

# Problematisch arbeidsverzuim

## EEN KWANTITATIEVE EN KWALITATIEVE EVALUATIE

Philip J. van der Wees, Niek Stadhouders, J.B. (Bart) Staal en Patrick P.T. Jeurissen

 **GERELATEERD ARTIKEL** Ned Tijdschr Geneeskd. 2016;160:D461

- DOEL** De bedrijfsarts ondersteunt bij verzuimbegeleiding en re-integratie, maar kan die rol niet goed invullen wanneer er onduidelijkheid is over de mogelijkheden tot werkhervatting. Het re-integratieproces kan verbeterd worden door advies van een expertisecentrum in te roepen. Ons doel was de inzetbaarheid, de terugkeer naar werk en de zorgkosten in kaart te brengen van problematische verzuimers.
- METHODE** Wij analyseerden via een gepseudonimiseerde koppeling van verschillende bronnen de gegevens van problematische verzuimers die in 2011-2014 een adviestraject doorliepen. Onze bronnen waren dossiers van het expertisecentrum (n = 2595), een enquête onder deelnemers (n = 1800) en verwijzers (n = 400), aanvullend dossieronderzoek bij een grote verwijzer (n = 564) en declaratiegegevens van een zorgverzekeraar (n = 725).
- RESULTATEN** Van de problematische verzuimers had 49% klachten aan het houding- en bewegingsapparaat, 23% psychische klachten, 14% meervoudige klachten en 16% andere klachten; 29% had beperkingen die werkhervatting sterk belemmerden. Bij 51% constateerde de verzekeringsarts van het expertisecentrum dat de behandeling niet adequaat was. Van de verwijzers gaf 53% aan dat het adviestraject meestal leidde tot een wijziging in de behandeling; van de deelnemers vond 31% dat het adviestraject niet bijdroeg aan de werkhervatting. De gemiddelde zorgkosten van problematische verzuimers stijgen na de eerste verzuimdag van € 2.600 tot € 7.800 per jaar.
- CONCLUSIE** Veel werknemers met problematisch verzuim worden niet adequaat behandeld: mogelijkheden om aan het werk te gaan worden niet benut en de behandeling is onvoldoende gericht op functioneel herstel. Arbeidsre-integratie is in principe mogelijk voor de meeste problematische verzuimers.

Bij arbeidsverzuim zijn werkgevers en werknemers samen verantwoordelijk voor een snelle re-integratie. Ze worden hierbij ondersteund door een bedrijfsarts, die de voortgang controleert en advies geeft over de inzetbaarheid.<sup>1</sup> Bij het overgrote deel van de werknemers verloopt de re-integratie na ziekteverzuim volgens plan.<sup>2,3</sup> Slechts in een klein deel ontstaat problematisch verzuim, gedefinieerd als ‘verzuim waarbij re-integratie in arbeid langer uitblijft dan verwacht mag worden op grond van klachten, aandoeningen, behandelingen of richtlijnen’.<sup>4</sup> Dit verzuim kan medische en niet-medische oorzaken hebben en het gaat meestal om complexe problematiek.<sup>5</sup> Het is voor werkgever en bedrijfsarts in deze gevallen niet altijd duidelijk of de medisch-specialistische zorg optimaal is en wat de prognose is met betrekking tot de inzetbaarheid van de werknemer.

Een adequaat ingericht re-integratietraject is van belang bij problematisch verzuim.<sup>5,6</sup> Terugkeer naar werk kan de klachten van de werknemer sneller doen afnemen.<sup>7-11</sup> Daarbij kan een goed re-integratietraject arbeidsongeschiktheid voorkomen of verminderen, en zo kosten besparen.<sup>2,12</sup> Het objectiveren van de optimale medische behandeling en bijbehorende prognose door een gespecialiseerd en onafhankelijk expertisecentrum kan het re-integratietraject bevorderen.

Radboudumc, afd. IQ healthcare en Celsus academie voor betaalbare zorg, Nijmegen.

Dr. P.J. van der Wees, fysiotherapeut-gezondheidszorgonderzoeker; N. Stadhouders, MSc, gezondheidseconom-gezondheidszorgonderzoeker; prof.dr. P.P.T. Jeurissen, bestuurskundige-gezondheidszorgonderzoeker.

Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, lectoraat Musculoskeletale Revalidatie.

Dr. J.B. Staal, fysiotherapeut-epidemioloog.

Contactpersoon: P.J. van der Wees  
(philip.vanderwees@radboudumc.nl).

Doel van ons onderzoek was het beschrijven van de kenmerken van problematische verzuimers die een advies-traject hebben doorlopen met betrekking tot inzetbaarheid, terugkeer naar werk en zorgkosten.

## METHODE

### ONDERZOEKSPOPULATIE

We includeerden 2595 problematische verzuimers die in 2011-2014 een adviestraject hadden doorlopen bij een onafhankelijk en gespecialiseerd medisch expertisecentrum voor verzuimvraagstukken. Deze groep bestond uit werknemers in loondienst (69%), uitzendkrachten (25%) en zelfstandigen zonder personeel (6%). De deelnemers werden doorverwezen door casemanagers in bedrijven (68%), bedrijfsartsen (16%), medisch adviseurs (6%) en overige verzuimexperts (10%). Hoewel de bedrijfsarts niet altijd de verwijzende partij was, werd deze wel altijd betrokken bij het adviestraject.

### ADVIESTRAJECT

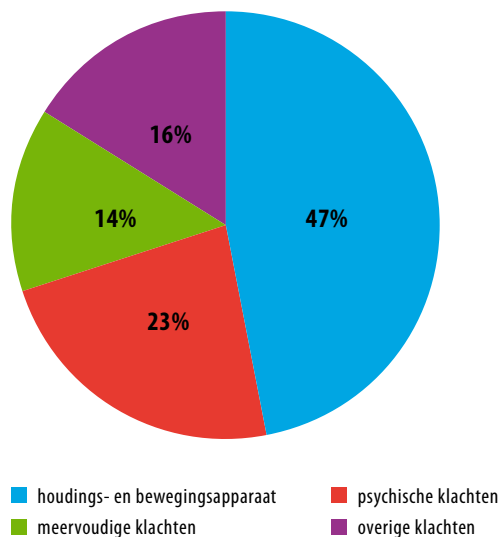
Het adviestraject betrof multidisciplinaire arbeidsgeneeskundige diagnostiek van gezondheidsklachten en daarmee samenhangende beperkingen bij problematisch persisterend arbeidsverzuim. De adequaatheid van de behandeling werd beoordeeld op basis van 1 of meer second opinions door een medisch specialist uit de reguliere gezondheidszorg en een verzekeringsarts. De kosten van de medische second opinion werden gedekt door de Zorgverzekeringswet, de overige kosten van het adviestraject werden in rekening gebracht bij de verwijzer.

Het vaststellen van de belastbaarheid gebeurt aan de hand van de zogeheten Functionele Mogelijkhedenlijst (FML) die uitgaat van referentiewaarden voor het functioneren in het dagelijks leven.<sup>13</sup> Het expertisecentrum deelde medische informatie met de bedrijfsarts. De werkgever, c.q. casemanager, ontving alleen niet-medische informatie over de belastbaarheid, de prognose en of de behandeling adequaat was of niet.

### GEGEVENS

Gegevens over de situatie tijdens het adviestraject verzamelden we uit het elektronische cliëntenbestand van het expertisecentrum. Om informatie te verkrijgen over de situatie na het adviestraject verstuurd we elektronische vragenlijsten aan deelnemers (n = 1800) en verwijzers (n = 400). We excludeerden personen die aangaven niet te willen deelnemen. De vragenlijsten werden samengesteld in 3 consensusrondes met 5 experts; ze kunnen worden opgevraagd bij de corresponderende auteur.

Via een 'trusted third party' verkregen we gepseudonimiseerde declaratiegegevens van een zorgverzekeraar, waarin herleidbare gegevens versleuteld waren. Deze



**FIGUUR 1** Aard van de klachten van 2595 werknemers, uitzendkrachten en zzp'ers met problematisch verzuim die in de periode 2011-2014 een begeleid re-integratietraject doorliepen.

gegevens bevatten de op basis van de Zorgverzekeringswet gedeclareerde kosten per kwartaal van 2009-2013. Wij konden deze zorgkosten koppelen aan 725 (28%) van de 2595 dossiers. Een grote verwijzer leverde 564 dossiers met herstelgegevens, zodat wij meer inzicht kregen in de betermeldingen na het doorlopen van het adviestraject. De commissie mensgebonden onderzoek (CMO) van het Radboudumc verleende toestemming voor dit onderzoek. De auteurs hebben geen directe of indirecte financiële belangen bij het onderzochte expertisecentrum.

