

# VU Research Portal

## Return to work for temporary agency workers and unemployed workers, sick-listed due to musculoskeletal disorders

Vermeulen, S.

2012

### **document version**

Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in VU Research Portal](#)

### **citation for published version (APA)**

Vermeulen, S. (2012). *Return to work for temporary agency workers and unemployed workers, sick-listed due to musculoskeletal disorders: Cost-effectiveness of a participatory return to work program*. [PhD-Thesis - Research and graduation internal, Vrije Universiteit Amsterdam].

### **General rights**

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

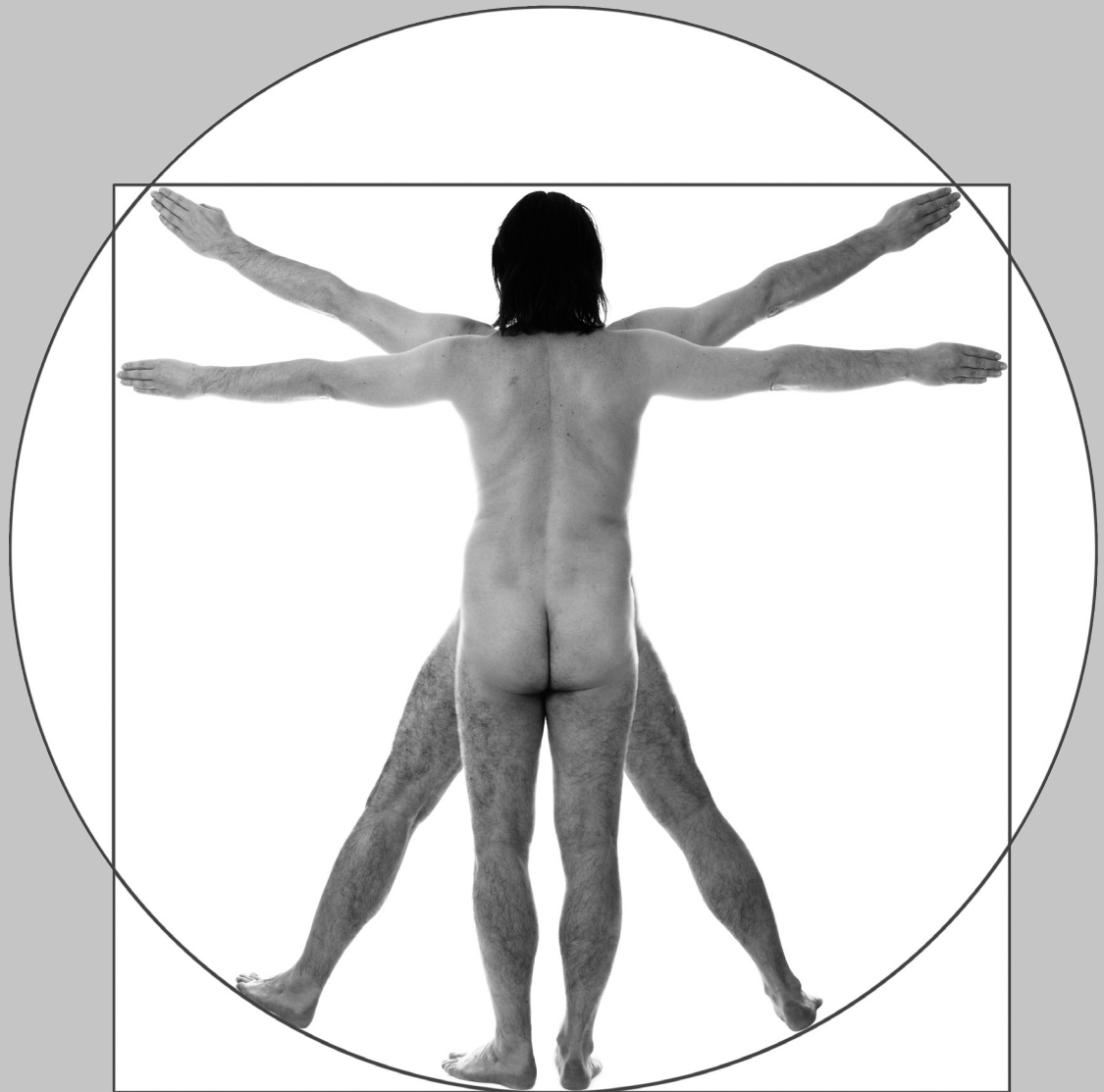
- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

