 3.9- 4.9)		Hazard ratio 1.56 (95% BI 1.4 – 1.7)

Wat zijn de ervaringen van patiënten met werk(hervatting) met/na kanker?

Om deze vraagstelling te beantwoorden doorzochten we in december 2023 de medische database Medline van de afgelopen 10 jaar en selecteerden we 16 artikelen uit de wetenschappelijke literatuur. We hebben hier 1 Nederlandstalig onderzoeksrapport van de Nederlandse Federatie van Kankerpatiënten organisatie (NFK) aan toegevoegd (13). Zie de literatuurtabellen in bijlage 3.

Resultaten

Negen van 16 wetenschappelijke publicaties betrof een overzichtsartikel (systematische/scoping reviews) en de overige originele, veelal kwalitatieve studies zoals interviewstudies. De meeste studies zijn gedaan onder vrouwen met borstkanker.

a. Ervaringen met werk(hervatting)

Uit de wetenschappelijke literatuur komt het beeld naar voren dat het besluitvormingsproces van een werkende na een diagnose van kanker over het al dan niet hervatten van werk een individueel complex proces is. Dat proces wordt beïnvloed door persoonlijke factoren zoals lange-termijn gevolgen en late effecten van behandeling van kanker zoals vermoeidheid, betekenis van werk, her-evaluatie van werk en mogelijkheden om aan te passen aan nieuwe situatie. Verder spelen ook werkfactoren, zoals de reactie van werkgever en collega's, en een bredere maatschappelijke context waarin het individu zich bevindt een rol. Denk bij dit laatste aan financiële zaken, sociale steun van bijvoorbeeld familie, sociaal-politieke context en nationale (werk)ethiek.

Eenzelfde beeld komt naar voren ten aanzien van de factoren die het werkhervattingsproces kunnen bevorderen en belemmeren waarbij opgemerkt wordt dat dit een interactie is tussen de persoon en diens (werk)omgeving, die plaats vindt in een bredere maatschappelijke context.

Daarnaast geven mensen uit Nederland aan dat het lastig is om te solliciteren na een diagnose van kanker omdat werkgevers een werknemer met een diagnose van kanker als risico zouden kunnen zien. Dit ondanks dat een sollicitant niet verplicht is om mededeling te doen over in het verleden gestelde diagnose.

b. Advies/steun vanuit de zorg

Als we specifiek inzoomen op de zorg dan zien we dat de meerderheid van de werkenden met een diagnose van kanker de gevolgen van de kanker(behandeling) op werk niet heeft besproken met zijn/haar zorgprofessional in het ziekenhuis of in de eerste lijn, terwijl zij wel aangeven hier behoefte aan te hebben. Daarnaast wordt ook genoemd dat sommige werkenden niet het idee hebben dat zorgprofessionals genoeg begrip hebben van de gevolgen van de kanker(behandeling) op werk.

c. Voorwaarden voor een succesvolle werkhervatting

Als voorwaarden worden vaak genoemd zijn: een geleidelijk, flexibel en op maat gemaakt werkhervattingsproces waarbij het werk kan worden aangepast en er steun is vanuit de zorg en de (werk)omgeving.

Knelpunten in de zorg voor werk(zoek)enden met kanker en andere chronische aandoeningen

De hiervoor geschetste ervaringen van patiënten in de zorg worden bevestigd door de uitkomsten van een peiling van Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties (NFK) onder mensen met kanker (12, 13), onderzoeks- en beleidsadviesrapporten, o.a. 'Betere zorg voor Werkenden'(16) en 'Zorg die werkt' (17). De rapporten schetsen het volgende beeld van hun probleemanalyse. 'Betere zorg voor werkenden' wordt in het bijzonder voor mensen met chronische (gevolgen van) aandoeningen, zoals kanker, belangrijk gevonden. Zij hebben aanzienlijk vaker dan 'gezonde' werkenden geen werk of hebben kleinere contracten en werk onder hun niveau. Dat leidt tot verlies van inkomen, kwaliteit van leven en gezondheid voor de patiënt. Ook maatschappelijk en economisch is er sprake van onwenselijke effecten: (onnodig) verlies aan talent en productiecapaciteit, zeker gezien de toenemende tekorten op de arbeidsmarkt. Het probleem wordt versterkt door een gestage toename van mensen met één of meerdere chronische aandoeningen, inclusief kanker, en toename van kans op overleving. Steeds meer mensen met en na deze aandoeningen moeten, willen en kunnen door met hun leven. Algemene conclusie is dat de zorg en begeleiding daar dan wel beter bij moet ondersteunen en ook de samenwerking tussen alle betrokken sectoren en domeinen in de maatschappij beter moet.

De rapporten constateren dat de kwaliteit van de gezondheidszorg voor werk(zoe)kenden in ons land tekortschiet, ze wordt qua inhoud en organisatie beoordeeld als onvoldoende arbeidsgericht.

Daarmee wordt bedoeld dat

1. (behoud van) arbeidsparticipatie niet als expliciet behandeldoel wordt ingezet en werk niet als medicijn wordt benut in behandeling en nazorg;
2. er onvoldoende samenwerking en afstemming is tussen de professionals in verschillende sectoren van de gezondheidszorg en tussen zorgprofessionals en professionals in het arbeidsdomein (bedrijfsartsen, arbo-verpleegkundigen, re-integratieprofessionals) en het sociale domein (professionals betrokken bij uitvoering van de Participatiewet).

Conclusie probleemanalyse:

In de bestudeerde onderzoeks- en beleidsrapporten (bijlage 4a), als bij de interviews en bij de invitational conference met stakeholders en experts, komen knelpunten naar voren, die bij de interviews en de invitational conference herkend en onderschreven worden door stakeholders en experts:

- *Ontbrekende aandacht en expertise voor arbeid in de zorg (arbeidsparticipatie is geen in de zorg geïntegreerd behandeldoel en wordt niet systematisch benut als medicijn);*
- *De verkokering tussen de sectoren in de zorg en tussen de betrokken domeinen vormen een majeure belemmering voor goede zorg voor werkenden. Verkokering leidt tot fragmentering van de patiëntreis en de begeleiding, met interventies die niet aansluiten en elkaar zelfs regelmatig tegenwerken. En de patiënt ervaart geen samenhang en kan geen regie voeren.*
- *Gescheiden silo's leiden tot 'wrong-wallet'-discussies. Het (al of niet terechte) idee dat de beoogde innovaties de kosten in de zorg verhogen, terwijl de baten in het sociale en arbeidsdomein zouden vallen, vormen een serieus obstakel voor verandering.*

3.2. Draagvlak zoeken: Wie zijn de stakeholders en wat zijn hun belangen?

Voor het vinden en creëren van draagvlak voor het te ontwikkelen zorgmodel en voor de implementatie is het van belang zicht te hebben op de verschillende stakeholders en hun rol, positie en belangen. Ze zijn in te delen in 3 hoofdgroepen langs de lijnen van de betrokken domeinen: zorgdomein, arbeids- en re-integratiedomein en sociaal domein (Participatiewet). In bijlage 5 is een

overzicht gegeven van de stakeholders(groepen) en hun kenmerken wat betreft rol, positie en belangen. Dit overzicht is gebruikt om organisaties en personen te selecteren voor de stakeholderinterviews, deelname aan de invitational conference en aan de commentaarronde voor dit verslag.

3.3. Waar staan we nu met arbeidsgerichte zorg?

In het afgelopen decennium is er op het vlak van arbeidsgerichte zorg een grote stroom aan beleidsonderzoeken, beleidsadviezen, professionele kwaliteitsstandaarden en visiedocumenten gepubliceerd. Ook zijn er good practices ontwikkeld en beproefd.

Kwaliteitsstandaarden (voor definitie zie begrippenlijst)

Er zijn zeker zeven richtlijnen van en voor medisch specialisten (en twee andere voor hen relevante kwaliteitsstandaarden) gepubliceerd met uitgebreide aandacht voor arbeidsparticipatie als geïntegreerd behandeldoel in behandeling en nazorg (bijlage 3). In 4 van deze richtlijnen/modules wordt zelfs exclusief aandacht besteed aan werk. De meest recente aanwinst is de generieke module Arbeidsparticipatie voor medisch-specialistische richtlijnen.

Een belangrijke mijlpaal is ook het SONCOS-normeringsrapport (versie 12, 2024)(18) voor de leeftijdsspecifieke AYA-zorg (zorg voor jonge mensen met kanker). Daarin wordt arbeidsparticipatie als behandeldoel en de rol van de klinisch arbeidsgeneeskundige expliciet genoemd. Voor de multidisciplinaire zorg bij complexe problematiek in een academisch AYA-kenniscentrum, wordt als norm gesteld, dat een mogelijkheid geboden moet worden tot consultatie, of opname in het team, van “andere voor de individuele patiënt relevante zorgprofessionals”. Als voorbeeld worden genoemd een paramedicus en een klinisch arbeidsgeneeskundige.

Praktijkvoorbeelden van structureel geïntegreerde arbeidsgerichte zorg voor patiënten met chronische aandoeningen zijn in de afgelopen jaren in een aantal (academische) ziekenhuizen in praktijk gebracht en deels nog in doorontwikkeling. Het betreft praktijkvoorbeelden in het MUMC+ (19), UMCG (20), Nij Smellinghe Drachten (21) en Radboudumc (22-24). Het Nationaal AYA-zorgnetwerk is daarnaast een tot nog toe uniek, landelijk uitgerold, praktijkvoorbeeld. In bijlage 6 hebben we de kenmerken van genoemde vijf praktijkvoorbeelden in een tabel weergegeven en voor zover beschikbaar verwijzingen naar meer informatie over de programma's opgenomen. In het MUMC+ gaat het om zorg voor werknemers in loondienst met reumatische aandoeningen en chronische darmontstekingen. In het UMCG is ervaring opgedaan met dergelijke zorg voor nierdialyse- en transplantatiepatiënten met een loondienstverband. Na beëindiging van de projectsubsidie is het initiatief helaas gestopt. In het AUMC betreft het arbeidsgerichte nazorg voor patiënten in loondienst na orthopedische chirurgie. Zoals uit het overzicht in de bijlage blijkt, voldoen deze voorbeelden niet aan alle hier gehanteerde criteria voor geïntegreerde arbeidsgerichte zorg met domeinoverstijgende samenwerking en coördinatie.

In het Radboudumc is inmiddels met steun van RvB en centrumdirecties langjarige ervaring opgedaan met structurele zorg voor patiënten die werken, werk zoeken of studeren. Klinisch arbeidsgeneeskundigen participeren in 15 behandelteams voor zeer diverse chronische aandoeningen (11 oncologische ketens, Parkinson, CVA, darmontstekingen en Lyme). Daar is ook al ervaring opgedaan met arbeidsgerichte zorg in een regionaal, domeinoverstijgend netwerk voor CVA-patiënten, waar nu op verder wordt gebouwd bij de ontwikkeling van regionale zorgnetwerken voor mensen met kanker en chronische darmontstekingen. Voor de ziekenhuisbrede integratie in relevante zorgpaden wordt een zogenaamd 'Bouwblok Arbeid' ontwikkeld.

Belemmeringen voor sector- en domeinoverstijgende samenwerking.

Onder 3.1. hebben we al geconstateerd dat goede zorg voor werkenden wordt belemmerd als gevolg van systeemfalen: belemmerende organisatorische en financiële schotten tussen sectoren en domeinen waardoor verkokering en fragmentatie blijft bestaan (25).

Zoals blijkt uit berichten in nieuwsbrieven van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) stuit men bij de implementatie van het Integraal Zorg Akkoord op vergelijkbare belemmeringen, niet-passende bekostigingssystematiek voor sector- en domeinoverstijgende samenwerking binnen de huidige wet- en regelgeving (26). In een gezamenlijk advies van NZa en ZiN (februari 2024) adviseren zij de minister om binnen de Zvw een sectoroverstijgende betaaltitel mogelijk te maken(27). Ze adviseren ook om als volgende stap de mogelijkheden van een domeinoverstijgende betaaltitel te onderzoeken. In mei 2024 werd de mogelijkheid gecreëerd om binnen de Zorgverzekeringswet een tijdelijke betaaltitel aan te vragen om samenwerkingsprojecten in het kader van Integraal Zorg Akkoord (IZA)(28) mogelijk te maken. Dat blijkt in de praktijk geen eenvoudige route en ook is daarmee is de samenwerking rondom individuele casuïstiek en vanuit de zorg met het sociale en arbeidsdomein nog niet geholpen.

Dat betekent dat er een algemeen en politiek belang is om dit ook voor ons project belangrijke knelpunt op te lossen, maar ook dat dit nog veel voeten in de aarde zal hebben en tijd zal vragen.

Conclusies stand van zaken arbeidsgerichte zorg:

- *Uit de beschikbare informatie uit diverse bronnen komt naar voren dat arbeidsgerichte zorg al lange tijd als norm wordt gesteld voor 'zorg die de medisch specialist en de huisarts plegen te bieden' en waar de patiënt een beroep op kan doen binnen de verzekerde zorg.*
- *In de praktijk voldoet de kwaliteit van die zorg nog zeker niet aan de gestelde normen en zijn daarvoor nog de nodige belemmeringen te overwinnen.*
- *Wel zijn er in vier academische centra veelbelovende good practices ontwikkeld en beproefd.*
- *Ondanks alle goede initiatieven is er sprake van stagnatie. Systeemfalen is in meerdere rapporten geadresseerd als belemmerende factor voor structurele integratie van arbeidsgerichte zorg in de patiëntzorg.*
- *Aanpalende projecten en ontwikkelingen rondom de implementatie van IZA helpen om deze hardnekkige belemmeringen te agenderen en aan te pakken.*
- *Scenario's voor 'betere zorg voor werkenden' die o.a. in de genoemde rapporten van KPMG, SER en KNMG zijn aangedragen, zijn niet vertaald in beleid en implementatieplannen.*

3.4. Wat kan en moet beter? En hoe dan?

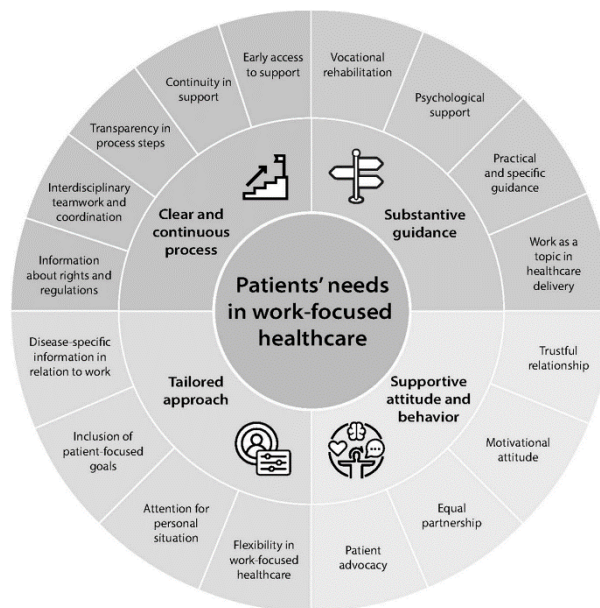
Als we goede zorg voor werk(zoek)enden willen organiseren, is de vraag waar moet die zorg dan aan voldoen. Daar zoeken we in deze paragraaf een antwoord op. We komen tot de volgende uitgangspunten:

- a. In persoonsgerichte zorg staat de patiënt met diens behoeften centraal. Het is dus van belang om een beeld te hebben van wat patiënten verwachten van arbeidsgerichte zorg. Wat hebben ze nodig? Waar hebben ze behoefte aan?
- b. Daarnaast moet het beoogde arbeidsgerichte zorgmodel de tekortkomingen van ons huidige bestel kunnen oplossen.
- c. En zeker moet een zorgmodel dat zich richt op integratie in de (oncologische) 'care as usual' aansluiten bij de bestaande zorgprocessen.
- d. Het beoogde zorgmodel moet aansluiten bij en bijdragen aan de doelen van Passende zorg en het Integraal Zorg Akkoord (beweging naar Passende zorg; bijlage 7) (29)

- e. Ook afstemming op andere actuele ontwikkelingen, zowel in de gezondheidszorg, als in het domein van arbeid & re-integratie en het sociale domein kan de haalbaarheid vergroten
- f. Afstemming met aanpalende projecten

a. De behoeften van patiënten met betrekking tot arbeidsgerichte zorg

Hagedijk e.a. hebben in een recente publicatie de behoeften van patiënten met betrekking tot arbeidsgerichte zorg in kaart gebracht (30). Figuur 3 geeft 17 specifieke behoeften weer, die ingedeeld zijn in vier hoofdcategorieën (de kwadranten van het wiel). Opvallend is dat deze behoeften gaan over aspecten waarop de huidige zorg tekortschiet.



Figuur 3. Behoeften van patiënten met betrekking tot arbeidsgerichte zorg (30).

Behoeftes van patiënten m.b.t. arbeidsgerichte zorg:

- *Deskundige, arbeidsgerichte begeleiding.*
 - *Positieve en steunende houding en gedrag van professionals in het proces.*
 - *Een transparant proces met optimale continuïteit.*
 - *Maatwerk aanpak, zowel gericht op de persoonlijke doelen en situatie van de patiënt als wat betreft ziektespecifieke aspecten in relatie tot werk.*
-

b. Verbetering van geconstateerde knelpunten

- *Wat leren we van de beleidsrapporten?*

In het al genoemde standpunt van de KNMG (2017) (17) en de scenariostudie van KPMG-Plexus (2013) (25) en het daarop gebaseerde en al genoemde SER-advies (2014) (16) komen ingrediënten en scenario's voor verbetering van knelpunten in de zorg voor werk(zoek)enden aan de orde.

Mede naar aanleiding van consultatie van een brede kring van stakeholders en experts kiest de SER in het advies niet voor één van de in de scenariostudie gepresenteerde scenario's, maar voor een combinatie van (elementen van) drie van de scenario's. Overigens zonder daar heel concreet in te (willen) worden.

De SER adviseert in 'Betere zorg voor werkenden'¹ een combinatie van (elementen van) de volgende scenario's:

- 1. Aanpassingen binnen het huidige systeem met (her)invoering van het verplichte preventieve arbospreekuur en d.m.v. een module 'Arbeid' voor meer kennis en aandacht voor arbeid in de reguliere zorg, kwaliteitsindicatoren en financiële prikkels voor (samenwerking tussen) de reguliere zorg en de bedrijfsarts,*
- 2. Klinisch arbeidsgeneeskundige in de tweede lijn (betaald vanuit de Zvw en DBC-/DOT-systematiek) met hetzelfde doel en voor versterking van de samenwerking tussen reguliere en bedrijfsgezondheidszorg)*
- 3. Sectorale/regionale bedrijfsgezondheidszorg: een andere inrichting van de bedrijfsgezondheidszorg. De bedrijfsgezondheidszorg (d.w.z. de zorg voor het individu) wordt collectief georganiseerd en gefinancierd op regio- dan wel sectorniveau. Uitvoering geschiedt in een regionale en/of sectorale infrastructuur. De collectieve arbozorg blijft een (financiële) verantwoordelijkheid van de werkgever.*

Dit betekent een op systeemverbetering gerichte benadering, zeker wat betreft de scenario's 2 en 3. Nu 10 jaar later moeten we constateren dat, behalve de herinvoering van het preventieve arbospreekuur, aan de systeemverbeteringen geen vervolg is gegeven.

Ook het al genoemde KNMG-standpunt (2017) wordt aangegeven hoe 'zorg die werkt' eruit moet zien(17). Qua inhoud en inrichting van de zorg moet volgens het visiedocument de noodzakelijke verbetering als volgt bereikt worden.

De KNMG noemt de volgende verbeteringen in het visie-document 'Zorg die werkt'²

- De factor arbeid moet een integraal onderdeel worden van de zorg binnen de curatieve sector. Hiervoor moet de factor arbeid een plaats krijgen in de behandelrichtlijnen van de curatieve sector.*
- In dit visiedocument wordt binnen het specialisme arbeid en gezondheid de functie arbeidsarts toegevoegd." (in de eerste lijn wel te verstaan)*
- Er moet onderzoek plaatsvinden naar de financiering.*

-
- Wat leren we van interviews en invitational conference met stakeholders en experts?*

Stakeholders en experts onderschrijven in de interviews en bij de invitational conference vrijwel unaniem de hiervoor genoemde scenario's voor verbetering. Er is dus op hoofdlijnen breed draagvlak bij professionals in de betrokken domeinen (zie lijst van geïnterviewden in bijlage 5).

Verbetering van samenwerking en afstemming over sectoren en domeinen heen is een belangrijk element. Experts in het veld van regulering van, toezicht op en beheer van het zorgpakket en de bekostiging en financiering herkennen de 'schottenproblematiek' als belemmering voor sector- en domeinoverstijgende samenwerking in het kader van de implementatie van IZA. Een oplossing is binnen de huidige wettelijke kaders niet mogelijk gebleken, zoals de Nederlandse Zorgautoriteit in de

eerdergenoemde brief aan de minister van VWS heeft gesignaleerd. Inmiddels is in afwachting van structureel beleid een tijdelijke voorziening getroffen, die ook voor arbeidsgerichte zorg van toepassing zou kunnen zijn (31). In fase 2 zal dit onderzocht worden.

Een voorziening die financiering van domeinoverstijgende samenwerking op casusniveau via de Zvw mogelijk maakt, betekent een ingrijpende systeemverandering die, zoal überhaupt haalbaar, veel discussie en tijd in beslag zal nemen. De geïnterviewden van VWS, ZiN en NZa zien daar een één-op-één parallel met wat er nodig is voor geïntegreerde arbeidsgerichte zorg over sectoren en domeinen heen. Dit impliceert dat het gaat om een gedeeld probleem dat niet alleen arbeidsgerichte zorg belemmert en ook t.b.v. implementatie van 'passende zorg' in het kader van IZA opgelost moet worden. Uitgangspunt is voornamelijk dat elk van de domeinen pragmatisch gebruik maakt van de bestaande bekostigingsmogelijkheden om te doen wat wel kan en nodig is.

- *Wat leren we van evaluaties van good practices in de literatuur?*

We vonden 22 multidisciplinaire of werkgerichte zorgprogramma's in de oncologische zorg gericht op de arbeidsparticipatie, meestal uitgevoerd in West-Europa. Van de 22 zorgprogramma's zijn er 11 onderzocht op effectiviteit. Zie bijlage 3c.

Van de 11 multidisciplinaire of werkgerichte zorgprogramma's die onderzocht zijn op effectiviteit laat slechts één programma een statistisch significant verschil zien tussen de interventiegroep en de controlegroep 1 maand na afronding van het programma. 1 jaar na start van de studie is dit verschil echter niet meer statistisch significant. In veel onderzoeken worden relatief positieve uitkomsten gezien (bijv. een hoog werkherlevingspercentage) in zowel de groep die de interventie krijgt als in de controlegroep ten opzichte van bijvoorbeeld registerstudies waarin de hele populatie is opgenomen. Deze bevinding doet vermoeden dat mensen die ondersteuning het meest nodig hebben niet meedoen aan onderzoek.

Kijken we naar de aard van de werkgerichte interventies in de gevonden studies dan zien we dat het overwegend gaat om een specifieke werkgerichte interventie, voor een specifieke doelgroep op een specifiek moment (bijlage 3d).

Geen enkele van de onderzochte zorgprogramma's voldoet aan de door ons gehanteerde definitie van een geïntegreerd arbeidsgericht zorgmodel:

- De programma's zijn niet duurzaam geïmplementeerd en structureel geborgd.
- Arbeidsparticipatie wordt in de meeste programma's als medicijn in de behandeling ingezet, maar is veelal geen geïntegreerd behandeldoel.
- Er is veelal geen sprake van interdisciplinaire samenwerking tussen medici, andere zorgprofessionals en arboprofessionals.
- Er is veelal geen arbeidsgeneeskundige expertise beschikbaar in /voor het behandelteam.
- Zorgprogramma's omvatten veelal slechts een deel van het zorgproces (vaak alleen tijdens behandeling) en er is geen verbinding tussen de behandeling en begeleiding in/naar werk.

Verder valt op dat de meeste programma's zich beperken tot één of een beperkt aantal specifieke type(n) kanker en tot patiënten die in principe curatief werden behandeld.

Er is een oververtegenwoordiging van interventies voor vrouwen met borstkanker, die betaald werk hebben op het moment van diagnose en van interventies tijdens curatieve behandeling. Ook zijn de meeste programma's uitsluitend gericht op patiënten met werk in loondienst. Programma's die zich ook richten op zelfstandigen, werkzoekenden en studerende zijn een kleine minderheid.

Conclusie

De programma's die onderzocht zijn op effectiviteit laten geen duurzame effecten zien. Het betreffen echter vrijwel uitsluitend programma's die zich richten op specifieke interventies, bij specifieke doelgroepen in een specifieke periode. Geen van deze onderzochte programma's is aan te merken als een volwaardig geïntegreerd arbeidsgericht zorgmodel.

c. Aansluiten bij 'care as usual' in de oncologie

Voor generieke beschrijvingen van het oncologische zorgproces hebben we twee producten gevonden, de zorgstandaard Kanker (32) en het format '(regionaal) transmuraal zorgpad niet-tumorspecifiek' (33).

De zorgstandaard Kanker komt voort uit het Nationaal programma Kankerbestrijding (afgerond in 2010). De standaard beschrijft de kankerspecifieke zorg in de verschillende fasen van het ziekte- en behandelproces, de organisatie van de zorg en kwaliteitsindicatoren om de geleverde zorg te toetsen aan de zorgstandaard. Voor het aspect werk wordt verwezen naar de (generieke) Zorgmodule Arbeid (2014)(34), die net als een aantal andere generieke thema's (bewegen, stoppen met roken, voeding en zelfmanagement) bedoeld is om toe te passen bij meerdere ziektespecifieke zorgstandaarden. De Generieke zorgmodule Arbeid is een nuttig instrument maar biedt onvoldoende basis voor daadwerkelijke integratie van arbeid in het zorgproces.