## RESULTATEN

### KENMERKEN VAN DE DEELNEMERS

De meeste deelnemers werden aangemeld na 3-18 maanden verzuim. Van de diagnoses had 47% betrekking op het houdings- en bewegingsapparaat, 23% op psychische klachten, 14% op meervoudige klachten en 16% op overige klachten (figuur 1).

### DOSSIERONDERZOEK

Het expertisecentrum liet op het moment van aanmelding door de verzekeringsarts en door 1 of meer medisch specialisten vaststellen of de behandeling adequaat was. Bij 51% van de deelnemers bleek dit niet het geval. Redenen om een behandeling als niet-adequaat aan te merken waren onder andere dat het advies van een medisch specialist genegeerd was, dat de behandeling alleen gericht was op vermindering van de klacht en niet op verhoging

van de belastbaarheid, dat de behandeling beruiste op een onjuiste diagnose, dat er geen follow-up had plaatsgevonden of dat niet de best mogelijke therapie of revalidatiemethode gebruikt werd.

Aan de hand van de FML identificeerde het expertisecentrum deelnemers met beperkingen die zo ernstig waren dat hun terugkeer naar arbeid in het algemeen sterk werd belemmerd. Bij 29% van de deelnemers werden zulke beperkingen aangetroffen. Van deze groep had 38% lichamelijke klachten, 28% psychische klachten, 28% meervoudige klachten en 6% overige klachten. Van de groep zonder sterk belemmerende beperkingen was 64% op het moment van beoordeling niet aan het werk.

#### BETERMELDINGEN

In 468 (83%) van de 564 dossiers met herstelgegevens troffen wij een betermelding aan. Gemiddeld zat er 9 maanden tussen de datum van aanmelding voor het adviestraject en de betermelding. Als geen passend werk werd gevonden, leidde een betermelding niet automatisch tot terugkeer naar werk.

#### VRAGENLIJST VOOR VERWIJZERS

Van de 400 verwijzers beantwoordden er 99 (25%) de elektronische vragenlijst. Het waren casemanagers (52%), bedrijfsartsen (29%), medisch adviseurs (4%) en andere verwijzers (15%). Van de respondenten gaf 53% aan dat de behandeling werd gewijzigd naar aanleiding van het adviestraject, 93% vond dat het inzicht in de klachten van de deelnemer was verbeterd en 98% gaf aan dat het inzicht in de mogelijkheden van de deelnemer was verbeterd (figuur 2).

#### VRAGENLIJST VOOR VERZUIMERS

Van de 1800 deelnemers vulden er 508 (28%) de elektronische vragenlijst in; 45% van de respondenten was weer geheel of gedeeltelijk aan het werk op het moment dat zij de vragenlijst beantwoordden. Van de respondenten vond 26% dat het adviestraject had bijgedragen aan de oplossing van het ziekteverzuim, 31% had het adviestraject als negatief ervaren (figuur 3). Bij 109 respondenten (22%) werd de behandeling gewijzigd naar aanleiding van het adviestraject. Op de vragen of het bezoek aan ziekenhuis, huisarts of fysiotherapeut was veranderd na het adviestraject antwoordde 24% dat het zorggebruik bij minstens 1 van deze 3 was toegenomen, 13% dat het was afgenomen en 55% dat het gebruik bij alle 3 soorten zorgaanbieders gelijk gebleven was. Bij 5% van de respondenten nam 1 type zorg toe, terwijl een ander type zorg afnam.