### **Take down policy**

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

### **E-mail address:**

[vuresearchportal.ub@vu.nl](mailto:vuresearchportal.ub@vu.nl)



## Samenvatting

R1  
R2  
R3  
R4  
R5  
R6  
R7  
R8  
R9  
R10  
R11  
R12  
R13  
R14  
R15  
R16  
R17  
R18  
R19  
R20  
R21  
R22  
R23  
R24  
R25  
R26  
R27  
R28  
R29  
R30  
R31  
R32  
R33  
R34

Ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid als gevolg van aandoeningen van het houding- en bewegingsapparaat (HBA) zijn een veelvoorkomend en wezenlijk probleem voor de volksgezondheid met grote economische gevolgen wereldwijd. Tot op heden is het merendeel van het re-integratie-interventie onderzoek gericht op zieke (reguliere) werknemers, dat wil zeggen werkers met een relatief vast dienstverband. Participatieve re-integratie interventies blijken (kosten)effectief voor werkherhvatting van zieke werknemers met houding- en bewegingsapparaatklachten, bijvoorbeeld (sub)acute en chronische lage rugpijn. Ontwikkeling van effectieve re-integratie interventies voor zieke werkers zonder (relatief vast) dienstverband is hierbij echter achtergebleven. Echter, deze werkers vormen een kwetsbare groep binnen de beroepsbevolking. In vergelijking met reguliere werknemers ervaren zij een slechtere gezondheid, hebben zij een grotere afstand tot de arbeidsmarkt en een verhoogd risico op (langdurige) arbeidsongeschiktheid. Bovendien hebben deze werkers bij ziekteverzuim in de meeste gevallen geen werkplek/werkgever om naar terug te keren. Vandaar dat er voor deze (meer) kwetsbare werkers behoefte is aan ontwikkeling van re-integratie interventies met actieve betrokkenheid van belangrijke stakeholders en de mogelijkheid van een tijdelijke werkplek voor therapeutische werkherhvatting. Dit proefschrift is dan ook gericht op een nieuw ontwikkeld participatief re-integratie programma voor uitzendkrachten en werklozen die zich hebben met ziek gemeld vanwege HBA. De belangrijkste focus van dit proefschrift ligt op de OPSTAP studie, een gerandomiseerde gecontroleerde trial waarin de nieuwe participatieve re-integratie interventie is vergeleken met de gebruikelijke zorg.

### **Ziekteverzuimbegeleiding en terugkeer naar werk van zieke werkers zonder arbeidsovereenkomst**

Hoofdstuk 2 beschrijft cross-sectionele data analyses van een groot Nederlands cohort van werkers zonder een arbeidsovereenkomst (zogenaamde 'vangnetters'), die bij aanvang minimaal 13 weken ziek gemeld waren. Het doel van deze cohort studie was om kenmerken te onderzoeken van deze werkers (zonder arbeidsovereenkomst en tenminste 13 weken ziek gemeld); om de re-integratie inspanningen/activiteiten te onderzoeken voor deze groep zieke werkers; en om de associatie te onderzoeken tussen toegepaste re-integratie interventies en werkherhvatting. De resultaten

R1  
R2  
R3  
R4  
R5  
R6  
R7  
R8  
R9  
R10  
R11  
R12  
R13  
R14  
R15  
R16  
R17  
R18  
R19  
R20  
R21  
R22  
R23  
R24  
R25  
R26  
R27  
R28  
R29  
R30  
R31  
R32  
R33  
R34

