

Naar een Arbeidsgericht zorgmodel (Oncologie)

# Implementatieplan

Rapport Fase 3 (nov. 25 t/m april 26)

*“Begin met het einde voor ogen” – Stephen Covey*

In opdracht van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid



Het Kennisinstituut is onderdeel van



Versie 1.0

Mei 2026

### Auteurs/ projectteam

Theo Senden, MD, projectleider NVKA

Dr. Sietske Tamminga, projectonderzoeker AUMC/ NVKA

Yvette Jansen, projectassistent NVAB/ NVKA

Dr. Dunja Dreesens, projectadviseur KIMS/ NVAB

Dr. Gijsbert van Lomwel, projectadviseur NVAB

## Dankwoord

We hebben dit plan om te komen tot betere zorg voor werk(zoek)enden met chronische en/ of werkgerelateerde gezondheidsproblemen slechts tot stand kunnen brengen dankzij inbreng en feedback van velen in alle fasen van het project: patiëntvertegenwoordigers en professionals, bestuurders, beleidsmedewerkers in het zorg-, arbeids- en sociaal domein.

Het projectteam dankt in het bijzonder de leden van de stuurgroep (zie samenstelling in bijlage 3) en allen die in het kader van het project een belangrijke bijdrage hebben geleverd door hun medewerking aan interviews, informatieverzoeken, commentaarrondes, de invitational conference en andere bijeenkomsten.

# Inhoud

Dankwoord .....	2
Inhoud .....	3
Managementsamenvatting.....	4
Inleiding .....	7
Stappen voor een succesvolle implementatie: .....	8
Fasering.....	8
Leeswijzer .....	9
Verklaring LHV/ NHG.....	9
1. Methode .....	10
2. Domeinen en determinanten van implementatie.....	11
2.1. De innovatie.....	11
2.2. Gebruikers .....	13
2.3. Organisatieniveau .....	14
2.4. Sociaal-politieke context .....	15
2.5. Implementatieproces.....	16
3. Van determinanten naar implementatiestrategieën en activiteiten.....	17
4. Van strategieën en activiteiten naar een implementatieplan.....	19
4.1. Politieke en bestuurlijke agendering .....	20
4.2. Landelijke agendering en regie.....	20
4.3. Arbeidsgerichte deskundigheidsbevordering zorgprofessionals .....	21
4.4. Organiseren van specialistische arbeidsgeneeskundige expertise in de zorg .....	22
4.5. Kennisinfrastructuur t.b.v. kennisontwikkeling, informatievoorziening en patiëntenzorg ..	23
4.6. Regionale proefregio's: toepassen en leren .....	24
4.7. Samenvatting: Wat en wie is er nodig voor implementatie?.....	26
5. Implementeren in stappen: fasering en tijdslijn.....	27
5.1. Het basisscenario.....	27
5.2. Uitbouw van de domeinoverstijgende samenwerking in netwerkzorg .....	30
5.3. Fasering en tijdslijn .....	31
Bijlage 1. Begrippenlijst .....	33
Bijlage 2. Impactmap Arbeidsgerichte zorg.....	34
Bijlage 3. Samenstelling Stuurgroep .....	35

## Managementsamenvatting

Dit plan gaat over de implementatie van het Arbeidsgericht zorgmodel oncologie zoals dat in fase 1 van het project 'Verkenning en ontwikkeling van een klinisch-arbeidsgeneeskundig/ arbeidsgericht zorgmodel oncologie' is ontwikkeld en beschreven (1).

Het ontwikkelde zorgmodel sluit aan bij het concept van 'Passende zorg', is persoonsgericht en gaat uit van domeinoverstijgende samenwerking in regionale netwerken van professionals in de verschillende echelons in de gezondheidszorg en het arbeids- en sociaal domein. Specialistische arbeidsgeneeskundige expertise is beschikbaar door inzet van een klinisch arbeidsgeneeskundige (KAG) in het behandelteam. Deze geïntegreerde arbeidsgerichte zorg ondersteunt de patiënt met en na kanker optimaal bij het, binnen de mogelijkheden en naar behoefte, behalen van diens doelen met betrekking tot arbeidsparticipatie gedurende de patiëntreis van diagnose en behandeling tot en met begeleiding in en (terugkeer) naar werk.

### Welke vraag beantwoorden we met dit plan?

Het implementatieplan beschrijft welke actoren en factoren de implementatie van het arbeidsgericht zorgmodel in de praktijk beïnvloeden en wie welke activiteiten moet ondernemen om een succesvolle implementatie te realiseren.

Om die vraag te beantwoorden hebben we de volgende werkwijze gevolgd. Met een contextanalyse hebben we vier voor implementatie relevante domeinen uitgewerkt:

- de innovatie (het arbeidsgericht zorgmodel),
- de gebruiker (patiënt/ cliënt en professional),
- de organisatie waarin de professionals werken (inner setting) en
- de institutionele of sociaal-politieke context (outer setting).

Per domein hebben we alle implementatie belemmerende en bevorderende factoren (determinanten) in kaart gebracht. Vervolgens hebben we per (groep van) determinant(en) gekeken naar manieren, of wel strategieën, hoe die te adresseren. Die strategieën hebben we vervolgens vertaald in activiteiten voor verschillende bij het zorgmodel betrokken actoren. In het 'Implementatieplan' hebben we deze activiteiten per strategie-thema gegroepeerd en voorzien van betrokken stakeholders, een geschat tijdpad en de beoogde bron van financiering van de activiteit. In onderstaande tabel hebben we de activiteiten uit het Implementatieplan en de indeling in strategiethema's weergegeven. Deze hebben we in hoofdstuk 4 van dit rapport verder uitgewerkt.

**Tabel.** *Overzicht van implementatiestrategie-thema's en bijbehorende implementatieactiviteiten*

Implementatiestrategie	Implementatieactiviteiten
Politieke en bestuurlijke agendering	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Publiciteitscampagnes</li> <li>• Politieke lobby</li> </ul>

Landelijke regie organiseren	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regievoeren op implementatie en landelijke opschaling, aanjagen, borgen en monitoren van de implementatie en het functioneren van de arbeidsgerichte zorg</li> <li>• Oplossen structurele/institutionele knelpunten op maatschappelijk-politiek niveau (financiering/ silo-problematiek, wet- en regelgeving, institutionele schotten)</li> </ul>
Bevorderen van motivatie en competentie van professionals	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ontwikkelen en aanbieden van arbeidsgerichte scholing, coaching, intervisie voor zorgprofessionals</li> <li>• Integreeren arbeidsgericht werken in professioneel kwaliteitsbeleid</li> <li>• Ontwikkelen en aanbieden van scholing interprofessioneel samenwerken</li> <li>• Faciliteren en borgen van gewenste gedragsverandering</li> <li>• Benutten van motivatoren en <i>incentives</i></li> </ul>
Toegankelijkheid gespecialiseerde arbeidsgeneeskundige expertise in de zorg	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organiseren van gespecialiseerde arbeidsgeneeskundige expertise in de zorg</li> <li>• Inrichten Arbeidsgeneeskundige expertisecentra in de regionale netwerken</li> </ul>
Beschikbaarheid kennisinfrastructuur	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aansluiten bij bestaande infrastructuur t.b.v. kennisontwikkeling en -disseminatie en informatievoorziening</li> </ul>
Toepassen in en leren van regionale proeftuin(en)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Integreeren arbeidsgerichte zorg in de 1<sup>e</sup>, 2<sup>e</sup> en 3<sup>e</sup>-lijnszorg (arbeidsparticipatie als behandeldoel en medicijn)</li> <li>• Inzetten klinisch arbeidsgeneeskundige oncologie</li> <li>• Ontwikkeling en implementatie regionaal, transmuraal zorgpad (o.b.v. het ontwikkelde zorgpadformat)</li> <li>• Faciliteren van domeinoverstijgende, regionale samenwerking (tijd, capaciteit, implementatie data- en communicatieplatform)</li> <li>• Ontwikkelen en aanbieden van scholing domeinoverstijgend, interprofessioneel samenwerken</li> <li>• Inrichten governance van het regionale netwerk</li> </ul>

De conclusie van de contextanalyse is dat de implementatie een complex proces is, met veel verschillende actoren en organisaties in de betrokken domeinen en met belemmerende institutionele schotten en silo's. Het feit dat voor het in fase 1 ontwikkelde zorgmodel inbedding in een regionale structuur met verbinding tussen de diverse maatschappelijke domeinen nodig is, maakt de implementatie extra complex. Binnen de oncologische zorg zijn per tumorsoort en per soort zorg (oncologische behandeling, respectievelijk psychosociale nazorg) al verschillende regio-indelingen van toepassing en dat zijn weer andere indelingen dan in het sociale en arbeidsdomein worden gehanteerd. Een regionale structuur is nodig om samenwerking tussen organisaties en professionals en de daartoe benodigde infrastructuur te organiseren. Op basis daarvan moet voor elke patiënt een uniek persoonlijk netwerk gevormd kunnen worden van professionals in de diverse domeinen die bij de uitvoering van het 'werkbehoudplan'<sup>1</sup> betrokken zijn.

Een en ander betekent dat de implementatie kenmerken heeft van een transformatie of transitie en een gefaseerd implementatieproces nodig zal zijn. Daartoe wordt een stapsgewijze implementatie voorgesteld, te beginnen met een basisscenario.

<sup>1</sup> Het plan met interventies in alle domeinen die werkbehoud bevorderen en dat geïntegreerd wordt in het behandel- en (na)zorgplan.

Opschaling naar landelijke dekking zal tot stand moeten komen door implementatie per regio. In één of (bij voorkeur) meer proefregio's zal de regionale implementatie in domeinoverstijgende netwerken passend bij de lokale situatie uitgewerkt en beproefd moeten worden. Een projectplan voor een dergelijke regionale proeftuin is in ontwikkeling en kan mogelijk al na de zomer van dit jaar van start gaan.

Per regio zijn er verschillen die, gebruikmakend van de lessen en ontwikkelde tools uit eerdere regio's, in een vraag gestuurde maatwerkaanpak geadresseerd moeten worden.

Fasering zal ook nodig zijn omdat de zorgprocessen en regionale taakverdeling tussen behandelcentra per tumorsoort verschilt en implementatie van het zorgmodel dus ook per tumorsoort uitgewerkt moet worden. Dat geldt des te meer bij uitbreiding van de implementatie naar groepen patiënten met chronische, niet-oncologische gezondheidsproblemen.

We beschrijven een tijdlijn voor de fasering van verschillende onderdelen van de implementatie.

#### Verklaring LHV/ NHG

Op verzoek van LHV en NHG vermelden we om misverstanden te voorkomen hun standpunt dat huisartsen (formeel) geen rol en verantwoordelijkheid hebben bij de implementatie en uitvoering van arbeidsgerichte zorg, zoals omschreven in dit implementatieplan en de eerder gepubliceerde rapporten behorend bij dit project.

## Inleiding

Covey schrijft in zijn boek *The seven habits of highly effective people (1989)*: “Beginnen met het einde voor ogen betekent beginnen met een duidelijk beeld van je einddoel. Het houdt in dat je weet waar je heengaat zodat je beter begrijpt waar je nu bent, en ook altijd stappen kunt zetten in de juiste richting.”

Voor implementatie van een innovatie is dit een belangrijke boodschap, die we bij het schrijven van dit implementatieplan ter harte hebben genomen.

In dit implementatieplan gaat het om de implementatie van het Arbeidsgericht zorgmodel oncologie zoals dat in fase 1 van het project “Verkenning en ontwikkeling van een klinisch-arbeidsgeneeskundig/ arbeidsgericht zorgmodel oncologie’ is ontwikkeld en in het rapport van fase 1 staat beschreven(1).

Het ontwikkelde Arbeidsgericht zorgmodel oncologie omvat twee onderdelen:

1. integratie van arbeidsparticipatie als behandeldoel en medicijn in de verschillende lijnen van de gezondheidszorg;
2. samenwerking in regionale domeinoverstijgende netwerken van diagnose en behandeling tot begeleiding in en (terug) naar werk.

Het model sluit aan bij het concept van ‘Passende zorg’, is persoonsgericht en gaat uit van domeinoverstijgende samenwerking in regionale netwerken, waarbij specialistische arbeidsgeneeskundige expertise beschikbaar is door inzet van een klinisch arbeidsgeneeskundige (KAG) in het behandelteam. Samen met de medisch en de verpleegkundig specialist zorgen zij voor het proactief opstellen van een werkbehoudplan op basis van de belastbaarheid en inventarisatie van andere factoren die werkbehoud beïnvloeden. Het werkbehoudplan wordt geïntegreerd in het behandel- en (na)zorgplan en de uitvoering in de diverse domeinen wordt gemonitord. Een vast aanspreekpunt ondersteunt de patiënt bij de regie gedurende de patiëntreis. Het moet de patiënt met en na kanker optimaal ondersteunen bij het, binnen de mogelijkheden en naar behoefte, behalen van diens doelen met betrekking tot arbeidsparticipatie gedurende de patiëntreis van diagnose en behandeling tot en met begeleiding in en naar werk.