De zorgstandaard Kanker bevat nastrevenswaardige normen voor de hele oncologische zorgketen. Inzet is een beter behandelresultaat en meer samenhang en afstemming in de zorgketen.

De zorgstandaard Kanker is een kwaliteitskader met een aantal streefnormen. In de praktijk zullen deze op verschillende manieren worden uitgewerkt. Passend bij regionale omstandigheden, beschikbare middelen en aanwezige infrastructuur.

Het feit dat de zorgstandaard in de afgelopen 10 jaar geen update heeft gehad, roept de vraag op hoe actueel deze nog is en of deze in de praktijk wordt gebruikt, respectievelijk nog bruikbaar is.

Het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL) heeft het model Integrale Oncologische Zorgpaden (IOZP) en een handleiding voor de lokale implementatie van integrale oncologische zorgpaden ontwikkeld(35, 36). IKNL signaleert dat door groeiende samenwerking en netwerkvorming tussen ziekenhuizen rondom de zorg van patiënten steeds meer behoefte is ontstaan aan transmurale en organisatie-overstijgende zorgpaden. In de handleiding beschrijft IKNL hoe partijen lokaal, aan de hand van het IOZP-model, een transmuraal organisatie overstijgend zorgpad (verder genoemd zorgpad) kunnen ontwikkelen, implementeren en evalueren.

Als hulpmiddel voor lokale toepassing heeft IKNL ook het al genoemde format '(regionaal) transmuraal zorgpad niet-tumorspecifiek' ontwikkeld (33). Dit format behelst een stroomschema voor transmurale, generieke, oncologische zorg als basis voor de uitwerking in een lokaal zorgpad. Het zorgpadformat dateert van 2017 en is sindsdien niet geactualiseerd. In hoeverre het gebruikt wordt, kan het IKNL niet aangeven. Het is hoe dan ook als format goed bruikbaar om in de verschillende fasen van het zorgproces relevante arbeidsaspecten te integreren en dan als handvat te dienen voor lokale implementatie.

d. Aansluiten bij en bijdragen aan de doelen van Passende zorg en het Integraal Zorg Akkoord

In het najaar van 2022 hebben partijen uit zorg, ondersteuning en welzijn het **Integraal Zorgakkoord (IZA)** ondertekend (28).

Centraal in het IZA staat:

Samenwerken in regionale netwerken aan passende zorg en ondersteuning, samen met de patiënt, op de juiste plek en met de nadruk op gezondheid. Passende zorg is daarbij een sleutelbegrip.

In dit kader is ‘**Passende zorg voor mensen met kanker**’ een programma waarin Zorginstituut Nederland (ZiN) samen met betrokken partijen belangrijke thema’s en uitdagingen in de zorg over kanker in beeld brengt en beschrijft in de vorm van een ‘signalement’ (16). Daarbij kijkt men niet alleen naar de medische behandeling, maar bijvoorbeeld ook naar preventieve zorg en waarde gedreven zorg voor mensen met kanker (16).

We citeren hier uit de informatie op de website van ZiN over het programma Passende Zorg (1):

- *“Het belang van passende zorg voor patiënten en hun naasten
Passende zorg stelt de kwaliteit van leven en het functioneren van mensen voorop. Het doel is dat de zorg bijdraagt aan een verbetering van functioneren, gezondheid en kwaliteit van leven. Bijvoorbeeld doordat mensen beter kunnen omgaan met een klacht of ondersteuning krijgen bij zelfmanagement. Of doordat ze goede voorlichting krijgen over hun ziekte, die aansluit op hun hulpvraag. Al dit soort onderwerpen en andere mogelijkheden voor meerwaarde gaan we beschrijven in het ‘Signalement Passende zorg voor mensen met kanker’.*
 - *Maatschappelijk belang van passende zorg bij kanker
De gevolgen van kanker voor de samenleving zijn groot. Er zijn veel mensen in Nederland die de ziekte hebben. De maatschappelijke kosten zijn hoog, denk aan professionele zorg, zorg door naasten, verlies van arbeidsproductiviteit en ziekteverzuim door arbeidsongeschiktheid. Daarnaast heeft de hele zorgsector te maken met gebrek aan personeel. En vaak zijn de wetten, regels en manieren van financieren voor het bieden van passende zorg erg ingewikkeld. Ook dat zijn onderwerpen die onderdeel zijn van passende zorg.”*
 - *Onze aanpak van passende zorg bij kanker
Er zijn drie thema’s vastgesteld, waarvan kansen en belemmeringen in afzonderlijke deelsignalen worden uitgewerkt:*
 - 1. expert- en netwerkzorg - september 2022*
 - 2. waardegedreven zorg - juni 2024*
 - 3. preventie en beter leven met en na kanker (publicatie verwacht in september 2024)*
-

In een mondeling contact met de programmaleider werd duidelijk dat het derde signalement over ‘Preventie en Beter leven met en na kanker’ in relatie met de ontwikkeling van arbeidsgerichte zorg het meest interessant is. In het signalement wordt het belang van arbeid in het kader van leven met en na kanker benadrukt en stelt men ook vast dat de zorg en begeleiding tekortschiet. Mogelijk dat verbinding is te leggen. Zie ook onder aanpalende projecten (tabel 1).

Vanzelfsprekend is ook het eerste signalement over netwerkzorg relevant. Netwerkzorg wordt gezien als een middel om goede toegankelijkheid, patiënttevredenheid en kwaliteit en efficiëntie van zorg te verbeteren. Een middel dus om de doelen van passende zorg te realiseren. Netwerkzorg is persoonsgericht met de behoeften van de patiënt/persoon centraal en wordt gekenmerkt door interdisciplinaire samenwerking gericht op het realiseren van verandering en resultaat (16).

Ook **medisch specialisten** realiseren zich dat dit een onvermijdelijke ontwikkeling is waarin ze hun positie moeten innemen (16). Over ‘**Netwerkgeneeskunde 2025**’ staat op pag. 21-22 van het visiedocument ‘De medisch specialist 2025’ en over ‘re-integratie naar werk na ziekte’ en ‘werken’ als thema’s:

Uit: Netwerkgeneeskunde in de medisch-specialistische zorg (2)

“Bij netwerkgeneeskunde begeleiden zorgprofessionals en mantelzorgers de patiënt bij het klinisch herstel (bestrijden of verbeteren van symptomen) en maatschappelijk herstel zoals re-integratie na ziekte (onderstreping TS). Multidisciplinaire teams met thema’s als ‘behandeling’, ‘werken’ of ‘zorg thuis’ werken in een flexibel netwerk samen. Het netwerk past zich aan naar gelang de gezondheid en de vraag van de patiënt verandert. De medisch specialist speelt in dit netwerk, afhankelijk van de behoefte van de patiënt, verschillende rollen in de tijd. Van grote invloed op de rol van de medisch specialist is uiteraard of er sprake is van acute, electieve of chronische zorg. Afhankelijk van het type zorg en de behoefte van de patiënt kan de rol van de medisch specialist variëren van een actieve leidende rol tot een meer ondersteunende rol of tot het delen van specifieke kennis.”

Intussen is **netwerkzorg voor mensen met/na kanker** volop in ontwikkeling. Zie het hiervoor genoemde signalement ‘Expert- en netwerkzorg’ van ZiN (37), dat met name gericht is op de medisch-specialistische zorg in en tussen ziekenhuizen. Daarnaast is er de ontwikkeling van ‘**Zorgnetwerken Oncologie**’, die zich met name richten op de nazorg door paramedische en psychosociale hulpverlening in de eerste lijn (38). Er blijkt daarbij vanuit patiënten grote behoefte te zijn aan coördinatie en een vast aanspreekpunt (38). Per 1 mei 2023 is het 3-jarige project Vast Aanspreekpunt (VAP) Oncologie buiten de muren van het ziekenhuis gestart (39).

Het AYA-zorgnetwerk is in dit verband bijzonder interessant en relevant als voorbeeld voor efficiënte organisatie van ‘*stepped care*’ en centralisatie van complexe zorg. In het AYA zorgnetwerk wordt onderscheid gemaakt in basiszorg die op perifere AYA-poli’s geboden kan worden. Complexere zorg waarvoor meer/specifiekere kennis of andere deskundigheid nodig is dan perifeer voor handen is, wordt verwezen naar academische centra waar deskundigen geconsulteerd kunnen worden of patiënten naar verwezen kunnen worden. In een vergelijkbaar organisatiemodel zou complexere arbeidsgerichte zorg geboden kunnen worden door een klinisch arbeidsgeneeskundige die in een academisch centrum geconsulteerd kan worden of waarnaar verwezen kan worden.

Valentijn is de ontwikkelaar van het zogenaamde **regenboogmodel voor geïntegreerde zorg**. Het betreft een zorgmodel dat tot doel heeft om uitgebreide en gecoördineerde zorg te bieden aan patiënten (3). Dit model is gebaseerd op het idee dat zorgverleners samen moeten werken om zorg te leveren die is afgestemd op de unieke behoeften van elke patiënt. Uitgangspunt is dat integrale gezondheidszorg een complex proces is dat samenwerking en afstemming vereist op diverse niveaus: microniveau (tussen patiënt/cliënt en professionals), mesoniveau (tussen professionals en organisaties onderling) en macroniveau (wet- en regelgeving). Het regenboogmodel onderkent daarbij ook dat er een spanningsveld kan bestaan tussen functionele randvoorwaarden (‘de praktijk’) en normatieve randvoorwaarden (de ideale situatie in theorie).

Over de grote uitdaging waar netwerkzorg voor staat zegt Valentijn (3).

Een grote uitdaging voor netwerkzorg is het realiseren van effectieve samenwerkingsverbanden tussen de vele organisaties op regionaal niveau. Dat is binnen de zorg al complex als gevolg van de institutionele scheidslijnen in organisatie en financiering, laat staan over de grenzen van het arbeids- en het sociale domein heen. Coördinatie van zorg kan daardoor in de praktijk alleen door samenwerking tussen professionals gestalte krijgen. Uitvoeringsmacht op niveau van organisaties is er nu niet.

e. Relevante ontwikkelingen in het arbeids- en re-integratiedomein en het sociale domein

- Ontwikkelingen in het arbeidsdomein en arbo-/bedrijfsgezondheidszorg

Het is belangrijk om te beseffen dat anno 2024 bijna de helft van de werk(zoek)enden geen vaste werkgever meer heeft. Dat geldt voor ZZP'ers, uitzend- en andere flexkrachten en bijstandsgerechtigden. Een groot deel van de ZZP'ers is niet of slechts beperkt verzekerd voor arbeidsongeschiktheid en komt snel in de bijstand terecht bij ziekte of behandeling met impact voor het werkvermogen. Al met al betekent dit dat grote groepen werk(zoek)enden geen (goede) toegang hebben tot bedrijfsgezondheidszorg.

Daar komt nog bij dat ook in de bedrijfsgezondheidszorg en de sociale verzekeringsgeneeskunde sprake is van grote capaciteitsproblemen, met name bij bedrijfs- en verzekeringsartsen. Met een palet aan maatregelen wordt gepoogd meer artsen te interesseren voor deze specialisaties. Tegelijkertijd wordt ingezet op taakdelegatie naar en taakherschikking met disciplines, zoals arbo-verpleegkundigen, praktijkondersteuners, arbeidsdeskundigen, verpleegkundig specialisten, physician assistants en verzuimcoaches om de tekorten op te vangen.

De Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde heeft in haar voorjaarsvergadering 2024 een nieuwe koers ingezet die de prioriteiten binnen het vak herschikt. De vereniging gaat sociale geneeskunde en bedrijfsgeneeskundig organisatieadvies vooropzetten om daarmee de beschikbare capaciteit zo effectief mogelijk in te zetten ten goede van gezond werken voor iedereen. Dat betekent dat de 'standaard' individuele (verzuim)begeleiding meer door andere disciplines moet worden opgepakt onder regie van de bedrijfsarts.

Relevant is ook het in februari 2024 door de Onafhankelijke Commissie Toekomst Arbeidsongeschiktheidsstelsel (OCTAS) uitgebrachte advies met vrij vergaande voorstellen voor vereenvoudiging van het arbeidsongeschiktheidsstelsel en de beoordeling van arbeidsongeschiktheid (17). Een belangrijk doel is om de focus te verleggen van claimbeoordeling en verstrekken van uitkeringen naar maximaal inzetten op en faciliteren van behoud van en terugkeer naar werk (naar vermogen en behoefte) gedurende het hele proces van vroeg na diagnose tot einde wachttijd voor de WIA-aanvraag. Overigens stelt de commissie ook voor om de wachttijd voor de WIA-beoordeling flexibeler te maken en met name aanzienlijk langer waar nodig. Het is nog afwachten welke beleidskeuzes het Kabinet gaat maken en welke gevolgen dit gaat hebben voor de praktijk.

- Ontwikkelingen in de bedrijfsgezondheidszorg en de rol van de bedrijfsarts.

In het interview met de voorzitter van de beroepsvereniging van bedrijfsartsen (NVAB) is gesproken over de onder 3.2.1 genoemde recente koerswijziging van de NVAB (40). Daarbij ging het vooral over de vraag hoe deze zich verhoudt tot het beoogde arbeidsgerichte zorgmodel met actieve aandacht van zorgprofessionals vanaf diagnose voor werkbehoud met ondersteuning van een klinisch arbeidsgeneeskundige en coördinatie van de uitvoering in domeinoverstijgende, regionale netwerken van een biopsychosociaal, proactief interventieplan gericht op werkbehoud. In de visie van de voorzitter sluit een dergelijk model bijzonder goed aan bij de doelen van de nieuwe koers van de NVAB. Als al vroeg na diagnose, waar nodig met inzet van klinisch-arbeidsgeneeskundige expertise, in samenspraak met patiënt, naasten en behandelaars pro-actief een interventieplan gericht op werkbehoud wordt opgesteld, zal arbeids- en sociale problematiek vroegtijdig gesignaleerd en naar het arbeids- en sociale domein verwezen kunnen worden en niet gemedicaliseerd worden. In veel gevallen zal de inzet van de bedrijfsarts dan beperkt kunnen zijn tot (mede)regie voeren op hoofdlijnen en coachen van andere disciplines in het kader van taakdelegatie en –herschikking. Coördinatie en communicatie kan dan op het niveau van bv. de verpleegkundig specialist of verpleegkundig specialist van het behandelteam met de arboverpleegkundige, of verpleegkundig specialist van de arbodienst georganiseerd worden. Als de communicatie en coördinatie goed met moderne digitale faciliteiten wordt ondersteund, zodat het proces efficiënt kan verlopen, kan betere kwaliteit van zorg gerealiseerd worden door inzet van de juiste zorg op de juiste plek en met besparing van consumptie en capaciteit in beide domeinen.

- Ontwikkelingen in het sociaal domein (gemeenten en werkbedrijven in de arbeidsmarktregio's)
In het afgelopen decennium zijn veel taken van de centrale overheid overgedragen aan gemeenten. Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van de Participatiewet, de wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) en de wet Langdurige Zorg (WLZ). Binnen 35 arbeidsmarktregio's werken gemeenten en UWV samen om mensen met een afstand tot de arbeidsmarkt of een uitkering aan het werk te helpen. Daarmee zijn gemeenten en werkbedrijven in arbeidsmarktregio's relevante stakeholders geworden waar het gaat om domeinoverstijgende arbeidsgerichte zorgnetwerken.

f. Aanpalende projecten (tabel 1)

Project Maatschappelijke businesscase (SiRM i.o.v. SZW)

Het doel van dit project is inzicht geven in kosten en baten van arbocuratieve samenwerking als onderdeel van arbeidsgerichte zorg. Het kan mogelijk ook input opleveren voor de keuze van een passend scenario. De eindrapportage komt waarschijnlijk in september beschikbaar.

Uit mondeling overleg komt als belangrijke bevinding naar voren dat de variatie in complexiteit van de casuïstiek groot is en (individueel) maatwerk vereist. Een generieke business case is vanwege de grote variatie én het ontbreken van voldoende informatie over kosten en baten niet te maken. Wel is duidelijk geworden dat bij vermindering van het arbeidsverzuim met één dag in geval van casuïstiek met beperkte complexiteit al een positieve businesscase ontstaat.

Verbinding: er is op relevante momenten overleg tussen beide projectleiders en er is een personele unie in de persoon van de directeur van de NVAB.

Passende zorg voor mensen met kanker (Zorginstituut Nederland)

Voor inhoud en werkagenda van het project zie onder punt 4.

Kennismaking en afstemming tussen beide projectleiders heeft in de zomer plaatsgevonden. Het concept verslag is ter informatie en voor commentaar toegestuurd. Vervolgafspraken volgen.

Project Informatie t.b.v. betere re-integratie van mensen met kanker (ZonMw i.o.v. VWS)

De acties vanuit dit project zijn meegenomen in het actieplan Kanker en Werk van het Nederlands Kanker Collectief (zie hieronder). De opbrengsten van dit project zijn een belangrijke bron van informatie voor patiënten/werk(zoek)enden met kanker, professionals in het zorg-, arbo- en sociale domein en werkgevers. Kortom voor alle stakeholders van 'goede zorg voor mensen met en na kanker'. Daarmee kunnen patiënten empowered, en zorgprofessionals gefaciliteerd worden om hun rol in de arbeidsgerichte zorg op te pakken.

Verbinding: leggen van verbinding tussen beide projectteams hebben (nog) geen resultaat gehad.

Nederlandse Kankeragenda, Kanker & Werk (Nederlands Kanker Collectief) (6):

In november 2023 is de Nederlandse Kankeragenda (NKA) gelanceerd met 20 doelen voor de komende 10 jaar. Eén van de 5 'uitgelichte doelen' is kanker & werk. De ontwikkelde 'cavassen' voor dit doel laten een beeld zien van de knelpunten en de noodzakelijke verbeteringen die sterk overeenkomen met de in dit verslag geconstateerde zaken in dit verband en ook met elders geconstateerde tekortkomingen.

Doel: "In 2032 kunnen mensen die leven met of na kanker naar eigen wensen, behoeften en draagkracht werken".

Probleem: "Mensen met of na kanker ervaren belemmeringen bij het terugkeren naar werk, het aan het werk blijven, en/of het vinden van (ander) werk."

Stand van zaken juli 2024: 8 subdoelen uitgewerkt in cavassen en 6 actiepunten voor 2024 zoals in de kaders aangegeven. Voor verdere uitwerking van het actieplan zie de website (41).

Evaluatie NKA/Kanker & Werk: de analyse van knelpunten komt grotendeels overeen met de door ons hiervoor geschetste knelpunten. Ook weerspiegelt het actieplan grotendeels onze bevindingen over wat nodig is om tot goede zorg voor mensen met en na kanker te komen. Dat bevestigt onze constatering dat er breed draagvlak is voor de analyse van het probleem en de noodzakelijke verbeteracties voor zover het gaat om 'arbeidsgerichte zorg'.

Daarbij moet opgemerkt worden dat het actieplan voor een groot deel bestaat uit lopende acties vanuit al bestaande initiatieven. In die zin gaat het deels om een bundeling en overzicht van alle relevante activiteiten. Voordeel is dat daardoor samenhang zichtbaar wordt en enige vorm van coördinatie kan plaatsvinden.

Verbinding: de NVKA is nauw betrokken bij het project; de projectleider heeft deelgenomen aan de schil van meelezers bij het opstellen van de canvassen en het activiteitenplan.

De 8 subdoelen die in canvassen zijn uitgewerkt:

- 1. Mensen met of na kanker en hun naasten zijn zich onvoldoende bewust van het belang van werk(behoud) en hebben hier onvoldoende aandacht voor.*
 - 2. Het ontbreekt aan gepersonaliseerde werk-gerelateerde ondersteuning. Dit is vooral van belang bij kwetsbare groepen.*
 - 3. Werkenden met of na kanker en hun naasten ervaren in de werkomgeving onvoldoende ondersteuning door werkgevers.*
 - 4. (Zorg)professionals hebben te weinig aandacht voor de impact van kanker(behandeling) op werk.*
 - 5. Verschillende professionals betrokken bij terugkeer naar werk of werkbehoud werken onvoldoende samen. Het gaat hier om professionals in het arbeidsdomein, het sociale domein en zorgprofessionals in de eerste, tweede en derde lijn.*
 - 6. Knelpunten in de (toepassing van) wet- en regelgeving belemmeren mensen met of na kanker om werk te behouden of nieuw werk te vinden.*
 - 7. Er is geen toereikende financiering om werkenden met of na kanker tijdens het gehele ziekteproces te ondersteunen*
 - 8. Er is beperkte vindbaarheid van en toegang tot betrouwbare informatie en effectief bewezen interventies voor mensen met of na kanker, naasten, (zorg)professionals, werkgevers en werkomgeving omtrent kanker en werk.*
-

Activiteiten van het actieplan 2024

- 1. Bundelen, toegankelijker maken en stimuleren van benutting van bestaande kennis en ondersteuning bij werkbehoud en terugkeer naar werk voor mensen met of na kanker. Ten behoeve van patiënten/werknemers, (zorg)professionals en werkgevers*
 - 2. Organiseren van een bewustwordingscampagne over de impact van kanker op werk en het belang van het voeren van het gesprek hierover met de arts, werkgever en omgeving*
 - 3. Lobby richting de politiek met als inzet het verbeteren van de knelpunten in de Wet Verbetering Poortwachter en het Arbeidsongeschiktheidsstelsel*
 - 4. Lobby richting de politiek met als inzet de financiering van ondersteunings-mogelijkheden en de arbeidsgerichte zorg voor werkenden met of na kanker*
 - 5. De generieke module arbeidsparticipatie doorvertalen naar kankerspecifieke module en opnemen in tumor specifieke richtlijnen*
 - 6. Arbeid-, revalidatie-, re-integratie- en sociale domein integreren in bestaande kankerzorg*
-

Project Toekomst Arbozorg (Cie. Arbo, Sociaal Economische Raad)

In dit project wordt een advies aan de regering voorbereid over (scenario's voor) de organisatie van de arbozorg (inclusief de bedrijfsgezondheidszorg). Rapportage wordt najaar 2024 verwacht. Verbinding: er is periodieke afstemming tussen de secretaris van de commissie en de projectleider. De projectleider heeft deelgenomen aan een expertmeeting op 6 april 2024.

Programma Innovatieve Arbozorg (ZonMw i.o.v. SZW)

Het programma is in februari gestart en kent 3 fases. In de huidige fase is er nog niet veel raakvlak. Fase 2 start in oktober en gaat over 'samenwerking', primair binnen de bedrijfsgezondheidszorg. Wellicht zijn er ook mogelijkheden voor 'arbocuratieve samenwerking'. Verbinding: indirect via SZW.

Platform Arbeidsgerelateerde zorg/ netwerk Zorg en Werk (RIVM i.o.v. SZW)

Doel van dit platform is uitwisseling van kennis, informatie en initiatieven. De leden van dit platform zijn vooral artsen of vertegenwoordigers van beroepsverenigingen van artsen in de curatieve zorg of bedrijfsgezondheidszorg. Recent is in dit kader Het Zorg en Werk Netwerk gelanceerd. Dit is een recent gelanceerde online community voor kennisdeling, samenwerking en communicatie rondom het thema arbeidsgerelateerde zorg.

Verbinding: een projectteamlid en de projectleider zijn lid van het platform en het netwerk.

Wat kan en moet beter? En hoe dan?

- *Het belang van 'betere zorg voor werk(zoek)enden' met meer arbeidsgerichtheid in de gezondheidszorg en betere samenwerking en afstemming tussen alle professionals in de betrokken domeinen (zorg, arbeid & re-integratie en sociaal domein) wordt in de literatuur en door de geïnterviewde stakeholders in genoemde domeinen breed onderkend.*
 - *De geconstateerde knelpunten die verbetering behoeven, komen opvallend sterk overeen met de behoeften van patiënten als het gaat om wat zij van arbeidsgerichte zorg verwachten en nodig hebben.*
 - *We stellen vast dat er een breed draagvlak is voor de uitgangspunten en hoofdlijnen van een regionaal, domeinoverstijgend arbeidsgericht zorgmodel zoals we dat voor ogen hebben als antwoord op de geconstateerde knelpunten. Het door IKNL ontwikkelde format '(regionaal) transmuraal zorgpad niet-tumorspecifiek' is bruikbaar als uitgangspunt voor een arbeidsgericht zorgmodel oncologie.*
 - *Implementatie van een daadwerkelijk in domeinoverstijgende netwerken geïntegreerd model voor arbeidsgerichte zorg is een complexe aangelegenheid: er zijn veel partijen in verschillende maatschappelijke domeinen en werkvelden bij betrokken, er bestaan aanzienlijke organisatorische en financiële schotten tussen deze domeinen die samenwerking bemoeilijken, te meer daar het doorbreken van deze schotten stuit op wettelijke kaders en regelgeving.*
 - *De organisatie van het AYA-zorgnetwerk kan als voorbeeld dienen voor efficiënte organisatie van arbeidsgerichte zorg.*
 - *Er zijn veel ontwikkelingen en aanpalende projecten in de verschillende domeinen (zorg, arbeid & re-integratie en sociaal) die goede mogelijkheden bieden voor aansluiting, verbinding en synergie. Daardoor wordt de haalbaarheid van implementatie van het beoogde zorgmodel aanzienlijk vergroot.*
-

4. Beschouwing en synthese van de onderzoeksbevindingen

4.1. Het primair doel: goede -arbeidsgerichte- zorg voor werk(zoek)enden

De beschreven tekortkomingen in de huidige stand van de praktijk zijn duidelijk, het ontbreekt aan (de arbeidsgeneeskundige) expertise voor het inzetten van arbeidsparticipatie als behandeldoel en medicijn in de reguliere gezondheidszorg en aan integratie en continuïteit gedurende het sector- en domeinoverstijgende traject van de patiënt van diagnose, behandeling, nazorg en revalidatie tot begeleiding in en naar werk.