R1 lieten zien dat zieke werkers zonder arbeidsovereenkomst in deze studie werden  
R2 gekenmerkt door een laag opleidingsniveau. Verder bleek dat 7-9 maanden na de  
R3 eerste dag van de ziekmelding het merendeel van de werkers hun gezondheid als  
R4 (tamelijk) slecht beoordeelden en de meest gerapporteerde reden voor verzuim  
R5 was klachten aan het houding- en bewegingsapparaat. Verder was 7-9 maanden na  
R6 de ziekmelding slechts 19% van de werkers (geheel of gedeeltelijk) weer aan het  
R7 werk, terwijl de meerderheid (81%) van de werkers (nog) niet het werk had hervat.  
R8 Wat betreft de ontvangen ziekteverzuim- en re-integratiebegeleiding door het UWV  
R9 was de meest gerapporteerde (49%) re-integratie-interventie: 'werkhervatting is  
R10 besproken'. Slechts 19% van de werkers gaven aan dat er een plan van aanpak was  
R11 opgesteld en besproken, terwijl 74% van de werkers rapporteerde dat er geen plan  
R12 van aanpak was opgesteld door de begeleider van het UWV. Bovendien bleek uit  
R13 loglineaire regressie-analyse dat er een significant positief verband bestond tussen  
R14 werkhervatting en de gerapporteerde re-integratie-interventies: 'werkhervatting  
R15 is besproken' (OR 1.57; 95% CI 1.03 – 2.40) en 'plan van aanpak opgesteld en  
R16 besproken' (OR 1.87; 95% CI 1.16 – 3.0). De re-integratie-interventie 'verwezen  
R17 naar een re-integratiebedrijf' was significant geassocieerd met geen werkhervatting  
R18 (OR 0.52; 95% CI 0.29 – 0.95). Concluderend, er is verder onderzoek nodig om op  
R19 maat gemaakte re-integratie-interventies te ontwikkelen, om de frequentie en  
R20 inhoud van de verzuim- en re-integratiebegeleiding te optimaliseren en het effect  
R21 van deze interventies op werkhervatting van zieke werkers zonder (relatieve vast)  
R22 dienstverband te evalueren.

### R24 **Ontwikkeling van een participatieve terugkeer naar werk methode voor zieke** R25 **werkers zonder dienstverband**

R26 In hoofdstuk 3 wordt de gestructureerde ontwikkeling beschreven van een  
R27 participatieve terugkeer naar werk methode voor uitzendkrachten en werklozen,  
R28 die zich hebben ziek gemeld vanwege HBA. Het Intervention Mapping protocol werd  
R29 gebruikt om theorie, wetenschappelijke evidence en de praktijk te combineren bij het  
R30 vormgeven van een op maat gemaakt terugkeer naar werk programma. Gebaseerd  
R31 op een eerder ontwikkelde kosteneffectieve participatieve re-integratie-interventie  
R32 voor werknemers met subacute lage rugpijn. Intervention Mapping bood de unieke  
R33  
R34

kans om de mogelijkheden van het nieuwe terugkeer naar werk programma te analyseren, rekening houdend met de specifieke factoren van de context waarin het re-integratieprogramma werd geïmplementeerd en toegepast. Het Attitude - Sociale invloed - Eigen effectiviteit (ASE) model was het theoretisch raamwerk voor determinanten van gedrag ten aanzien van werkhervatting van de zieke werker en de ontwikkeling van de nieuwe re-integratie-interventie. Belangrijke stakeholders werden betrokken bij alle stappen van ontwikkeling en implementatie van het re-integratieprogramma, namelijk directie en management van UWV, staffunctionarissen en professionals werkzaam binnen de Ziektewet bij UWV, vertegenwoordigers van grote (landelijke) uitzendbureaus, en vertegenwoordigers van re-integratiebureaus. Het werd duidelijk dat het ontbreken van een feitelijke werkplek om naar terug te keren en beperkte mogelijkheden voor werkhervatting in (tijdelijk) aangepast werk werden beschouwd als belangrijke obstakels voor werkhervatting. Vervolgens werden de resultaten van semigestructureerde interviews en 'fine-tuning' bijeenkomsten gebruikt om het definitieve participatieve terugkeer naar werk programma te ontwerpen. Het volgen van het Intervention Mapping protocol resulteerde in een re-integratie-interventie gericht op vroege werkhervatting, actieve betrokkenheid van de zieke werker, meer contact met de Ziektewet professionals van het UWV, het maken van een plan van aanpak voor werkhervatting op basis van consensus, de mogelijkheid van een tijdelijke (therapeutische) werkplek voor werkhervatting en structurele communicatie tussen alle betrokken partijen.