Dit plan beschrijft wie wanneer welke taak heeft om het ontwikkelde en gewenste zorgmodel in de praktijk te realiseren, zodat de zorg voor werk(zoek)ende patiënten met en na kanker meer arbeidsgericht en daarmee beter wordt. Dat wil zeggen dat de patiëntreis van diagnose en behandeling (inclusief revalidatie) tot begeleiding in en naar werk, met andere woorden alle zorg en begeleiding, gericht is op en zo groot mogelijke kans op behoud van werk (en inkomen) én dat deze zorg gecoördineerd verloopt.

Implementatie van een zorginnovatie is in essentie het doorvoeren van veranderingen in de zorg die voor de toepassing van de innovatie nodig zijn.

Veranderingen komen tot stand door verandering in het praktisch handelen van professionals en van de patiënt/ cliënt (microniveau) en veranderingen in de organisatie van processen en de infrastructuur (mesoniveau) die hiervoor nodig zijn. Veranderingen in de wet- en regelgeving zijn nodig als de bestaande kaders verandering van gedrag en/ of de organisatie van zorg belemmeren (macroniveau).

De Kennisbank 'Zorg voor Innoveren'<sup>2</sup> biedt veel informatie over achtergrondkennis en praktische aanpak van implementatie van zorginnovaties(2). In het hiernavolgende hebben we de terminologie en aanpak van de Kennisbank op hoofdlijnen gevolgd.

#### Stappen voor een succesvolle implementatie:

1. **Contextanalyse:** Breng de context op micro-, meso- en macroniveau en de belanghebbenden in kaart;
2. **Determinanten:** breng op alle niveaus de factoren (determinanten) in beeld die de invoering van de beoogde veranderingen (kunnen) belemmeren en bevorderen;
3. **Strategiekeuze:** Bepaal de beste aanpak (inzet van activiteiten), gebaseerd op de belemmerende en bevorderende factoren;
4. **Eigenaarschap en regie:** in geval van een complexe, meervoudige innovatie met kenmerken van een transitie of transformatie is het van belang dat er voor elke activiteit één of meer stakeholders zijn die eigenaar zijn en dus verantwoordelijk voor de uitvoering. Zorg ook dat er een regie-organisatie is die aanjaagt, coördineert en monitort en een regietafel waar systeemproblematiek geadresseerd kan worden;
5. *Uitvoering: Start het implementatieplan;*
6. *Monitoring en evaluatie: Monitor en evalueer het proces en stuur bij waar nodig.*

We volgen stap 1 t/m 4 om tot het implementatieplan te komen dat de basis vormt voor stap 5 en 6. De daadwerkelijke implementatie, d.w.z. de invoering en toepassing van het Arbeidsgericht zorgmodel valt buiten het bestek van de projectopdracht. Cruciaal voor de implementatie is een goede voorbereiding, het in kaart brengen van determinanten van succesvolle implementatie en het inzetten van passende strategieën. Dat doen we in deze projectopdracht en met dit rapport.

In het hoofdstuk Methode van dit rapport beschrijven we hoe we de contextanalyse (stap 1) hebben uitgevoerd en de relevante determinanten in kaart hebben gebracht (stap 2). Stap 3 gaat over de keuze van implementatiestrategieën om de determinanten zodanig te beïnvloeden dat implementatie bevordert wordt.

Implementatiestrategieën zijn samenhangende acties die de adoptie en invoering van nieuwe werkwijzen faciliteren. De keuze van de (combinatie van) strategie(ën), hangt af van de specifieke determinanten die je wil beïnvloeden, de doelgroep en de aard van de beoogde verandering. De uitdaging ligt in het vinden van de optimale combinatie van maatregelen en activiteiten. Op grond van deze theoretische grondslag is het implementatieplan tot stand gebracht zoals beschreven in dit verslag.

#### Fasering

Uit de contextanalyse en de inventarisatie van determinanten blijkt dat implementatie van het Arbeidsgericht zorgmodel voor oncologie een complex proces is met een grote diversiteit aan belanghebbenden (professionals en organisaties) in verschillende domeinen en op verschillende niveaus. Voor implementatie is bovendien nodig dat bestaande organisatorische schotten en silo's

---

<sup>2</sup> Zorg voor innoveren is een initiatief van vijf overheidsorganisaties: het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), Zorginstituut Nederland (ZiNL), Rijksdienst voor Ondernemend Nederland (RON) en ZonMw. Het initiatief is bedoeld om zorginnovatoren te ondersteunen in hun missie om de gezondheidszorg te veranderen.

overbrugd worden. Succesvolle implementatie zal dan ook niet in één keer haalbaar zijn en vraagt om een stapsgewijze aanpak. Wel is het mogelijk om te beginnen met integratie van ‘werk als behandelgoal en medicijn’ in de medisch-specialistische zorg, inclusief inzet van een klinisch arbeidsgeneeskundige in het behandelteam, als een basisscenario. Vooruitlopend op de ontwikkeling en duurzame implementatie van domeinoverstijgende regionale netwerken kan door de verpleegkundig specialist en de klinisch arbeidsgeneeskundige van het behandelteam zo goed mogelijk de samenwerking met en tussen andere professionals in de betrokken domeinen gecoördineerd en afgestemd worden. Van ‘echte’ samenwerking in georganiseerd verband is dan nog geen sprake, maar dit is voor de patiënt al een belangrijke stap op de weg naar meer continuïteit en samenhang in de patiëntreis.

In het hoofdstuk ‘Implementatieplan’ gaan we in op de mogelijkheden om via de voorgestelde fasering te komen tot volledige, succesvolle implementatie door vorming van regionale netwerken en opschaling naar landelijke dekking.

### Leeswijzer

In hoofdstuk 1 ‘Methode’ beginnen we met een beschrijving van de methodiek die we gebruikt hebben om de context en de belemmerende en bevorderende factoren (determinanten) voor implementatie in kaart te brengen.

In hoofdstuk 2 beschrijven we de verschillende domeinen van implementatie en per domein de determinanten van implementatie, d.w.z. de belemmerende en bevorderende factoren, en de te volgen implementatiestrategieën en uit te voeren activiteiten om implementatie te bevorderen.

In hoofdstuk 3 ordenen we de implementatie-activiteiten zoals die uit hoofdstuk 2 naar voren komen, geordend en werken we die uit naar logische thema’s, de betrokken stakeholders, een tijdpad en financiële aspecten.

In hoofdstuk 4 worden de implementatiestrategieën en -activiteiten gebundeld in een implementatieplan.

Hoofdstuk 5 geeft een tijdpad voor stapsgewijze regionale implementatie en opschaling naar landelijke dekking.

### Verklaring LHV/ NHG

Op verzoek van LHV en NHG vermelden we om misverstanden te voorkomen hun standpunt dat huisartsen (formeel) geen rol en verantwoordelijkheid hebben bij de implementatie en uitvoering van arbeidsgerichte zorg, zoals omschreven in dit implementatieplan en de eerder gepubliceerde rapporten behorend bij dit project.

# 1. Methode

Om tot een plan voor implementatie te komen, hebben we om te beginnen een contextanalyse uitgevoerd. De contextanalyse is bedoeld om de determinanten voor implementatie, d.w.z. de factoren die de implementatie belemmeren of bevorderen, in kaart te brengen. We hebben daarvoor gebruik gemaakt van het 'Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR)(3)'(4). CFIR is een veelgebruikt, alomvattend raamwerk om factoren te identificeren die implementatie van innovaties beïnvloeden. Het model helpt bij het systematisch in kaart brengen van belemmeringen en bevorderende factoren in een vijftal (hoofd)domeinen. Per domein ontstaat inzicht in de determinanten die implementatie beïnvloeden (belemmeren of bevorderen).

Het model onderscheidt de volgende (hoofd)domeinen:

1. de innovatie (eigenschappen van de innovatie);
2. de gebruikers: patiënten/ cliënten als eindgebruikers en uitvoerend professionals als intermediaire gebruikers (microniveau);
3. de binnenste context: betrokken uitvoeringsorganisaties waarin de professionals werkzaam zijn, mesoniveau). Wij gebruiken hier verder 'organisatieniveau';
4. de buitenste context: externe omgeving op macroniveau, ook wel sociaal-politieke context; Wij gebruiken in dit rapport verder 'De sociaal-politieke context'.
5. het proces van de implementatie.

Het model wordt gebruikt om de implementatie te plannen en het implementatiesucces te evalueren/voorspellen. Het model bundelt inzichten uit vele implementatie gerelateerde theorieën. Het is een pragmatische aanpak voor het implementeren van innovaties in complexe omgevingen. In aanvulling op het CFIR-model hebben we gebruik gemaakt van de '*comprehensive checklist for identifying determinants of practice*' van Flottorp et al (2013) (4). Daarin worden 7 domeinen onderscheiden, die samenvallen met of onderdeel zijn van de hoofddomeinen van CFIR:

- *Guideline factors*: innovatie-gerelateerde factoren
- *Individual health professional factors, patient factors, professional interactions*: Gebruikersfactoren
- *Incentives and resources, capacity for organisational change*: organisatieniveau
- *Social, political, and legal factors*: sociaal-politieke context

Nadat de determinanten in kaart zijn gebracht koppelen we ze aan passende implementatiestrategieën en -activiteiten met behulp van de Implementatietool (TNO, 2022)(5). We beschrijven eerst de genoemde domeinen en per domein de determinanten die van belang zijn voor de implementatie van het Arbeidsgericht zorgmodel (hoofdstuk 2).

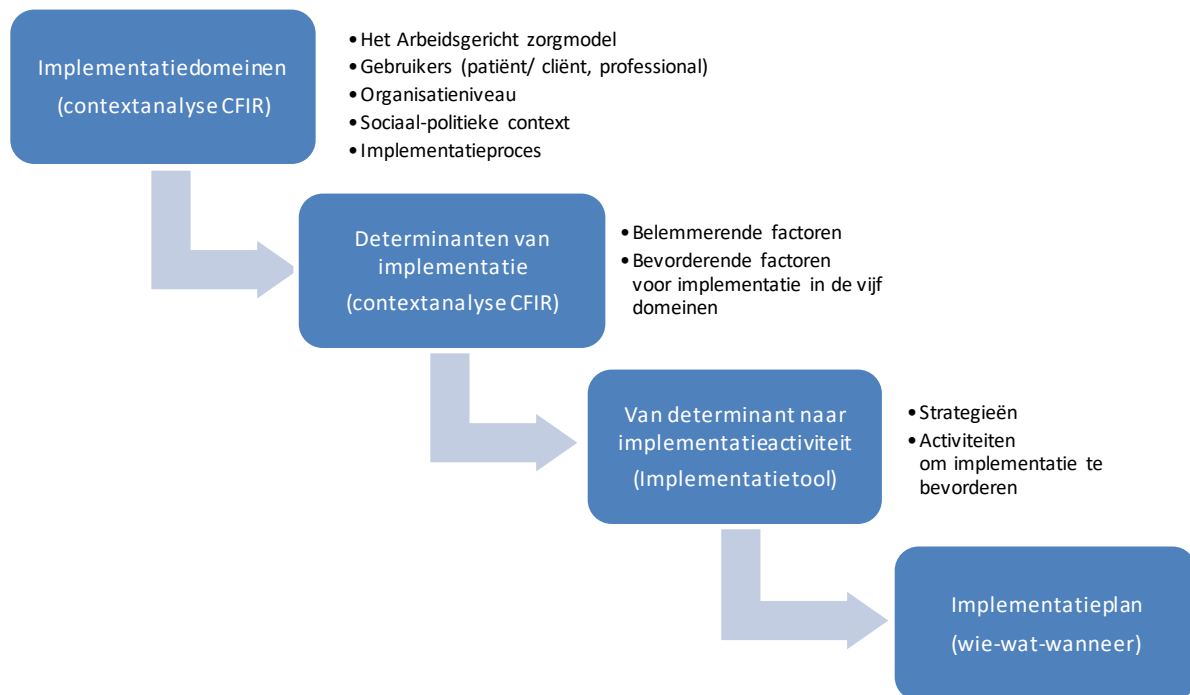
Op basis van de determinanten beschrijven we vervolgens strategieën en activiteiten om de implementatie te bevorderen.

De implementatieactiviteiten vormen de basis voor het 'Implementatieplan voor Arbeidsgerichte netwerkzorg' met daarbij per thema een indicatief tijdpad en de betrokken stakeholders.