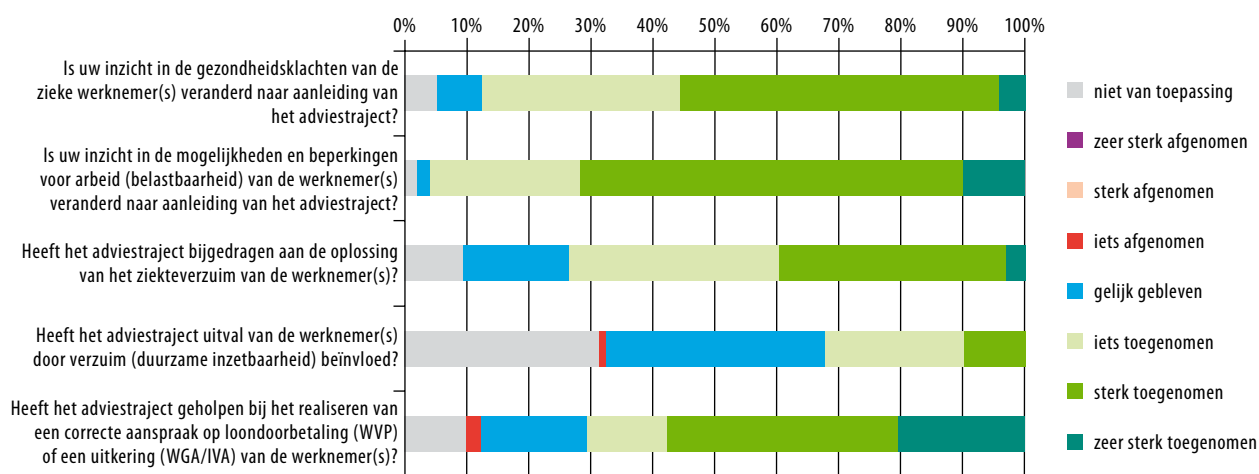
#### ZORGKOSTEN

De deelnemers declareerden vóór hun eerste ziektemelding gemiddeld € 2.600 per jaar aan zorgkosten in het kader van de Zorgverzekeringswet; dit bedrag steeg na de eerste ziektedag tot € 7.800 per jaar.

#### BESCHOUWING

##### BEPERKINGEN VAN DIT ONDERZOEK

Omdat dit een beschrijvend onderzoek was, kunnen geen causale verbanden worden gelegd. Voerder beperkte het onderzoek zich tot 1 gespecialiseerd expertisecentrum, waardoor de resultaten niet zonder meer representatief zijn voor alle werknemers met problematisch ziektever-



**FIGUUR 2** Ervaringen van 400 casemanagers, bedrijfsartsen, medisch adviseurs en andere verwijzers die werknemers met problematisch verzuim aanmeldden voor een re-integratieadviestraject in de periode 2011-2014.

## LEERPUNTEN

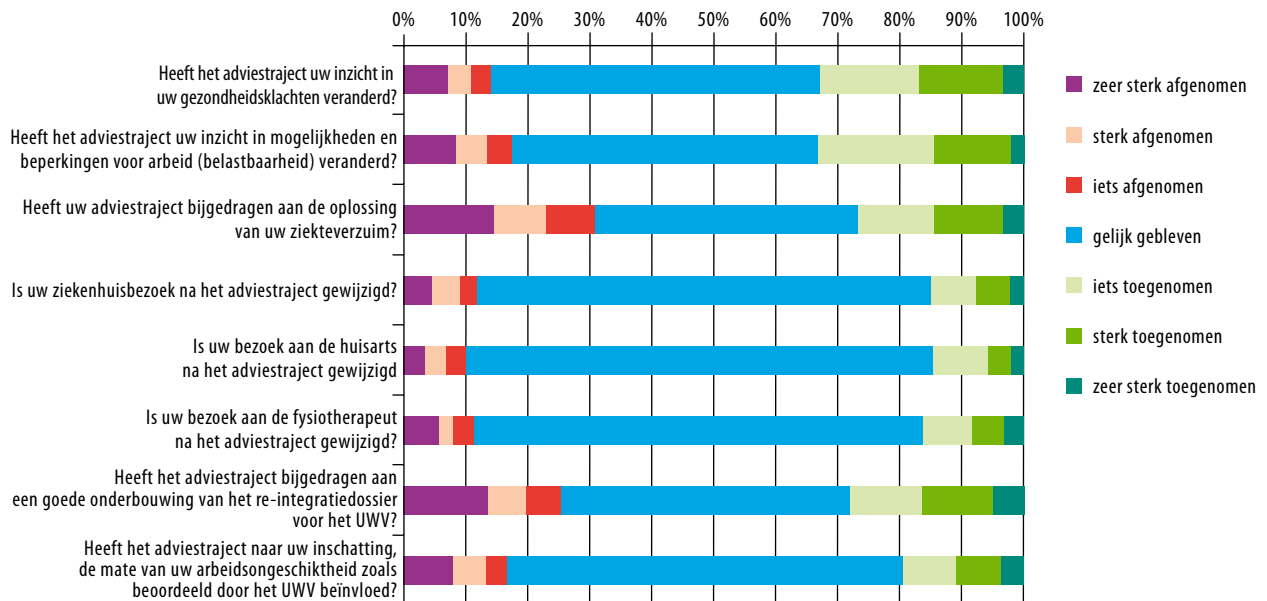
- Bij ziekteverzuim van werknemers verloopt de re-integratie in het arbeidsproces meestal volgens plan; maar bij een klein aantal werknemers ontstaat problematisch verzuim met gevaar voor blijvende arbeidsongeschiktheid.
- De gemiddelde zorgkosten van problematische verzuimers stijgen na de eerste verzuimdag van € 2.600 tot € 7.800 per jaar.
- Omdat er in de reguliere zorg weinig aandacht is voor mogelijkheden om weer aan het werk te gaan, is een adequaat re-integratietraject van groot belang.
- In stagnerende verzuimdossiers kan multidisciplinaire diagnostiek met een gecombineerd behandel- en belastbaarheidsadvies duidelijkheid bieden.
- Deelnemers zijn over het algemeen minder positief over het adviestraject dan werkgevers.