Goede arbeidsgerichte zorg moet daarop antwoord geven door verbetering van de kwaliteit zorg voor werk(zoek)enden en (dus) aan het beantwoorden van hun behoeften. Dat betekent:

- De werk(zoek)ende patiënt met diens doelen en behoeften en de patiëntreis centraal stellen;
- Integreeren van arbeidsparticipatie als behandeldoel en medicijn in de zorg,
- Inhoudsdeskundige begeleiding
- Een vast aanspreekpunt voor patiënt en professionals bieden, coördinatie en samenwerking over de lijnen en domeinen heen realiseren, van diagnose tot werkvloer en vice versa;

Op uitkomstniveau moet dit bijdragen aan kwaliteit van leven van patiënten, tijdens en na behandeling en aan maatschappelijke impact (behoud van talent en -toenemend krappe- arbeidscapaciteit voor de arbeidsmarkt).

Wat betekent dit voor het te ontwikkelen arbeidsgerichte zorgmodel?

4.1.1. Inhoud: taken en proces

De patiënt en zijn doelen en behoeften als werk(zoek)ende centraal betekent dat er individueel maatwerk nodig is op basis van een gedegen analyse van de individuele context en belemmerende en bevorderende factoren in deze context. Het gaat dan om het in kaart brengen van drie (sub)persona's, d.w.z. kenmerkende aspecten van de persoon en zijn context, om een holistisch beeld te krijgen van de persoon in zijn relevante context als basis voor het opstellen van een pro-actief en effectief werkbehoudplan:

- De persoonlijke en sociale context (o.a. sociaal-economische status, veerkracht en conditie, coping- en gezondheidsvaardigheden, sociaal steunsysteem, psychosociale problematiek);
- De gevolgen van ziekte en behandeling (stoornissen en beperkingen, belastbaarheid, beloop en prognose), en
- De werkcontext (loondienst of zelfstandig, vast of tijdelijk dienstverband, aard van en belasting in het werk, sociale steun, regelmogelijkheden, etc.).

De combinatie van deze drie (sub)persona's als basis voor het vormgeven van een werkbehoudplan, als integraal onderdeel van het individuele (na)zorgplan ('trajectplan'), betekent grote diversiteit in complexiteit, behoeften, interventiemogelijkheden en succesansen waarmee rekening gehouden moet worden voor 'passende zorg'.

Het verkrijgen en toegankelijk maken van de benodigde informatie dient systematisch te gebeuren. Eenmaal beschikbaar kan de informatie, in het patiëntendossier, resp. de persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO) van de patiënt vastgelegd worden en is deze vervolgens beschikbaar voor elke professional die toegang krijgt tot de patiëntgegevens. Dit sluit aan bij de randvoorwaarde 'Gegevensuitwisseling/ digitalisering' van het IZA (zie schema Beweging naar passende zorg IZA, bijlage 8), uitgewerkt in de subdoelen elektronische gegevensuitwisseling is standaard in de zorg, data wordt digitaal, eenduidig en gestandaardiseerd geregistreerd, en is beschikbaar voor secundair gebruik en implementatie van digitale/ hybride zorg.

Voor de inhoud en het proces betekent dit:

(O.a. op basis van: Richtlijn Chronisch zieken en werk en Generieke Module Arbeidsparticipatie zie bijlage 4b)

1. In de reguliere zorg bij de diagnostiek, dat aandacht besteed moet worden aan werkgerelateerde oorzaken van ziekte;
2. Bij het met de patiënt bespreken van en beslissen over de behandelopties, dat de gevolgen van ziekte en behandeling voor functioneren, belastbaarheid en participatie in werk meegenomen moeten worden;
3. De uitvoering van een pro-actief multifactoriële (biopsychosociale) probleemanalyse, die de domeinen van het ICF-model (42) omvat, om systematisch (potentiële) belemmeringen voor behoud van of terugkeer naar werk in kaart te brengen.
4. Dit vormt de basis voor een pro-actief interventie-plan om belemmerende factoren weg te nemen en bevorderende factoren te benutten met het doel om de kans op behoud van of terugkeer naar werk te optimaliseren. Dit 'werkbehoudplan' is integraal onderdeel van het individuele (na)zorgplan;
5. De monitoring van de effectiviteit van het 'werkbehoudplan', het functioneren in werk, de balans belasting-belastbaarheid en werk-privé balans en zonodig bijstellen van het interventieplan;
6. Het instellen van een vast aanspreekpunt voor de patiënt en alle betrokken professionals in de diverse domeinen, die de patiënt ondersteunt bij het voeren van de regie en zorgt voor coördinatie, afstemming en communicatie tussen alle betrokken professionals.

4.1.2. Organisatiemodel: klinische zorgpaden in regionale, domeinoverstijgende netwerken

In een arbeidsgericht zorgmodel moeten deze taken en verantwoordelijkheden geïntegreerd zijn in het reguliere zorgproces en transparant, logisch en efficiënt belegd zijn bij professionals met de benodigde competenties.

Klinische Zorgpaden bieden een passend organisatiemodel voor het organiseren van geïntegreerde zorg (43). Ook hebben we geconstateerd dat het format '(regionaal) transmuraal zorgpad niet-tumorspecifiek' van IKNL een passend uitgangspunt biedt voor het ontwikkelen van een arbeidsgericht zorgmodel oncologie door integratie van arbeidsgerichte taken en processen.

In hoofdstuk 5 hebben we dit uitgewerkt in een format 'Arbeidsgericht, domeinoverstijgend zorgpad oncologie (generiek)'. Ook beschrijven we de (arbeidsgerichte) rol en taken van de klinisch arbeidsgeneeskundige en de verpleegkundig specialist in dit zorgpadformat.

4.1.3. Voorwaarden en knelpunten voor implementatie

Het is duidelijk geworden dat we te maken hebben met complexe vraagstukken als het gaat om effectieve implementatie van een dergelijk zorgmodel. Het veld met veel verschillende stakeholders en actoren in organisatorisch en financieel gescheiden sectoren en domeinen, maken het realiseren van domeinoverstijgende arbeidsgerichte zorg tot een complex verandervraagstuk, dat verandering op diverse niveaus vereist.

Dat is een vraagstuk dat ook in het kader van de implementatie van het IZA wordt onderkend, getuige het blok 'Mogelijkheid domeinoverstijgende samenwerking (bekostiging) en systeemfuncties' (onder regionale samenwerking als randvoorwaarde, schema IZA, bijlage 8).

Voorwaarden voor succesvolle implementatie zijn in ieder geval:

- *Breed draagvlak bij actoren en andere stakeholders*
 - *Expertise en capaciteit*
 - *Ontwikkeling van criteria voor indeling in complexiteit voor 'stepped care'*
 - *Ontwikkeling van competentieprofielen en scholing voor uitvoering van arbeidsgerichte taken*
 - *Ontwikkeling van een samenwerkingsmodel met samenwerkingsafspraken*
 - *Organisatorische, infrastructurele en instrumentele facilitering*
 - *Aansluiten bij en verbinden met ontwikkelingen en structuren in de betrokken sectoren en domeinen*
-

Uitgangspunt is dat de regionale samenwerking in domeinoverstijgende netwerken georganiseerd moet worden (zie ook Signalement 1. Expert- en netwerkzorg (37)).

Veranderingen op niveau van organisaties en systemen moeten veranderingen op operationeel niveau van de patiënt, zijn steunsysteem en de betrokken professionals mogelijk maken en stimuleren (3). Veranderingen op micro- (patiënt, naasten en zorgprofessional), meso- (organisatie) en macroniveau (systeem) moeten hand in hand gaan voor effectieve implementatie.

4.2. Secundaire uitgangspunten, doelen en randvoorwaarden

Uit de bevindingen van de brede verkenning en informatieverzameling in hoofdstuk 3 is duidelijk geworden dat bij het ontwikkelen van een arbeidsgericht zorgmodel rekening gehouden moet worden met een aantal algemene knelpunten en doelen in de zorg, het arbeids- & re-integratiedomein en het sociale domein.

Op basis daarvan beschouwen we als secundaire doelen waar we met de uitwerking van een arbeidsgericht zorgmodel zo mogelijk aan bij moeten dragen:

1. Beperking van capaciteitsproblemen en (stijging van) kosten in de reguliere gezondheidszorg.
We denken dat het beoogde zorgmodel daaraan bij kan dragen door vroeg in het proces proactief knelpunten te inventariseren en een maatwerk-werkbehoudplan te maken. Daarmee kan stagnatie en vastlopen in (terugkeer naar) werk worden voorkomen. Ook kan door een goede probleemanalyse vroeg in het proces gezorgd worden dat patiënten voor knelpunten en onderliggende oorzaken die niet primair medisch zijn, proactief verwezen worden voor de juiste aanpak op de plek waar ze thuishoren, zodat stagnatie van het herstel en onwenselijke medicalisering en onnodige medische consumptie voorkomen worden. Om een extra beslag op capaciteit te beperken kan inzet van een KAG ook om die reden wenselijk zijn en bijdragen; Het zal uit pilots/evaluaties moeten blijken of de extra kosten van inzet van KAG's opweegt tegen de beperking van kosten. Als dat niet het geval is, is de vraag aan de orde of op macroniveau financiële verevening wenselijk is en geregeld moet worden tussen gezondheidszorg en het domein van arbeid & re-integratie (werkgevers, UWV);
2. Vermindering van de capaciteitsproblemen in de bedrijfsgezondheidszorg en de (sociale) verzekeringsgeneeskunde.
Door in geval van patiënten met chronische aandoeningen met impact op arbeidsvermogen, proactief van vroeg na diagnose met inbreng van klinisch-arbeidsgeneeskundige expertise een

holistische, arbeidsgerichte probleemanalyse en een breed op werkbehoud gericht interventieplan op te stellen kan de inzet van bedrijfsartsen in de verzuimbegeleiding voor een substantieel deel overbodig worden. Met het werkbehoudplan wordt vroeg in het proces een persoonsgerichte, preventieve koers ingezet, waarmee vervolgens bv. verpleegkundige professionals in de verschillende domeinen in goede onderlinge samenwerking verder kunnen qua bewaking, coördinatie en ondersteuning van de patiënt;

3. Beperking van (toenemend) verlies van kostbaar talent en - toenemend krappe – arbeidscapaciteit en besparing van maatschappelijke kosten van uitkeringen en productiviteitsverlies door meer en duurzamere inzetbaarheid van patiënten met chronische aandoeningen. Het gaat daarbij om grote en toenemende aantallen patiënten zoals uit de literatuur blijkt.
4. Kwaliteit van werk, werktevredenheid en werkplezier van professionals. Uit de literatuur en interviews met (zorg)professionals blijkt dat betere ervaren kwaliteit van zorg, patiënttevredenheid en maatschappelijke impact daaraan belangrijk kunnen bijdragen;

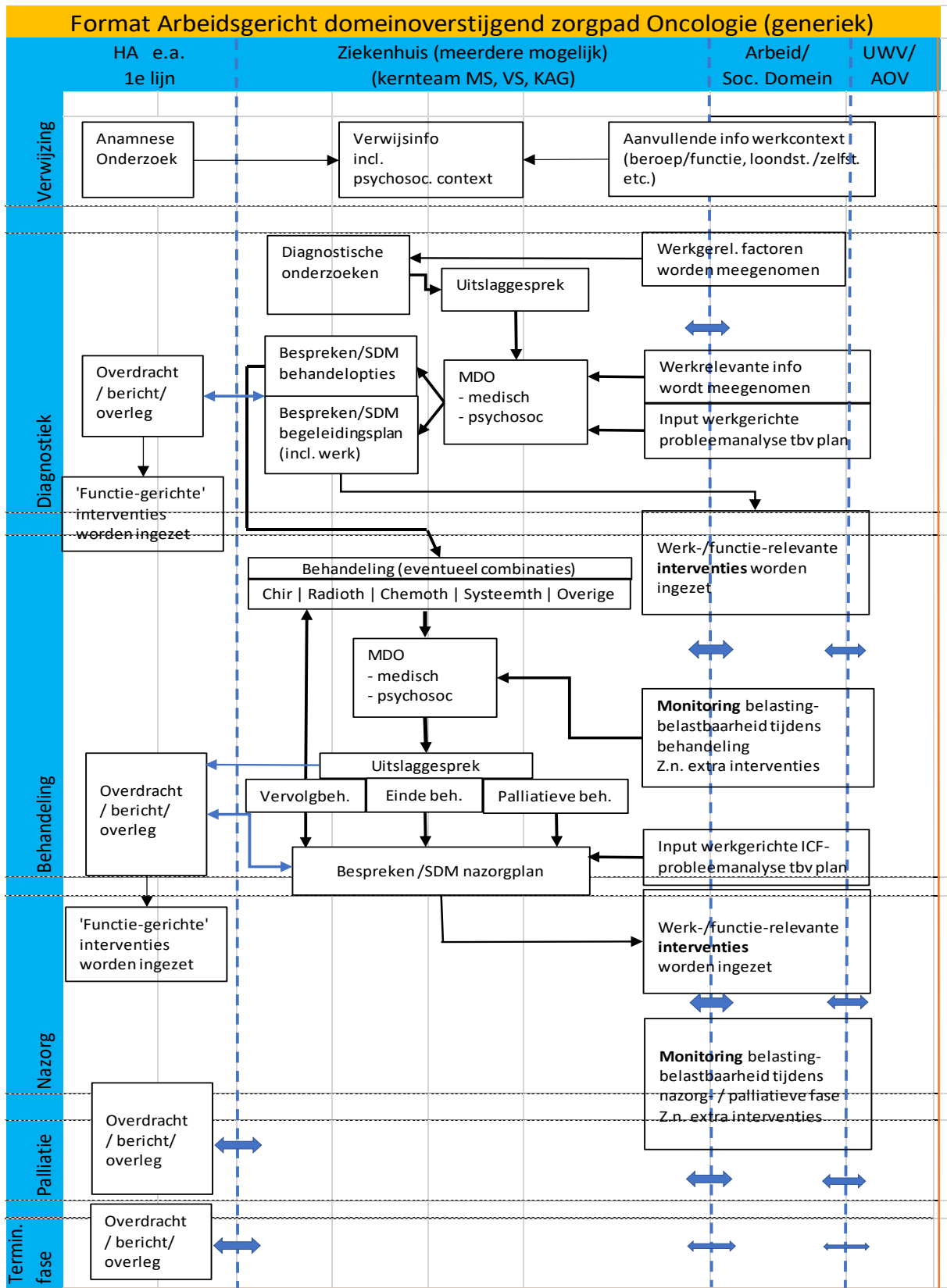
5. Een format voor een arbeidsgericht zorgpad oncologie

Uitgangspunt is dat de bestaande zorg 'arbeidsgericht' moet worden georganiseerd en ingericht door arbeidsparticipatie als behandeldoel en medicijn – waar van toepassing- te integreren in de reguliere zorg. We zijn daarom uitgegaan van 'care as usual' in de oncologie. Het Integraal Kankercentrum NL (IKNL) heeft de reguliere oncologische zorg generiek beschreven in het format '(regionaal) transmuraal zorgpad niet-tumorspecifiek'. We hebben hiervan een 'arbeidsgerichte modificatie gemaakt door arbeidsgerichte aspecten en taken in dit format te integreren, waarmee een format 'Arbeidsgericht domein-overstijgend zorgpad Oncologie (generiek)' tot stand komt. Dat format vormt de basis voor het beoogde zorgmodel.

Het zorgmodel gaat uit van inbedding van het zorgpad in regionale domeinoverstijgende netwerken met een bijpassend bekostigingsarrangement dat inzet van klinische arbeidsgeneeskundige expertise en domeinoverstijgende samenwerking en communicatie mogelijk maakt en bevordert.

In figuur 4 hebben we het arbeidsgerichte zorgpadformat weergegeven in een processchema, afgeleid van het stroomschema zoals IKNL dat heeft gemaakt voor hun zorgpadformat. De staande praktijk is het proces dat in de twee linker kolommen is weergegeven (het oorspronkelijke zorgpadformat van IKNL). In de twee kolommen aan de rechterkant zijn het 'Arbeid/soc. domein' en het 'verzekeringsdomein' (UWV/AOV) als spelers op het veld toegevoegd. De verticale onderbroken blauwe lijnen geven de grenzen tussen de betrokken sectoren en domeinen aan. In de staande praktijk staan er tussen de beide linker kolommen enerzijds en de beide rechter kolommen anderzijds hoge schotten. Er is hoegenaamd geen interactie, laat staan coördinatie en samenwerking. De toegevoegde (in het proces geïntegreerde) arbeidsgerichte aspecten en taken in de tekstblokken in de beide rechter kolommen ontbreken nu vrijwel volledig in de staande praktijk van de zorg in beide linker kolommen. Het beoogde arbeidsgerichte zorgmodel elimineert niet alleen de bestaande schotten, maar zorgt er ook voor dat de arbeidsgerichte aspecten en taken daadwerkelijk geïntegreerd worden in het reguliere zorgproces ('door de kolommen heen'). Daarmee wordt ook de noodzaak van persoonsgericht maatwerk duidelijk. Dat maakt dat voor de implementatie vooral effectieve samenwerking en afstemming en de daarbij behorende coördinatie en communicatie over de domeinen heen onmisbaar is en de implementatie ook complex zal zijn.

In bijlage 9 hebben we een beschrijving van het zorgpadformat zowel in tekst (9a) als in tabelvorm (9b, cf. het IKNL-zorgpadformat) opgenomen.



Legenda:

SDM= shared decision making (samen beslissen)

ICF= Int. Classification of Functioning, Disability and Health

Figuur 4. Processchema Format Arbeidsgericht, Domeinoverstijgend Zorgpad Oncologie (generiek)

De rol en taken van de klinisch-arbeidsgeneeskundige (KAG) en de verpleegkundig specialist (VS)⁵. Het wat, hoe en wanneer m.b.t. de rol en taken van de KAG (en andere zorgprofessionals) is op generiek niveau niet in detail in te vullen. Dat hangt af van de lokale context, in het bijzonder de competenties van andere teamleden op het gebied van arbeidsgerichte zorg en de capaciteit die van deze teamleden ingezet kan worden voor arbeidsgerichte zorgtaken.

In het algemeen kan gesteld worden dat de specifieke expertise van de **klinisch arbeidsgeneeskundige (KAG)** op het vlak ligt van ziektespecifieke arbeidsgeneeskundige kennis m.b.t.

- Werkgerelateerde oorzaken van ziekte en diagnostiek van beroepsziekten, en
- Ziekte gerelateerde gevolgen voor belastbaarheid en beperkingen;
- Het beoordelen van en adviseren over passende arbeidsgerichte (revalidatie-)behandelingen en interventies gericht op werkaanpassingen voor een duurzame balans belasting en belastbaarheid in het werk en een duurzame balans werk-privé.

Daarnaast beschikt de klinisch arbeidsgeneeskundige als bedrijfsarts over algemene kennis van en ervaring met:

- De kaders en het functioneren van arbeidsorganisaties, arbo- en bedrijfsgezondheidszorg, UWV en particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekeraars;
- (De toepassing) van wet- en regelgeving, rechten en plichten en processen in het arbeids- en re-integratiedomeinen.

De KAG is daarmee de aangewezen deskundige voor het in complexe gevallen uitvoeren van een alomvattende multifactoriële probleemanalyse o.b.v. het ICF-model (42). Daarmee brengt hij/zij pro-actief alle (potentieel) belemmerende en bevorderende factoren voor werkbehoud systematisch in kaart en weegt ze, om op basis daarvan, en op basis van de doelen van de patiënt m.b.t. werk en inkomen, met de patiënt te bespreken welke doelen haalbaar zijn en welke interventies nodig/wenselijk zijn om de kansen op realiseren van de doelen optimaal te benutten. De verpleegkundig specialist (VS) kan het dan overnemen om de uitvoering en effecten te monitoren en de patiënt te ondersteunen bij de uitvoering van het door de KAG samen met de patiënt opgestelde en door de verpleegkundig specialist in het individueel (na)zorgplan geïntegreerde werkbehoudplan.

In minder complexe gevallen kan **een geschoolde verpleegkundig specialist (VS)** zelfstandig de doelen met betrekking tot werk en belemmerende en bevorderende factoren voor werkbehoud inventariseren en met de patiënt een eenvoudig werkbehoudplan opstellen om in het individuele (na)zorgplan te integreren. In alle gevallen is het de taak en verantwoordelijkheid van de VS om de uitvoering en effectiviteit van het plan te monitoren en de patiënt te ondersteunen bij de afstemming en communicatie met andere betrokken professionals in de sectoren en domeinen waarmee de patiënt in het proces van behandeling, nazorg en begeleiding in en naar werk te maken krijgt. Waar nodig consulteert de VS de KAG voor inhoudelijke aspecten van afstemming en communicatie met andere partijen of neemt de KAG zelf initiatief voor inhoudelijke afstemming en communicatie. Bij formele communicatie en rapportage over belasting en belastbaarheid, beoordeling van en advisering over arbeidsmogelijkheden en werkgerichte interventies is de KAG eindverantwoordelijk.

⁵ Afhankelijk van de lokale context kunnen bepaalde arbeidsgerichte (deel)taken door andere professionals dan de verpleegkundig specialist, zoals een medisch maatschappelijk werker, ergotherapeut, revalidatie-/arbeidscoach, uitgevoerd worden.

6. Afsluitende beschouwing en vooruitblik naar fase 2 en 3

In hoofdstuk 6 kijken we op basis van de uitkomsten van fase 1 vooruit naar het vervolg.

Onderdeel van de opdracht voor fase 1 is:

1. een beschrijving van uitgangspunten voor de go/no-go beslissing over continuering van het project na fase 1 op basis van de uitkomsten van fase 1.
2. Selectiecriteria voor de keuze van bekostigingsscenario's in fase 2

6.1. Beschrijving van uitgangspunten voor de go/no-go beslissing

Voor deze beslissing is beantwoording van drie vragen doorslaggevend:

1. Is voldoende onderbouwd dat het in hoofdstuk 5 beschreven zorgpadformat, als kern van het beoogde zorgmodel een adequaat antwoord geeft op de - vanuit het perspectief van arbeidsgerichte zorg - geconstateerde tekortkomingen in de zorg en tegemoetkomt aan de geconstateerde behoeften van patiënten?
2. Wordt implementatie van het geschetste zorgpadformat/ zorgmodel op grond van de beschikbare informatie niet bij voorbaat als onhaalbaar ingeschat?
3. Is er een (haalbaarder) alternatief?

Als uitgangspunt voor de beoordeling van de haalbaarheid resp. implementeerbaarheid van het geschetste zorgpadformat en zorgmodel geven we in tabel 3 een overzicht van (rand)voorwaarden voor implementatie.

Tabel 3. Voorwaarden voor implementeerbaarheid van het zorgpadformat/ zorgmodel

Voorwaarde	Bevorderend	Belemmerend	Risico-score* (0-5)	Actie
Draagvlak bij stakeholders resp. actoren	Reacties stakeholders en 'tijdgeest' zijn positief. Er is 'momentum' (aanpalende projecten, ontwikkelingen). De GMA** is al 'zorgbreed' geaccordeerd	Andere prioriteiten Hoge werkdruk	2	Optimaal faciliteren (in fase 3 opnemen in implementatieplan)
Implementatie GMA**	Draagvlak bij actoren /zorgprofessionals	Geen integraal implementatieplan. Veranderen kost tijd	1	Integraal implementatieplan (KIMS/ NVAB/ NVKA)
Uitwerking GMA** in een generieke oncologische module	Was onderdeel van plan ontwikkeling GMA. Was ook opgenomen in budget.	Een concreet projectplan ontbreekt nog. Eigenaar?	1	Opvolgen (KIMS)
Handleiding implementatie zorgpad en toolbox voor zorgpadteams + coaching	Format handleiding IKNL is beschikbaar en kan als uitgangspunt dienen.	Financiering nodig	1	In fase 3 opnemen in implementatieplan
Voldoende capaciteit actoren/ professionals. (vnl. capaciteit VS en KAG)	Animo voor KAG-rol Animo voor rol van VS	Capaciteitstekorten in zorg + BGZ	4	Efficiencyslag met stepped care/ expertisecentra
Deskundigheid: scholing en opleiding MS en VS	Er is al aanbod en meer in ontwikkeling		2	Integratie in basisopleidingen
Opleiding KAG Oncologie	Ontwikkeling opleidingsplan loopt (NVKA)	Financiering opleiding niet geregeld	3	Actie SZW-VWS-OCW?

		Financieel risico voor opleidingsinstellingen		Beschikbaarheidsbijdrage? In fase 3 opnemen in implementatieplan
Efficiënte inzet van KAG-capaciteit in regionaal verband (vanuit regionale/ academische arbeidsgeneesk. centra)	Past bij regionale organisatie zorg Regionale centra ook van toepassing voor beroepsziektediagnostiek AYA-zorgnetwerk als voorbeeld	Nog geen zicht op financieringsroute	3	In fase 3 opnemen in implementatieplan
Infrastructuur voor centrale, gestandaardiseerde informatieverzameling en -ontsluiting en voor communicatie/ coördinatie over sectoren en domeinen	Persoonlijke Gezondheids Omgeving (PGO) is in ontwikkeling (NVAB is betrokken) Is al actiepunten in bredere context IZA	Nog geen betrokkenheid bij ontwikkelingen IZA	2	Betrokkenheid/ verbinding met IZA zoeken (actie SZW-VWS, Pfn/ NFK)
Passende bekostigingsarrangementen voor domeinoverstijgende samenwerking	Bekostiging regionale samenwerking en systeemfuncties is ook noodzaak voor passende zorg (IZA).	Bekostiging van samenwerking is (nog) problematisch	2	Pragmatische oplossingsmogelijkheden onderzoeken (proeftuin, brownpapersessies)
Contractering 'Arbeid in de zorg' als integraal onderdeel zorgpad		Nog niet op netvlies van ziekenhuizen	4	Awareness-offensief/ lobby

*Risico-score: impact x faalkans (0= geen/minimaal risico; 5= groot risico)

**GMA = Generieke Module Arbeidsparticipatie voor medisch-specialistische richtlijnen

Alles overziende is duidelijk dat er voor de implementatie van het beoogde arbeidsgerichte zorgmodel nog belangrijke voorwaarden gerealiseerd moeten worden en belemmeringen te overwinnen zijn. Met name capaciteitstekorten in de verpleegkundige beroepsgroep en bij bedrijfsartsen vormen een potentieel obstakel waarmee bij de verdere uitwerking en implementatie rekening gehouden moet worden. Er lijkt op voorhand echter geen sprake van onoverkomelijke blokkades die continuering op de aangegeven weg bij voorbaat kansloos maken. Ook zijn bij de verkenning geen alternatieve modellen in beeld gekomen die antwoord geven op de geconstateerde verbeterpunten.