Kortom; het plan geeft weer wie wat wanneer moet doen voor een succesvolle implementatie. Die activiteiten zijn tot stand gekomen door de stappen in figuur 1.

**Figuur 1.**

*Totstandkoming implementatieplan: gevolgde stappen en gebruikte instrumenten.*



## 2. Domeinen en determinanten van implementatie

Zoals we in het hoofdstuk Methode hebben toegelicht, hebben we het CFIR-model en de daarin gebruikte indeling in hoofddomeinen gebruikt om een contextanalyse uit te voeren.

We passen hier de indeling in hoofddomeinen toe op het Arbeidsgericht zorgmodel en beschrijven welke determinanten in de verschillende domeinen relevant zijn.

In tabel 1 in hoofdstuk 3 is e.e.a. in een overzicht weergegeven.

### 2.1. De innovatie

De te implementeren innovatie is het model Domeinoverstijgende arbeidsgerichte zorg in regionale netwerken (in het kort: het Arbeidsgericht zorgmodel), zoals we dat in fase 1 van het project hebben ontwikkeld en beschreven<sup>i</sup>.

Kenmerken van dit model zijn:

- Contextgerichte (i.c. arbeidsgerichte) integrale zorg: arbeidsparticipatie als behandeldoel en medicijn in de medisch-specialistische en eerstelijnszorg;

- Domeinoverstijgende samenwerking in regionale netwerken (domeinen: medisch-specialistische zorg, eerstelijnszorg, informele zorg, bedrijfsgezondheids- en re-integratiedomein en sociaal domein). Van diagnose en behandeling tot en met begeleiding in/ naar werk;
- Klinisch-arbeidsgeneeskundige expertise in het behandelteam;
- Proactieve probleemanalyse en zorgplanning.

We gaan in het model uit van een *paradigmashift* van het klassieke biomedisch model naar het biopsychosociaal model (6)<sup>3</sup>, van het diagnose-behandeling/verrichting-model naar een contextgericht zorgmodel, van aanbod gestuurde zorg naar persoonsgerichte ‘passende zorg’. Van Ziekte en Zorg (ZZ) naar Gezondheid en Gedrag GG en Mens en Maatschappij (MM). En van herstel van ziekte en klachten, naar herstel in de zin van weer zo goed mogelijk kunnen functioneren en maatschappelijk participeren, ook bij aanwezigheid van (gevolgen van) ziekte (positieve gezondheid). Deze paradigmashift is zeker niet uniek voor het Arbeidsgericht zorgmodel. Het is een shift die breed in de gezondheidszorg gedragen en ‘beleden’ wordt, maar wel nog tegen een zekere ‘institutionele’ weerstand in. Dat de institutionele kaders niet meer passend zijn, blijkt ook uit de problemen die bij invoering van ‘passende zorg’ in regionale, domeinoverstijgende netwerken in het kader van IZA/AZWA naar voren komen (zie o.a. (7)).

Ook domeinoverstijgende samenwerking, regionale netwerken en proactieve zorgplanning zijn begrippen die aansluiten bij de ontwikkelingen rond Passende zorg in het kader van IZA/AZWA. Zoals in de rapporten van fase één en twee is beschreven, is implementatie, net als bij de regionale IZA/AZWA-plannen, complex omdat er veel verschillende stakeholders (professionals en organisaties) in verschillende domeinen betrokken zijn, die tot nu toe niet/ weinig met elkaar hebben samengewerkt, een verschillende organisatorische, wettelijke en financiële context hebben en met twee verschillende ministeries te maken hebben.

In het rapport van fase 1 hebben we beschreven welke taken uitgevoerd moeten worden om de zorg arbeidsgericht te maken (1):

1. Educatie en empowerment van de patiënt, o.a. voorlichting over gevolgen van de aandoening en de verschillende behandel- en zorgopties voor het werk, over het (ervaren) belang van werk en het nadenken over de eigen behoeften en doelen m.b.t. werk;
2. Samen beslissen over behandel- en zorgopties, rekening houdend met de gevolgen voor werk.
3. Inventariseren van belemmerende en bevorderende factoren voor werkbehoud in alle biopsychosociale domeinen van het ICF-model(6);
4. Samen beslissen over het werkbehoudplan met acties die in de verschillende ICF-domeinen nodig zijn voor werkbehoud (op basis van de inventarisatie van knelpunten onder 3.). Het werkbehoudplan wordt integraal opgenomen in het individueel (na)zorgplan;

---

<sup>3</sup> Het [biopsychosociale model](#) en de [International Classification of Functioning, Disability and Health](#) (ICF) vormen samen een holistische benadering van gezondheid. Ze integreren biologische, psychologische en sociale factoren om menselijk functioneren te begrijpen, waarbij de focus ligt op participatie en kwaliteit van leven, in plaats van enkel op ziekte of functiestoornissen. Zie o.a. [Biopsychosociaal model\\_ICF en positieve gezondheid.pdf](#) in de Generieke Module Arbeidsparticipatie voor medisch-specialistische richtlijnen (Richtlijndatabase, 2024)

5. Coördineren en periodiek monitoren van de uitvoering van het interventieplan en zo nodig bijstellen.

In de door Dona e.a. ontwikkelde *impactmap* Arbeidsgerichte zorg (zie bijlage 2) is inzichtelijk gemaakt welke zorgactiviteiten in het kader van het Arbeidsgericht zorgmodel worden uitgevoerd, welke resultaten die hebben, welke effecten het gevolg daarvan zijn en tenslotte, tot welke maatschappelijke impact die leiden<sup>i</sup>.

#### Waaruit bestaat de implementatie van de innovatie?

Voor de implementatie van de innovatie (het Arbeidsgericht zorgmodel) zijn op de verschillende niveaus strategieën en activiteiten nodig. In tabel 1 is een overzicht van determinanten en implementatiestrategieën/ -activiteiten per domein weergegeven.

- *Microniveau (gebruikers)*

De innovatie vraagt van zorgprofessionals ‘arbeidsgericht’ denken en doen in de spreekkamer en vraagt van alle betrokken professionals in de verschillende domeinen bereidheid, motivatie en vaardigheden om samen te werken over de grenzen van maatschappelijke domeinen heen. Voor de patiënt is van belang dat die geholpen wordt om inzicht te krijgen in de gevolgen van ziekte en behandeling i.v.m. werk, om behoeften en doelen met betrekking tot werk te formuleren en goed geïnformeerd, desgewenst een actieve rol te kunnen spelen bij het samen beslissen over het behandel- en nazorgplan (inclusief werkbehoudplan). Dat vraagt om educatie en empowerment als taak in het arbeidsgericht werken (zie hiervoor).

Relevante determinanten voor implementatie op microniveau en de daarbij horende implementatiestrategie worden uitgewerkt onder ‘Gebruiker’.

- *Mesoniveau: (organisaties en regionaal netwerk)*

Van organisaties wordt gevraagd om de samenwerking en afstemming te faciliteren m.b.v. een infrastructuur voor data-verzameling en communicatie en een structuur voor beheer van het regionale netwerk te organiseren. Zie onder ‘Organisatieniveau’ hoe dit uitgewerkt is in determinanten en implementatiestrategie.

- *Macroniveau (sociaal-politieke context)*

Ten slotte is voor sommige zaken bestuurlijke en politieke wil, betrokkenheid, sturing en facilitering nodig om te zorgen dat regionaal volgens het zorgmodel gewerkt kan worden en dat opschaling naar andere patiëntgroepen en landelijk niveau vorm krijgt. De determinanten die daarbij van belang zijn en de strategie die daarbij hoort, beschrijven we onder de ‘Sociaal-politieke context’.

## 2.2. Gebruikers

Op dit niveau moeten we denken aan alle betrokken professionals in de diverse domeinen, maar ook de teams waarbinnen ze functioneren of als vakgenoten (*‘peer groups’*) zijn ingebed. Bovendien is op dit niveau de patiënt een belangrijke speler die mede bepaalt of arbeidsgerichte zorg in de dagelijkse praktijk wordt geïntegreerd. Het gaat hier om gedragsverandering die gestuurd wordt door factoren die de uitvoering van het beoogde gedrag belemmeren of bevorderen. De *stages of change theory (transtheoretical model)* (8) geeft inzicht in de stappen die nodig zijn om tot blijvende gedragsverandering te komen en welke factoren daarbij een rol spelen.

Het COM-B model (Michie et al, 2011) beschrijft de voorwaarden voor gedragsverandering (9):

- *Capacity*
- *Opportunity*
- *Motivation*

De professional moet om te beginnen bewust zijn van de wenselijkheid van ander gedrag, hij moet (intrinsiek of extrinsiek door bv. de sociale norm in de *peer group* of door kwaliteitsaudits) gemotiveerd zijn, hij moet de benodigde kennis en vaardigheden hebben, zichzelf competent achten en door de omgeving in staat gesteld worden om het beoogde gedrag toe te passen. En ten slotte moet het gedrag beklijven door integratie in de dagelijkse werkprocessen, in richtlijnen, protocollen/ kwaliteitsnormering van het team en van de *peer group*, automatisering van het gedrag, facilitering en kwaliteitsauditing/visitatie.

Van de professional wordt gedragsverandering gevraagd op twee niveaus:

- Gedragsverandering van professionals, in het bijzonder zorgprofessionals, gericht op het arbeidsgericht vakinhoudelijk werken. Bijvoorbeeld bij het samen beslissen door de zorgprofessional met de patiënt over de behandelkeuze, ook de gevolgen van specifieke behandelopties voor functioneren in het werk te bespreken.
- Domeinoverstijgende samenwerking met de patiënt en andere professionals (*professional interaction*) in alle betrokken domeinen. Dat betekent dat alle betrokkenen leren werken binnen de context van proactieve zorgplanning op basis van één werkbehoudplan als integraal onderdeel van het nazorgplan. Daarvoor is adequate en tijdige informatie-uitwisseling, communicatie en afstemming nodig.

Wat betreft de rol en het gedrag van de patiënt is van belang, dat die zich bewust is van de eigen behoeften en doelen m.b.t. werk en weet dat hij/zij met zorgprofessionals kan en mag spreken over de gevolgen van ziekte en behandeling i.v.m. werk, over afweging van gevolgen van behandelkeuze voor werk en proactieve zorgplanning gericht op werkbehoud. Dit sluit goed aan bij de consensus en professionele richtlijnen in de gezondheidszorg. Door deze vragen te stellen wordt de zorgprofessional bevestigd in het bewustzijn en de motivatie om arbeidsgericht te werken.

### 2.3. Organisatieniveau

In het kader van het Arbeidsgericht zorgmodel, dat gebaseerd is op domeinoverstijgende netwerkzorg, bestaat het organisatieniveau uit 1. de organisaties in alle betrokken sectoren en domeinen waar de professionals werkzaam zijn die een rol spelen als intermediair gebruiker en 2. de netwerkorganisatie.

Op organisatieniveau zijn de voorwaarden voor implementatie:

- Adoptie van het gedachtegoed en de doelen van het Arbeidsgericht zorgmodel en de capaciteit om de organisatie daarop aan te passen (structuur en cultuur);
- Bronnen: beschikbaar stellen van tijd, logistiek, geld;
- Incentives: voor de professionals;
- Governance van het regionale netwerk en organiseren van de benodigde infrastructuur voor samenwerking/ communicatie, data-verzameling en informatie-uitwisseling.

## 2.4. Sociaal-politieke context

Het is duidelijk dat implementatie van het Arbeidsgericht zorgmodel meer omvat dan louter het invoeren van een nieuwe behandeling of richtlijn. Het implementatieproces is een verandertraject met kenmerken van een transformatie of transitie. Het vraagt om voor een deel vergelijkbare hervormingen zoals die op grotere schaal aan de orde zijn bij de transformatie in het kader van IZA/AZWA en waarbij veel partijen betrokken zijn in verschillende maatschappelijke domeinen en met uiteenlopende belangen. In een dergelijke situatie spelen uiteenlopende belangen, culturele en organisatorische barrières en niet-passende wettelijke en bekostigingskaders een rol. Dan is op landelijk niveau politieke sturing, een strategisch-bestuurlijke overlegtafel en een uitvoerende regie-organisatie nodig om de transitie in beweging te krijgen en koers houden.

Het vinden en introduceren van passende bekostiging (en financiering) is een belangrijk onderdeel van de transitie. In het rapport van fase 2 hebben we geconstateerd dat arbeidsgerichte zorg verzekerde zorg is en in principe mogelijk is binnen de bestaande kaders. Daarvoor is wel nodig dat de inhoud van de Handreiking Domeinoverstijgende activiteiten en aanspraken Zvw (10), mutatis mutandis, van toepassing wordt verklaard. Er is echter een breed gedragen besef dat de bestaande bekostigingsmodellen niet meer passend zijn voor de domeinoverstijgende en contextgerichte zorg, zoals die bij Passende zorg nagestreefd wordt (10).