#### **Opzet van het onderzoek**

Hoofdstuk 4 beschrijft de opzet van een gerandomiseerde gecontroleerde trial naar de kosteneffectiviteit van het nieuw ontwikkelde participatieve terugkeer naar werk programma voor uitzendkrachten en werklozen die zich hebben ziek gemeld vanwege HBA, in vergelijking met de gebruikelijke zorg. Vijf front-offices van het UWV en vier grote Nederlandse uitzendbureaus (Olympia, Adeux, Capability, en Randstad Rentree) gevestigd in het Oosten van Nederland namen deel aan het onderzoek. De onderzoekspopulatie bestond uit uitzendkrachten en werklozen die tussen de 2 en 8 waren ziek gemeld met HBA als de belangrijkste gezondheidsklacht voor de Ziektewet claim. De belangrijkste exclusiecriteria waren: een conflict met het

R1  
R2  
R3  
R4  
R5  
R6  
R7  
R8  
R9  
R10  
R11  
R12  
R13  
R14  
R15  
R16  
R17  
R18  
R19  
R20  
R21  
R22  
R23  
R24  
R25  
R26  
R27  
R28  
R29  
R30  
R31  
R32  
R33  
R34

R1 UWW met betrekking tot een Ziektewet claim of een WIA claim; niet in staat zijn om  
R2 vragenlijsten in het Nederlands in te vullen; een juridisch conflict, bijvoorbeeld een  
R3 lopende letselschadeprocedure; en een eerdere ziekteverzuimperiode als gevolg van  
R4 HBA binnen een maand voor de huidige Ziektewet claim. Het nieuwe participatieve  
R5 terugkeer naar werk programma bestond uit een gestructureerd stapsgewijs protocol  
R6 gericht op het maken van een plan van aanpak voor werkhervatting op basis van  
R7 consensus met de mogelijkheid van een tijdelijke (therapeutische) werkplek voor  
R8 werkhervatting. Resultaten werden gemeten bij aanvang, en daarna na 3, 6, 9 en  
R9 12 maanden. De primaire uitkomstmaat was de duur van de Ziektewetuitkering  
R10 vanaf de eerste dag van randomisatie tot het beëindigen van de Ziektewetuitkering  
R11 gedurende tenminste 4 weken zonder (gedeeltelijke of volledige) herleving van de  
R12 Ziektewetuitkering. Secundaire uitkomstmaten waren: tijd tot duurzame eerste  
R13 werkhervatting (gedefinieerd als de duur in kalenderdagen vanaf de dag van  
R14 randomisatie tot werkhervatting in betaald regulier werk of regulier werk met  
R15 ondersteunende Ziektewetuitkering voor tenminste 28 opeenvolgende dagen), het  
R16 totaal aantal dagen Ziektewetuitkering gedurende follow-up, functionele status,  
R17 pijnintensiteit en de ervaren gezondheid.

### R18 **Effectiviteit van het participatieve terugkeer naar werk programma**

R19 Hoofdstuk 5 evalueert de effectiviteit van het participatieve terugkeer naar werk  
R20 programma in vergelijking met de gebruikelijke zorg voor uitzendkrachten en  
R21 werklozen, die ziek gemeld zijn vanwege HBA. In totaal werden 163 werkers, tussen  
R22 de 2 en 8 weken ziek gemeld als gevolg van HBA, willekeurig toegewezen aan het  
R23 participatieve terugkeer naar werk programma (n = 79) of aan de gebruikelijke zorg  
R24 (n = 84). De mediane duur tot duurzame eerste werkhervatting was 161 dagen in de  
R25 interventiegroep en 299 dagen in de gebruikelijke zorggroep. Daarnaast bleek uit  
R26 de per-protocol analyse een mediane duur tot duurzame werkhervatting van 157  
R27 dagen in de interventiegroep versus 330 dagen in de controlegroep. Het nieuwe  
R28 terugkeer naar werk programma resulteerde in een niet-significante vertraging  
R29 in werkhervatting tijdens de eerste 90 dagen (mogelijk door meer intensieve  
R30 betrokkenheid na instroom in het nieuwe participatieve terugkeer naar werk  
R31 programma), gevolgd door een statistisch significant voordeel in werkhervatting  
R32  
R33  
R34