zuim. De 564 dossiers die wij van 1 grote verwijzer ontvingen, zijn niet representatief voor alle deelnemers omdat deze verwijzer een specifieke groep verzuimers bedient. Het tijdstip waarop onze respondenten de vragenlijst invulden lag tussen 1-35 maanden (mediaan: 16 maanden) na afronding van het adviestraject en de respons op de vragenlijsten onder verwijzers en verzuimers was laag. Dit kan tot vertekening van de resultaten hebben geleid.

## UITKOMSTEN

Een belangrijke uitkomst is dat ten tijde van aanmelding bij de helft van de deelnemers de behandeling volgens het expertisecentrum niet adequaat was. Een belangrijke reden om een behandeling als niet-adequaat aan te merken was dat deze onvoldoende rekening hield met het verhogen van de belastbaarheid in relatie tot de werkzaamheden, zo bleek uit het dossieronderzoek. Het is dus van belang de zorg beter te laten aansluiten op de specifieke werkomstandigheden. Onze bevindingen sluiten aan bij verschillende onderzoeken die laten zien dat de reguliere zorg te weinig aandacht besteedt aan de benutbare mogelijkheden om te werken en aan het wegnemen van herstelbelemmerende factoren.<sup>5,14,15</sup> Hoewel de beoordeling plaatsvindt door een medisch specialist en een verzekeringsarts, blijft een zekere mate van subjectiviteit aanwezig. Binnen onze onderzoeksopzet was het echter niet mogelijk te onderzoeken wat de gevolgen zijn van adequatere behandeling.

Opvallend is dat een relatief hoog percentage deelnemers het adviestraject als negatief ervoer. Werkgevers waren duidelijk positiever en gaven vaker aan dan deelnemers dat het behandeltraject gewijzigd was als gevolg van het adviestraject. Mogelijk vonden zij, als initiatiefnemers, dat het adviestraject toegevoegde waarde had doordat het duidelijkheid schiep, terwijl de deelnemers zelf minder belang hadden bij het adviestraject.<sup>16</sup> De vragenlijsten kunnen een vertekend beeld geven, aangezien het mogelijk is dat deelnemers met een negatieve ervaring vaker de



FIGUUR 3 Ervaringen van 508 werknemers met problematisch verzuim die in de periode 2011-2014 een re-integratieadviestraject volgden.

vragenlijst invulden en gezien de grote variatie in het tijdstip van invullen.

Ons onderzoek geeft geen inzicht in de effectiviteit van adviestrajecten bij problematisch arbeidsverzuim. Daarvoor is vergelijkend onderzoek nodig, bijvoorbeeld door een gerandomiseerd experiment of een gecontroleerde voor- en nameting. Dergelijk onderzoek is essentieel om optimale strategieën bij problematisch arbeidsverzuim te kunnen inzetten.