Het bekostigingsmodel in de medisch specialistische zorg is nog geënt op het diagnose-behandeling model, terwijl persoons- en contextgerichte zorg door toenemende complexe en meervoudige problematiek om meer vraagt dan een (medische) diagnose en behandeling. Het gaat om het verhelderen van de context en zorgbehoefte en -vraag van de patiënt en het opstellen van een (proactief) zorgplan gericht op doelen en uitkomsten, zoals kwaliteit van leven en maatschappelijke participatie.

Bij arbeidsgerichte zorg speelt daarnaast nog een mogelijk knelpunt rondom financiering, dat op sociaal-politiek niveau opgelost moet worden. Het betreft de silo-problematiek die optreedt ingeval arbeidsgerichte zorg in de gezondheidszorg tot toename van kosten zou leiden, terwijl baten in het arbeidsdomein (werkgevers, UWV, particuliere (her)verzekeraars) vallen.

### Wat is er nodig?

- Politieke en bestuurlijke wil (bereidheid, motivatie) en betrokkenheid;
- Domeinoverstijgend beleid VWS-SZW;
- Landelijk overleg over en regie op de implementatie/ opschaling.

Een en ander betekent ook dat agendering en sturing op bestuurlijk en politiek niveau nodig is. Het recent verschenen werk 'Hervormen van de zorg' (11) gaat in op de vraag welke factoren bepalen of een hervorming op de politieke agenda komt (p. 45):

*“Een andere vraag is welke factoren verklaren waarom een hervorming daadwerkelijk de politieke agenda bereikt. Volgens Kingdon (1984) heeft agendavorming vooral kans van slagen indien drie denkbeeldige stromen bij elkaar komen en er sprake is van politiek leiderschap. De eerste stroom spreekt voor zich en duidt hij aan als de probleemstroom. Hiermee doelt hij op de aanwezigheid van dringende problemen die niet langer kunnen worden genegeerd. Soms dwingt een focus event zoals een financiële crisis of de uitbraak van een pandemie tot fors ingrijpen. De tweede stroom betreft kennis over de aard en structuur van problemen en ook ideeën over hoe deze problemen het beste kunnen worden geadresseerd. De derde stroom duidt hij aan als de politieke stroom. De politieke omgeving moet rijp zijn voor verandering. Hervormingen die lange tijd politiek onhaalbaar leken*

*kunnen in een gewijzigd politiek landschap wel kansrijk zijn. Of die kans benut wordt hangt af van politiek leiderschap. Timing blijkt essentieel”.*

Leggen we het Arbeidsgericht zorgmodel langs deze meetlat, dan ligt een eerste begin van politiek leiderschap ten grondslag aan het project (motie van Weyenberg, 2020). In fase 1 van het project is ‘de probleemstroom’ en de tweede stroom onderzocht en beschreven. Volgens de auteurs is stroom drie, ‘de politieke stroom’, van toepassing als de tijd rijp is voor verandering, en sprake is van een kansrijk politiek landschap en van politiek leiderschap. Er zijn veel signalen dat ‘de tijd rijp is’ voor de verandering die al jaren door allerlei maatschappelijke partijen (bv. SER, 2014; KNMG, 2017, NKC, 2023) wordt bepleit.

In tabel 1 (hoofdstuk 3) geven we een overzicht van de drie implementatiedomeinen (gebruikers, organisatieniveau en sociaal-politieke context) met de belemmerende en bevorderende factoren voor implementatie en de strategie en activiteiten om de implementatie te bevorderen.

## 2.5. Implementatieproces

Het beoogde eindresultaat van het implementatieproces is landelijke dekking van het Arbeidsgericht zorgmodel voor alle werk(zoek)enden met chronische (en/of werkgerelateerde) gezondheidsproblemen. Het eerste niveau van implementatie is het organiseren van een duurzaam werkend domeinoverstijgend zorgnetwerk op regionaal niveau. De regio-indeling wordt primair bepaald door de regionale organisatie van de behandeling en nazorg. Er moet echter rekening gehouden worden met regio-indelingen die per sector en domein verschillen. Met als uitgangspunt ‘de patiënt centraal’ moet de organisatie van de regionale samenwerking zodanig zijn dat voor elke patiënt een individueel passend netwerk gevormd kan worden.

Landelijke dekking wordt gerealiseerd door implementatie in een dekkende structuur van regio’s, in principe georganiseerd rond universitaire medische centra. Allereerst voor mensen met en na kanker. Uiteindelijk ook voor mensen met andere chronische (en/of werkgerelateerde) gezondheidsproblemen.

Het implementatieproces kent een aantal stappen:

- Arbeidsgerichte oncologische zorg
  - Uitwerken en implementeren van een domeinoverstijgend arbeidsgericht zorgpad op basis van het ontwikkelde zorgmodel en zorgpadformat in één of meer regionale proeftuinen voor arbeidsgerichte oncologische zorg;
  - Implementeren in alle andere regio’s met behulp van de geleerde lessen en tools van de proefregio’s;
- Arbeidsgerichte zorg voor werk(zoek)enden met andere chronische (en/of werkgerelateerde) gezondheidsproblemen
  - Uitwerken en implementeren van een domeinoverstijgend arbeidsgericht zorgpad op basis van het ontwikkelde zorgmodel en zorgpadformat in één of meer regionale proeftuinen voor arbeidsgerichte zorg voor andere chronische (en/of werkgerelateerde) gezondheidsproblemen;
  - Implementeren in alle andere regio’s met behulp van de geleerde lessen en tools van de proefregio’s.

Het zal duidelijk zijn dat dit proces regie op regionaal en landelijk niveau vergt.

Het ligt voor de hand om op regionaal niveau aan te sluiten bij de 'IZA-netwerken' resp. de Regionale SamenwerkingsOrganisaties in de gezondheidszorg (RSO's). Op landelijk niveau zijn de RSO's verenigd in RSO Nederland.

### 3. Van determinanten naar implementatiestrategieën en activiteiten

In tabel 1 geven we in de tweede kolom een overzicht van de implementatiedomeinen (gebruikers, organisatieniveau en sociaal-politieke context) en per domein de voorwaarden waaraan voldaan moet worden om implementatie te realiseren.

In de derde en vierde kolom hebben we per voorwaarde de factoren beschreven die de realisatie van de voorwaarde – en dus de implementatie- belemmeren, respectievelijk bevorderen.

In de vijfde kolom hebben we aangegeven welke strategieën/ activiteiten naar ons idee ingezet moeten worden om de implementatie te bevorderen.

**Tabel 1.**

*Determinanten en implementatiestrategieën ingedeeld naar implementatiedomein en -thema*

	Domeinen/ thema's	Implementatie belemmerende factoren	Implementatie bevorderende factoren	Activiteiten/ strategie
1.	<b>Gebruiker (patiënt/ cliënt, professional)</b>			
1.1.	Gedragsverandering patiënt/ cliënt	Onvoldoende bekendheid met arbeidsgerichte zorg en rol MS/VS Onvoldoende in staat om regie te voeren	Aandacht/betrokkenheid patiëntenverenigingen Publiciteitscampagnes SGF en KWF	Gerichte voorlichtingsactie via patiëntenverenigingen Empowerment en ondersteuning bij regievoering (vast aanspreekpunt)
1.2.	Gedragsverandering zorgprofessionals	Nog onvoldoende bekendheid met en bewustzijn van belang samenwerking en afstemming met zorg Actieve benadering/ coördinerende rol vanuit de 'curatieve' zorg ontbreekt nog. Ontbrekende voorwaarden: • Kennis en vaardigheden • Tijd en capaciteit • Regionale infrastructuur (netwerkorganisatie, data-/communicatie-platform)	Het bewustzijn is groeiend, het belang wordt onderkend. Bereidheid en motivatie is i.h.a. aanwezig. Publiciteitscampagnes SGF en KWF Past bij ontwikkeling taakherschikking in de zorg (MS, VS, PA). Meer arbeidstevredenheid door betere kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven van de patiënt/ tevreden patiënt.	Motivatie: • info over impact en patiënt-ervaring • info over benodigde tijd/ capaciteit • <i>incentives</i> bedenken/ bieden Integratie in reguliere workflow, ondersteunende tools Betrokkenheid: cocreatie (regionale proeftuin)
1.3.	Gedragsverandering professionals arbeids- en re-integratiedomein	Gebrek aan tijd/ capaciteit Onvoldoende kennis/vaardigheden mbt domeinoverstijgende samenwerking BGZ niet regionaal georganiseerd	Past bij koers/ visie NVAB en UWW Diversiteit invulling rollen/ taken in BGZ	Aansluiten bij taakherschikking/-delegatie Motivatie: • info over impact en patiënt-ervaring • info over benodigde tijd/ capaciteit • <i>incentives</i> bedenken/ bieden

1.4.	Gedragsverandering professionals sociaal domein	Vrijwel onontgonnen terrein Onvoldoende kennis/vaardigheden mbt domeinoverstijgende samenwerking Ontbreken domeinoverstijgende regie-/coördinatiefunctie Regionale infrastructuur voor domeinoverstijgende data-verzameling, communicatie en coördinatie ontbreekt	Sluit aan bij ontwikkeling naar Passende Zorg (domeinoverstijgende netwerkzorg) IZA/ AZWA: leren samenwerken zorg-sociaal domein en ontwikkeling infrastructuur voor data-verzameling en communicatie/ info-uitwisseling Sluit aan bij ontwikkeling Vast Aanspreekpunt oncologie eerste lijn	Motivatie: • info over impact en patiënt-ervaring • info over benodigde tijd/ capaciteit • <i>incentives</i> bedenken/ bieden Integratie in reguliere workflow, ondersteunende tools Betrokkenheid: cocreatie (regionale proeftuin)
1.5.	Domeinoverstijgende coördinatie en communicatie	Coördinatie nog geen bestaande taak/ rol Bekostiging tijd, capaciteitsgebrek Gebrekkige communicatiekanalen	Belang wordt toenemend herkend. Regiefunctie VS resp. VAP <sup>1</sup> Digitale ondersteuning i.o.	Coördinerende taak formaliseren Scholing/ coaching coördinatoren Digitale ondersteuning coördinatie en communicatie
<b>2. <i>Organisatieniveau (organisaties en regionaal netwerk)</i></b>				
2.1.	Beleidsontwikkeling	Nog onvoldoende bekendheid met en bewustzijn van belang domein-overstijgende arbeidsgerichte samenwerking. Nog geen gezamenlijke visie/ ambitie Onvoldoende inzicht in kosten/besparingen en impact; siloproblematiek	Steeds meer bekend over effecten/impact arbeidsgerichte zorg. Voorbeeld IZA/ AZWA	Impactmap om effect/ impact van arbeidsgerichte zorg inzichtelijk te maken Ontwikkelen en onderzoeken i.h.k.v. proeftuin regionale domein-overstijgende, arbeidsgerichte netwerkzorg (academische werkplaats arbeidsgerichte netwerkzorg)
2.2.	Facilitering van professionals door de organisaties	Tijd en geld zijn schaars. Onduidelijkheid over benodigde tijd/ geld	Steeds meer bekend over effecten/impact arbeidsgerichte zorg Voorbeeld IZA/ AZWA	Onderzoeken mBC en SROI i.h.k.v. proeftuin regionale domeinoverstijgende, arbeidsgerichte netwerkzorg (academische werkplaats arbeidsgerichte netwerkzorg)
2.3.	Inrichting en governance van regionaal netwerk	Veel stakeholderorganisaties; onbekendheid met elkaar en elkaars kaders Niet aansluitende regio-indeling in de diverse domeinen (zorgregio's, arbeidsmarktregio's, arbdiensten, sociaal-medische centra UWV, etc)	Voorbeeld IZA/ AZWA	Ontwikkelen en onderzoeken i.h.k.v. proeftuin regionale domeinoverstijgende, arbeidsgerichte netwerkzorg (academische werkplaats arbeidsgerichte netwerkzorg)
2.4.	Bekostiging van het netwerk (ontwikkeling & beheer)	Onvoldoende inzicht in kosten en mogelijkheden bekostiging	Voorbeeld IZA/ AZWA	Onderzoeken i.h.k.v. proeftuin regionale domeinoverstijgende, arbeidsgerichte netwerkzorg (academische werkplaats arbeidsgerichte netwerkzorg)
<b>3. <i>Sociaal-politieke context</i></b>				
3.1.	Gezamenlijk eigenaarschap VWS-SZW	Schotten	Lobby SZW-VWS en KWF/NFK-lobby loopt	Verbreden van de lobby voor interdepartementaal beleidsprogramma
3.2.	Bekostiging/ financiering	Niet-passend bekostigingsmodel en siloproblematiek, verandering is ingrijpend, veel partijen betrokken, uiteenlopende belangen	Knelpunten worden erkend. Verandering bekostigingsmodel staat op de bestuurlijke en politieke agenda.	Agendasetting landelijke regietafel en onderdeel van lobby

3.4.	Landelijke regie op opschaling	Veel stakeholders met uiteenlopende belangen	Voorbeeld landelijke IZA-tafel	Landelijke regietafel voor oplossing institutionele/ sociaal-politieke belemmeringen Actie VWS-SZW (o.b.v. interdepartementaal beleidsprogramma)
				Landelijke regie-organisatie Organisatorische borging bij NKC? Rol Zorg&Werk Netwerk (RIVM)?