na 90 dagen (hazard ratio van 2.24 [95% betrouwbaarheidsinterval 1.28 – 3.94]  $p = 0.005$ ). Beide groepen verbeterden gedurende de 12 maanden follow-up wat betreft hun functionele status, pijnintensiteit en ervaren gezondheid. Er was geen statistisch significant verschil tussen beide groepen. Bovendien, hoewel niet statistisch significant, had het nieuwe terugkeer naar werk programma een negatieve invloed op de duur van de Ziektewetuitkering (intention-to-treat: mediaan van 69 dagen; per-protocol: mediaan van 59 dagen). Dit was vooral vanwege het feit dat in de meeste gevallen de therapeutische werkplekken werden aangeboden met doorbetaling van de Ziektewetuitkering. Het totaal aantal gewerkte dagen in deze tijdelijke werkplekken vertegenwoordigden 95% van het verschil in de totale duur van de Ziektewetuitkeringen tussen beide groepen.

#### **Haalbaarheid van het participatieve terugkeer naar werk programma**

Hoofdstuk 6 evalueert de haalbaarheid van het participatieve terugkeer naar werk programma voor uitzendkrachten en werklozen, die ziek gemeld zijn vanwege HBA. De haalbaarheidstudie betrof een deel van de studiepopulatie, namelijk de deelnemers die werden toegewezen aan het participatieve terugkeer naar werk programma. Het doel van de studie was het beschrijven van de omvang van de implementatie van het participatieve terugkeer naar werk programma, de tevredenheid en ervaringen van alle betrokkenen, en de ervaren barrières en bevorderende factoren voor implementatie van het participatieve terugkeer naar werk programma in de dagelijkse praktijk. Na toewijzing aan de interventiegroep zijn zeven deelnemers niet gestart met het participatieve terugkeer naar werk programma. De belangrijkste reden om niet te beginnen was volledig herstel van HBA voor aanvang van het programma. In totaal hebben 38 van de 72 interventiedeelnemers, die startten met het programma, ook deelgenomen aan de bijeenkomsten met de procescoach met als doel het maken van een plan van aanpak voor werkhervatting op basis van consensus. In totaal werden 98 belemmeringen voor werkhervatting geïdentificeerd en geprioriteerd. De meest genoemde belemmeringen voor werkhervatting hadden te maken met fysieke werkbelasting, woon-werkverkeer, een laag opleidingsniveau/werkniveau, werkinhoud en het werkrooster. In totaal werden 30 interventiedeelnemers doorverwezen naar een re-integratiebureau waarvan 19 werkers daadwerkelijk

R1  
R2  
R3  
R4  
R5  
R6  
R7  
R8  
R9  
R10  
R11  
R12  
R13  
R14  
R15  
R16  
R17  
R18  
R19  
R20  
R21  
R22  
R23  
R24  
R25  
R26  
R27  
R28  
R29  
R30  
R31  
R32  
R33  
R34

R1 werden geplaatst in een tijdelijke (therapeutische) werkplek. Verder kregen drie  
R2 werkers een tijdelijke (therapeutische) werkplek via het persoonlijk netwerk van  
R3 hun arbeidsdeskundige en vier werkers vonden zelf een passende werkplek.  
R4 De meerderheid van de zieke werkers voelde zich serieus genomen tijdens de  
R5 bijeenkomsten met de Ziektewetprofessionals en de algemene tevredenheid was  
R6 goed (63% met de verzekeringsarts, 66% met de arbeidsdeskundige en 72% met de  
R7 procescoach). Bovendien ervoer de meerderheid van de arbeidsdeskundigen een  
R8 positieve bijdrage van de aanwezigheid van de procescoach. Het programma werd  
R9 grotendeels uitgevoerd volgens het protocol. Echter, het aanbieden van geschikte  
R10 tijdelijke werkplekken kostte meer tijd (45 dagen langer). De resultaten van deze  
R11 studie wijzen op een algehele haalbaarheid voor implementatie van het participatieve  
R12 terugkeer naar werk programma in de dagelijkse praktijk. Echter, voor implementatie  
R13 in de praktijk moet aandacht worden geschonken aan de volgende belangrijke  
R14 belemmeringen: het verbeteren van het tijdig aanbieden van geschikte tijdelijke  
R15 werkplekken; de programma doelen en de rollen van de professionals duidelijker  
R16 omschrijven; de administratieve tijdinvestering verminderen, en het bieden van  
R17 extra steun voor werkers met complexe multi-causale gezondheidsproblemen.