6.2. Selectiecriteria voor de keuze van bekostigingsscenario's in fase 2.

Als er aan het eind van fase 1 een 'go' komt voor continuering van het project is in fase 2 de vraag aan de orde welke scenario's voor bekostiging van het voorgestelde zorgmodel in aanmerking komen om te onderzoeken op passendheid en haalbaarheid. Bij fase 1 hoort het opstellen van criteria waaraan te onderzoeken scenario's moeten voldoen. Om die vraag te kunnen beantwoorden hebben we ons al georiënteerd op de (on)mogelijkheden van bekostiging van 'arbeidsgerichte zorg' in het kader van 'verzekerde zorg' volgens de Zorgverzekeringswet (Zvw).

In het verleden was het adagium van verzekeraars en ZiN dat behandeling van 'werkproblemen' zoals burnout) niet onder 'te verzekeren zorg' kon vallen. Een curieus standpunt, want zou dat dan strikt genomen niet ook moeten gelden voor behandeling van letsel als gevolg van een bedrijfsongeval? Arbeidsrevalidatie werd op grond van dit standpunt in het verleden, net als klinisch-arbeidsgeneeskundige zorg, uitgesloten van bekostiging via de Zvw.

In het 'Standpunt Medisch-Specialistische Revalidatie: zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden', uitgebracht in juni 2023, is een hoofdstuk opgenomen over arbeidsrevalidatie waarin een aanzienlijk genuanceerdere benadering wordt beschreven (44). De beschrijving van de criteria voor te verzekeren diagnostiek en behandeling in het kader van arbeidsrevalidatie biedt voor arbeidsgerichte en klinisch-arbeidsgeneeskundige zorg goede aanknopingspunten.

Als uitgangspunt hebben we op grond van de beschreven kwaliteitsstandaarden en professionele standpunten al vastgesteld dat arbeidsgerichte zorg past binnen het criterium dat het zorg betreft 'zoals de medisch specialist pleegt te bieden'. Consultatie van ZiN bevestigt dit uitgangspunt en dat er dan in principe sprake is van verzekerde zorg, waar de patiënt een beroep op kan doen. Kijken we dan naar de criteria voor wat dan in geval van arbeidsrevalidatie wel (en niet) onder te verzekeren zorg valt dan zijn die één op één toe te passen op het voorgestelde arbeidsgerichte zorgmodel. Voor een beschouwing daarover verwijzen we naar bijlage 10.

Conclusie

- *Er zijn geen formele belemmeringen voor bekostiging van arbeidsgerichte zorg binnen het zorgdomein, en de rol van de klinisch arbeidsgeneeskundige daarin, via te verzekeren zorg onder de Zvw.*
 - *De belangrijkste vraag zal worden in hoeverre zorgaanbieders, lees ziekenhuizen, zich in de onderhandeling met de zorgverzekeraar sterk zullen maken voor budget voor de reguliere bekostiging uit de DBC's.*
 - *Resteert de vraag hoe de coördinatie en samenwerking over grenzen tussen sectoren en domeinen gefinancierd moet worden, als daar geen reguliere betaaltitel voor komt.*
-

Komen we terug op de selectie van bekostigingsscenario's in fase 2 dan zijn de volgende criteria onzes inziens relevant voor de keuze:

- Zo groot mogelijke haalbaarheid binnen de bestaande kaders voor bekostiging.
- Zo min mogelijke administratieve belasting
- Zo min mogelijke kans op (langdurige en ongewisse) beoordelingsprocedures door toetsende instanties.
- Zoveel mogelijk passend binnen de bestaande kaders voor bekostiging binnen de betrokken domeinen.
- Toedeling van kosten aan de betrokken domeinen passend bij hun taken, belangen en verantwoordelijkheden.
- Bij (te) scheve verdeling van kosten en baten tussen domeinen, eventueel een advies voor een vereveningssysteem op macroniveau opnemen.

Bijlagen

Bijlage 1. Lijst van begrippen en definities

Arbeidsgerelateerde zorg: Dit begrip gebruiken we in dit project niet, omdat dit in publicaties niet eenduidig wordt gehanteerd en gedefinieerd, er zijn meerdere definities in omloop en het gebruik is aanleiding voor verwarring.

Arbeidsgerichte zorg: zorg waarin arbeidsparticipatie een geïntegreerd behandeldoel is. Hierbij wordt werk⁶ ingezet als medicijn (herstelbevorderende factor) en wordt systematisch aandacht besteed aan diagnostiek, signalering en preventie van werkgerelateerde aandoeningen. Deze zorg omvat een continuüm van curatieve zorg⁷, beginnend vroeg na diagnose, en revalidatiebehandeling tot arbo- en bedrijfsgezondheidszorg en begeleiding in of naar werk (inclusief eventuele begeleiding in het sociale domein het kader van de Participatiewet), en vice versa;

Arbocuratieve zorg: zorg voor werkenden, die tot stand komt door verbinding en samenwerking tussen de curatieve en bedrijfsgezondheidszorg 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.

Bedrijfsgezondheidszorg: preventieve en positieve zorg zoals de arbeids- en bedrijfsgeneeskunde die pleegt te bieden en die geleverd wordt in het kader van de arbozorg in bedrijven. De zorg is gericht op het voorkomen van beroepsziekten, bedrijfsongevallen, ziekte en verzuim van medewerkers en het bevorderen van optimale arbeidsomstandigheden en duurzame inzetbaarheid. De term bedrijfsgeneeskunde was oorspronkelijk gericht op preventieve zorg. Toen deze zorg zich 2^e helft vorige eeuw ontwikkelde tot meer positieve zorg en naast de bedrijfsarts andere disciplines een rol kregen, is de term bedrijfsgezondheidszorg in zwang gekomen.

Behandeling: activiteit van een zorgaanbieder gericht op het herstel en voorkomen van verergering van een aandoening of beperking.

Communicatie: de productie, uitwisseling en betekenisgeving van boodschappen tussen mensen, die plaatsvindt binnen een context van informationele, relationele en situationele factoren met als doel elkaar te beïnvloeden.

Complementariteit: de wijze waarop verschillende zorginspanningen elkaar aanvullen.

Continuïteit: een ononderbroken opvolging van zorg. De patiënt weet wie (eind)verantwoordelijk is voor de zorg en wie zijn of haar aanspreekpunt is. De patiënt ervaart naadloze overgangen tussen zorginstellingen, tussen afdelingen en tussen zorgverleners.

⁶ Waar in het kader van arbeidsgerichte zorg de begrippen 'werk' en 'werk(zoek)ende' worden gebruikt, bedoelen we daarmee ook 'studie/opleiding' en 'studerende'.

⁷ Onder curatieve zorg verstaan we hier alle reguliere ziekenhuis- en 1^e lijnszorg, inclusief palliatieve zorg

Coördinatie: afstemming van de verschillende zorginspanningen tussen patiënt en zorgverleners en tussen zorgverleners en andere betrokken professionals onderling.

Geïntegreerde oncologische zorgketen: zorgketen waarin zorginspanningen zijn gedefinieerd vanuit het professionele en het patiëntenperspectief en de zorginspanningen vanuit de verschillende professionele dimensies onderling met elkaar verbonden zijn in het zorgcontinuüm.

Generieke modules: zorgmodules die van toepassing zijn bij meerdere (chronische) ziektebeelden.

Individueel zorgplan (IZP): zorgplan waarin alle onderdelen die van belang zijn in de behandeling van de patiënt (voor de patiënt en samen met de patiënt) worden vastgelegd. Het gaat hierbij om individuele doelstellingen, streefwaarden, educatie en therapietrouw. Het zorgplan wordt op maat gemaakt, aangepast aan kennisniveau, leeftijd en leefwijze. (Bron: NDF-zorgstandaard (45))

Informele zorg: alle zorg die onbetaald en niet beroepshalve wordt verricht.

Integrale zorg: integrale zorg is gericht op de individuele behoeften van de patiënt, waarbij patiënten en professionals (al dan niet uit verschillende sectoren en organisaties) hun activiteiten zodanig op elkaar afstemmen, dat er een samenhangend aanbod van zorg rond de patiënt ontstaat. (Bron: vrij naar Thesaurus Zorg en Welzijn)

Klinische arbeidsgeneeskunde: het domein binnen de geneeskunde waarin structureel gebruik wordt gemaakt van (ziekte-) specifieke arbeids- en bedrijfsgeneeskundige kennis in een reguliere klinische of transmurale setting voor patiënten, waarbij de factor arbeid relevant is voor diagnostiek, behandeling, nazorg prognose en preventie;

Klinisch arbeidsgeneeskundige (KAG): een medisch specialist Arbeid & Gezondheid, profiel arbeids- en bedrijfsgeneeskunde (bedrijfsarts), werkzaam in en vanuit de reguliere gezondheidszorg, met ziektespecifieke specialisatie gericht op de relatie tussen specifieke (categorieën) ziektebeelden en werk, bv. oncologische ziektebeelden (KAG-oncologie) of infectieziekten (KAG-infectieziekten). De ziektespecifieke kennis wordt ingezet in het kader van 1. Diagnostiek, behandeling en preventie van werkgerelateerde aandoeningen en 2. (complexe) re-integratieproblematiek bij werk(zoek)enden en studerende met participatieproblemen als gevolg van (chronische) gezondheidsproblemen en beperkingen. Klinisch arbeidsgeneeskundigen kunnen een belangrijke rol vervullen in de samenwerking tussen de reguliere zorg en bedrijfsgezondheidszorg.

Kwaliteitsbeleid: een methodische benadering voor het bewaken en bevorderen van de kwaliteit die structureel is ingebed in de organisatie van het zorgproces. (Bron: Zorgstandaarden in Model 2010 (46))

Kwaliteitscriterium: beschrijving van de voorwaarden waaraan de kwaliteit van zorg moet voldoen in termen van inhoud, organisatie en relationele aspecten.

Kwaliteitsindicator: meetbare eenheid die een betrouwbare aanwijzing geeft over de kwaliteit van zorg die geboden wordt ten aanzien van het betreffende kwaliteitscriterium.

Kwaliteitsstandaard: een richtlijn, module, norm, zorgstandaard of organisatiebeschrijving, die betrekking heeft op (een deel van) een zorgproces, vastlegt wat noodzakelijk is om vanuit het perspectief van de cliënt goede zorg te verlenen.

Nazorg: een essentieel onderdeel van de individuele patiëntenzorg na behandeling voor kanker. Het behelst voorlichting, begeleiding, ingaan op klachten en symptomen, beoordelen van directe of late effecten van ziekte en behandeling en aandacht voor sociale gevolgen. De invulling hangt af van de individuele situatie van de patiënt. Bron: Nacontrole in de oncologie, Gezondheidsraad (2007) (47).

Netwerkgorg: zorg in (regionale) netwerken van professionals en zorgorganisaties. Netwerkgorg wordt gezien als een middel om toegankelijkheid, patiënttevredenheid en kwaliteit en efficiëntie van zorg te verbeteren. Een middel dus om de doelen van passende zorg (Integraal Zorg Akkoord) te realiseren. Netwerkgorg is persoonsgericht met de behoeften van de patiënt/persoon centraal en wordt gekenmerkt door interdisciplinaire samenwerking gericht op het realiseren van verandering en resultaat (bron: Valentijn, 2019) (3).

Palliatieve zorg: palliatieve zorg is een benadering die de kwaliteit van het leven verbetert van patiënten en hun naasten die te maken hebben met een levensbedreigende aandoening, door het voorkomen en verlichten van lijden, door middel van vroegtijdige signalering en zorgvuldige beoordeling en behandeling van pijn en andere problemen van lichamelijke, psychosociale en spirituele aard. (Bron: WHO 2002) (48).

Patiëntenperspectief: perspectief van de zorgvrager zoals geconcretiseerd in de kwaliteitscriteria van de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenverenigingen.

Procesindicator: weerspiegelt de uitvoering van het individuele zorgproces. (Bron: Zorgstandaarden in Model 2010) (46).

Professioneel perspectief: doelstellingen en handelwijze van beroepsbeoefenaren vanuit verschillende disciplines zoals vastgelegd in richtlijnen, protocollen, kwaliteitscriteria en andere relevante documenten.

Protocol: een document dat tot doel heeft zorgverleners te ondersteunen bij het uitvoeren van zorginhoudelijke handelingen, met andere woorden het geeft aan hoe een handeling uitgevoerd kan worden. (Bron: Leytens en Wagner, 2000 (49)).

Psychosociale zorg: de continue, actieve begeleiding die kankerpatiënten en hun naaste(n) helpt - zowel tijdens de ziekte als in de periode daarna- op psychisch, sociaal en levensbeschouwelijk terrein zo optimaal mogelijk te leven. De zorg loopt van algemene basale steun naar gerichte, gespecialiseerde psychosociale oncologische hulpverlening. Psychosociale zorg richt zich op het herstel van de kwaliteit van leven. (Bron: IKNL) (50).

Richtlijn: een document met aanbevelingen, gericht op het verbeteren van de kwaliteit van zorg, berustend op systematische samenvattingen van wetenschappelijk onderzoek en afwegingen van de voor- en nadelen van de verschillende zorgopties, aangevuld met expertise en ervaringen van zorgprofessionals en zorggebruikers. Richtlijnen voor medisch-specialistische zorg (2^e lijn) worden centraal beheerd door Kennis Instituut Medisch Specialisten in de Richtlijndatabase (51).

Richtlijn vs protocol: Richtlijnen geven aan wat er gedaan kan worden. Een protocol geeft stap voor stap aan hoe iets gedaan moet worden (bron: [Richtlijn en zorgstandaard \(patientenfederatie.nl\)](http://richtlijn-en-zorgstandaard.patientenfederatie.nl))

Vroege onderkenning en preventie: alle activiteiten gericht op het vroegtijdig signaleren van de mogelijke aanwezigheid van een (chronische) ziekte of een verhoogd risico daarop bij individuele patiënten.

Zorgcontinuüm: alle zorginspanningen bij een individuele zorgvrager met betrekking tot vroegtijdige onderkenning en preventie, diagnose, behandeling, monitoren van het beloop, begeleiding en

ondersteuning, revalidatie, re-integratie en bevordering van maatschappelijke participatie, laatste levensfase en palliatie. (Bron: Zorgstandaarden in Model 2010) (46)

Zorgketen: ketenzorg is het samenhangend geheel van zorginspanningen dat door verschillende zorgaanbieders onder een herkenbare regiefunctie wordt geleverd, waarbij het cliëntproces centraal staat en waarbij zoveel mogelijk aansluiting wordt gezocht met diens omgeving. Er wordt een sluitende keten gevormd van diagnostiek, behandeling en begeleiding, maar ook van preventie, vroeg opsporen en zelfmanagement. In de zorgketen bestaan gradaties van eenvoudig en strikt volgtijdelijk tot complexe zorg. (Bron: Kenniscentrum Ketenzorg, www.handreikingketenzorg.nl)

Zelfmanagement: mate waarin iemand met één of meerdere ziekten en/of beperkingen in staat is om de regie over het leven te behouden tot zover hij dat wil en kan, door goed om te gaan met symptomen, behandeling, lichamelijke, sociale en psychologische gevolgen van de ziekte(n) en/of beperkingen en daarbij horende leefstijlaanpassingen, in samenhang met de sociale omgeving (bron: Zorgmodule Zelfmanagement 1.0 (CBO 2014) (52).

Zelfmanagementondersteuning: interventies die een patiënt, diens omgeving of zorgverlener inzet om de mate van zelfmanagement te vergroten. (Bron: LAN 2010)

Zorgmodel: een conceptualisatie en operationalisatie van hoe diensten verleend worden, inclusief de zorgprocessen, organisatie van zorgverleners en het management van de diensten, ondersteund door de identificatie van rollen en verantwoordelijkheden van verschillende platforms, instituties en aanbieders gedurende het zorgpad.

Zorgpad: stapsgewijze beschrijving van wat, wanneer, door wie gedaan wordt in een zorgproces (over de ketens en tussen de lijnen) en wat het beoogde resultaat is. Het legt ook vast wat en hoe te registreren. Een zorgpad focust dus op logistiek en coördinatie van verantwoordelijkheden en activiteiten.

Zorgstandaard: een vanuit het patiëntenperspectief op zo veel mogelijk wetenschappelijk bewijs gebaseerde functionele beschrijving van de multidisciplinair georganiseerde individuele preventie en zorg – inclusief ondersteuning bij zelfmanagement – voor een bepaalde chronische ziekte gedurende het complete zorgcontinuüm, en ook een beschrijving van de organisatie van de betreffende preventie en zorg en de relevantie prestatie-indicatoren. (Bron: Zorgstandaarden in Model 2010)(46).

Zorgverleners: alle disciplines die zorg verlenen aan patiënten en/of patiënten behandelen.

Bijlage 2. Samenstelling projectgroep, stuurgroep en klankbordgroep

Samenstelling projectgroep

Naam	Functie	Organisatie
Theo Senden	Projectleider	NVKA
Sietske Tamminga	Projectonderzoeker	AUMC
Yvette Jansen	Projectassistent	NVKA/NVAB
Dunja Dreesens	Projectadviseur	KIMS
Gijsbert van Lomwel	Projectadviseur	NVAB
Ad hoc:		
Rosella Hermens	Projectadviseur Implementatie zorginnovaties	IQ Healthcare Radboudumc
Patrick Jeurissen	Projectadv. Financiering van zorg	IQ Healthcare Radboudumc

Samenstelling stuurgroep

Naam	Functie	Organisatie
Hanneke van den Bout	Voorzitter stuurgroep Dir. Gezond & Veilig Werken	Ministerie van Sociale zaken en Werkgelegenheid (SZW)
Mireille Vrouwenraets	Coördinerend beleidsmedewerker Gezond & Veilig Werken	Ministerie van Sociale zaken en Werkgelegenheid (SZW)
Henri Géron	Coördinerend beleidsmedewerker Gezond & Veilig Werken	Ministerie van Sociale zaken en Werkgelegenheid (SZW)
Peter van Duijvendijk	Bestuurder	Stichting Oncologische Samenwerking (SONCOS)
Boyd Thijssens	Voorzitter	Ned. Ver. voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB)
Eveliëne Manten	Directeur	AYA 'Jong & Kanker' zorgnetwerk
Cobi Oostveen	Bestuurslid/ vicevoorzitter	Ned. Ver. Klinisch Arbeidsgeneeskundigen (NVKA)
Gabriella de Boer	Bestuurslid	Verpleegk. & Verzorgenden NL (V&VN)/ netwerk Verpleegkundig Specialisten Oncologie
Anke Vervoord	Directeur – bestuurder	Ned. Federatie Kankerpatiënten -organisaties (NFK)
Arthur Schellekens	Directeur – bestuurder	Patiëntenfederatie Nederland (Pfn)
Frederieke Schaafsma	Hoofd en bijzonder hoogleraar Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde	Poli Mens & Arbeid, Afd. Public & Occupational Health, AUMC
Yolande Kampen	Bedrijfsarts/ klinisch arbeidsgeneeskundige	Ned. Federatie van Universitair Medische Centra (NFU)
André Renkema	Senior beleidsadviseur en programmaman. Arbeidsmarkt	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)
Steven Hubeek	Senior-adviseur inclusieve arbeidsmarkt	Alg. Werkgevers Ver. Ned. (AWVN)/ De Normaalste Zaak

Deelnemers invitational conference en/of commentaarronde fase 1*

	Naam	Functie	Organisatie
1	Frank Alfrink*	Voorzitter	Vereniging ZZP Nederland
2	Hava Arpacı	Commissiesecretaris	SER/ Cie. Arbeidsomstandigheden
3	Herman Bartstra	Klinisch arbeidsgeneeskundige	Radboudumc/ Amsterdam UMC
4	Tilja van den Berg	Projectmanager	Nederlands Kanker Collectief
5	Yolanda van Bers	Directieadviseur Soc.-medische zaken	UWV
6	Anouk Boerman	Lead Kanker & Werk	KWF Kankerbestrijding

7	Hanneke van den Bout	Directeur/ plv. directeur-generaal	Ministerie SZW / Gezond & Veilig Werken
8	Edith Brocken	Commissielid	Ergotherapie Nederland, lid cie. Arbeid
9	Monique Derikx	Klinisch arbeidsgeneeskundige	Ned. Centrum voor Beroepsziekten, Afd Public & Occupational Health AUMC
10	Bart Dollekens	Bedrijfsarts / specialistisch adviseur	RIVM/ Infectieziekten
11	Desiree Dona*	Klinisch arbeidsgeneeskundige Oncologie/ PhD-onderzoeker	Dep. Eerstelijngeneeskunde/ Unit patiëntzorg Klin. Arbeidsgeneeskunde, Radboud UMC
12	Marcel van Druenen	Voorzitter	SAM, beroepsvereniging professionals sociaal domein
13	Michel Edelaar*	Programmamanager	Vroege Interventie Coöperatie U.A.
14	Leo Elders*	Klin. arbeidsgeneesk./ Ere-voorzitter	Ned. Ver. voor Klinische Arbeidsgeneeskunde
15	Marieke Jacobs*	Klinisch arbeidsgeneeskundige Oncologie	Radboud UMC/ Ned. Ver. voor Klinische Arbeidsgeneeskunde
16	Herbert de Jager	Bedrijfsarts, Coördinerend/ specialistisch adviseur	RIVM/ Infectieziekten
17	Yvette Jansen	Projectassistent	NVKA/NVAB
18	Marije de Jong	Verenigingsmanager	OVAL
19	Monique de Jong*	Belangenbehartiger	Ned. Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties (NFK)
20	Henri Géron	Senior beleidsadviseur	Ministerie SZW / Gezond & Veilig Werken
21	Jasper Kappen	Longarts	Franciscus Gasthuis en Vlietland
22	Lana Kluit*	PhD-onderzoeker	Afd. Public & Occupational Health, Amsterdam UMC
23	Hanna Kuiper-van der Valk	Longarts / bestuurslid	Franciscus Gasthuis en Vlietland / NVKA
24	Yvonne de Leeuw-van Zaanen	Voorzitter	Ned. Ver. Bedrijfs- en Arbeidsfysiotherapeuten
25	Gijsbert van Lomwel	Lid projectteam / directeur	Ned. Ver. voor Arbeids- en Bedrijfs-geneeskunde
26	Julia de Meij	Managing Consultant	Strategies in Regulated Markets (SiRM)
27	Annemiek Nijholt	Coördinator arbeidsgerichte zorg	Maastricht UMC+
28	Cobi Oostveen*	Vicevoorzitter	Ned. Ver. voor Klinische Arbeidsgeneeskunde
29	Roderik Ponds	Partner / consultant	Strategies in Regulated Markets (SiRM)
30	Meeuwes Pool	Verzekeringsarts/districtsmanager SMZ	UWV
31	Tamara Raaijmakers*	Senior Programmamanager	Centrum Werk Gezondheid
32	André Renkema	Senior beleidsadviseur Arbeidsmarkt	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)
33	Bertus Robeer	Bedrijfsarts / bestuurslid	Ned. Ver. voor Klinische Arbeidsgeneeskunde
34	Thomas Rustemeyer	Hoogleraar Arbeidsdermatologie	Ned. Ver. v. Dermatologie/ Amsterdam UMC
35	Marika Schooneveldt	Beleidsadviseur Veilig&Gezond Werken	Federatie Nederlandse Vakbeweging (FNV)
36	Theo Senden	Projectleider / voorzitter	Ned. Ver. voor Klinische Arbeidsgeneeskunde
37	Sietske Tamminga	Lid projectteam / assistant professor	Amsterdam UMC
38	Boyd Thijssens	Bedrijfsarts / voorzitter	Ned. Ver. voor Arbeids- en Bedrijfs-geneeskunde
39	Yvonne Veenhuizen	ergotherapeut	Radboudumc
40	Judith Dudok-van Velzen	Senior onderzoeker	Heliomare Research & Development
41	Antoinette Verveen	Rayonmanager	UWV Werkbedrijf Midden Gelderland / Rijk van Nijmegen
42	Anke Vervoord	Directeur-bestuurder	Ned. Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties (NFK)
43	Esther Vrij	Revalidatiearts	Vereniging Revalidatieartsen/ Klimmendaal
44	Wouter Vrooland*	Werkgroeplid	Ned. Insituut voor Psychologen (NIP)/ werkgroep Arbeid & Gezondheid
45	Mireille Vrouwenraets	Coördinerend beleidsmedewerker	Ministerie SZW / Gezond & Veilig Werken
46	Gilbert Wijntjens	Bedrijfsarts/klin. arbeidsgeneeskundige	Amsterdam UMC / NVKA
47	Jeannette van Zee*	Projectleider Arbeidsparticipatie	Patiëntenfederatie Nederland (PfN)
48	Trijntje van Zuilen	Arboverpleegkundige / bestuurslid	V&VN Arboverpleegkundigen

* deelnemer invitational conference en tevens deelnemer commentaarronde
(N.B. de deelnemers hebben commentaar gegeven op een uitgebreide samenvatting met hoofdlijnen)

Bijlage 3. Literatuurtabellen

Bijlage 3a. Overzicht van kenmerken van studies m.b.t. ervaringen met (terugkeer naar) werk van patiënten met een diagnose van kanker.