<sup>1</sup> Legenda: VS= verpleegkundig specialist; VAP = Vast Aanspraakpunt eerste lijn oncologie

## 4. Van strategieën en activiteiten naar een implementatieplan

Zoals we hebben gezien speelt bij de implementatie van domeinoverstijgende arbeidsgerichte netwerkzorg een veelheid en diversiteit aan thema's, deelprocessen en belanghebbenden/ actoren een rol. Dat betekent dat de voorgestelde strategieën uit hoofdstuk 3 bestaan uit een groot aantal, heel verschillende activiteiten, om die veelheid van thema's, deelprocessen en actoren te adresseren. Om dat voor de lezer inzichtelijk te maken, laten we in tabel 2 de strategische implementatiethema's zien met de daarvan afgeleide implementatie-activiteiten.

In tabel 2 is een overzicht gegeven van strategieën en bijbehorende activiteiten op hoofdlijnen

**Tabel 2.**

*Overzicht van implementatiestrategie-thema's en bijbehorende implementatieactiviteiten*

	<b>Implementatiestrategie</b>	<b>Implementatieactiviteiten</b>
1.	Politieke en bestuurlijke agendering	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Publiciteitscampagnes</li> <li>• Politieke lobby</li> </ul>
2	Landelijke regie organiseren	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regievoeren op implementatie en landelijke opschaling, aanjagen, borgen en monitoren van de implementatie en het functioneren van de arbeidsgerichte zorg</li> <li>• Oplossen structurele/ institutionele knelpunten op maatschappelijk-politiek niveau (financiering/ silo-problematiek, wet- en regelgeving, institutionele schotten)</li> </ul>
3	Bevorderen van motivatie en competentie van professionals	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ontwikkelen en aanbieden van arbeidsgerichte scholing, coaching, intervisie voor zorgprofessionals</li> <li>• Ontwikkelen en aanbieden van scholing interprofessioneel samenwerken</li> <li>• Bevorderen en borgen in professioneel kwaliteitsbeleid</li> <li>• Faciliteren en borgen van gewenste gedragsverandering</li> <li>• Benutten van motivatoren en <i>incentives</i></li> </ul>
4	Toegankelijkheid gespecialiseerde arbeidsgeneeskundige expertise in de zorg	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Opleiden KAG's</li> <li>• Inrichten Arbeidsgeneeskundige expertisecentra in de regionale netwerken</li> </ul>
5	Beschikbaarheid kennisinfrastructuur	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aansluiten bij bestaande infrastructuur t.b.v. kennisontwikkeling en -disseminatie en informatievoorziening</li> </ul>
6	Toepassen in en leren van regionale proeftuin(en)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Integreren arbeidsgerichte zorg in de 1<sup>e</sup>, 2<sup>e</sup> en 3<sup>e</sup>-lijnszorg (arbeidsparticipatie als behandeldoel en medicijn)</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inzetten klinisch arbeidsgeneeskundige oncologie</li> <li>• Ontwikkeling en implementatie regionaal, transmuraal zorgpad (o.b.v. het ontwikkelde zorgpadformat)</li> <li>• Faciliteren van domeinoverstijgende, regionale samenwerking (tijd, capaciteit, implementatie data- en communicatieplatform)</li> <li>• Ontwikkelen en aanbieden van scholing domeinoverstijgend, interprofessioneel samenwerken</li> <li>• Inrichten governance van het regionale netwerk</li> </ul>

We werken nu per strategie-thema de implementatieactiviteiten uit en vermelden daarbij de (beoogde) actoren, tijdspad en bron van financiering. In tabel 3 (pag. 30-31) is dit in een overzicht weergegeven.

## 4.1. Politieke en bestuurlijke agendering

### 4.1.1. Publiciteitscampagnes en politieke lobby

Zoals we bij het implementatiedomein Sociaal-politieke context al hebben geconstateerd is een hervorming kansrijk als er sprake is van een 'kansrijk politiek landschap' en 'politiek leiderschap'. Agendering op politiek (en bestuurlijk) niveau is dus van belang. Daarvoor is politieke lobby nodig en zijn publiciteitscampagnes van belang. Op dat vlak zijn ontwikkelingen gaande:

- Het Nederlands Kanker Collectief (bundeling van KWF, NFK en IKNL) heeft de Nederlandse Kanker Agenda (2023-2033) opgesteld. Het thema Kanker & Werk is één van de vijf uitgelichte prioriteiten en in het actieprogramma is implementatie van domeinoverstijgende arbeidsgerichte zorg, inclusief een regionale proeftuin geagendeerd.
- Vanuit KWF is recent gestart met een uitgebreide en meerjarige publiciteitscampagne, gericht op het belang van werk voor mensen met/ na kanker. Vanuit de Samenwerkende Gezondheidsfondsen loopt ook een publiciteitscampagne op dit thema.
- KWF bereidt i.s.m. NFK een lobbycampagne voor gericht op adoptie door VWS en SZW van domeinoverstijgende arbeidsgerichte zorg als gezamenlijk beleidsthema. De campagne richt zich op de Tweede Kamer commissies van VWS en SZW en de beide ministeries.

## 4.2. Landelijke agendering en regie

### 4.2.1. Regie voeren en coördineren van implementatie en landelijke opschaling

Een regie-organisatie is nodig voor het coördineren, aanjagen, borgen en monitoren van regionale implementatie en landelijke opschaling. In het oncologische veld zou hier logischerwijs een rol voor het Nederlands Kanker Collectief (NKC)<sup>4</sup> weggelegd zijn. In bredere verband, arbeidsgerichte zorg

<sup>4</sup> NKC is een consortium van IKNL, KWF en NFK dat 'eigenaar' is van de Nederlandse Kanker Agenda, waarin Kanker & Werk een geprioriteerd thema is.

voor mensen met chronische en/of werkgerelateerde problemen in het algemeen, zou aan RSO Nederland<sup>5</sup> of het RIVM gedacht kunnen worden.

#### 4.2.2. Oplossen structurele/ institutionele knelpunten op maatschappelijk-politiek niveau

Het betreft hier het oplossen van knelpunten op het gebied van niet passende bekostigingsmodellen, financiering (m.n. silo-problematiek tussen gezondheidszorg en arbeidsdomein), belemmerende wet- en regelgeving en dito institutionele en culturele barrières.

Hiervoor is nodig:

- Samenhangend beleid van VWS en SZW om domeinoverstijgende arbeidsgerichte zorg maatschappelijk te agenderen en te faciliteren. Een interdepartementaal beleidsprogramma Arbeidsgerichte zorg zou een vorm daarvoor kunnen zijn;
- Een regietafel met vertegenwoordigers van belangrijke stakeholders op bestuurlijk niveau voor het agenderen en oplossen van structurele/ institutionele knelpunten, zoals organisatorische schotten, niet passende bekostigingsmodellen en siloproblematiek. Ook de afstemming van het arbozorgstelsel op;
- De reguliere gezondheidszorg is een thema voor de regietafel. Partijen die bij de tafel betrokken moeten worden zijn de beide betrokken departementen (VWS en SZW), brancheorganisaties van zorgaanbieders (UMCNL, NVZ, InEen) en van arbo- en re-integratiedienstverleners (OVAL en UWV), beroepsverenigingen van zorgprofessionals (FMS, V&VN, paramedici, NVKA) en NVAB en NVVG, zelfstandige bestuursorganen (NZa, ZiNL) zorgverzekeraars (ZN), patiëntenverenigingen (PfN, NFK), werkgevers- en werknemersorganisaties (VNO NCW/ AWWN, FNV/CNV) SER.

### 4.3. Arbeidsgerichte deskundigheidsbevordering zorgprofessionals

#### 4.3.1. Scholing, coaching, intervisie

Zorgprofessionals behoeven enige 'arbeidsgerichte' bijscholing om arbeidsgericht 'denken en doen' in hun dagelijks werk te kunnen integreren. Bij voorkeur wordt dergelijke bijscholing opgenomen in het reguliere, geaccrediteerde bijscholingsaanbod en gekoppeld aan herregistratie-eisen. Doel voor de toekomst moet zijn om deze scholing op te nemen in de reguliere opleidingscurricula.

Coaching en intervisie zijn na de scholing nodig om het geleerde in de praktijk te leren toepassen.

De beroeps-/ wetenschappelijke verenigingen van zorgprofessionals en de opleidingsinstituten zijn de voor de hand liggende 'eigenaars' van dit implementatiethema.

Financiering: zoals gebruikelijk, bestaande bronnen.

#### 4.3.2. Professioneel kwaliteitsbeleid

Om 'arbeidsgericht denken en handelen' door zorgprofessionals te borgen is het aangewezen dat dit wordt geadresseerd in het professionele kwaliteitsbeleid van de beroeps-/ vakgroep. Dat wil zeggen borging in het herregistratiesysteem in de vorm van nascholingspunten, visitaties, e.d. en als onderdeel van supervisie, intervisie en intercollegiale toetsing.

Financiering: zoals gebruikelijk.

---

<sup>5</sup> RSO Nederland is de koepel van Regionale SamenwerkingsOrganisaties.

#### 4.3.3. Integratie in de (digitale) workflow, ondersteuning met tools

Om consequente toepassing van arbeidsgericht denken en handelen in de dagelijkse praktijk te bevorderen is integratie in de werkprocessen en digitale ondersteuning daarvan essentieel. Ook het aanbieden van (digitale) gesprekshulpen, keuzehulpen, tekstformats en andere praktische hulpmiddelen zijn zeer bevorderend voor implementatie in de professionele praktijk. Financiering: aanboren subsidiebronnen.

#### 4.3.4. Inzetten motivatoren en *incentives*

Er wordt veel gevraagd van (zorg)professionals in tijden van beperkte tijd, geld en capaciteit. Weerstand tegen weer 'iets nieuws wat er bovenop komt' kan belemmerend werken voor de adoptie van de gewenste gedragsverandering. Het is zaak om (zorg)professionals beloning in het vooruitzicht te stellen. Dat kan in de zin van toelichting dat er een discipline (en menskracht) in de vorm van de KAG bijkomt in het behandelteam en dat vragen over werkgerelateerde zaken die bij de zorgprofessional terug blijven komen nu doorverwezen kunnen worden naar de daartoe geschoolde VS/VPK en zo nodig de KAG. Dat daarmee de kwaliteit van door de patiënt ervaren zorg verbetert en dat daarmee ook de voldoening en het plezier van de professional in het eigen werk toeneemt. Meten en terugkoppelen van de patiëntbeleving en -waardering kan daarbij helpen. Inzetten van ambassadeurs uit de eigen beroepsgroep die positieve verhalen kunnen vertellen over de impact van de arbeidsgerichte zorg voor de patiënt en voor de professional en de beperkte tijd die het kost kan motiverend werken.

### 4.4. Organiseren van specialistische arbeidsgeneeskundige expertise in de zorg

#### 4.4.1. Opleiding en registratie KAG

Ontwikkelen en aanbieden van een opleiding en registratie van Klinisch Arbeidsgeneeskundigen (oncologie), resp. arbeidsgeneeskundig specialisten (oncologie)

- Eigenaar: NVKA.
- Betrokken: NVAB, opleidingsinstu(u)t(en).
- Financiering: aanboren van subsidiebronnen.

#### 4.4.2. Inrichten van Arbeidsgeneeskundige expertisecentra in de regionale netwerken

Analoog aan de organisatie van het AYA-zorgnetwerk, met laag-complexe (arbeidsgerichte) zorg in perifere ziekenhuizen en complexe (arbeidsgerichte) zorg in academische centra, wordt gedacht aan Arbeidsgeneeskundige expertisecentra gelieerd aan de umc's. Binnen deze centra zijn (o.a.) klinisch arbeidsgeneeskundigen aangesteld die beschikbaar zijn voor consultatie en verwijzing van patiënten door behandelteams en participatie in mdo's. Ook zijn ze beschikbaar voor consultatie en verwijzing door bedrijfsartsen, verzekeringsartsen en de Vaste Aanspreekpunten oncologie in de eerste lijn (VAP). In de regio Amsterdam/ Noord Holland kan de Polikliniek Mens en Arbeid (PMA) van het AUMC als een dergelijk centrum functioneren. In de regio Nijmegen-Arnhem/ Oost NL kan de KAG-groep binnen het Radboudumc als zodanig gaan functioneren. Bij de andere umc's zal een dergelijk

centrum ingericht moeten worden. Naast de regionale centra kan gedacht worden aan superspecialistische centra op nationaal niveau, zoals bijvoorbeeld het Nederlands Kenniscentrum Arbeid en Longaandoeningen (NKAL).