### R18 **Kosteneffectiviteit van het participatieve terugkeer naar werk programma**

R19 Hoofdstuk 7 beschrijft een economische evaluatie van het participatieve terugkeer  
R20 naar werk programma in vergelijking met de gebruikelijke zorg voor uitzendkrachten  
R21 en werklozen, die ziek gemeld zijn vanwege HBA. De kosteneffectiviteit is na  
R22 12 maanden follow-up geëvalueerd vanuit zowel het perspectief van UWV als  
R23 het maatschappelijk perspectief. Kosten-baten werden geëvalueerd vanuit  
R24 het maatschappelijk perspectief. De effect uitkomsten waren duurzame eerste  
R25 werkhervatting en Quality Adjusted Life Years. De totale gezondheidszorgkosten  
R26 in de interventiegroep (€ 10.189; SD 7055) waren statistisch significant hoger  
R27 in vergelijking met de gebruikelijke zorg groep (€ 7.862; SD 7394), voornamelijk  
R28 als gevolg van hogere UWV kosten samenhangend met de nieuwe re-integratie-  
R29 interventie. De kosteneffectiviteit analyses vanuit zowel het UWV perspectief als  
R30 het maatschappelijk perspectief lieten zien dat de nieuwe re-integratie-interventie  
R31 effectiever was, maar ook duurder dan de gebruikelijke zorg. Voor één dag eerdere  
R32  
R33  
R34

werkhervatting met behulp van het participatieve terugkeer naar werk programma moest ongeveer 80 euro (76 en 82 euro, respectievelijk) worden geïnvesteerd. Verder bleek er vanuit het maatschappelijk perspectief een netto financiële opbrengst na 12 maanden. Dat wil zeggen elke geïnvesteerde euro werd verdubbeld als gevolg van winst in productiviteit. De netto maatschappelijke baten van het nieuwe participatieve terugkeer naar werk programma (ten opzichte van de gebruikelijke zorg) was 2.073 euro per werker. Over het geheel genomen bevorderde het nieuwe terugkeer naar werk programma werkhervatting van kwetsbare werkers zonder (relatief) vast dienstverband, die ziek gemeld waren als gevolg van HBA. Tevens verbeterde de nieuwe re-integratie-interventie de maatschappelijke participatie van de werkers en leverde het een netto economisch voordeel op. Echter, enerzijds werd er geïnvesteerd door het UWV en dus betaald met publiek geld, terwijl anderzijds de (productiviteit)opbrengsten voor de werkgevers waren. Het maken van afspraken over gedeelde kosten en baten tussen het UWV en werkgevers, bijvoorbeeld over realisatie van gesubsidieerde (tijdelijke) werkplekken, kan helpen beleidsmakers te overtuigen en een succesvolle implementatie van het nieuwe terugkeer naar werk programma in de dagelijkse praktijk te bevorderen. Bovendien kan een mogelijke oplossing zijn om werkgevers meer verantwoordelijkheid te geven met betrekking tot het faciliteren van werkhervatting van zieke werkers zonder een arbeidsovereenkomst. Vanuit dit perspectief kan worden aanbevolen na te gaan wat de mogelijkheden zijn om uitzendbureaus meer verantwoordelijk te maken voor re-integratie van zieke uitzendkrachten. Hierbij kan gedacht worden aan het aanbieden van een passende werkplek voor (therapeutische) werkhervatting en financiële verantwoordelijkheden met betrekking tot het betalen van re-integratie kosten. Tot slot kan het creëren van een netwerk van potentiële (tijdelijke) werkplekken en het niet hoeven te contracteren van commercieel opererende re-integratiebureaus de kosten verminderen voor de toepassing van het nieuwe terugkeer naar werk programma.