Kenmerken publicatie		Kenmerken studie		Relevante uitkomsten studie		
Auteur	Land	Type populatie (e.g. diagnose)	Type studie (e.g. interview)	Werk/ terugkeer naar werk/ werk zoeken	Ontvangen steun en informatie/ onvulde steun	Behoeft aan steun en informatie
Butow 2020 (53)	Australië	Alle type kanker	Review kwalitatieve studies	X		
Bellas 2022 (54)	Australië	Alle type kanker	Review kwal. studies		X	
Galica 2022 (55)	Canada	Gynaecologische kanker	Review kwal. en kwant. studies	X		X
SU 2024 (56)	China	Alle type kanker	Review kwal. studies	X	X	
Tan 2022 (57)	Singapore	Vrouwen met borstkanker	Review kwal. studies	X		
Zhao 2023 (58)	China	Colorectaal	Review kwal. studies	X		
Mazzi 2020 (59)	Italië	Vrouwen met borstkanker	Vragenlijstonderzoek en opname consult oncoloog			X
Nicklin 2023 (60)	Groot Britannie	Mensen met een herstentumor	Interviews	x		
NFK (12)	Nederland	Alle type kanker	Online vragenlijst		x	
Lewis 2021 (61)	Australie	Vrouwen met borstkanker	Review kwal. en kwant studies	x	x	
Sesto 2022 (62)	USA	Vrouwen met uitgezaaide borstkanker	Online vragenlijst		x	x
Söderman 2019 (63)	Sweden	Vrouwen met borstkanker	Kwantitatieve studie	x		
Tracy 2020 (64)	USA	Vrouwen met borstkanker 3 mnd na diagn	Kwalitatieve studie	X		
Urquhart 2022 (65)	Canada	Alle type kanker	Longitudinaal kwal. onderzoek			x
Wennman 2021 (66)	Sweden	Vrouwen met borstkanker	Kwalitatieve analyse open vraag in vragenlijst	X		
Wu 2023 (67)	USA	Alle type kanker	Review kwal. studies	x		

Bijlage 3b. Overzicht van bevindingen van studies m.b.t. ervaringen met (terugkeer naar) werk van patiënten met een diagnose van kanker.

Auteur	Bevindingen	Conclusie auteurs
Butow 2020 (53)	<p>Cancer survivors need to consider personal, employer and wider contextual factors when deciding whether and when to RTW:</p> <p>Personal factors:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Meaning of work ➤ Re-evaluation of work ➤ Disclosure of cancer status ➤ Physical limitations and symptoms ➤ A lengthy process of adjustment ➤ Coping with limitations <p>Employment factors</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Employers' and co-workers' responses are critical ➤ Policy, protocols, resources, and work culture <p>The wider context</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Financial issues ➤ Social support ➤ Broader cultural/policy expectations 	<p>Future interventions to support survivors should be informed by these findings, addressing the diverse range of potential factors related to RTW in an individual survivor</p>
Bellas 2022 (54)	<p>Consequences of cancer treatment for work:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Feelings of incapability at work ➤ Menopausal symptoms due to cancer treatment, including impaired cognition, irritability and physical discomfort, compromised job role upon return to work. ➤ Cancer-related cognitive impairment negatively impacted cancer survivors' return-to-work ability <p>Financial and employment issues:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Financial burden ➤ Need for government benefits ➤ Added stress ➤ Prevented psychosocial support ➤ Inconvenience ➤ Treatment nonadherence ➤ Loss of confidence and competence 	<p>Common impacts of unmet physical and practical needs were financial burden and return-to-work difficulties.</p>
Galica 2022 (55)	<p>Terugkeer naar werk uitdagingen</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Vermoeidheid ➤ Concentratie ➤ Depressie ➤ Afnemen vertrouwen ➤ Fysieke beperkingen ➤ Werk flexibiliteit voor ziekenhuisbezoeken <p>Informatiebehoefte</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Beleid werkgever ➤ Vergoedingen werkgever 	<p>Results illuminate the diverse needs of GC survivors as they complete primary cancer treatment and their recommendations for care to meet these needs.</p>
SU 2024 (56)	<p>Thema 1: punten van zorg voor individuen Uiterlijk</p>	<p>The decision-making process for CSs to return to work is affected by various personal and external factors.</p>

	<p>Overwegingen ten aanzien van mate van herstel</p> <p>Angst voor terugkeer van kanker</p> <p>Thema 2: eigen-effectiviteit</p> <p>Perceived self-competence</p> <p>Self-adjustment planning</p> <p>Thema 3: verwachtingen van uitkomst</p> <p>Verlichting van financiële zorgen</p> <p>Voorkomen van baanverlies</p> <p>Terug naar een mate van 'normaal'</p> <p>Thema 4: belang van werk en verbinding met werk</p> <p>Werk waarde</p> <p>Geen keuze voor zelfstandigen</p> <p>Mate van gevoel erbij te horen op de werkplek</p> <p>Thema 5: medisch advies en steun</p> <p>specifiek advies e steun van gezondheidszorgprofessionals</p> <p>Afwezigheid van hulpmiddelen en steun</p> <p>Thema 6: Steun en zorgen van familie</p> <p>Steun en zorg van anderen</p> <p>Geven van flexibele werkuren</p> <p>Sfeer sociale omgeving</p> <p>Imperfecties van social security system en beleid</p>	<p>Effectively addressing personal appearance, financial, and emotional issues can enhance self-efficacy of CSs.</p> <p>Improving external perceptions of cancer patients and enhancing social support in the workplace and medical settings can help CSs make informed decisions regarding their return to work.</p>
Tan 2022 (68)	<p>Moeite hebben om betekenis te vinden na diagnose van kanker</p> <p>Zorgen en overwegingen voor terugkeer naar werk (emotionele reactie, barrières)</p> <p>Personal/externa factors -> redenen voor terugkeer naar werk</p> <p>Werkleven na diagnose van kanker en behandeling (afwezigheid van steun, disclosure, aanbevelingen om werk leven te verbeteren)</p>	<p>Current findings allowed a deeper understanding into the way the women with breast cancer coped during their cancer journey. Challenges and motivating factors faced by these women while working or returning to work were discussed. Improvements to current support systems and working policies are needed to better support this group of women</p>
Zhao 2023 (58)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Het verlangen en verwachten voor terugkeer naar werk en sociale toewijding ➤ Economische noodzaak ➤ Ondersteuning en tolerantie van werkgever en collega's ➤ Werk suggesties gegeven door professionals ➤ Zorgpolicy van werkgever (alleen belang in USA) ➤ Fysieke problemen (e.g. vermoeidheid) ➤ Psychologische barrières (e.g. stigma) ➤ Afwezigheid van steun van familie ➤ Negatieve attitude van werkgever en collega's ➤ Beperkte informatie en hulpmiddelen van professionals ➤ Afwezigheid van goed beleid 	<p>This study shows that colorectal cancer survivors' return-to-work is influenced by many factors. We should pay attention to and avoid obstacles, help colorectal cancer survivors recover their physical functions and maintain a positive psychological state, improve the social support for colorectal cancer survivors to return-to-work, so as to achieve comprehensive rehabilitation as soon as possible.</p>
Mazzi 2020 (59)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 31% van de werkenden met een betaalde baan op diagnose selecteerde de vraag -> 'How will my job be influenced? En 43% de vraag 'Am I eligible for any compensation benefits if I cannot work? In particular, employed women 	<p>Employment status is related to the type of questions asked during the first consultation. Also, it interrelates with other patients' characteristics like age and education in determining the number of questions asked. Patients' characteristics including employment status could be considered in tailoring work and social related information</p>

	were more interested in therapy heaviness and loss of work ability.	provided during the first oncological consultation. Future studies could explore potential differences in information needs according to the different kinds of work.
Nicklin 2023 (60)	<p>Thema 1 – vroege aanpassingen en verwachting (bijv. onderschatten hersteltijd)</p> <p>Thema 2 – bevorderende factoren voor terugkeer naar werk (bijv. terug naar normaal)</p> <p>Thema 3 – Ervaringen met terugkeer naar werk (bijv. aanpassen aan nieuwe situatie, her-evaluatie toekomst)</p> <p>Thema 4 – benodigde steun (bijv. uitdagingen in het verkrijgen van financiële steun)</p>	Future research focusing on RTW in neuro-oncology populations is needed. Interventions should be developed to improve employer/employee communication and increase knowledge about BT care and possibilities for RTW, to support patients and caregivers towards sustained employment.
NFK (12)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 60% van de mensen geeft aan dat de gevolgen van de kanker(behandeling) op werk niet zijn besproken door een zorgprofessional in het ziekenhuis ➤ 89% van de patiënten bij wie de gevolgen van de kanker(behandeling) op werk, wel zijn besproken, zegt dat het bespreken hiervan in meer of mindere mate geholpen heeft. ➤ 45% van de patiënten is begeleid door een arts gespecialiseerd in werk, meestal een bedrijfsarts ➤ 27% geeft aan iets gemist te hebben in de begeleiding door een arts gespecialiseerd in werk en geeft een 4.6 als rapportcijfer ➤ 59% geeft aan niets gemist te hebben in de begeleiding door een arts gespecialiseerd in werk en geeft een 8.0 als rapportcijfer. ➤ Een deel kan door kanker niet meer werken of heeft moeite hadden met het oppakken van het werk, veelal door cognitieve problemen. ➤ Vertel bij sollicitatie wel/niet van kanker diagnose ➤ Aanpassingen in werk of flexibel kunnen werken wordt veelal genoemd als wens 	
Lewis 2021 (61)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Women most commonly reported reduced memory, difficulty concentrating, slow reaction time and cognitive errors with their work tasks ➤ cognitive fatigue negatively impacting work performance ➤ reduced cognitive performance impacted women's ability to participate in the workforce after breast cancer. 	Breast cancer survivors can experience challenges in their employment due to cognitive deficits, which may lead to the loss of their employment. Health professionals need to explore breast cancer survivors work role and consider appropriate referrals to ensure women receive the necessary support and rehabilitation to address cognitive problems impacting work performance. Further research is needed to develop workplace-based cognitive assessments and interventions to improve the work performance and participation of women with breast cancer experiencing cognitive deficits
Sesto 2021 (62)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Problems ➤ Reduction in wages ➤ Being intimidated ➤ Being demoted or not being promoted ➤ Being laid off 	The decision to stop working may represent a subsequent event driven by cancer progression. This research highlights the ongoing need of information targeting MBC to facilitate the management of employment and financial issues early in the MBC trajectory.

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Information needs ➤ The stably-working respondents more often valued information on how to talk with employers or co-workers about diagnosis (n=38, 57.6% vs n=16, 27.1%; p< 0.01), legal rights in workplace (n= 43, 65.2% vs n= 22, 36.7%; p< 0.01), when to think about stopping work (n= 45, 68.2% vs n=18, 30%; p<0.01), and applying for disability (n= 42, 63.6% vs n=26, 42.6%; p<0.05), when compared to no-longer-working. 	
Söder-man 2019 (63)	<p>Eighty percent of the women had experienced encounters regarding work. Women who got advice and support regarding work (adjusted odds ratio (OR) 0.5; 0.3–0.9) or were encouraged to work (adjusted OR 0.6; 0.3–0.9) had less SA. A larger proportion of those encouraged to work had less advanced cancer, surgery, hormone, or radiotherapy. Consistently, women encouraged to be on SA had more SA, but this was partly explained by disease or treatment factors (crude OR 1.6; 1.1–2.4, adjusted OR 1.2 (0.8–1.9) since a larger proportion of those with more advanced cancer, surgery, or chemotherapy had more SA.</p>	<p>Most women experienced encounters regarding work, and the nature of these encounters were associated with SA 2 years after BC surgery</p>
Tracy 2020 (64)	<p>The majority of women disclosed their diagnosis to their employer and nearly all maintained some level of employment during the first three to six months of treatment</p> <p>Women with hourly wage jobs were more likely to report working in physically demanding jobs and taking unpaid leave. They were also more likely to experience side effects that required physical restrictions at work, to leave their jobs due to demands of treatment, and to report managing cancer and work concurrently as very difficult.</p> <p>Women in salaried wage jobs were more likely to report falling behind or missing work and working remotely as a cancer-management strategy. Women in hourly jobs more often reported difficulty managing the competing demands of cancer and work.</p>	<p>While further study is needed, these results suggest that women in hourly and salaried workers reported similar experiences managing cancer and work, with a few key exceptions. These exceptions pertain to the nature of hourly-wage work. Cancer survivors employed in hourly jobs may be more vulnerable to poor employment outcomes due to limited access to paid time off and workplace flexibility, and challenges related to managing physical aspects of cancer and employment</p>
Urquhart 2022 (65)	<p>The resultant themes were: (1) supports received or desired to enable RTW; (2) others' limited understanding of the long-term impacts of a cancer diagnosis and its treatment; (3) worries and self-doubts about returning to work; and (4) changing perspectives on life and work after cancer.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ All participants experienced high levels of emotional support from their family and friends with respect to RTW, and many discussed how their families/friends worried that they were rushing their return. 	<p>Cancer patients returning to work after treatment often experience challenges throughout the process, including varying levels of support from others and a range of ongoing effects and motivation to RTW. There is a clear gap in terms of the professional supports available to these individuals</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ all but one participant expressed high levels of moral and practical support from their employers and co-workers during their diagnosis and treatment periods, and upon their initial RTW. ➤ Participants discussed a range of experiences in terms of the supports they received from their care teams and insurance companies regarding RTW. While some participants felt they received adequate support from their insurance company or cancer care team, many discussed having to find supports themselves, or that the supports they did receive were suboptimal in terms of preparing them for their RTW journey. For example, many participants noted that they did not receive any referrals to formal psychosocial support from their care team, and they were not informed of specific supports available to navigate the RTW process by their care team or insurance company. Most also discussed how their Curr. Oncol. 2022, 29 3018 cancer care team did not discuss RTW as a part of their care and management, or discussed this issue in a rushed way: ➤ A minority of participants did discuss how their primary care provider was a source of both moral and practical support along their RTW journey instead of their cancer care team, reassuring individuals that they were able to RTW or advocating on their behalf if they needed more time away from work. ➤ However, other participants noted that their primary care providers lacked an understanding of the unique side effects from their cancer treatment and how these impact RTW. As one participant described. ➤ When asked, participants described a number of supports they felt would have helped with the RTW process: dedicated staff/navigator to assist with insurance companies, speaking with a peer who had similar experiences, formal psychosocial supports, and more support directly from their employer such as increased communication and flexibility during their return. ➤ Pressure to RTW 	
Wenman 2021 (66)	<p>A. Health and wellbeing B. Contacts and encounters C. Flexibility and adjustment possibilities D. Socioeconomic consequences from working/not working E. Own motivation and characteristics.</p>	<p>The results give a comprehensive overview over a variety of different types of factors for being able to return to/remain in work or to not work after breast cancer surgery, adding new knowledge about e.g., the importance of colleagues, and the women's own preferences or characteristics. These are factors that different stakeholder,</p>

	The importance of flexibility in the return-to-work process was stressed, as well as the importance of supportive encounters from, e.g., colleagues, managers, as well as relatives.	both from healthcare but also from the work place and the insurance office, need to be aware of and collaborate
Wu 2023 (67)	The finding revealed five key themes: motivations (voluntary and involuntary), cancer-related concerns, resilience, needs for cancer healthcare support, and workplace accommodation. Voluntarily RTW was primarily linked to desires of normalcy, while involuntary RTW was often financially driven. Cancer survivors often face physical, psychological, and social challenges in the RTW process. Resilience played a crucial role in their readaptation to the workplace. Participants expressed the need for additional guidance from healthcare providers and tailored support from the workplace to facilitate a smoother RTW experience.	Cancer survivors aspire to be actively engaged, have their specific needs addressed, and achieve success in their return-to-work endeavors. Occupational guidance and accommodation from healthcare providers and employers play a pivotal role in empowering survivors to balance cancer and work, facilitating the return-to-work process, and enhancing the quality of <u>survivorship</u> .

Bijlage 3c. Effectiviteit van innovatieve, multidisciplinaire zorgprogramma's gericht op arbeidsparticipatie?

Auteur	Uitkomsten studie	Beschrijving
Amin 2017 (69)	Nog niet bekend. Een studie naar de effectiviteit wordt verwacht.	Op basis van de pilotstudie (15 deelnemers) Gestandaardiseerde aanpak om de behoeften op het gebied van terugkeer naar werk en potentiële aanpassingsstrategieën te communiceren onder alle belanghebbenden die betrokken zijn bij het herintegratieproces voor overlevenden van kanker. Ergotherapeuten bij uitstek geschikt om het re-integratieproces voor kankeroverlevenden te vergemakkelijken Het planningssjabloon voor herintegratie is veelbelovend als instrument om de communicatie te helpen verbeteren tussen de belanghebbenden die betrokken zijn bij het re-integratieproces van overlevenden van kanker.
Bae 2020 (70)	Nog niet bekend. Resultaten 2024 verwacht	n.v.t.
Bains 2011 (71)	Geen effectstudie	n.v.t.
Blinder 2022 (72)	Nog niet bekend. Resultaten 2025 verwacht.	n.v.t.
Broc 2023 (73)	Nog niet bekend.	n.v.t.
Chang 2023 (74)	Geen effect op barrières voor terugkeer naar werk.	The intervention did not significantly reduce the barriers to RTW
Dax 2021 (75)	>50% re-integrated in employment or study after EVSP support.	Further research will be required to evaluate the quality of interventions and incorporate the voice of AYAs to further inform service delivery.
Wienert 2016/Fauser 2019 (76, 77)	Geen significant effect op rol functioneren en terugkeer naar werk maar wel op fysiek functioneren, pijn reductie en fysieke vermoeidheid.	Work-related medical rehabilitation had no effect on the primary outcome compared with conventional medical rehabilitation but may enhance physical functioning and reduce physical fatigue and pain.
Groeneveld 2012/ Leensen 2018 (78, 79)	Geen controlegroep. Geen effectstudie.	n.v.t.
Woods 2016/ Grunfeld 2019 (80, 81)	There were no significant differences between the usual care and intervention group in terms of the number of days from leaving work to returning to work. At 12 months, the percentages were 47% (usual care) and 68% (intervention).	The findings confirm the feasibility of a definitive trial, although further consideration needs to be given to increasing the participation rates among men and black and ethnic minority patients diagnosed with cancer.
Kang 2023 (82)	At 1-month post-intervention (T2), the intervention group was more likely to be working compared to the control group after controlling working status at diagnosis (65.4% vs. 55.9%, $p=0.037$). At the 1-year follow-up, the intervention group was 65% (95% confidence interval, 0.78 to 3.48) more likely to have higher odds for having work.	The intervention improved work-related knowledge and was effective in facilitating cancer patients' RTW
Kyle 2011/ Hubbard 2013 (83, 84)	on average, 53 fewer days of sick leave over the first 6 months post-surgery than those in the control group; however, this difference was not statistically significant ($p = 0.122$; 95% confidence interval -15.8, 122.0). No statistically significant differences were found for secondary outcomes. Interviews with trial participants indicated that trial procedures, including recruitment, randomisation and research instruments, were acceptable.	Conducting a pragmatic trial of effectiveness of a VR intervention among cancer survivors is both feasible and acceptable, but more research about the exact components of a VR intervention and choice of outcomes to measure effectiveness is required. VR to assist breast cancer patients in the return-to-work process is an important component of cancer survivorship plans.
Sheppard 2023 (85)	Geen controlegroep. Geen effectstudie.	n.v.t.

Singer 2018 (86)	There were 399 patients < 65 years old who were not retired at baseline. In this group, there was no evidence for an effect of stepped care on being employed half a year after baseline (OR 0.7, CI 0.3, 2.0; p = 0.52)	Financial problems can be avoided more effectively with multi-disciplinary stepped psycho-social care than with standard care in patients who have such problems
Stapelfeldt 2021 (87)	Across cancer diagnoses 69 (83.1%) and 215 (81.4%) returned to work in the intervention and control group, respectively. No statistical effect was seen (RR 1.08 (95% CI 0.98-1.19)). Repeating the analyses solely for participants with breast cancer (<i>n</i> = 290) showed a significant effect of the intervention (RR 1.12 (95% CI 1.01-1.23)).	More than 80% returned to work in both groups. However, no statistical difference in RTW effect was seen across cancer diagnoses within one year from being exposed to an early, individually tailored vocational rehabilitation intervention compared with usual municipal RTW management.
Tamminga 2012 (88)	Return-to-work rates were 86% and 83% (p = 0.6) for the intervention group and control group when excluding 8 patients who died or with a life expectancy of months at follow-up. Median time from initial sick leave to partial return-to-work was 194 days (range 14-435) versus 192 days (range 82-465) (p = 0.90) with a hazard ratio of 1.03 (95% CI 0.64-1.6).	The intervention was easily implemented into usual psycho-oncological care and showed high return-to-work rates. We failed to show any differences between groups on return-to-work outcomes and quality of life scores.
Tamminga 2016 (89)	Geen resultaten gepubliceerd.	n.v.t.
Trabjerg 2020 (90)	Geen resultaten gepubliceerd.	n.v.t.
Van Egmond 2016 (91)	The majority was female (69%) and breast cancer survivor (40%). The crude hazard ratio (HR) for duration until sustainable RTW was 0.86 (95% CI 0.46-1.62; p = 0.642). In the adjusted model, the intervention group had a slight, but statistically non-significant, improvement in duration until sustainable RTW compared to the control group (HR 1.16; 95% CI 0.59-2.31; p = 0.663)	As the tailored RTW program did not demonstrate a statistically significant effect on duration until sustainable RTW in CSs with job loss, implementation of the program in its current form is not recommended.
Zaman 2016	Geen controlegroep. Geen effectstudie.	n.v.t.
Zaman 2021 (92)	The median time from sick leave until RTW was 233 days (range 187-279 days) for the control group, versus 190 days (range 139-240 days) for the intervention group (log-rank p = 0.37). The RTW rate at twelve months after baseline was 83.3% for the intervention group and 73.5% for the control group.	Patients in the intervention group seem to take fewer days to RTW, albeit not to a statistically significant extent.
Zegers 2021 (93)	Nog niet bekend. Resultaten 2024 verwacht	n.v.t.