- Eigenaars/ stakeholders: UMC's/ UMCNL/ NZA/ RSO.
- Financiering van ontwikkeling en inrichting: Beschikbaarheidsbijdrage Academische Zorg (BBAZ), bedoeld voor topreferente zorg en innovatie.
- Financiering van exploitatie: Zorgverzekeringswet t.b.v. personele kosten van inzet van arbeidsgeneeskundig specialisten voor de patiëntenzorg.

#### 4.5. Kennisinfrastructuur t.b.v. kennisontwikkeling, informatievoorziening en patiëntenzorg

Zoals in het hierna volgende blijkt zijn er veel en velerlei vormen van kennisinfrastructuur op het gebied van Werk en gezondheid, waarvan een aantal in ontwikkeling. Op dit terrein is er geen extra inspanning nodig om een adequate kennisinfrastructuur te ontwikkelen. Een punt van zorg zijn de beperkte subsidiebronnen die zich op (complexe projecten) op het raakvlak van arbeid en ziekte richten.

##### 4.5.1. Academische werkplaatsen klinische arbeidsgeneeskunde/ arbeidsgerichte zorg

Bij het AUMC bestaat een academische werkplaats (AWP) Klinische arbeidsgeneeskunde en het Radboudumc beschikt over een AWP Arbeidsgerichte zorg (genaamd DANZ: Domeinoverstijgende Arbeidsgerichte NetwerkZorg). Hier wordt samen met het veld beleids- en praktijkgerichte kennis ontwikkeld, beschikbaar gesteld aan het veld en geïntegreerd in opleidingen en scholing. Interprofessioneel leren is een belangrijk thema.

##### 4.5.2. Zorg en Werk Netwerk

Dit netwerk is een online community voor alle professionals op het gebied van arbeidsgerelateerde zorg en is bv. gericht op aandacht voor werk in de spreekkamer en arbocuratieve samenwerking ten dienste van het bevorderen van een gezonde en duurzaam inzetbare werkende bevolking. De missie van het netwerk is ontsluiting en toepassing van kennis over gezondheid en werk, met als doel de kwaliteit van de zorg voor- en de duurzame inzetbaarheid van de (potentieel) werkende te bevorderen.

##### 4.5.3. Informatiewebsite Kanker en Werk

In 2024 is met financiering van ZonMw het project 'Multidisciplinair Consortium Kanker en Werk' van start gegaan. Het project is opgenomen in het actieprogramma van Kanker en Werk van de Nederlandse Kanker Agenda. Doel is om de informatievoorziening rondom kanker en werk te inventariseren en optimaliseren en via Kanker.nl toegankelijk te maken voor zorg- en arboprofessionals, werkgevers en patiënten/ werknemers.

##### 4.5.4. Arbeidsgeneeskundige kennis- en expertisecentra

De onder 4.4.2. genoemde arbeidsgeneeskundige expertisecentra zijn mede bedoeld om arbeidsgeneeskundige kennis en expertise toegankelijk te maken voor zorg- en arboprofessionals. Ze bieden consultatiemogelijkheden, en advies en ondersteuning aan zorg- en arboprofessionals bij complexe vraagstukken rond re-integratie bij ziekte en werkgerelateerdheid van ziekte. Naast de regionale centra die ingericht moeten worden in het kader van implementatie van het Arbeidsgericht zorgmodel zijn er ook de al bestaande landelijke centra zoals het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten (NCvB), RIVM (Infectieziekten en werk), Nederlands Kenniscentrum voor Arbeid en Longaandoeningen (NKAL), Poli Mens en Arbeid (PMA) van het AUMC.

#### 4.6. Regionale proefregio's: toepassen en leren

De basis van landelijke implementatie van arbeidsgerichte zorg is implementatie in regionale, domeinoverstijgende netwerken. Daarvoor is een andere manier van denken, werken en organiseren binnen en tussen de betrokken domeinen nodig. Zowel bij patiënten/ cliënten en professionals, als op bestuursniveau. Dit betekent dat op regionaal niveau een transformatie van de zorg moet plaatsvinden, naar analogie van de transformatie in het kader van implementatie van Passende zorg (12). Voor de 'IZA-gedreven' implementatie van regionale, domeinoverstijgende samenwerking voor Passende zorg zijn Domeinoverstijgende Samenwerkingsverbanden (DSV) georganiseerd.

Regio's verschillen qua inrichting en organisatie van zorg en regio-indelingen verschillen per domein en zelfs qua ziektebeeld. Regionale netwerken zullen dan ook passend bij de lokale situatie ingericht en bestuurd moeten worden. Toch moet voorkomen worden dat elke regio van scratch af aan zelf het wiel moet uitvinden. Het is daarom zaak dat in een (aantal) proefregio('s) ervaring wordt opgedaan met het leren samenwerken tussen professionals en het inrichten de netwerkinfrastructuur om de samenwerking te faciliteren en zo door actieleren te ontdekken wat nodig is. De geleerde lessen, verzamelde informatie en kennis en ontwikkelde tools kunnen dan vraag gestuurd beschikbaar worden gesteld aan andere regio's voor lokale implementatie. Eén of meer regionale proeftuinen vormen een cruciaal onderdeel van dit implementatieplan.

Eén van de actiepunten in het kader van het eerdergenoemde Actieprogramma Kanker en Werk van de Nederlandse Kankeragenda is de inrichting van een regionale proeftuin voor implementatie van domeinoverstijgende arbeidsgerichte zorg. Bij het Radboudumc bestonden al plannen voor een dergelijke proeftuin. Inmiddels is door het Radboudumc, op verzoek van KWF, een projectplan opgesteld voor een subsidieaanvraag bij KWF (projectplan RADAR). Als de gevraagde projectsubsidie wordt toegewezen, kan de proeftuin in september 2026 voor de duur van vier jaar van start gaan. Voor de verdere uitwerking van de hieronder genoemde activiteiten in een dergelijke proeftuin wordt verwezen naar het projectplan RADAR. Als de subsidieaanvraag door KWF onverhoopt wordt afgewezen dan zal voor de financiering van een proeftuin naar andere bronnen gezocht moeten worden.

Vermeldenswaard is nog dat in het kader van het ZonMw-programma Ondersteuning van Regionale Samenwerking in de programmaliijn 'Leren transformeren' 7 Bouwstenen voor 'Samen transformeren' in een DSV zijn ontwikkeld(13) .

Deze bouwstenen bieden in aangepaste vorm een bruikbaar kader voor de ontwikkeling van arbeidsgericht samenwerken in domeinoverstijgende regionale netwerken. In bijlage 5 hebben we de 7 bouwstenen bij 'Samen Transformeren' opgenomen.

In een regionale proeftuin is toepassen en leren van de volgende implementatieactiviteiten relevant voor succesvol leren implementeren van domeinoverstijgend samenwerken aan transformatie. De activiteiten worden hier niet verder uitgewerkt. Dat zal in het kader van plannen voor concrete proeftuinen, zoals RADAR, aangepast aan de lokale situatie moeten gebeuren.

- 4.6.1. Integreren arbeidsgerichte zorg in de 1e, 2e en 3e lijnsgezondheidszorg (arbeidsparticipatie als behandeldoel en medicijn)
- 4.6.2. Ontwikkeling en implementatie regionaal, transmuraal zorgpad (o.b.v. het ontwikkelde zorgpadformat)
- 4.6.3. Faciliteren van domeinoverstijgende, regionale samenwerking (tijd, capaciteit, incentives)
- 4.6.4. Interprofessioneel leren samenwerken
- 4.6.5. Governance van het regionale netwerk
- 4.6.6. Inrichten en implementeren van een digitaal data- en samenwerkingsplatform

Bij deze implementatieactiviteit geven we wel enige algemene uitwerking. Het ontwikkelen en implementeren van een digitaal platform is nodig voor:

- A. Dataverwerking en – uitwisseling t.b.v.
  - domeinoverstijgende monitoring en sturing van het zorgproces,
  - kwaliteitsmanagement van functioneren van het regionale netwerk (borging en monitoring).
- B. Ondersteuning van regionale domeinoverstijgende samenwerking, coördinatie en communicatie tussen professionals.

Er zijn onder andere n.a.v. de ontwikkeling van regionale, domeinoverstijgende samenwerking in het kader van Passende zorg (IZA/ AZWA) al meerdere digitale platformpakketten van verschillende aanbieders op de markt. Lang niet allemaal voldoen ze aan de functionele eisen om alle hiervoor genoemde gebruiksdoelen te ondersteunen. Een ronde langs diverse experts in dit veld leidt tot de conclusie dat er geen landelijke of regionale regie is, en in verschillende regio's en door verschillende organisaties wordt 'het wiel uitgevonden'. Er is op dit moment geen duidelijke marktleider en er zal nog veel tijd overheen gaan voor een *shake out* te verwachten is. Tot die tijd is het zaak zoveel mogelijk aan te sluiten bij regionale ontwikkelingen en voorkeuren en bij voorkeur gebruik te maken van 'open source' pakketten primair in ontwikkeling/ gebruik voor de gezondheidszorg, maar met het expliciete doel om op termijn het sociale domein aan te haken en met een functionaliteit, die samenwerking op basis van één behandel-/ zorgplan mogelijk maken en dus verder gaat dan alleen informatie-uitwisseling (of in elkaar dossiers kijken).

Keuze, ontwikkeling en implementatie van een digitaal platform dient uitgewerkt te worden in lokale plannen.

#### 4.7. Samenvatting: Wat en wie is er nodig voor implementatie?

In onderstaande figuren is samengevat wat en wie er op regionaal en landelijk niveau nodig is voor implementatie.

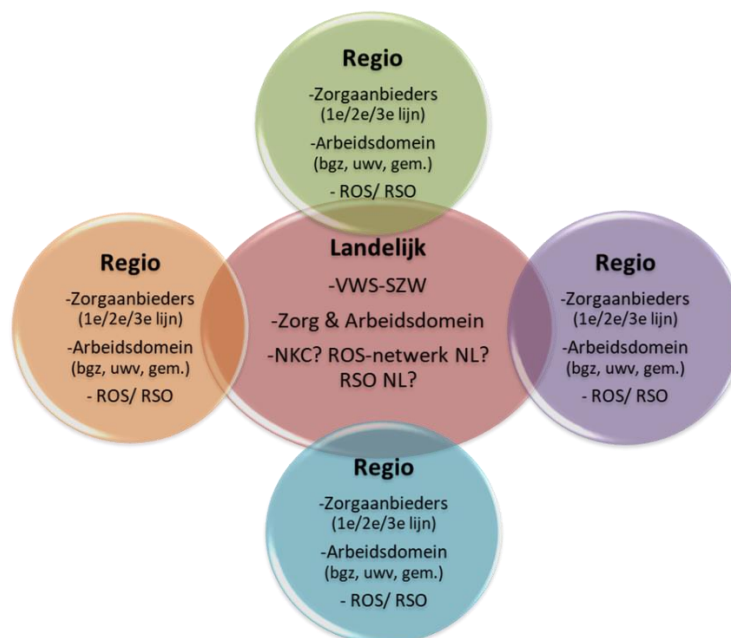
**Figuur 2.**

*Wat is er op landelijk en regionaal niveau nodig voor implementatie?.*



**Figuur 3.**

*Wie zijn er op landelijk en regionaal niveau nodig voor implementatie?*



## 5. Implementeren in stappen: fasering en tijdlijn

Gaandeweg het project is duidelijk geworden dat volledige implementatie van het ontwikkelde arbeidsgerichte zorgmodel complexer, ingrijpender en omvangrijker is dan bij aanvang gedacht. Voor de hanteerbaarheid en uitvoerbaarheid is het wenselijk om het implementatieproces te verdelen in een aantal deelprocessen. Daarvoor is het goed om terug te gaan naar de twee kernelementen die in het model te herkennen zijn:

1. Integreren van arbeidsgerichte zorg in de reguliere gezondheidszorg, d.w.z. integreren van arbeidsparticipatie als behandeldoel en medicijn in het handelen van professionals en zorgprocessen (zorgpaden)
2. Domeinoverstijgende samenwerking met als basis communicatie, afstemming, regie, coördinatie en een vast aanspreekpunt voor de patiënt en alle betrokken professionals.