## CONCLUSIE

Dit onderzoek geeft inzicht in de ervaringen van werknemers met een begeleid re-integratietraject na problematisch verzuim. Het expertisecentrum dat de re-integratietrajecten begeleidde, constateerde dat in veel trajecten de mogelijkheden om te werken niet optimaal benut

werden of dat de behandeling in de reguliere gezondheidszorg onvoldoende gericht was op werkherleving. Bij de meerderheid van de problematische verzuimders mondde het adviestraject uiteindelijk uit in een betermelding.

Tevens is dit het eerste onderzoek dat de daadwerkelijk gemaakte zorgkosten bij problematisch verzuim rapporteert: gemiddeld € 7.800 per jaar.

Belangenconflict en financiële ondersteuning: ICMJE-formulieren zijn online beschikbaar bij dit artikel.

Aanvaard op 11 april 2016.

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2016;160:D48

 **KIJK OOK OP WWW.NTVG.NL/D48**

## LITERATUUR

- Versantvoort M, van Echtelt P. Belemmerd aan het werk: Trendrapportage ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en arbeidsdeelname personen met gezondheidsbeperkingen. Den Haag: SCP; 2012.
- van der Burg CL, Molenaar-Cox PGM. Nadere vergelijking van de ziekteverzuimduur van uitzendkrachten: Vergelijking prestaties UWV en Acture. Leiden: ASTri; 2014.
- Vendrig A, Van Hove M, van Meijel M, Donceel P. Voorspellen van de verwachte verzuimduur met de Vragenlijst ArbeidsReintegratie (VAR). TBV – Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde. 2011;19:7-13.
- Werkwijzer aanpak problematisch verzuim. Versie 2. Utrecht: STECR; 2004.
- Dekkers-Sanchez PM, Wind H, Sluiter JK, Frings-Dresen MH. What factors are most relevant to the assessment of work ability of employees on long-term sick leave? The physicians' perspective. *Int Arch Occup Environ Health*. 2013;86:509-18.
- Hillage J, Rick J, Pilgrim H, Jagger N, Carroll C, Booth A. Review of the effectiveness and cost effectiveness of interventions, strategies, programmes and policies to reduce the number of employees who move from short-term to long-term sickness absence and to help employees on long-term sickness absence return to work. Londen: National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); 2008.
- Ströhle A. Physical activity, exercise, depression and anxiety disorders. *J Neural Transm*. 2009;116:777-84.
- Wiles NJ, Haase AM, Gallacher J, Lawlor DA, Lewis G. Physical activity and common mental disorder: results from the Caerphilly study. *Am J Epidemiol*. 2007;165:946-54.
- Lötters F, Hogg-Johnson S, Burdorf A. Health status, its perceptions, and effect on return to work and recurrent sick leave. *Spine*. 2005;30:1086-92.
- Lagerveld SE, Blonk RW, Breninkmeijer V, Wijngaards-de Meij L, Schaufeli WB. Work-focused treatment of common mental disorders and return to work: a comparative outcome study. *J Occup Health Psychol*. 2012;17:220.
- Burns T, Catty J, White S, et al. The impact of supported employment and working on clinical and social functioning: results of an international study of individual placement and support. *Schizophr Bull*. 2009;35:949-58.
- Jehoel-Gijsbers G. Beter aan het werk: trendrapportage ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en werkherleving. Den Haag: SCP; 2007.
- Broersen JP, Mulders HP, Schellart AJ, van der Beek AJ. The dimensional structure of the functional abilities in cases of long-term sickness absence. *BMC Public Health*. 2011;11:99.
- Sociaal-Economische Raad. Advies Beter zorg voor werkenden: Een visie op de toekomst van de arbeidsgelateerde zorg. Den Haag: SER; 2014.
- Buijs P, Bongers P, van der Klauw D, van Genabeek J, van Putten D, Wevers C. Zorg voor werk: Hoe kan de (eerstelijns) zorg bijdragen aan een gezonde beroepsbevolking? Hoofddorp: TNO; 2014.
- Steenbeek R, Hooftman W, Geuskens G, Wevers C. Objectiveren van gezondheidsgerelateerde nonparticipatie en de vermijdbare bijdrage van de gezondheidszorg hieraan. Hoofddorp: TNO; 2010.