Bijlage 3d. Kenmerken van de onderzochte arbeidsgerichte zorgprogramma's

Studie Publicatie-jaar	Inhoud			Doelgroep		Structuur	
	Arbeidsparticipatie is geïntegreerd behandeldoel	Werk als medicijn wordt benut	Interdisciplinaire samenwerking tussen klinici en andere arbo- en zorgprofessionals	Alle type oncologie	Alle type werkenden en werkzoekenden	Gedurende hele zorgproces aandacht voor werk	Arbeids geneeskundige expertise beschikbaar in /voor behandelteam
Amin 2017							
Bains 2011							
Bae 2020							
Blinder 2022							nvt
Broc 2023							
Chang 2023							
Dax 2021							
Wienert 2016 / Fauser 2019							
Groeneveld 2012 / Leensen 2018							
Woods 2016 / Grunfeld 2019							

Kang 2023							
Kyle 2011/ Hubbard 2013							
Sheppard 2020							
Singer 2018							
Stapelfeldt 2021							
Tamminga 2013							
Tamminga 2016							
Traberg 2019							
Van Egmond 2016							
Zaman 2016							
Zaman 2021							
Zegers 2021							

Bijlage 4. Bronnen van informatie (rapporten, kwaliteitsstandaarden, good practices)

Bijlage 4a. Advies-, beleids- en onderzoeksrapporten over gezondheidszorg voor werkenden

Titel	Van	Verwijzing
Scenariostudie arbeidsgerelateerde zorg.	KPMG-Plexus, 2013	Toekomst van de arbeidsgerelateerde zorg (werkenchronischziek.nl) (25)
Betere zorg voor werkenden: Een visie op de toekomst van de arbeids-gerelateerde zorg.	SER-advies nr. 2014/07: 19	Betere zorg voor werkenden: Een visie op de toekomst van de arbeidsgerelateerde zorg (ser.nl) (16)

Onderzoeksprogramma ARBEID & GEZONDHEIDSZORG: weergave van de resultaten.	KPMG-Plexus, TNO, UM. April 2015	5-Arbeid-en-gezondheidszorg.pdf (werkenchronischziek.nl) (25)
Doorwerken en Gezondheid	RVZ-advies, 2015	Doorwerken en gezondheid.pdf (94)
Zorg die werkt: Naar een betere arbeids-gerichte zorg voor (potentieel) werkenden.	KNMG visie-document, 2017	KNMG-Visie-Zorg-die-werkt (2).pdf (17)

Bijlage 4b. Geraadpleegde medisch-specialistische en arbeidsgeneeskundige richtlijnen

Richtlijn	Publicatie	Verwijzing
Arbeidsparticipatie voor medisch-specialistische richtlijnen	Mei 2024	Startpagina en algemene inleiding - Richtlijn - Richtlijndatabase (95)
Schildklierfunctiestoornissen: module randvoorwaarden/arbeidsparticipatie	Nov 2021	Randvoorwaarden - schildklierfunctiestoornissen en arbeidsparticipatie - Richtlijn - Richtlijndatabase (96)
Multipel sclerose: module symptomatische behandeling	Jul 2021	Symptomatische behandeling van MS - Richtlijn - Richtlijndatabase (97)
NAH en Arbeidsparticipatie	Mrt 2021	Startpagina - NAH en arbeidsparticipatie - Richtlijn - Richtlijndatabase (98)
Ziekte van Parkinson: module Psychosociale en maatschappelijke aspecten	Okt 2020	Psychosociale en maatschappelijke aspecten bij de ziekte van Parkinson - Richtlijn - Richtlijndatabase (99)
GGZ-standaard Arbeid als medicijn	Apr 2017	1. Introductie - Arbeid als medicijn GGZ Standaarden (100)
Richtlijn Chronisch Zieken en Werk	2016	Chronisch Zieken en Werk NVAB (nvab-online.nl) (101)
Werkgerelateerd astma: organisatie van zorg	Jan 2016	Startpagina - Werkgerelateerd astma - Richtlijn - Richtlijndatabase (102)
Reumatoïde artritis en participatie (in arbeid)	Jan 2015	Reumatoïde artritis en participatie (in arbeid) NHG-Richtlijnen (103)

Bijlage 4c. Praktijkvoorbeelden arbeidsgerichte zorg in Nederlandse ziekenhuizen

Ziekenhuis	Programma	Doelgroep	Verwijzing
Nij Smellinghe Drachten	BAck to work After Surgery (BAAS)	Orthopedische patiënten Werkenden in loondienst	Back At work After Surgery (BAAS): optimal return to work after knee arthroplasty — Amsterdam UMC research portal
Maastricht UMC+	Zorg die werkt: arbeidsgerichte zorg	Reuma en IBD Werkenden in loondienst	
Radboud-umc	Werken met zorg: arbeidsgerichte zorg	Neuro, onco, infectie, IBD (15 behandelteams) Werk(zoek)enden/studerenden	Werken met zorg - Werken & studeren met een chronische aandoening - Radboudumc
UMC Groningen	Bevorderen ArbeidspArticipatie van Nierpatiënten (BAAN)	Nierdialyse- en transplantatie ??	BAAN (umcgresearch.org)
AYA-zorg	Nationaal zorgnetwerk AYA Jong en Kanker	Jonge mensen met/na kanker Werk(zoek)enden/studerenden	Nationaal AYA Jong en Kanker Zorgnetwerk (ayazorgnetwerk.nl)

Bijlage 5. Geïnterviewde experts en stakeholders (en hun organisaties)

Overzicht geïnterviewde experts en stakeholders

DOMEIN	STAKEHOLDER	ORGANISATIE	FUNCTIONARIS
Zorg			
	Oncologie	AYA-zorgnetwerk	directeur
		FMS/ SONCOS	bestuurslid
		V&VN netwerk VSO	verpleegkundig specialist Onco
		NVKA/ BACO-platform	Voorzitter BACO-platform

	Patiënten Oncologie	NFK	directeur-bestuurder
			belangenbehartiger
	Patiënten Algemeen	PfN	directeur-bestuurder
			projectleider Arbeidsparticipatie
	KAG-zorg algemeen	AUMC/ Poli Mens & Arbeid	Hoofd/ hoogleraar
	Revalidatiezorg	Vroege Interventie	manager Landelijk Netwerk
	Ziekenhuizen	NFU	beleidsadviseurs (2x)
		NVZ	beleidsmedewerker
	Zorgverzekeraars	VGZ	medisch adviseur
		VGZ Zorgkantoor	regiomanager
		Zorgverzekeraars Nederl.	beleidsadviseurs (3x)
	VWS	Dir. Pat. & Zorgordening	sr. beleidsmedewerker
		Dir. Zorgverzekeringen	beleidsmedewerker
		Dir. Curatieve Zorg	beleidsmedewerker MSZ
		Regio-steunpunt JZOJP	regio-adviseur Arbeidsmarkt
			regio-contactpersoon
			projectmw. Zorginnovatie
	IZA-regio	NOEL (Nijmegen Op Eén Lijn)	programma-directeur
	Toezichthouder	Nza	sr beleidsmedewerker
	Pakketbeheer	ZiN	medisch adviseur
		ZiN	progr. leider Passende zorg Onco
		ZiN	medisch adviseur
	Zorgverkoop	UMC	manager Zorgverkoop
Arbeid & re-integratie			
	Werkgevers	AVWN/Normaalste zaak	adviseur Inclusieve Arbeidsmarkt
			sr. adv. Incl. Arbeidsmarkt
	Werknemers	CNV	bestuurslid (Zorg)
	Adviesraad	SER	secretaris Cie. Arbeidsomstandigheden
			Sr. beleidsadviseur Gezondheid
	Bedrijfsgezondheidsz.	NVAB	voorzitter
	Good practices EU		consultant/ KAG
	UWV	Arbeid & gezondh.	directie-adviseur
Sociaal			
	Professionals	SAM	directeur-bestuurder
			programmamanager
	Arbeidsmarktregio's	Rijk van Nijmegen	beleidsadviseur Arbeidsmarkt
	Werkbedrijven	WBRN	rayonmanager
		IBN	projectleider
Aanpalende projecten			
	NKC/ Kanker& Werk	Ned. Kanker Collectief	programmamanager
	Maatsch. Business Case ACS	SiRM i.o.v. SZW	projectleider (SiRM)
	Proeftuin regio Nijm.	Radboudumc	KAG/initiatiefnemer
	Innovatie Arbozorg	i.o.v. SZW	Beleidsmedewerker SZW

Bijlage 6. Stakeholdersanalyse

Overzicht domeinen, stakeholders en hun belang

Domein	Stakeholder	Belang
Alle	Patiënt=werk(zoek)ende=burger	Positieve gezondheid, kwaliteit van leven (zingeving, maatschappelijke participatie, etc.)
	Naasten, mantelzorgers = burger (= werkende)	Kwaliteit van leven van patiënt en zichzelf, Belasting beperken/ goed balans
	Maatschappij (Overheid, politiek)	Passende, betaalbare en toekomstbestendige zorg, welzijn en gezondheid bevolking, (brede) welvaart, productiviteit, arbeidsparticipatie, kosteneffectiviteit
Zorgdomein	Overheid/VWS	
	Patiëntenvereniging	Collectief belang patiënten (en mantelzorgers)
	Zorgaanbieder (instelling)	Effectiviteit en kwaliteit van zorg, gezonde organisatie
	Koepel van zorgaanbieders	Collectief belang zorgaanbieders
	Zorgprofessional	Bijdragen aan kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven van patiënten, professionele kwaliteit leveren, tevredenheid patiënt, zinvol en leuk werk
	Beroepsvereniging zorgprofessionals	Bevorderen en bewaken professionele kwaliteit en belangen beroepsgroep
	Zorgverzekeraar	Kostenbeheersing, afbakening verzekerde zorg
	Zorgverzekeraars NL	=belang zorgverzekeraars
	NZa	Regulering van en toezicht op de uitvoering van de Zvw
	ZiN	Pakketbeheer cf. de kaders van de Zvw
Arbeid & re-integratie	Overheid SZW	Gezond en veilig werken, inclusieve arbeidsmarkt
	Werknemer	Duurzame inzetbaarheid, inkomens-/bestaanszekerheid, passend en waardevol werk
	Vakbond	Collectieve belangen van werknemers
	Zelfstandig werkende/ ondernemer	Duurzame inzetbaarheid, continuïteit van het bedrijf, inkomens-/bestaanszekerheid, passend en waardevol werk
	ZZP Nederland	Collectieve belangen zzp'ers
	Werkgever	Gezonde en productieve werknemers in een gezond en productief bedrijf, Verzuim(schade)lastbeperking, continuïteit van het bedrijf
	Werkgeversorganisatie	Collectieve belangen werkgevers
	Arbodienst	Effectieve bijdrage aan duurzame inzetbaarheid van cliënten, Bedrijfscontinuïteit, Duurzame klantrelatie (werkgever), rendement voor klant (wg)
	Re-integratiebedrijf	Effectieve bijdrage aan re-integratie, Bedrijfscontinuïteit, Duurzame klantrelatie (werkgever), schadelastbeperking (voor wg)
	Branchevereniging (OVAL)	Collectief belang arbodiensten en re-integratiebedrijven
	Bedrijfsarts (e.a. arboprofessionals)	Behoud en bevordering van gezondheid in relatie met werk en duurzame inzetbaarheid van werkende in passend en gezond werk; tevreden cliënt en klant, professionele kwaliteit leveren, kwaliteit van werk, zinvol en leuk werk
	Beroepsvereniging (NVAB)	Bevorderen en bewaken professionele kwaliteit en belangen beroepsgroep
	Verzuimverzekeraar	Bedrijfscontinuïteit, Verzuimschadelastbeperking
	AOV	Bedrijfscontinuïteit, Schadelastbeperking
	UWV	Schadelastbeperking, uitvoering/toezicht wetgeving
	Verzekeringsarts (e.a. professionals UWV)	Professionele uitvoering taakopdracht. Zinvol en leuk werk
	Beroepsvereniging (NVVG)	Bevorderen en bewaken professionele kwaliteit en belangen beroepsgroep

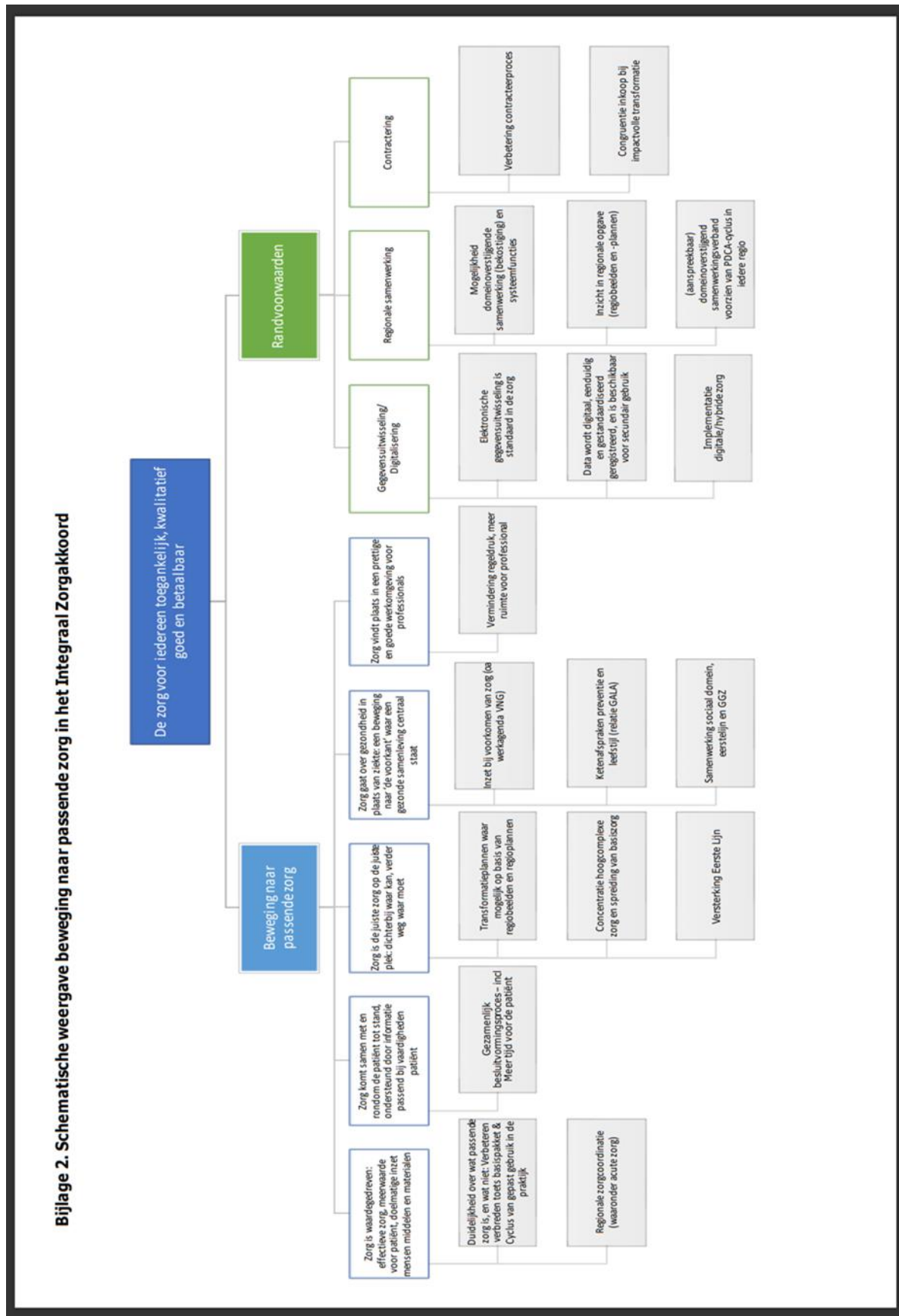
Sociaal domein	Overheid SZW	
	Burger	Kwaliteit van leven (bestaanszekerheid, maatschappelijke participatie, zingeving)
	Gemeente/ regionaal werkbedrijf	Uitvoering Participatiewet (en WMO, Bijstandwet); welzijn en gezondheid burgers, schadelastbeperking
	Koepel (VNG, DIVOSA, ...)	
	Sociale onderneming/ re-integratiebedrijf	Bijdragen aan inclusieve arbeidsmarkt, bedrijfscontinuïteit, duurzame klantrelatie (gemeente/werkbedrijf), schadelastbeperking (voor gemeente)
	Branchevereniging sociale ondernemers/ werkbedrijven	Bijdragen aan collectieve doelen en belangen van achterban
	Professionals sociaal domein/ Participatiewet	Professionele uitvoering taakopdracht inclusieve arbeidsmarkt, kwaliteit van leven van cliënten, zinvol en leuk werk
	Beroepsvereniging professionals (SAM)	Bevorderen en bewaken professionele kwaliteit en belangen beroepsgroep.
	Sociaal-medisch advies (Argonaut Advies e.d.)	Bedrijfscontinuïteit, Duurzame klantrelatie (gemeente), schadelastbeperking (gemeente)
	Sociaal-medisch adviseur	Professionele taakuitvoering, zinvol en leuk werk

Bijlage 7. Vergelijking van praktijkvoorbeelden van (geïntegreerde) arbeidsgerichte zorg

Tabel. Vergelijking van de praktijkvoorbeelden aan de hand van criteria voor geïntegreerde, domeinoverstijgende arbeidsgerichte zorg

Ziekenhuis	Patiëntgroepen	Doelgroep Arbeid	Arbeid geïntegreerd	Arbeidsgen. expert in team	Domeinoverstijgende coördinatie
AUMC	Nazorg orthop. operatie	Werknemers in loondienst	+	-	+ (arbocuratief)
MUMC+	Reuma, chronische darmontsteking (IBD)	Werknemers in loondienst	+	-	- (niet systematisch)
Radboud-umc	Neuro, onco, infectie, IBD (15 behandelteams)	Werk(zoek)enden en studerende	++	++ (*)	++ (arbocuratief en sociaal domein)
UMCG	Nierdialyse- en transplantatie	Werknemers in loondienst	+	+/- (**)	- (niet systematisch)
AYA-zorg	Jonge patiënten met/na kanker	Werk(zoek)enden en studerende	+	+ (***)	- (niet systematisch)

* Klin. Arbeidsgeneesk. in behandelteam; **Alg. bedrijfsarts van buiten; *** In academische centra voor complexe zorg



Bijlage 9. Format Arbeidsgericht domeinoverstijgend zorgpad Oncologie (generiek)

Bijlage 9a. Procesbeschrijving Format arbeidsgericht domeinoverstijgend zorgpad Oncologie per fase

We beschrijven hier het format voor een Arbeidsgericht domeinoverstijgend zorgpad oncologie. Zoals in hoofdstuk 5 al is aangegeven, is het format tot stand gekomen door arbeidsparticipatie als behandeldoel en medicijn in de zorg en domeinoverstijgende samenwerking in een continu zorgproces systematisch te integreren in het format (regionaal) transmuraal zorgpad niet-tumorspecifiek van IKNL (IKNL, 2017).

We volgen de chronologie en indeling van het zorgpadformat: Verwijzing, Diagnostiek, Behandeling, Nazorg, Palliatieve fase. Per fase worden de uit te voeren activiteiten, de daarbij betrokken professionals en specifieke aandachtspunten beschreven.

Wat betreft de algemene oncologische aspecten, m.n. de behandelvarianten, van het zorgproces hebben we ons beperkt tot de hoofdlijnen. Voor de volledige beschrijving van de algemeen oncologische aspecten verwijzen we naar het oorspronkelijke format van IKNL (IKNL, 2017).

Arbeidsgerichte activiteiten per fase

Arbeidsgerichte zorg betekent dat in de fasen zoals die door IKNL worden gehanteerd de volgende activiteiten moeten worden geïntegreerd in het zorgproces.

Opmerkingen vooraf:

- *Waar verpleegkundige wordt gebruikt, wordt i.h.a. verpleegkundig specialist of gespecialiseerd verpleegkundige bedoeld.*
- *Waar casemanager/ vast aanspreekpunt wordt gebruikt, wordt bij voorkeur een verpleegkundig regiebehandelaar bedoeld.*
- *Waar bedrijfsarts (BA) of arboverpleegkundige (AVK) worden genoemd, geldt dat in de huidige situatie alleen voor patiënten met een loondienstverband. In geval van patiënten in de ziektewet (d.w.z. met een ziektewetuitkering van UWV) geldt dat deze rollen vervuld worden door de verzekeringsarts en de sociaal-medisch verpleegkundige van UWV/afd. Ziektewet. Voor zelfstandigen met een particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekering (AOV) kan de medisch adviseur en de arbeidsdeskundige van de AOV een rol vervullen m.b.t. de re-integratie in werk. Voor patiënten in de bijstand is de begeleidend professional in het sociale domein (gemeente, werkbedrijf) het aanspreekpunt. In meer complexe gevallen is het belangrijk dat een beroep gedaan kan worden op een klinisch arbeidsgeneeskundige in de behandelsetting.*

1. Bezoek aan de huisarts en verwijzing

- De huisarts heeft zijn/haar onderzoek gedaan en geconcludeerd dat een verwijzing voor verdere specialistische diagnostiek nodig is. Hij/zij bespreekt dit met de patiënt en als de patiënt akkoord is, zet de huisarts de verwijzing in gang.

- Hij/zij maakt een verwijzing met, behalve alle relevante medische informatie, ook relevante informatie over de persoonlijke en psychosociale context van de patiënt. Daarbij hoort in geval van een werk(zoek)ende patiënt ook informatie over werk: beroep, werkend/werkzoekend, functie, loondienst, zelfstandig.

2. Diagnostiek

- De medisch specialist richt zich n.a.v. de verwijsinformatie primair op onderzoek naar de oorzaak van de klachten. Als duidelijk wordt dat er sprake is van een bepaalde oncologische aandoening, stelt hij/zij zich de vraag of werkgerelateerde expositie (mede) oorzaak kan zijn bij deze oncologische aandoening. Hij/zij vraagt gericht naar deze exposities in het beroep en het arbeidsverleden. Zo nodig overlegt hij/zij met de klinisch arbeidsgeneeskundige en legt die (met toestemming van de patiënt) contact met de bedrijfsarts voor gerichte informatie en overleg over eventueel aanvullend medisch en/of werkplekonderzoek. Die zorgt ook dat eventuele vervolgstappen in gang worden gezet (inschakelen arbeidshygiënist, preventieve maatregelen, melden beroepsziekten bij NCvB).
- Uitslaggesprek: de medisch specialist bespreekt de bevindingen van de onderzoeken, en ook de wenselijkheid van eventuele aanvullende onderzoeken. Dat kunnen onderzoeken zijn om de diagnose definitief te bevestigen, uitzaaingen op te sporen of uit te sluiten en het stadium vast te kunnen stellen. Het kan ook gaan om aanvullend onderzoek om een mogelijke oorzakelijke relatie met expositie in het werk vast te stellen of uit te sluiten.
- Na het uitslaggesprek bespreekt de medisch specialist de bevindingen in het multidisciplinair overleg (MDO). Daarbij wordt ook relevant informatie over beroep en specifieke belasting in het werk meegenomen, zodat ook nadelige gevolgen van bepaalde behandelopties voor werk meegewogen kunnen worden en aandacht kunnen krijgen in het vervolgtraject.
- Als alle onderzoeken zijn afgerond en besproken in het MDO, bespreekt de medisch specialist de behandelopties met de patiënt en zijn naasten. Het heeft de voorkeur dat bij het uitslaggesprek de verpleegkundige aanwezig is die het begeleidingsgesprek gaat voeren en bij voorkeur het vaste aanspreekpunt wordt en de regierol in de volgende fases gaat vervullen.
- De impact van ziekte en behandeling op functioneren/ werk (en evt. oorzakelijke relatie met werk) worden expliciet besproken, zodat die meegewogen kunnen worden bij de keuze van de behandelopties op basis van gedeelde besluitvorming. Er is een keuzehulp beschikbaar waarin de gevolgen voor werk zijn meegenomen. De patiënt krijgt voldoende bedenktijd en counseling (evt. KAG betrekken) om tot een besluit te komen. Desgewenst kan een klinisch-arbeidsgeneeskundig consult (evt. online) worden ingepland.
- Na het gesprek over de behandelopties voert de verpleegkundige van het team een begeleidingsgesprek met de patiënt (en diens naasten) met ook werk als onderwerp. Desgewenst kan de klinisch arbeidsgeneeskundige daarbij betrokken worden.
 - Geef educatie/voorlichting (impact, coping, aanpassing, zelfmanagement)
 - Bespreek verwachtingen, behoeften, doelen en mogelijkheden van doorwerken tijdens behandeltraject,
 - Inventariseer belemmerende factoren voor doorwerken (werk, persoon, privé, behandeling)
 - Gedeelde besluitvorming over werkgericht Interventieplan (werk, behandeling/ begeleiding, coping)

- Consulteer z.n. (of verwijs naar) KAG voor beoordeling mogelijkheden
- Stem af met BA/AVK over werkaanpassing, advies/voorlichting aan werkgever en voor afspraken over monitoring en begeleiding gedurende de behandeling/ palliatieve fase.
- IZP: Leg behandel- en begeleidingsafspraken vast in een Individueel Zorgplan (IZP)
- Overdracht/communicatie stuur dit ter informatie naar de huisarts en de bedrijfsarts (met toestemming). Neem ook informatie op over wie de hoofdbehandelaar en regiebehandelaar (casemanager, aanspreekpunt) zijn en hoe zij bereikbaar zijn.

3. Behandeling

- Bereid bij het eerste bezoek aan de poli het eerste deel van het behandeltraject voor. Dat kan bestaan uit chirurgie, radiotherapie of systeemtherapie.
- Informeer patiënt over de gevolgen van de behandeling voor belastbaarheid en functioneren/ werk. Bespreek mogelijkheden (arbeids-gerichte) paramedische/ psychosociale hulp. Overleg evt. met (of verwijs naar) KAG.
- Neem de afspraken over wel/niet doorwerken, werkgerichte interventies op in het IZP, evenals afspraken over begeleiding, monitoring en afstemming.
- Neem gedurende de behandeltrajecten regelmatig de LAST-meter of (mini) PROMS af en bespreek de interpretatie. Screen gedurende de behandeltrajecten ook regelmatig op balans belasting-belastbaarheid als pt. tijdens de behandeling wil werken. Consulteer z.n. de KAG.
- Overleg met of verwijs z.n. naar bedrijfsarts/ arboverpleegkundige of professional sociaal domein
- Verwijzingen voor aanvullende behandeling
 - Functioneringsproblemen op één specifiek vlak (b.v. lichamenlijk, cognitief emotioneel of sociaal en/of m.b.t. functioneren in en specifieke sociale rol): verwijs naar monodisciplinaire behandeling.
 - Functioneringsproblemen op verscheidene vlakken (meervoudig) of bij een verhoogd risico hierop: interdisciplinaire behandeling met onderlinge afstemming van het behandelplan.
- Overdracht/communicatie: Stuur geactualiseerd IZP met controleschema en evt. afspraken over taakverdeling huisarts-ziekenhuis m.b.t. zorgvragen naar de huisarts. Stuur kopie ook naar bedrijfsarts, evt. aangevuld met relevante werkgerichte informatie, bv. afspraken over: taakverdeling ziekenhuis en ba/arboverpleegkundige of professional sociaal domein over begeleiding en ondersteuning t.a.v. werk (leg vast in IZP).

4. Nazorg

- Patiënt bezoekt polikliniek voor:
 - tijdig opsporen nieuwe kankermanifestaties
 - tijdig signaleren van gevolgen van kanker (behandeling) en behoefte aan zorg
 - opstellen individueel nazorgplan
- Voer een nazorggesprek met patiënt over:
 - doel van de nazorg, mogelijkheden en onmogelijkheden, inhoud, frequentie diagnostiek voor detectie nieuwe kankermanifestaties symptomen bij recidief/uitbreiding ziekte en gevolgen van kanker(behandeling)
 - belang van lichaamsbeweging en gezonde leefstijl
 - mogelijkheden voor zelfzorgmanagement en begeleiding t.a.v. acceptatie en verwerking
 - mogelijkheden re-integratie naar werk
- Maak afspraken over wie hoofdbehandelaar en regiebehandelaar/ vast aanspreekpunt/ domeinoverstijgend coördinator zijn.

- Leg de besproken punten, in afstemming met de patiënt vast in het Individueel Nazorgplan (INP).

Specifiek t.a.v. werk:

- Geef educatie en voorlichting over de impact van ziekte en behandeling op werk en aansluiting bij de gezondheidsvaardigheden met aandacht voor acceptatie, verwerking, aanpassing, ziektemanagement, coping, aanpassing, etc.
- Breng systematisch in kaart:
 1. doelen en behoeften van patiënt m.b.t. werk (en inkomen)
 2. potentieel belemmerende en bevorderende factoren voor behoud van werk of terugkeer naar werk. D.w.z. multifactoriële probleemanalyse van a. stoornissen en behandelopties b. Beperkingen/belastbaarheid en participatieproblemen/-mogelijkheden, c. belemmerende persoonsgebonden factoren en d. omgevingsfactoren privé en e. omgevingsfactoren in werk.
- Bespreek en beslis samen met de patiënt over het 'werkbehoud-interventieplan'. Dat plan wordt geïntegreerd in het Individueel Nazorgplan.
- Blijf 3-maandelijks (of vaker als nodig) doelen en probleemanalyse evalueren en monitoren op herstel, effect van interventies en functioneren in werk (belasting-belastbaarheid) tot een stabiele (eind-)situatie is bereikt.
- Coördineer de uitvoering van het werkbehoud-interventieplan als integraal onderdeel van het nazorgplan en coördineer de communicatie en afstemming tussen alle betrokken professionals in de drie domeinen.
- Betrek hier z.n. de KAG bij, ook voor afstemming met BA/AVK of professional soc. domein over aanpassing werk en begeleiding/monitoring in werk.
- Overdracht: stem af en maak afspraken met huisarts over begeleiding en verwijzing voor aanvullende (revalidatie en/of psychosociale) behandeling en met de professionals in het arbeids- en sociaal domein over professionele begeleiding in werk (gespecialiseerde jobcoach) en andere werkgerichte interventies (werkaanpassing, voorlichting aan werkgever, etc.)
- Leg alles vast in het INP en stuur dit naar alle betrokkenen (met toestemming).