Uitgangspunt is dat deze kernelementen in regionale netwerken worden geïmplementeerd en uiteindelijk opgeschaald wordt tot een landelijke dekking.

Vanuit de primaire opdracht van dit project ligt de focus op implementatie van het zorgmodel voor mensen met en na kanker. De bedoeling is echter dat eenzelfde ontwikkel- en implementatieproces voor patiëntgroepen met andere chronische en/of werkgerelateerde gezondheidsproblemen wordt doorgevoerd. In het deelrapport over de generieke blauwdruk hebben we geconstateerd dat het voor de oncologische patiënt ontwikkelde zorgpadformat vrijwel één op één van toepassing is voor andere patiëntgroepen. Het zorgpadformat kan dus voor alle patiëntgroepen gebruikt worden als uitgangspunt voor de implementatie.

Met het einddoel – d.w.z. volledige, landelijke implementatie van domeinoverstijgende arbeidsgerichte zorg in regionale netwerken voor alle relevante patiëntgroepen – voor ogen kunnen we het implementatieproces op basis van de twee genoemde kernelementen opknippen in een basisscenario en een uitbouwscenario. Op basis hiervan stellen we een stapsgewijs implementatieproces voor, waarbij de stappen in de tijd deels parallel kunnen lopen. Er zijn wel een aantal afhankelijkheden in het proces.

Regio's kunnen onafhankelijk van elkaar voor één of meer patiëntgroepen het implementatieproces doorlopen. Maar er is nog veel te ontwikkelen en te ontdekken om daadwerkelijke en effectieve samenwerking tussen professionals in het domeinoverstijgende netwerk met de patiënt centraal mogelijk te maken. We bevelen daarom aan om met één of meer proefregio's te beginnen, zodat niet elke regio het wiel van *scratch* af aan zelf hoeft uit te vinden. Met in de proefregio('s) geleerde lessen en ontwikkelde hulpmiddelen kunnen andere regio's dan hun eigen 'maatwerk wiel', passend bij de specifieke regionale situatie, maken. Onder 5.2. Uitbouw wordt dit verder uitgewerkt.

We richten ons hier in de verdere uitwerking op de arbeidsgerichte zorg in de oncologische zorg. Mutatis mutandis is dit te vertalen naar andere patiëntgroepen.

### 5.1. Het basisscenario

De basis van het arbeidsgerichte zorgmodel wordt gevormd door:

1. Implementatie van 'Arbeidsgerichte zorg' in de medisch-specialistische zorg.

Het gaat hier om het integreren van 'arbeidsparticipatie als behandeldoel en medicijn' in het zorgproces en het denken en handelen van zorgprofessionals.

In het zorgmodel wordt uitgegaan van een behandelteam met medisch specialist (MS), verpleegkundig specialist/ verpleegkundige (VS/VPK) en klinisch arbeidsgeneeskundige (KAG), die in

het ziekenhuis de arbeidsgerichte zorg vorm geven en de nodige acties, binnen en buiten de zorg, in gang zetten om de kansen op duurzaam werkbehoud zo goed mogelijk te benutten.

We volgen daarin het model zoals dat in de AYA-zorg is geïmplementeerd:

- Basiszorg in algemene ziekenhuizen (MS en VS/VPK)
- Complexere zorg in UMC's (MS, VS en KAG)

Klinisch arbeidsgeneeskundigen zijn onderdeel van de behandelteams voor complexere zorg in UMC's en zijn beschikbaar voor consultatie op afstand door MS en VK in de algemene ziekenhuizen. Patiënten kunnen voor complexere arbeidsgerichte zorg verwezen worden naar de KAG in het UMC. De KAG's zijn gepositioneerd in een arbeidsgeneeskundig expertisecentrum (of klinisch-arbeidsgeneeskundige vakgroep) binnen een UMC.

## 2. Domeinoverstijgende regie en coördinatie van behandeling en zorg

Idealiter is het doel om een netwerkorganisatie op te zetten, die het mogelijk maakt om voor elke patiënt een maatwerk-zorgnetwerk van professionals in de verschillende betrokken domeinen te organiseren en te komen tot daadwerkelijke domeinoverstijgende samenwerking tussen de betrokken professionals. Om dit te bereiken is er nog een weg te gaan. In het basisscenario volstaan we met regie en zo goed mogelijke coördinatie binnen en vanuit de zorg. De VS heeft 'van huis uit' al een coördinerende en regierol, die in dit kader ingezet kan worden om in ieder geval te zorgen voor basale regie en continuïteit in het zorgproces en de patiëntreis. Inmiddels lopen er in 6 regio's projecten waarbij een ervaren oncologisch VS vanuit de thuiszorg ingezet wordt als Vast Aanspreekpunt oncologie in de eerste lijn. Met arbeidsgerichte bijscholing kan die een goede rol vervullen bij de coördinatie van zorg door de betrokken professionals en bij het ondersteunen van de patiënt bij het voeren van de regie.

### Voorwaarden voor implementatie van het basisscenario in een UMC-regio en voor opschaling naar landelijke dekking:

- Implementatie van de Generieke Module Arbeidsparticipatie voor medisch-specialistische richtlijnen (Richtlijndatabase, 2024)

Deze richtlijn biedt handvatten voor arbeidsgericht werken in de medisch-specialistische zorg. Bredere bekendheid en bewustwording onder medisch specialisten is nodig voor implementatie, alsmede integratie in de werkprocessen en kwaliteitsmanagement en ondersteuning met hulpmiddelen zoals (digitale) gespreks- en keuzehulpen in het dossiersysteem.

- Scholing VS/VPK in de oncologische zorg (zie ook 4.3).

VS-/VPK-en hebben vanuit hun opleiding en beroepsprofiel basiscompetenties om veel van de arbeidsgerichte taken uit te kunnen voeren, zoals ze dat al in hun huidige praktijk doen. Het gaat dan bv. over empowerment en educatie over gevolgen van hun aandoening en behandeling voor allerlei aspecten van het dagelijks leven, zelfmanagement, inventarisatie van knelpunten en risico's in verschillende domeinen, opstellen van een zorgplan, regie en coördinatie van zorg en monitoren van de zorg en conditie van de patiënt.

Wat ze missen is 'arbeidsgerichte' achtergrondkennis over de arbeidscontext, wet- en regelgeving, interventiemogelijkheden, sociaal kaart van het arbeidsdomein e.d. en vaardigheden met betrekking het gesprek over werk en de arbeidsanamnese.

Een dergelijke scholing voor de VS/VPK bestaat al en is beproefd in een project over arbeidsgerichte zorg voor CVA-patiënten. Het betreft een 'blended learning', die beschikbaar is.

Het streven is dat een dergelijke scholing door de beroepsvereniging V&VN wordt opgenomen in het reguliere, geaccrediteerde bij- en nascholingsaanbod en uit de reguliere scholingsbudgetten gefinancierd kan worden.

Einddoel is dat dergelijke scholing geïntegreerd wordt in de reguliere beroepsopleiding. Over een en ander zijn contacten met V&VN gaande.

- Opleiding van voldoende KAG's oncologie 'nieuwe stijl' (zie ook 4.4).

Een globale schatting is dat voor de oncologische arbeidsgerichte zorg per UMC-regio ca. 2-3 fte KAG oncologie nodig is. Voor landelijke opschaling is t.z.t. dus 14-21 fte (= 30-40 KAG's, KAG's werken vaak deels als bedrijfsarts) nodig.

Daartoe is een geaccrediteerde opleiding voor de KAG oncologie 'nieuwe stijl' nodig. Inmiddels is door de NVKA een concept-opleidingsplan opgesteld voor een dergelijke opleiding. Er wordt financiering gezocht om begin 2027 uiterlijk een pilot te kunnen starten.

- Kennisinfrastructuur

Zie 4.5.

- Landelijke opschaling

Opschaling naar landelijke dekking gaat niet van zelf. Wij adviseren om te komen tot een interdepartementaal beleidsprogramma van VWS en SZW, een regie-organisatie en een regietafel in het leven te roepen (zie 4.2)

- Een interdepartementaal beleidsprogramma Arbeidsgerichte zorg  
Dit moet zorgen voor een samenhangend, domeinoverstijgend beleidskader om domeinoverstijgende arbeidsgerichte zorg maatschappelijk te agenderen en te sturen;
- De regie-organisatie  
Deze heeft als taak om zorg te dragen voor het coördineren, aanjagen, borgen en monitoren van regionale implementatie en landelijke opschaling. In het oncologische veld zou hier logischerwijs een rol voor het Nederlands Kanker Collectief (NKC)<sup>6</sup> weggelegd zijn. In breder verband, arbeidsgerichte zorg voor mensen met chronische en/of werkgerelateerde problemen in het algemeen, zou aan RSO Nederland<sup>7</sup> of het RIVM gedacht kunnen worden;
- De regietafel  
Een regietafel, met vertegenwoordigers van belangrijke stakeholder-partijen op bestuurlijk niveau, is nodig voor het agenderen en oplossen van systemische/ institutionele knelpunten, zoals op het gebied van niet passende bekostigingsmodellen, financiering (m.n. silo-problematiek tussen gezondheidszorg en arbeidsdomein), belemmerende wet- en regelgeving en dito institutionele en culturele barrières. Ook de afstemming van het arbozorgstelsel op de reguliere gezondheidszorg zou een thema voor de regietafel kunnen zijn.  
Partijen die bij de tafel betrokken moeten worden zijn de departementen van VWS en SZW, brancheorganisaties van zorgaanbieders (UMCNL, NVZ, InEen) en van arbo- en re-integratiedienstverleners (OVAL en UWV), beroepsverenigingen van zorgprofessionals (FMS, V&VN, paramedici, NVKA) en NVAB en NVVG, zelfstandige bestuursorganen (NZa, ZiNL) zorgverzekeraars (ZN), patiëntenverenigingen (PfN, NFK), werkgevers- en werknemersorganisaties (VNO NCW/ AWWN, FNV/CNV) en de SER.

---

<sup>6</sup> NKC is een consortium van IKNL, KWF en NFK dat 'eigenaar' is van de Nederlandse Kanker Agenda, waarin Kanker & Werk een geprioriteerd thema is.

<sup>7</sup> RSO Nederland is de koepel van Regionale SamenwerkingsOrganisaties.

## 5.2. Uitbouw van de domeinoverstijgende samenwerking in netwerkzorg

Het einddoel is dat er regionale netwerkorganisaties ontstaan waarbinnen op alle niveaus geleerd is om 'samen te transformeren naar arbeidsgerichte zorg' (zie programmalijn 'Leren transformeren' van het ZonMw-programma Ondersteuning regionale samenwerking(12)).

De netwerkorganisatie moet ten dienste staan van de dagelijkse samenwerking tussen de professionals 'op de werkvloer' ten faveure van een continu en gecoördineerd verloop van de patiëntreis.

Regio's verschillen qua inrichting en organisatie van zorg en regio-indelingen verschillen per domein en zelfs qua ziektebeeld. Regionale netwerken zullen dan ook passend bij de lokale situatie ingericht en bestuurd moeten worden. Het is zaak dat in een (aantal) proefregio('s) ervaring wordt opgedaan met het leren samenwerken tussen professionals en het inrichten en beheren van de netwerkinfrastructuur om de samenwerking te faciliteren en zo te ontdekken wat nodig is. De geleerde lessen, verzamelde informatie en kennis en de ontwikkelde tools kunnen dan vraag gestuurd beschikbaar worden gesteld aan andere regio's voor lokale implementatie. Eén of meer regionale proeftuinen vormen een cruciaal onderdeel om uiteindelijk tot volledige uitbouw van de implementatie te komen.

Eén van de actiepunten in het kader van het eerdergenoemde Actieprogramma Kanker en Werk van de Nederlandse Kankeragenda is de inrichting van een regionale proeftuin voor implementatie van domeinoverstijgende arbeidsgerichte zorg. Voor een dergelijke proeftuin is, op uitnodiging, door het Radboudumc inmiddels een projectplan opgesteld voor een subsidieaanvraag bij KWF (projectplan RADAR). Als de gevraagde projectsubsidie wordt toegewezen, kan de proeftuin in september 2026 voor de duur van vier jaar van start gaan.

Voor de verdere uitwerking van de hieronder genoemde activiteiten in een dergelijke proeftuin wordt verwezen naar het projectplan RADAR. Als de subsidieaanvraag door KWF onverhoopt wordt afgewezen dan zal voor de financiering van een proeftuin naar andere bronnen gezocht moeten worden.