R1  
R2  
R3  
R4  
R5  
R6  
R7  
R8  
R9  
R10  
R11  
R12  
R13  
R14  
R15  
R16  
R17  
R18  
R19  
R20  
R21  
R22  
R23  
R24  
R25  
R26  
R27  
R28  
R29  
R30  
R31  
R32  
R33  
R34

**Algemene discussie**

Hoofdstuk 8 gaat in op de bevindingen van dit proefschrift met betrekking tot huidige wetenschappelijke inzichten. Bovendien worden methodologische aspecten van de studie besproken. Internationale literatuur toont dat een globaal perspectief is aangenomen gericht op de multicausaliteit van arbeidsongeschiktheid, waarbij re-integratie-interventies de volgende drie centrale elementen moeten omvatten: 1. het aanpakken van individuele factoren, 2. het aanpakken van werk(plek) factoren, en 3. betrokkenheid van de verschillende stakeholders. Wij zijn van mening dat alle drie elementen voldoende zijn opgenomen in het nieuw ontwikkelde participatieve terugkeer naar werkprogramma, te weten: 1. management van arbeidsongeschiktheid afgestemd op de behoeften van de zieke werker om de (individuele) belemmeringen voor werkhervatting weg te nemen; 2. het aanpakken van werk(plek)factoren door het aanbieden van een geschikte tijdelijke (therapeutische) werkplek voor werkhervatting; en 3. het stimuleren van sterke betrokkenheid van de verschillende belanghebbenden bij het re-integratie proces van de werker. Bovendien zorgde het toepassen van het Intervention Mapping protocol bij de interventieontwikkeling en de implementatie voor een duidelijke focus op het realiseren van feitelijke werkhervatting en het integreren van het interventieprogramma in de reguliere praktijk van verzuimbegeleiding en re-integratie. Het nieuwe re-integratieprogramma biedt de mogelijkheid van werkhervatting in een tijdelijke (therapeutische) werkplek. Het bevordert de verandering van focus van arbeidsongeschiktheid naar functionele mogelijkheden in een vroeg stadium door de werker te laten ervaren dat werkhervatting in geschikt werk mogelijk is. Deze focus op snel herstel van activiteiten, inclusief werkhervatting, werd in onze studie geïdentificeerd als een bevorderende factor voor implementatie. Bovendien sluit deze dubbele focus op gezondheidsherstel én herstel van functioneren aan bij de huidige Nederlandse richtlijnen voor verzuimbegeleiding en re-integratie zoals geformuleerd door de Nederlandse Vereniging voor Arbeid- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB).

Tevens laten (internationale) bevindingen zien dat maatschappelijk draagvlak voor ondersteunende terugkeer naar werk interventies, bijvoorbeeld IPS (Individual Placement & Support) interventies in de VS en de Deense Flex-Jobs regeling, helpt om arbeidsgehandicapte werkers met succes de arbeidsmarkt te laten (her)betreden.

Echter, Nederlandse werkgevers kunnen terughoudend zijn als het gaat om het in dienst nemen van werknemers met functionele beperkingen. Een verandering van de maatschappelijke visie is daarom nodig ten aanzien van re-integratie en het bevorderen van een duurzame bijdrage van (meer) kwetsbare werkers zonder (vaste) arbeidsovereenkomst aan de beroepsbevolking. Richting een bewustwording dat investeren in het versterken van het arbeidsaanbod en een verdere versterking van maatregelen gericht op re-integratie van kwetsbare werkers van vitaal belang zijn voor het welzijn van niet alleen de individuele werker, maar de Nederlandse samenleving als geheel.