5. Palliatieve fase

Patiënt is opgenomen in ziekenhuis of bezoekt de poli.

- Behandelgesprek:
 - SDM over behandelopties en behandelkeuze
 - Bespreek verwachtingen over beloop
 - Bespreek wie hoofdbehandelaar en casemanager is
- Begeleidingsgesprek:
 - Geef educatie/voorlichting over acceptatieproces, zelfmanagement (coping, aanpassing)
 - Bespreek verwachtingen, behoeften, doelen en mogelijkheden t.a.v. alle levensgebieden (incl. werk)
 - Stel samen met patiënt een individueel palliatief zorgplan op, dat gaandeweg wordt geëvalueerd en bijgesteld.

Signaleer de gevolgen van kanker(behandeling) en behoefte aan zorg met behulp van de Lastmeter of (mini) Proms. Voor monitoring kan ook de EORTC QLQ-C30 worden gebruikt. Verleen basale (psychosociale zorg) en verwijs zo nodig.

Specifiek t.a.v. werk

- Bespreek overwegingen en mogelijkheden om wel/niet door te werken in palliatieve fase en waar de patiënt (en de werkomgeving) de grens trekt.
- Ondersteun open communicatie hierover en spreek af wie daarbij ondersteunt.
- Als patiënt nog wil (door)werken tijdens palliatieve fase:
Beoordeel mogelijkheden en belemmeringen. Betrek daar z.n. de KAG bij en stem af met professional in arbeids-/soc. domein over mogelijkheden en begeleiding/monitoring
Stel een werk(afbouw)plan op en integreer dat in het individueel palliatief zorgplan (IPZ)
- Markeer en bespreek overgang ziekte- en symptoomgericht palliatieve zorg
Stem af met huisarts over taakverdeling 1e-2e lijn.
Beoordeel opnieuw behoeften en mogelijkheden t.a.v. werk en begeleiding bij afbouw.
- Markeer en bespreek overgang van palliatieve naar terminale fase
Stem af met huisarts over taakverdeling 1e-2e lijn
Beoordeel opnieuw behoeften en mogelijkheden t.a.v. werk en begeleiding bij afbouw.

Bijlage 9b. Format arbeidsgericht domeinoverstijgend zorgpad oncologie per fase in tabelvorm.

Bezoek huisarts

Activiteiten	Betrokken professionals	Specifieke punten
Pt. bezoekt huisarts • voer onderzoek uit, bespreek bevindingen en conclusies en reden van verwijzing en de te verwachten procedure en vervolgonderzoeken. • coach patiënt in het keuzeproces voor verdere diagnostiek en ziekenhuiskeuze.	Huisarts	
Verwijzing en overdracht Verwijs door en lever naast de relevante medische informatie de volgende gegevens aan: • reden van verwijzing • behandelwensen patiënt • informatie sociale context (privé en werk)	Huisarts	Beschikbare info werkcontext meesturen (beroep/functie, loondienst/zelfst. etc.)

Diagnostiek

Eerste bezoek polikliniek

Activiteiten	Betrokken professionals	Specifieke punten
Patiënt bezoekt polikliniek. • Informeer patiënt over onderzoeken en de keuzemogelijkheden. • Maak afspraken over wie hoofdbehandelaar en regiebehandelaar/casemanager zijn en over hun bereikbaarheid. Bespreek dit met patiënt.	Medisch specialist	Screen expliciet op relatie met etiologische factoren in werk. (Gen. Mod. Arbeidspart. 2024)

<p>Bespreek uitslagen met patiënt, of aanvullend onderzoek nodig is en of patiënt dit wil. Gedeelde besluitvorming:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patiënt krijgt op het individu afgestemde informatie over opties en uitkomsten (inclusief de optie van niet behandelen). • Mogelijke voor- en nadelen van de opties bespreken, waarbij de patiënt ook geïnformeerd kan worden over specifieke kansen en risico's. • Expliciet nagaan welke waarden en voorkeuren de patiënt heeft ten aanzien van de mogelijke opties, zodat patiënt een bij hen passende beslissing kan nemen • Patiënt krijgt en neemt voldoende tijd voor besluitvorming. Indien gewenst ontvangt de patiënt hierbij ondersteuning. 	<p>Medisch specialist</p> <p>(BA/ KAG)</p>	<p>Bespreek of er aanleiding is voor verder onderzoek naar etiologie in werk. Vraag toestemming voor overleg met bedrijfsarts (leg vast).</p> <p>Overleg z.n. met bedrijfsarts/ KAG</p> <p>Bespreek ook de doelen van de patiënt m.b.t. (door)werken tijdens de behandeling en de mogelijke voor- en nadelen van behandelopties voor werk</p> <p>Verwijs naar bedrijfsarts/ KAG om mogelijkheden van werkaanpassing en begeleiding tijdens behandeling te bespreken</p>
---	--	---

Aanvullend onderzoek

Activiteiten	Betrokken professionals	Specifieke punten
Aanvullende onderzoeken worden uitgevoerd	Medisch specialist Laborant/ PA (BA/KAG)	Denk ook aan aanvullend med. en werkplekonderzoek bij aanwijzingen voor werkgerelateerde etiologie

Vaststellen diagnose en opstellen behandeladvies mdo

Activiteiten	Betrokken professionals	Specifieke punten
<p>Bespreek en documenteer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • uitslagen alle onderzoeken/ PA • doel behandeling: curatief/palliatief • behandeladvies <p>Stuur het verslag van mdo uiterlijk binnen twee werkdagen naar de huisarts.</p>	<p>Med. specialisten Verpleegkundige Casemanager</p>	<p>Stuur verslag MDO ook naar bedrijfsarts (als toestemming pt)</p>

Uitslaggesprek + begeleidingsgesprek

Activiteiten	Betrokken professionals	Specifieke punten
Geef uitslag van de verschillende aanvullende onderzoeken aan patiënt en diens naaste.	Medisch specialist Verpleegkundige	Bij voorkeur i.a.v. de verpleegkundige die het begeleidingsgesprek uitvoert
<p>Diagnose kanker:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bespreek de verschillende therapeutische behandelopties, (stadiërings)onderzoeken, behandellocaties en vervolgmogelijkheden zoals besproken in mdo. • Bespreek de risico's en impact van de behandelopties. • Kom in overleg met patiënt tot keuze behandelbeleid. 	Medisch specialist Verpleegkundige	<p>Bespreek nadrukkelijk de impact van ziekte en behandeling op functioneren/ werk (en evt. oorzakelijke relatie met werk)</p> <p>Gedeelde besluitvorming (zie voor definitie Diagnostiek).</p> <p>Patiënt krijgt voldoende bedenktijd en counseling (evt. KAG betrekken) om tot een besluit te komen.</p>
<p>Afwachtend (expectatief) beleid</p> <ul style="list-style-type: none"> • Palliatief beleid 	Medisch specialist Verpleegkundige	

<ul style="list-style-type: none"> • Bespreek hoe de begeleiding van symptoom-behandeling er uit kan zien als patiënt afziet van behandeling. • Advanced Care Planning (ACP) 		
<p>Voer begeleidingsgesprek na uitslag. Bespreek met patiënt en diens naaste:</p> <ul style="list-style-type: none"> • voorgestelde behandeling • voorlichtingsmateriaal • contactpersoon/casemanager (bereikbaarheid) • toelichting over signalering (Lastmeter) en mogelijkheden voor psychosociale en paramedische zorg tijdens het zorgtraject <p>Informeert patiënt over hoofdbehandelaar, casemanager en bereikbaarheid.</p>	<p>Verpleegkundige</p> <p>Wie is vast aanspreekpunt en procescoördinator over de domeinen heen?</p> <p>(KAG, BA/AVK)</p>	<p>Geef educatie/voorlichting (impact, coping, aanpassing, zelfmanagement)</p> <p>Bespreek verwachtingen, behoeften, doelen en mogelijkheden van doorwerken tijdens behandeltraject, Inventariseer belemmerende factoren voor doorwerken (werk, persoon, privé, behandeling)</p> <p>Gedeelde besluitvorming over werkgericht Interventieplan (werk, behandeling, coping, etc)</p> <p>Consulteer z.n. (of verwijst naar) KAG voor beoordeling mogelijkheden</p> <p>Afstemmen met BA/AVK over werkaanpassing, advies/voorlichting aan werkgever en voor afspraken over monitoring en begeleiding gedurende de behandeling/ palliatieve fase.</p>
<p>Informeert huisarts over diagnose en gekozen behandeltraject.</p> <p>Bij ontslagtraject ook huisarts informeren over het bieden van begeleidingsgesprek patiënt.</p>	<p>Medisch specialist</p> <p>Verpleegkundige</p>	<p>Informeert ook de bedrijfsarts (als pt. toestemming heeft gegeven)</p>

Behandeling

Eerste bezoek polikliniek

Activiteiten	Betrokken professionals	Specifieke punten
<p>Bespreek met patiënt voorgestelde therapieën zoals in mdo besproken.</p> <p>Stel samen met patiënt een individueel zorgplan (IZP) op.</p> <p>Maak afspraken over wie hoofdbehandelaar en casemanager zijn en over hun bereikbaarheid.</p>	<p>Med. specialisten</p> <p>Verpleegkundige</p> <p>(KAG)</p>	<p>Informeert patiënt indien relevant over de gevolgen van de behandeling voor belastbaarheid en functioneren/ werk.</p> <p>Bespreek mogelijkheden (arbeidsgerichte) paramedische/ psychosociale hulp.</p> <p>Overleg evt. met (of verwijst naar) KAG.</p> <p>Neem de afspraken over werk en werkgerichte interventies op in het IZP, evenals afspraken over begeleiding, monitoring en afstemming.</p>
<p>Screen regelmatig op gevolgen van kanker(behandeling) en behoefte aan zorg met behulp van de Lastmeter.</p> <p>Verleen basale (psychosociale) zorg en verwijst zo nodig en desgewenst naar gespecialiseerd zorgverlener. Voor monitoring kan ook de EORTC QLQ-C30 worden gebruikt.</p> <p>Bespreek, adviseer c.q. desgewenst begeleiding</p>	<p>Verpleegkundige</p> <p>(KAG, BA /AVK)</p> <p>Wie is vast aanspreekpunt en procescoördinator over de domeinen heen?</p>	<p>Screen ook regelmatig op balans belasting-belastbaarheid als pt. tijdens de behandeling wil werken.</p> <p>Consulteer z.n. de KAG.</p> <p>Overleg met of verwijst z.n. naar bedrijfsarts/ arboverpleegkundige of professional sociaal domein</p> <p>Verwijzingen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Functioneringsproblemen op één specifiek vlak (b.v. lichamelijk, cognitief emotioneel of sociaal en/of m.b.t.

		rolfunctioneren): verwijz naar monodisciplinaire behandeling. • Functioneringsproblemen op verscheidene vlakken (meervoudig) of bij een verhoogd risico hierop: interdisciplinaire behandeling met onderlinge afstemming van het behandelplan
Overdracht: Bericht huisarts met brief over controle-schema, (verwacht) beloop, hoofd-behandelaar en contactpersoon/casemanager Maak afspraken over: taakverdeling huisarts en ziekenhuis m.b.t. zorgvragen. Leg vast in IZP en stuur kopie	Medisch specialist Verpleegkundige	Kopie bericht ook naar bedrijfsarts, evt. aangevuld met relevante werkgerichte informatie. Maak afspraken over: taakverdeling ziekenhuis en ba/arboverkerpleegkundige of professional sociaal domein over begeleiding en ondersteuning t.a.v. werk (leg vast in IZP en stuur kopie)

Uitvoering behandeltraject(en)

Chirurgie/ radiotherapie/ systeembehandeling

Activiteiten	Betrokken professionals	Specifieke punten
Vorbereiding behandelingen Medisch technische uitvoering Bespreek en leg vast wie hoofdbehandelaar en regiebehandelaar/casemanager is	Medisch specialist Verpleegkundigen	
Evaluatie effect en bijwerkingen van behandeling(en), incl. impact op functioneren Gedeelde besluitvorming over eventuele aanpassing behandelplan en IZP	Medisch specialist Verpleegkundige (KAG, ba) (FT, ET, Diëtist, MMW, Med. Psy)	Neem regelmatig de LAST-meter af. Evalueer ook gedurende het behandeltraject impact op werk en balans belasting belastbaarheid en werk-privé. Betrek z.n. de KAG; evt. overleg met bedrijfsarts/ arboverpleegkundige of professional sociaal domein Overweg ondersteunende begeleiding/ behandeling
Overdracht Informeert huisarts en overige behandelaren zo spoedig mogelijk over het resultaat van de behandeling.	Medisch specialist Verpleegkundige	Informeert ook de professionals in het arbeids-/sociaal domein (d.m.v. kopie brief huisarts en/of gerichte informatie)

Nazorg

Activiteiten	Betrokken professionals	Specifieke punten
Patiënt bezoekt polikliniek voor: • tijdig opsporen nieuwe kankermanifestaties • tijdig signaleren van gevolgen van kanker (behandeling) en behoefte aan zorg • opstellen individueel nazorgplan Nazorggesprek met patiënt over: • doel van de nazorg, mogelijkheden en onmogelijkheden, inhoud, frequentie diagnostiek voor detectie nieuwe kankermanifestaties symptomen bij recidief/uitbreiding ziekte en gevolgen van kanker(behandeling)	Medisch specialist Verpleegkundige Wie is vast aanspreekpunt en procescoördinator over de domeinen heen?	Geef educatie/voorlichting over acceptatieproces, zelfmanagement (coping, aanpassing) Bespreek verwachtingen, behoeften, doelen en mogelijkheden t.a.v. werk Voer multifactoriële probleemanalyse uit (ICF-domeinen): Beoordeel en bespreek belastbaarheid en beperkingen

<ul style="list-style-type: none"> • belang van lichaamsbeweging en gezonde leefstijl • mogelijkheden voor zelfzorgmanagement • mogelijkheden re-integratie naar werk <p>Maak afspraken over wie hoofdbehandelaar en vast aanspreekpunt/ domeinoverstijgend procescoördinator zijn.</p> <p>Leg de besproken punten, in afstemming met de patiënt vast in het Individueel nazorgplan.</p>	<p>(z.n. KAG) Professional arbeids-/soc. domein</p>	<p>Inventariseer belemmerende factoren voor re-integratie (werk, persoon, privé, behandeling)</p> <p>Stel op basis van SDM werkbehoudplan (werkaanpassing, gerichte behandeling/ begeleiding bv. revalidatie) op en integreer dit in individueel nazorgplan.</p> <p>Betrek hier z.n. de KAG bij.</p> <p>Stem af met BA/AVK of professional soc. domein over aanpassing werk en begeleiding/monitoring in werk.</p>
<p>Signaleer gevolgen van kanker(behandeling) en de behoefte aan zorg mbv de Lastmeter.</p> <p>Verleen basale (psychosociale) zorg en verwijz zo nodig en desgewenst naar gespecialiseerd zorgverlener. Voor monitoring kan ook de EORTC QLQ-C30 worden gebruikt.</p> <p>Leg de besproken punten en afspraken over taakverdeling betrokken professionals vast in het Individueel nazorgplan.</p>	<p>Verpleegkundige Professional arbeids-/soc. domein</p> <p>UWV/AOV</p> <p>(z.n. consultatie KAG)</p>	<p>Professional arbeids-/sociaaldomein: adviseer werkgever/ gemeente/ AOV over inzet gespecialiseerde begeleiding in werk (bv. arbeidsdeskundige, jobcoach, bedrijfsmaatschappelijk werk).</p> <p>Stem z.n. af met UWV of AOV over inzet faciliteiten voor re-integratie</p>
<p>Voer het individueel nazorgplan uit, coördineer en bewaak uitvoering (en effecten)</p> <p>Stem bij signalen van knelpunten en disbalans af tussen behandelteam en arbeids-/soc. domein</p>	<p>Verpleegkundige Professional arbeids-/soc. domein</p> <p>(paramedische, psychosoc., Arbo-professionals)</p>	<p>BA/ AVK/ professional soc. domein: zorg voor uitvoering werkgerichte interventies uit het INP en monitor (effect van) aanpassingen en begeleiding in werk, re-integratiebeloop en belasting-belastbaarheid/ werk-privé balans.</p>
<p>Overdracht/ communicatie</p> <p>Stuur het individueel nazorgplan naar de huisarts en stem af over verwijzing naar 1^e-lijns (revalidatie- e.a.) behandeling</p>	<p>Verpleegkundige</p>	<p>Stuur het nazorgplan ook naar betrokken professionals in het arbeids- en sociaal domein.</p> <p>Stem af en maak afspraken over prof. begeleiding in werk en andere werkgerichte interventies</p>

Palliatieve fase

Geen curatie meer mogelijk

Activiteiten	Betrokken professionals	Specifieke punten
Patiënt is opgenomen in ziekenhuis of bezoekt de poli.		
<p>Behandelgesprek: SDM over behandelopties en behandelkeuze Bespreek verwachtingen mbt beloop Bespreek wie hoofdbehandelaar en casemanager is</p>	<p>Med. specialisten Verpleegkundige</p>	
<p>Begeleidingsgesprek: Geef educatie/voorlichting over acceptatieproces, zelfmanagement (coping, aanpassing) Bespreek verwachtingen, behoeften, doelen en mogelijkheden t.a.v. alle levensgebieden (incl. werk)</p>	<p>Verpleegkundige</p>	<p>Bespreek overwegingen en mogelijkheden om wel/niet door te werken in palliatieve fase en waar de patiënt (en de werkomgeving) de grens trekt.</p> <p>Ondersteun open communicatie hierover en spreek af wie daarbij ondersteunt.</p>

<p>Stel samen met patiënt een individueel palliatief zorgplan op, dat gaandeweg wordt geëvalueerd en bijgesteld.</p> <p>Signaleer de gevolgen van kanker(behandeling) en behoefte aan zorg met behulp van de Lastmeter. Voor monitoring kan ook de EORTC QLQ-C30 worden gebruikt.</p> <p>Verleen basale (psychosociale zorg) en verwijs zo nodig.</p>	<p>(KAG) (professional arbeids-/soc. domein)</p>	<p>Als patiënt nog wil (door)werken tijdens palliatieve fase: Beoordeel mogelijkheden en belemmeringen. Betrek daar z.n. de KAG bij en stem af met professional in arbeids-/soc. domein over mogelijkheden en begeleiding/monitoring Stel een werk(afbouw)plan op en integreer dat in het individueel palliatief zorgplan (IPZ)</p>
<p>Markeer en bespreek overgang ziekte-en symptoomgericht palliatieve zorg Stem af met huisarts over taakverdeling 1^e-2^e lijn</p>	<p>MDO Medisch specialist Verpleegkundige</p>	<p>Beoordeel opnieuw behoeften en mogelijkheden t.a.v. werk en begeleiding bij afbouw.</p>
<p>Markeer en bespreek overgang van palliatieve naar terminale fase Stem af met huisarts over taakverdeling 1^e-2^e lijn</p>	<p>MDO Medisch specialist Verpleegkundige</p>	<p>Beoordeel opnieuw behoeften en mogelijkheden t.a.v. werk en begeleiding bij afbouw.</p>

Bijlage 10. Arbeidsgerichte zorg: wanneer te verzekeren zorg?

In de arbeidsrevalidatie speelde lang de vraag of en wanneer het ‘te verzekeren zorg’ betreft. Het ZiN heeft in het ‘Standpunt Medisch-Specialistische Revalidatie: zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden’ een hoofdstuk opgenomen met de titel ‘Arbeidsrevalidatie: wanneer te verzekeren zorg?’⁸ (38). Het antwoord op de vraag blijkt ook goed bruikbaar in het kader van arbeidsgerichte zorg.

Vanwege de duidelijke parallellen met arbeidsgerichte zorg (inclusief klinisch-arbeidsgeneeskundige zorg) citeren we hier een aantal relevante paragrafen van dit hoofdstuk. Hieruit is antwoord op de vraag ‘Arbeidsgerichte zorg: wanneer te verzekeren zorg?’ eenvoudig af te leiden

Onderstaande tekst is een citaat uit:

Hoofdstuk 5. Arbeidsrevalidatie: wanneer te verzekeren zorg? in Standpunt Medisch-Specialistische Revalidatie: zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden (ZiN, juni 2023).

5.3 Te verzekeren op arbeidsparticipatie gerichte zorgactiviteiten in de MSR

Om de vraag te kunnen beantwoorden welke op arbeidsparticipatie gerichte zorgactiviteiten in de MSR tot de te verzekeren prestatie MSR behoren, hebben we eerst bepaald welke activiteiten gericht op het bevorderen van arbeidsparticipatie tot het domein van de Zvw behoren. Vervolgens hebben we onderzocht welke op arbeidsparticipatie gerichte activiteiten behoren tot de zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden. Ten slotte hebben we gekeken of er op arbeidsparticipatie gerichte activiteiten zijn, die zijn uitgesloten van de te verzekeren prestaties van de basiszorgverzekering. In bijlage A gaan we hier verder uitgebreid op in.

We (*lees: ZiN*) hebben geconcludeerd dat een activiteit die gericht is op arbeidsparticipatie en wordt uitgevoerd binnen een MSR-behandeling, aan vier criteria moet voldoen om onder te verzekeren zorg volgens de Zvw te vallen:

- Ten eerste moet de activiteit nodig zijn vanwege arbeidsbeperkingen ten gevolge van de ziekte of aandoening waarvoor een indicatie voor MSR-behandeling is vastgesteld.
- Ten tweede moet de activiteit gerekend kunnen worden tot geneeskundige zorg in de zin van de Zvw. Daarvan is sprake als:
 - de activiteit op de persoon gericht is; én
 - de activiteit gericht is op herstel, genezing, voorkomen van (verergering van) een aandoening, of gericht op het leren omgaan met of het compenseren van beperkingen in activiteiten ten gevolge van een aandoening; én
 - de activiteit direct verband houdt met de beperking en daarop ingrijpt.
- Ten derde moet de activiteit voldoen aan het criterium ‘plegen te bieden’, wat inhoudt dat deze onder het gebruikelijke behandelarsenaal van de MSR valt.
- Ten slotte mag de activiteit niet zijn uitgesloten van de te verzekeren prestaties van het basispakket van de zorgverzekering. Een dergelijke uitsluiting is aan de orde bij ‘werkproblemen’,

⁸ In het hoofdstuk wordt de term ‘op arbeidsparticipatie gerichte activiteiten’ gebruikt voor het uitvoeren van medische, psychologische, sociale en werkgerelateerde⁸ activiteiten voor mensen uit de beroepsbevolking met een arbeidsbeperking door een ziekte, aandoening of trauma, die gericht zijn op het herstellen van de arbeidsmogelijkheden en de randvoorwaarden voor integratie of re-integratie op de arbeidsmarkt.

die wij in het kader van dit standpunt interpreteren als de problemen die plaatshebben op het werk.

In bijlage A (*hier niet opgenomen*) hebben we een lijst opgenomen met specifieke op arbeidsparticipatie gerichte activiteiten die door revalidatiecentra worden uitgevoerd in het kader van MSR-behandeling. We hebben getoetst of deze specifieke activiteiten onder de te verzekeren zorg vallen, aan de hand van de criteria die we hierboven hebben beschreven. Voor behandelinterventies is vaak duidelijk of deze voldoen aan de gestelde criteria. Maar sommige activiteiten, zoals het uitwisselen van informatie of diagnostische activiteiten, behoeven verdere uitleg. Dit geldt ook voor de plaats waar de zorg wordt geboden. Hieronder gaan we daarop in.

5.3.1 Communicatie met bedrijfsarts en andere arboprofessionals Activiteiten zoals informatieverstrekking aan en communicatie met de bedrijfsarts en andere arboprofessionals kunnen onder de te verzekeren zorg volgens de Zvw vallen, als de informatieverstrekking of communicatie gericht is op:

- herstel, genezing of voorkomen van (verergering van) een aandoening; òf
- het leren omgaan met of het compenseren van beperkingen in activiteiten ten gevolge van een aandoening. Denk hierbij aan informatie-uitwisseling met als doel het afstemmen van de belasting in het werk op de belastbaarheid van de patiënt, om te voorkomen dat de gevolgen van een aandoening toenemen door bijvoorbeeld te zware werkbelasting of te snelle re-integratie.

5.3.2 Diagnostische activiteiten en opstellen behandeldoelen voor arbeidsparticipatie Activiteiten die betrekking hebben op het maken van een probleemanalyse en het opstellen van onderdelen van het behandelplan, waaronder ook diagnostische activiteiten en het opstellen van behandeldoelen voor arbeidsparticipatie, kunnen onder de te verzekeren zorg volgens de Zvw vallen, als deze nodig zijn voor, of leiden tot:

- het inzetten van een interventie die gericht is op herstel, genezing, voorkomen van (verergering van) een aandoening; òf
- het inzetten van een interventie die is gericht op het leren omgaan met of het compenseren van beperkingen in activiteiten ten gevolge van een aandoening. Daarbij houdt de ingezette interventie direct verband met de beperking en grijpt daarop in. Denk bijvoorbeeld aan het inventariseren van de knelpunten in de arbeidsbelasting, waaraan in de interventie vervolgens aandacht kan worden besteed.