De volgende thema's dienen in een proeftuin verder uitgewerkt te worden en komen als zodanig ook aan de orde in het projectplan RADAR (zie ook 4.6):

1. Integreren arbeidsgerichte zorg in de 1e, 2e en 3e lijnsgezondheidszorg (arbeidsparticipatie als behandeldoel en medicijn).
2. Ontwikkeling en implementatie regionaal, transmuraal zorgpad (o.b.v. het ontwikkelde zorgpadformat).
3. Faciliteren van domeinoverstijgende, regionale samenwerking (tijd, capaciteit, incentives)
4. Interprofessioneel leren samenwerken.
5. Inrichting en governance van het regionale netwerk.
6. Inrichten en implementeren van een digitaal data- en samenwerkingsplatform.

Het ontwikkelen en implementeren van een digitaal platform is nodig voor:

A. Dataverwerking en – uitwisseling t.b.v.

- domeinoverstijgende monitoring en sturing van het zorgproces,
- kwaliteitsmanagement van functioneren van het regionale netwerk (borging en monitoring).

- B. Ondersteuning van regionale domeinoverstijgende samenwerking, coördinatie en communicatie tussen professionals.

### 5.3. Fasering en tijdlijn

Op basis van de stappen in tabel 3 is voor de implementatie van het arbeidsgericht zorgmodel in de oncologie weergegeven wie wat wanneer gaat doen en op basis van welke financiering.

Een zelfde overzicht kan uitgewerkt worden voor implementatie van het arbeidsgericht zorgmodel voor andere patiëntgroepen, met dien verstande dat een aantal algemene voorwaarden voor landelijke aansturing en regie dan niet meer aan de orde zijn.

**Tabel 3.**

*Implementatieplan: wat, wie, hoe en wanneer?*

	Implementatieactiviteit	Hoe?	Financiering	Tijdlijn	Stakeholder(s)
<b>1a</b>	<b>Basisscenario: integreren arbeidsgerichte zorg in medisch-specialistische zorg</b>				
1	Integreren arbeidsgerichte zorg in de medisch-specialistische zorg	Gen. module Arbeidsparticipatie implementeren m.b.v. Zorgpadformat 'Geïntegreerde arbeidsgerichte zorg oncologie' Borgen in kwaliteitsbeleid	Gebruikelijke financiering	2026 e.v.	Ziekenhuisbestuur, vak-/disciplinegroepen, medisch en zorgmanagers, kwaliteitsmanager
2	Faciliteren en borgen van gewenste gedragsverandering	Ontwikkelen (digitale) hulpmiddelen (gesprekshulpen, keuzehulpen, etc) Integreren in (digitale) workflow	??	2027 e.v.	Beroepsverenigingen Academische werkplaatsen
3	Benutten motivatoren/ <i>incentives</i>	Ontwikkelen en inzetten	??	2026 e.v.	Stakeholder-organisaties
<b>1b</b>	<b>Voorwaarden voor lokale implementatie/ landelijke opschaling basisscenario</b>				
1	Implementatie Generieke Module MS (oncologie)	- integratie in kwaliteitssysteem (NVMO, NVZ, ....) - publiciteit, voorlichting, scholing (div.)	Bestaande budgetten branche-/ beroepsverenigingen	2026-28	MS-/VS-/PA-beroepsverenigingen, Soncos Ziekenhuizen (NVZ, UMCNL) (zie ook de Generieke Module)
2	Scholing VPK-/ VS-en	- beschikbare scholing adopteren - scholing aanbieden en accrediteren - scholing integreren in opleiding - integreren in reguliere financiering	Bestaande scholingsbudgetten	2026-28	Ziekenhuisgmt./ discipline V&VN-Oncologie (netwerk VSO, netwerk 1elijnc oncologieverpleegk.)
2	Opleiden & registreren KAG's	Opleiding ontwikkelen (financiering regelen!) Opleiding aanbieden Registratiesysteem opzetten en implementeren Financiering opleiding KAG's	NVKA/ NVAB  RHA/ SGBO NVKA  Beschikbaarheids gelden	2026  2027 2026-27 2027	NVKA/ NVAB/ SGBO  NVKA, RHA/SGBO NVKA/ NVAB  NZA, UMCNL/ UMC's
3	Kennisinfrastructuur: kennisontwikkeling/ -disseminatie en informatievoorziening	Aansluiten bij bestaande infrastructuur	N.v.t.	2026 e.v.	Kennisinstituten (AWP's AUMC en Radboudumc, Zorg & Werk Netwerk, etc.
4	Politieke/ bestuurlijke agendering	Publiciteitscampagnes Politieke lobby	Gezondheidsfondsen	Loopt	Gez. gezondheidsfondsen KWF

5	Regie-organisatie instellen	Regievoeren op implementatie en landelijke opschaling, aanjagen, borgen en monitoren van de implementatie en het functioneren van de arbeidsgerichte zorg	Programmafinanciering (VSW-SZW?)	2027 e.v.	NKC (KWF, NFK, IKNL) RIVM
6	Bestuurlijke-politieke regietafel instellen	Oplossen structurele/ institutionele knelpunten op maatschappelijk-politiek niveau (financiering/silo-problematiek, wet- en regelgeving, institutionele schotten)	Programmafinanciering (VSW-SZW?)	2027 e.v.	VWS-SZW, NZa, ZiN, UMCNL, NVZ, ZN, Pfn, NFK, VCP/ FNV/ CNV, AWWN/ VNO-NCW, UWV,, NVAB/ NVKA FMS/ KNMG, InEen
7	Bekostiging en financiering Arbeidsgerichte zorg/ KAG	- 'bekrachtiging' mogelijkheden Zvw - inrichting declaratiesysteem - oplossen siloproblematiek (VWS-SZW)	Nvt Nvt Nvt	2027-28	Regietafel: VWS-SZW, NZa, ZiN, UMCNL, ZN, werkgeversorganisaties
<b>2</b>	<b>Uitbouw van domeinoverstijgende samenwerking in regionale netwerken</b>				
1	Regionaal, transmuraal zorgpad (o.b.v. het ontwikkelde zorgpadformat)	Ontwikkeling en implementatie	Project proefregio	2026-27	
2	Faciliteren van domeinoverstijgende, regionale samenwerking	Beschikbaar stellen tijd, capaciteit, implementatie data- en communicatieplatform	Project proefregio	2026-30	
3	Scholing domeinoverstijgend, interprofessioneel samenwerken	Ontwikkelen en aanbieden	Project proefregio	2026-28	
4	Netwerk governance-model	- ontwikkelen en beproeven - implementeren	RADAR-project	2026-30	
5	Aansluiting arbeids- en re-integratiedomein		RADAR-project	2028-30	NVAB, V&VN, OVAL, UWV, NVVG
6	Aansluiting sociaal domein		RADAR-project	2029-30	Gemeenten, UWV

## Bijlage 1. Begrippenlijst

Voor de volgende begrippen uit de implementatiepraktijk gebruiken we de definities van ZonMw/ Implementatiecollectief. (14)

- Implementatie: Bewuste en geplande processen waardoor een innovatie een normaal onderdeel wordt van de dagelijkse routine. Andere verwante termen zijn: kennisvertaling, uitrollen, integratie, inbedding. Disseminatie, verspreiding en valorisatie vallen niet onder deze definitie.
- Determinanten: Factoren die de implementatie van complexe interventies in de routinepraktijk bevorderen of belemmeren. Synoniemen zijn: belemmerende en bevorderende factoren; barrières, implementatiefactoren, en determinanten.
- Implementatiestrategie: een methode die wordt gebruikt om de implementatie en gebruik van een innovatie verbeteren. Andere gebruikte termen zijn: strategieën, implementatie interventie, implementatie-activiteit, actieplan, techniek.
- Matching: een systematische methode om een implementatiestrategie te selecteren die is afgestemd op één of meerdere eerder geïdentificeerde determinanten. Dit omvat de werkwijzen die in de implementatiepraktijk worden gebruikt om de keuze van een strategie in relatie tot een geïdentificeerde barrière te structureren. Andere gebruikte termen zijn koppelen, selecteren, afstemmen, matching, en implementatie op maat (*tailored implementation*).

## Bijlage 2. Impactmap Arbeidsgerichte zorg

De impactmap wordt separaat op de site van de NVKA ([Arbeidsgericht zorgmodel](#)) gepubliceerd zodra het artikel waarin de impactmap wordt beschreven voor publicatie is geaccepteerd.

## Bijlage 3. Samenstelling Stuurgroep

Stuurgroep lid	Functie	Organisatie	Stakeholdersrol
Hanneke van den Bout (Voorzitter) Henri Géron Mireille Vrouwenraets	Directeur Sr. Beleidsmedew. Sr. Beleidsmedew.	Ministerie SZW/ Gezond & Veilig werken	Opdrachtgever
Anke Vervoord	Directeur-bestuurder	Nederlandse Federatie van Kankerpatiënten-organisaties (NFK)	Patiënten/ ervaringsdeskundigen
Arthur Schellekens/ Linda Daniëls	Directeur-bestuurder	Patiëntenfederatie Nederland (PfN)	Patiënten/ ervaringsdeskundigen
Peter van Duijvendijk	Bestuurslid	Federatie Medisch Specialisten (FMS)/ SONCOS	Medisch-specialistische zorg (oncologie)
Eveliëne Mantén/ Chantal Lammens	Directeur	AYA 'Jong&Kanker' zorgnetwerk	Medisch-specialistische zorg (oncologie)
Boyd Thijssens	Voorzitter	Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB)	Arbeidsgeneeskunde/ Bedrijfsgezondheidszorg
Cobi Oostveen	Vice-voorzitter	NVKA/ BACO	Klinische arbeidsgeneeskunde (oncologie)
Gabriëlla de Boer	Bestuurslid	V&VN/ Netwerk verpleegkundig specialisten Oncologie	Verpleegkunde (oncologie)
Frederieke Schaafsma	Hoogleraar/ hoofd	AUMC (leerstool NVAB)/ Poli Mens & Arbeid AUMC	Kennis-/ wetenschapsdomein Arbeidsgeneeskunde
Yolande Kampen	KAG AUMC	Nederlandse Federatie Academische Ziekenh. (NFU)	Academisch ziekenhuizen
André Renkema	Beleidsmedewerker	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)	Ziekenhuizen
Steven Hubeek	Adviseur inclusieve arbeidsmarkt	AWVN/ De Normaalste Zaak	Werkgevers

## Referenties

1. NVKA, NVAB, FMS. Naar een arbeidsgericht zorgmodel (Oncologie) Rapport Fase 1: Verkenning en Onderzoek. 2024. [https://nvka.nl/resources/Naar-een-Arbeidsgericht-Zorgmodel-Oncologie---Verslag-fase-1-Verkenning-\(nov24-def\).pdf](https://nvka.nl/resources/Naar-een-Arbeidsgericht-Zorgmodel-Oncologie---Verslag-fase-1-Verkenning-(nov24-def).pdf)
  2. Zorg voor innoveren. Kennisbank.  
<https://www.zorgvoorinnoveren.nl/kennisbank/implementatie/>
  3. Damschroder LJ, Reardon CM, Widerquist MAO, Lowery J. The updated Consolidated Framework for Implementation Research based on user feedback. *Implement Sci.* 2022;17(1):75.
  4. Flottorp S. A checklist for identifying determinants of practice: A systematic review and synthesis of frameworks and taxonomies of factors that prevent or enable improvements in healthcare professional practice. . *Implementation Science.* 2013.
  5. Theunissen M, van Empelen P, Fekkes M. De implementatietool: Meer dan 100 strategieën om een interventie of innovatie goed in te voeren. . Leiden; 2022.
  6. (WHO) WHO. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). <http://www.who.int/classifications/icf/en/> 2018.
  7. Nederlandse Zorgautoriteit (NZA). Nu het moment om werk te maken van het anders bekostigen van zorg 2022 [
  8. Raihan N, Cogburn M. Stages of Change Theory. StatPearls [Internet]: Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; ; Updated 2023 Mar 6.
  9. Michie S, van Stralen MM, West R. The behaviour change wheel: a new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implement Sci.* 2011;6:42.
  10. Nederlandse Zorgautoriteit (NZA). Passende bekostiging in de msz. <https://www.nza.nl/zorgsectoren/medisch-specialistische-zorg/passende-bekostiging-msz>
  11. Maarse H, Jeurissen P. Hervormen van de zorg. 2026. doi: 10.54195/irvi2431
  12. ZonMw. Samen transformeren - Van zorg naar gezondheid 2025  
<https://www.zonmw.nl/nl/artikel/samen-transformeren>
  13. ZonMw. Bouwstenen voor zorgtransformatie 2025  
<https://www.zonmw.nl/nl/artikel/bouwstenen-voor-zorgtransformatie>
  14. Vis C, Ista W, van Bodegom L, van Nassau F. Methoden voor het koppelen van Implementatiestrategieën aan Determinanten in de Nederlandse gezondheidszorg 2024.
-