Tot slot, naast het aanbieden van de mogelijkheid van een werkervaringplek om werkherleving te vergemakkelijken, kan het onderkennen van het belang van het integreren van verzuimbegeleiding en re-integratie in een geïntegreerde gezondheidszorgaanpak een belangrijke eerste stap zijn om het functioneren in werk te verbeteren. Om zo een meer duurzame bijdrage te kunnen bevorderen van kwetsbare arbeidsgehandicapte werkers die een afstand ervaren ten opzichte van de arbeidsmarkt.

### **Aanbevelingen**

De belangrijkste aanbevelingen voor toekomstig onderzoek zijn:

- Studies met een langere follow-up om werkherlevingspatronen na een jaar (ten opzichte van baseline) te onderzoeken.
- Exploreren van patronen van arbeidsongeschiktheidsuitkeringen. Om vast te stellen of een eerdere duurzame terugkeer naar de arbeidsmarkt in het eerste jaar resulteert in een daling van (toegekende) arbeidsongeschiktheidsuitkeringen.
- Verkennende subgroep analyses om te achterhalen wat het beste werkt voor wie (en tegen welke kosten).
- Onderzoeken of het participatieve terugkeer naar werk programma ook (kosten)effectief is voor andere groepen zieke werkers zonder arbeidsovereenkomst, bijvoorbeeld werkers met chronische HBA of werkers met psychische stoornissen.

R1  
R2  
R3  
R4  
R5  
R6  
R7  
R8  
R9  
R10  
R11  
R12  
R13  
R14  
R15  
R16  
R17  
R18  
R19  
R20  
R21  
R22  
R23  
R24  
R25  
R26  
R27  
R28  
R29  
R30  
R31  
R32  
R33  
R34

R1  
R2  
R3  
R4  
R5  
R6  
R7  
R8  
R9  
R10  
R11  
R12  
R13  
R14  
R15  
R16  
R17  
R18  
R19  
R20  
R21  
R22  
R23  
R24  
R25  
R26  
R27  
R28  
R29  
R30  
R31  
R32  
R33  
R34

De belangrijkste aanbevelingen voor de praktijk en het beleid zijn:

- Een fundamentele beleidsverandering om de arbeidsparticipatie van zieke werkers zonder een arbeidsovereenkomst, zogenaamde vangnetters, te verbeteren. Een voorbeeld is het realiseren van een regeling voor gesubsidieerde tijdelijke werkplekken om zo de kosten te kunnen delen tussen de samenleving (en dus met overheidsmiddelen gefinancierd) en werkgevers. Een andere mogelijkheid is het zorgen voor meer verantwoordelijkheid van uitzendbureaus om passende werkplekken te bieden voor werkhervatting. Tevens is het van belang ervoor te zorgen dat zij meer financiële verantwoordelijkheid krijgen met betrekking tot de re-integratie van zieke uitzendkrachten.
- Integreren van de onderzoeksbevindingen in (bedrijf)gezondheidszorg richtlijnen. Dit kan bijdragen aan meer aandacht voor werkgerelateerde factoren en het verbeteren van gecoördineerde zorg tussen alle betrokken zorgverleners. Op die manier wordt de kans op onnodige langdurige arbeidsongeschiktheid verminderd.
- Herziening van de Ziektewet criteria. In lijn met de reeds bestaande arbeidsongeschiktheidregeling voor reguliere werknemers, kan de implementatie van het participatieve terugkeer naar werk programma worden vergemakkelijkt als het mogelijk is om volledige arbeidsgeschiktheid vast te stellen op grond van werkhervatting in ander werk met gelijke verdien capaciteit. Bovendien kan dit de werker helpen om de focus te veranderen richting arbeidsgeschiktheid en mogelijkheden voor werkhervatting.
- Gebruik van bestaande kennis en expertise met betrekking tot de arbeidsmarkt, inclusief de aanwezigheid van een regionaal netwerk van werkplekken/werkgevers, om zo de beschikbaarheid van tijdelijke werkplekken te verbeteren.

R1

R2

R3

R4

R5

R6

R7

R8

R9

R10

R11

R12

R13

R14

R15

R16

R17

R18

R19

R20

R21

R22

R23

R24

R25

R26

R27

R28

R29

R30

R31

R32

R33

R34