5.3.3 De setting waarin de zorg wordt geboden

De setting waarin de zorgactiviteiten plaatsvinden moet, net als de zorgactiviteiten zelf, voldoen aan het criterium 'plegen te bieden'. Dit criterium kan in het geding zijn, als de setting waarin de zorg wordt geboden:

- invloed heeft op de inhoud van de interventie; én
- niet gebruikelijk is voor de zorgprofessional die deze zorg levert. In dat geval kan de betreffende zorg niet onder de te verzekeren zorg volgens de Zvw vallen. In de arbeidscontext is dit aan de orde, als activiteiten op de werkplek onderdeel uitmaken van de interventie.

5.4 Geen te verzekeren zorg volgens de Zvw

Activiteiten van zorgprofessionals in een MSR-team, die niet vallen onder de in paragraaf 5.3 beschreven criteria, behoren niet tot de verzekerde zorg in de zin van de Zvw. Dit betreft bijvoorbeeld activiteiten gericht op:

- het inventariseren van arbeidsmogelijkheden zonder daaraan revalidatiegeneeskundige behandeldoelen te koppelen;
- het wegnemen van belemmeringen voor arbeidsparticipatie in de omgeving van de patiënt, zoals te zware belasting door bepaalde werktaken;

- het beïnvloeden van de randvoorwaarden rond de patiënt, zoals het organiseren van ondersteuning door leidinggevende of collega's.

5.5 Quickscan in het programma 'Vroege Interventie'

In 2008 heeft het Zorginstituut (destijds CVZ) de Quickscan in het programma 'Vroege Interventie' geduid (104). Het Zorginstituut beschreef dat het programma 'Vroege Interventie' voor personen met specifieke klachten van het houdings- en bewegingsapparaat die vanwege die klachten langdurig ziek (thuis) zijn, de mogelijkheid biedt om hun klachten nader te onderzoeken op een eerder moment dan gebruikelijk is in het revalidatietraject. Op grond van dat onderzoek kan een interventie worden voorgesteld. Hierdoor lopen patiënten minder risico dat hun klachten overgaan in langdurige chronische klachten, met het risico van permanente uitval op het werk. De Vroege Interventie bestaat uit een intake door de revalidatiearts, gevolgd door multidisciplinair vervolgonderzoek: de Quickscan. De Quickscan is een diagnostische activiteit, die plaatsvindt voorafgaand aan een MSR-behandeling. Het doel van de Quickscan is juist het geven van een advies over de aangewezen behandeling. De activiteit kan leiden tot een advies voor MSR-behandeling, maar ook tot advies voor behandeling in bijvoorbeeld de eerste lijn. Hiermee vormt deze activiteit een uitzondering op de voorwaarden die we in paragraaf 5.3 hebben gesteld om onder de te verzekeren zorg volgens de Zvw te vallen. In 2008 oordeelde het Zorginstituut dat de Quickscan past binnen het te verzekeren risico van de Zvw en binnen de zorg zoals medisch specialisten plegen te bieden. De Quickscan werd niet beschouwd als een nieuwe diagnostische test, maar als een al lang in de revalidatie bestaande diagnostische methode. Ook oordeelde het Zorginstituut dat de Quickscan voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Het standpunt uit 2008 luidt dat de Vroege Interventie behoort tot de te verzekeren prestaties van het basispakket van de Zvw. Dit standpunt blijft van kracht.

Referenties

1. Zorginstituut Nederland. Passende zorg voor mensen met kanker. 2020
2. Federatie Medisch Specialist. Visiedocument Medisch Specialist 2025 ambitie, vertrouwen, samenwerken. 2017.
3. Valentijn P. Zorgnetwerken die werken: De sleutel tot betere uitkomsten. . Essenburgh Group, 2019. ISBN 978-90-828349-2-5
4. Tweede Kamer. 35 570 XV, nr. 56 <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-35570-XV-56.html>. Vergaderjaar 2020–2021.
5. Ministerie van Sociale Zekerheid en Werkgelegenheid. Brief Toekomst arbeidsgerelateerde zorg van Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid aan de Tweede Kamer. ref. 2021-0000095179; 23 juni 2021.
6. Nederlands Kanker Collectief. Aanpak werk en kanker.
7. ZonMw. Subsidieoproep: Kanker en werk <https://www.zonmw.nl/nl/programma/kanker-en-werk>; 2023.
8. ZonMw. Programma Innovatieve Arbozorg. <https://www.zonmw.nl/sites/zonmw/files/2024-02/Programmatekst-Innovatieve-Arbozorg.pdf2024>.
9. RIVM. Arbeid en Zorg. <https://www.rivm.nl/duurzame-inzetbaarheid/arbeid-en-zorg>.
10. Nederlands Zorginstituut. Passende zorg voor mensen met kanker <https://www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/kanker/passende-zorg-voor-mensen-met-kanker>; 2020.
11. Nederlandse Kankerregistratie (NKR). <https://nkr-cijfers.iknl.nl/2024>.
12. NFK. Doneer je ervaring: Kanker, wat betekent dat voor je werk? . (190326-DJE-Kanker-en-Werk_rapportage_finale-versie.pdf (doneerjeervaring.nl)); 2019
13. NFK. Doneer je ervaring: verder leven met of na kanker. https://doneerjeervaring.nl/media/1/240201-DJE-Verder-leven-met-of-na-kanker_rapportage_final.pdf 2024
14. Paalman CH, van Leeuwen FE, Aaronson NK, de Boer AG, van de Poll-Franse L, Oldenburg HS, Schaapveld M. Employment and social benefits up to 10 years after breast cancer diagnosis: a population-based study. Br J Cancer. 2016;114(1):81-7.
15. de Wind A, Tamminga SJ, Bony CAG, Diether M, Ludwig M, Velthuis MJ, et al. Loss of Paid Employment up to 4 Years after Colorectal Cancer Diagnosis-A Nationwide Register-Based Study with a Population-Based Reference Group. Cancers (Basel). 2021;13(12).
16. Sociaal Economische Raad. Betere zorg voor werkenden: Een visie op de toekomst van de arbeids-gerelateerde zorg. . 2014.
17. KNMG. Zorg die werkt: Naar een betere arbeidsgerichte zorg voor (potentieel) werkenden, KNMG-visiedocument. 2017.
18. Soncos. Multidisciplinaire normering oncologische zorg in Nederland. SONCOS-normeringsrapport 12. 2024.
19. Butink M, Dona D, Boonen A, Peters M, Baadjou V, Senden T, de Rijk A. Work-related support in clinical care for patients with a chronic disease: development of an intervention. J Occup Rehabil. 2022;32(4):705-17.
20. de Vries HJ, Sipma WS, Gansevoort RT, Brouwer S, Visser A. Development and implementation of work-oriented clinical care to empower patients with kidney disease: an adapted intervention mapping approach. BMC Health Serv Res. 2023;23(1):329.
21. Strijbos DO, van der Sluis G, Boymans T, de Groot S, Klomp S, Kooijman CM, et al. Implementation of back at work after surgery (BAAS): A feasibility study of an integrated pathway for improved return to work after knee arthroplasty. Musculoskeletal Care. 2022;20(4):950-9.
22. Dona DJS, Peters M, Senden TF, Bloem S, Bartstra H, Jacobs MT, et al. Including 'Work as a Treatment Goal' in the Care for Patients with Chronic Diseases : The Development of a Generic Care Model-A Descriptive Study. J Occup Rehabil. 2024.

23. Loonen JJ, Blijlevens NM, Prins J, Dona DJ, Den Hartogh J, Senden T, et al. Cancer Survivorship Care: Person Centered Care in a Multidisciplinary Shared Care Model. *Int J Integr Care*. 2018;18(1):4.
24. Senden T, Dona D, Janssen J. Radboudumc overbrugt kloof tussen zorg en arbeidsdomein. *Med Contact* 2019:8–10.
25. KPMG-Plexus, Universiteit Maastricht. Onderzoeksprogramma ARBEID & GEZONDHEIDSZORG: weergave van de resultaten. . April 2015.
26. NZa Sectoroverstijgende prestatie nodig voor betere samenwerking. <https://www.nza.nl/actueel/nieuws/2024/02/29/sectoroverstijgende-prestatie-nodig-voor-betere-samenwerking2024>.
27. Nederland NZeZ. Advies sectoroverstijgende prestatie. https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_759084_22/2024.
28. Rijksoverheid. Integraal Zorg Akkoord: Samen werken aan gezonde zorg Het Integraal Zorgakkoord - samenwerken aan gezonde zorg | Kwaliteit van de zorg | Rijksoverheid.nl; 2022.
29. Rijksoverheid. Schematische weergave beweging naar passende zorg (IZA).
30. Hagendijk ME, Zipfel N, Melles M, van der Wees PJ, Hulshof CTJ, Zwaan E, et al. Patients' Needs Regarding Work-Focused Healthcare: A Qualitative Evidence Synthesis. *J Occup Rehabil*. 2024.
31. Zorgautoriteit N. Nieuwe beleidsregel NZa draagt bij aan samenwerkingen tussen sectoren en domeinen.
32. Visserman EA, Gijsen BCM, Blauwbroek HG. Zorgstandaard Kanker. . Integraal Kankercentrum, Nederland 2014.
33. (IKNL). Format (regionaal) transmuraal zorgpad niet-tumorspecifiek. . Versie 5.0, IKNL; 2017.
34. CBO. Zorgmodule Arbeid 1.0.: Begeleiding rondom arbeidsparticipatie van chronisch zieken. [werkenchronischziek.nl](https://www.cbo.nl/onderzoek-en-publicaties/2014/zorgmodule-arbeid-10); 2014.
35. van Hoeve J. Added value of oncological care pathways: Data supported with health care professionals' and patients' perspective. . Proefschrift TU Twente. 2020 (ISBN: 978-90-365-5062-8; <https://doi.org/10.3990/1.9789036550628>)2022.
36. IKNL Integrale Oncologische Zorgpaden: Handleiding voor implementatie. . Versie 3.0, IKNL (Zorgpaden_handleiding_implementatie (iknl.nl)); 2016.
37. Zorg Nederland. Signalement Passende zorg voor mensen met kanker. . Deel 1: Netwerk- en expertzorg. ZiN; 2022.
38. IKNL Oncologiezorgnetwerken (iknl.nl).
39. IKNL. Vast Aanspreekpunt Oncologie buiten de muren van het ziekenhuis (iknl.nl).
40. NVAB. NVAB-koers bedrijfsgeneeskunde: Van maximale betekenis zijn én blijven voor zo veel mogelijk werkenden. . 2024.
41. Nederlands Kanker Collectief. Krachten bundelen om de impact van kanker op de samenleving te verminderen (nederlandskankercollectief.nl).
42. WHO. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). <http://www.who.int/classifications/icf/en/> 2018.
43. Sam P, Dessers E, van Hootegem G. Organisatiemodellen voor geïntegreerde zorg: Probleemanalyses en -oplossingen vergeleken van Klinische Zorgpaden, Lean, Relationele Coördinatie en Moderne Sociotechniek. Cortexs onderzoeksprogramma. . Agentschap voor Innovatie door Wetenschap en Technologie, KU Leuven; 2016.
44. Zorginstituut Nederland. Standpunt Medisch-Specialistische Revalidatie: zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden. 2023.
45. Nederlandse Diabetes Federatie. Zorgstandaard. Transparantie en kwaliteit van diabeteszorg voor mensen met diabetes type 2. <https://www.vzinfo.nl/publicaties/ndf-zorgstandaard-transparantie-en-kwaliteit-van-diabeteszorg-voor-mensen-met-diabetes2007>.
46. ZonMw programma Disease management chronische ziekten ZORGSTANDAARDEN IN MODEL - Rapport over het model voor zorgstandaarden bij chronische ziekten. https://www.zonmw.nl/sites/zonmw/files/typo3-migrated-files/Rapport_Zorgstandaarden_in_model_februari_2010.pdf; 2010.

47. Gezondheidsraad. Nacontrole in de oncologie. Doelen onderscheiden, inhoud onderbouwen. <https://www.gezondheidsraad.nl/documenten/adviezen/2007/03/27/nacontrole-in-de-oncologie.-doelen-onderscheiden-inhoud-onderbouwen2007>.
48. WHO. World Health Organisation definition of Palliative Care (2002). <https://palliativecare.org.au/wp-content/uploads/2022/02/WHO-and-new-consensus-definition-of-PC.pdf2020>.
49. Leytens J, Wagner C. Criteria voor goede richtlijnen en protocollen in de verpleging en verzorging. *Verpleegkunde*. 2000;15(4):193-200.
50. IKNL. Psychosociale zorg onlosmakelijk onderdeel oncologisch behandeltraject. <https://iknl.nl/nieuws/2015/psychosociale-zorg-onlosmakelijk-onderdeel-oncolog2022>.
51. Federatie Medisch Specialisten. Richtlijnen database. <https://richtlijnen database.nl/>.
52. CBO. Zorgmodule Zelfmanagement 1.0. 2014.
53. Butow P, Laidsaar-Powell R, Konings S, Lim CYS, Koczwara B. Return to work after a cancer diagnosis: a meta-review of reviews and a meta-synthesis of recent qualitative studies. *Journal of cancer survivorship : research and practice*. 2020;14(2):114-34.
54. Bellas O, Kemp E, Edney L, Oster C, Roseleur J. The impacts of unmet supportive care needs of cancer survivors in Australia: A qualitative systematic review. *European journal of cancer care*. 2022;31(6):e13726.
55. Galica J, Saunders S, Romkey-Sinasac C, Silva A, Ethier J-L, Giroux J, et al. The needs of gynecological cancer survivors at the end of primary treatment: A scoping review and proposed model to guide clinical discussions. *Patient education and counseling*. 2022;105(7):1761-82.
56. Su X-Q, Sang H-H, Kuai B-X, Xue P, Guo Y-J. Experiences of cancer survivors returning to work decision-making: a meta-synthesis of qualitative studies. *Journal of cancer survivorship : research and practice*. 2024.
57. Tan FSI, Shorey S. Experiences of women with breast cancer while working or returning to work: a qualitative systematic review and meta-synthesis. *Supportive Care in Cancer*. 2022;30(4):2971-82.
58. Zhao J-Y, Que W-Q, Tang J, Li J-M, Su X-Q, Guo Y-J. Colorectal cancer survivors' experiences of return-to-work: A meta-synthesis of qualitative studies. *European journal of oncology nursing : the official journal of European Oncology Nursing Society*. 2023;63:102284.
59. Mazzi MA, Perlini C, Deledda G, Ghilardi A, Buizza C, Bottacini A, et al. Employment status and information needs of patients with breast cancer: a multicentre cross-sectional study of first oncology consultations. *BMJ open*. 2020;10(9):e038543.
60. Nicklin E, Phang I, Short SC, Hoogendoorn P, Boele FW. Patient and caregiver return to work after a primary brain tumor. *Neuro-Oncology Practice*. 2023;10(6):565-75.
61. Lewis J, Mackenzie L. Cognitive changes after breast cancer: a scoping review to identify problems encountered by women when returning to work. *Disability and rehabilitation*. 2022;44(18):5310-28.
62. Sesto ME, Carroll CB, Zhang X, Chen KB, Terhaar A, Wilson AS, Tevaarwerk AJ. Unmet needs and problems related to employment and working as reported by survivors with metastatic breast cancer. *Supportive Care in Cancer*. 2022;30(5):4291-301.
63. Söderman M, Friberg E, Alexanderson K, Wennman-Larsen A. Women's experiences of encounters with healthcare professionals' regarding work after breast-cancer surgery and associations with sickness absence: a 2-year follow-up cohort study. *Supportive Care in Cancer*. 2019;27(4):1197-206.
64. Tracy JK, Adetunji F, Al Kibria GM, Swanberg JE. Cancer-work management: Hourly and salaried wage women's experiences managing the cancer-work interface following new breast cancer diagnosis. *PLoS One*. 2020;15(11):e0241795.
65. Urquhart R, Scruton S, Kendell C. Understanding Cancer Survivors' Needs and Experiences Returning to Work Post-Treatment: A Longitudinal Qualitative Study. *Curr Oncol*. 2022;29(5):3013-25.

66. Wennman-Larsen A, Svard V, Alexanderson K, Friberg E. Factors of decisive importance for being in work or not during two years after breast cancer surgery: content analysis of 462 women's open answers. *BMC Womens Health*. 2021;21(1):332.
67. Wu W, Yackel HD, Salner A, Chen M-H, Judge MP, Cong X, Xu W. Work-health balance of cancer survivors returning to work: A meta-ethnography. *European journal of oncology nursing : the official journal of European Oncology Nursing Society*. 2023;68:102482.
68. Tan CJ, Yip SYC, Chan RJ, Chew L, Chan A. Investigating how cancer-related symptoms influence work outcomes among cancer survivors: a systematic review. *Journal of cancer survivorship : research and practice*. 2022;16(5):1065-78.
69. Amin L, Stergiou-Kita M, Jones JM. Development of a return-to-work planning tool for cancer survivors: Élaboration d'un outil de planification du retour au travail pour les survivants du cancer. *Canadian journal of occupational therapy Revue canadienne d'ergotherapie*. 2017;84(4-5):223-8.
70. Bae KR, Kang D, Yi JY, Ahn Y, Kim I-R, Kweon S-S, et al. A return-to-work intervention protocol directed at cancer patients (self-assessment, tailored information & lifestyle management for returning to work among cancer patients, START): A multi-center, randomized controlled trial. *Contemporary clinical trials communications*. 2020;19:100633.
71. Bains M, Munir F, Yarker J, Steward W, Thomas A. Return-to-work guidance and support for colorectal cancer patients: a feasibility study. *Cancer Nurs*. 2011;34(6):E1-12.
72. Blinder VS, Patil S, Finik J, Makower D, Muppidi M, Lichtenthal WG, et al. An interactive mobile application versus an educational booklet to promote job retention in women undergoing adjuvant chemotherapy for breast cancer: a randomized controlled trial. *Trials*. 2022;23(1):840.
73. Broc G, Carretier J, Rouat S, Guittard L, Péron J, Fervers B, et al. Design and Production of a Patient Guide to Support Return to Work after Breast Cancer: An Application of Intervention Mapping. *Psycho-Oncologie*. 2023;17(3):167-79.
74. Chang Y-L, Huang B-S, Lin C-Y, Chung C-F, Chen S-C. Effects of a return to work program on the health and barriers to returning to work in head and neck cancer patients: A randomized controlled trial. *Asia-Pacific journal of oncology nursing*. 2023;10(12):100320.
75. Dax V, Edwards N, Doidge O, Morkunas B, Thompson K, Lewin J. Evaluation of an Educational and Vocational Service for Adolescent and Young Adults with Cancer: A Retrospective Review. *Journal of adolescent and young adult oncology*. 2020:56-65.
76. Fauser D, Wienert J, Beinert T, Schmielau J, Biester I, Kruger H-U, et al. Work-related medical rehabilitation in patients with cancer-Postrehabilitation results from a cluster-randomized multicenter trial. *Cancer*. 2019;125(15):2666-74.
77. Wienert J, Bethge M. Work-Related Medical Rehabilitation in Cancer Rehabilitation - Short-Term Results from a Cluster-Randomized Multicenter-Trial. *Die Rehabilitation*. 2019;58(3):181-90.
78. Leensen MCJ, Groeneveld IF, Rejda T, Groenenboom P, van Berkel S, Brandon T, et al. Feasibility of a multidisciplinary intervention to help cancer patients return to work. *European journal of cancer care*. 2018;27(2):e12690.
79. Groeneveld IF, de Boer AG, Frings-Dresen MH. A multidisciplinary intervention to facilitate return to work in cancer patients: intervention protocol and design of a feasibility study. *BMJ Open*. 2012;2(4).
80. Grunfeld EA, Schumacher L, Armaou M, Woods PL, Rolf P, Sutton AJ, et al. Feasibility randomised controlled trial of a guided workbook intervention to support work-related goals among cancer survivors in the UK. *BMJ Open*. 2019;9(1):e022746.
81. Woods PL, Schumacher L, Sadhra SS, Sutton AJ, Zarkar A, Rolf P, Grunfeld EA. A Guided Workbook Intervention (WorkPlan) to Support Work-Related Goals Among Cancer Survivors: Protocol of a Feasibility Randomized Controlled Trial. *JMIR research protocols*. 2016;5(2):e75.
82. Kang D, Bae KR, Ahn Y, Kim N, Nam SJ, Lee JE, et al. Effectiveness of Self-Assessment, Tailored Information, and Lifestyle Management for Cancer Patients' Returning to Work (START): A Multi-center, Randomized Controlled Trial. *Cancer Res Treat*. 2023;55(2):419-28.

83. Hubbard G, Gray NM, Ayansina D, Evans JM, Kyle RG. Case management vocational rehabilitation for women with breast cancer after surgery: a feasibility study incorporating a pilot randomised controlled trial. *Trials*. 2013;14:175.
84. Kyle RG, Culbard B, Evans J, Gray NM, Ayansina D, Hubbard G. Vocational rehabilitation services for patients with cancer: design of a feasibility study incorporating a pilot randomised controlled trial among women with breast cancer following surgery. *Trials*. 2011;12:89.
85. Sheppard DM, Frost D, Jefford M, O'Connor M, Halkett G. 'Beyond Cancer': a study protocol of a multimodal occupational rehabilitation programme to support breast cancer survivors to return work. *BMJ Open*. 2019;9(12):e032505.
86. Singer S, Roick J, Meixensberger J, Schiefke F, Briest S, Dietz A, et al. The effects of multi-disciplinary psycho-social care on socio-economic problems in cancer patients: a cluster-randomized trial. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*. 2018;26(6):1851-9.
87. Stapelfeldt CM, Momsen A-MH, Jensen AB, Andersen NT, Nielsen CV. Municipal return to work management in cancer survivors: a controlled intervention study. *Acta oncologica (Stockholm, Sweden)*. 2021;60(3):370-8.
88. Tamminga SJ, de Boer AG, Bos MM, Fons G, Kitzen JJ, Plaisier PW, et al. A hospital-based work support intervention to enhance the return to work of cancer patients: a process evaluation. *J Occup Rehabil*. 2012;22(4):565-78.
89. Tamminga SJ, van Hezel S, de Boer AG, Frings-Dresen MH. Enhancing the Return to Work of Cancer Survivors: Development and Feasibility of the Nurse-Led eHealth Intervention Cancer@Work. *JMIR Res Protoc*. 2016;5(2):e118.
90. Trabjerg TB, Jensen LH, Sondergaard J, Trabjerg ND, Sisler JJ, Hansen DG. Investigating whether shared video-based consultations with patients, oncologists, and GPs can benefit patient-centred cancer care: a qualitative study. *BJGP Open*. 2020;4(2).
91. van Egmond MP, Duijts SFA, Jonker MA, van der Beek AJ, Anema JR. Effectiveness of a tailored return to work program for cancer survivors with job loss: results of a randomized controlled trial. *Acta Oncologica*. 2016;55(9-10):1210-9.
92. Zaman ACGNM, Tytgat KMAJ, Klinkenbijn JHG, Boer FCD, Brink MA, Brinkhuis JC, et al. Effectiveness of a Tailored Work-Related Support Intervention for Patients Diagnosed with Gastrointestinal Cancer: A Multicenter Randomized Controlled Trial. *Journal of occupational rehabilitation*. 2021;31(2):323-38.
93. Zegers AD, Coenen P, Bültmann U, van Hummel R, van der Beek AJ, Duijts SFA. Tailoring work participation support for cancer survivors using the stages of change: perspectives of (health care) professionals and survivors. *Journal of cancer survivorship : research and practice*. 2023;17(3):706-19.
94. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Doorwerken en Gezondheid. <https://www.raadrvs.nl/documenten/publicaties/2015/04/14/doorwerken-en-gezondheid2015>.
95. Federatie Medisch Specialisten. Arbeidsparticipatie voor medisch specialistische richtlijnen. https://richtlijnen database.nl/richtlijn/arbeidsparticipatie_voor_medisch_specialistische_richtlijnen/startpagina_en_algemene_inleiding_generieke_module_arbeidsparticipatie_voor_medisch_specialistische_richtlijnen_2024.html; 2024.
96. Federatie Medisch Specialisten. Randvoorwaarden - schildklierfunctiestoornissen en arbeidsparticipatie. https://richtlijnen database.nl/richtlijn/schildklierfunctiestoornissen/randvoorwaarden_-_schildklierfunctiestoornissen_en_arbeidsparticipatie.html2021.
97. Federatie Medisch Specialisten. Symptomatische behandeling van MS. https://richtlijnen database.nl/richtlijn/multiple_sclerose_ms/symptomatische_behandeling_van_ms.html2023.
98. Federatie Medisch Specialisten. NAH en arbeidsparticipatie https://richtlijnen database.nl/richtlijn/nah_en_arbeidsparticipatie/startpagina_-_nah_en_arbeidsparticipatie.html2021.

99. Federatie Medisch Specialisten. Psychosociale en maatschappelijke aspecten bij de ziekte van Parkinson. https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/nah_en_arbeidsparticipatie/startpagina_-_nah_en_arbeidsparticipatie.html2020.
100. GGZ. Arbeid als medicijn <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/arbeid-als-medicijn/introductie2017>.
101. NVAB. Richtlijn Chronisch Zieken en Werk. <https://nvab-online.nl/kennisbank/chronisch-zieken-en-werk/>; 2016.
102. Federatie Medisch Specialisten. Werkgerelateerd astma. https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/werkgerelateerd_astma/werkgerelateerd_astma_-_startpagina.html2016.
103. NHG. Reumatoïde artritis en participatie (in arbeid). <https://richtlijnen.nhg.org/multidisciplinaire-richtlijnen/reumatoide-artritis-en-participatie-arbeid>; 2015.
104. zorgverzekeringen Cv. Quickscan in programma Vroege Interventie een verzekerde prestatie. <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2008/12/15/quickscan-in-programma-vroege-interventie-een-verzekerde-prestatie> 2008.