



Radboud University Nijmegen

Early assessment of healthcare innovations

A stakeholder analysis

Radboudumc, Nijmegen

Marlous Beaumont
3037630
Master Thesis Accounting and Control

Supervisor: dr. Koos Wagenveld
Internship supervisor: drs. Theo Senden

Retake, December 2022

C O N F I D E N T I A L

Table of contents

Table of contents.....	3
Summary	5
Glossary	6
1. Introduction.....	7
1.1. Research question	8
1.2. Scientific contribution	9
1.3. Practical relevance	9
2. Theoretical framework.....	10
2.1. Core concepts.....	10
2.1.1. Occupational healthcare	10
2.1.2. Healthcare innovations	11
2.1.3. Implementation of healthcare innovations.....	13
2.1.4. Assessment of healthcare innovations.....	13
2.1.5. Early assessment	14
2.1.6. Stakeholder analysis theory	15
2.2. Case ‘Zorg voor Arbeid’	18
2.3. Summary and knowledge gap	19
3. Methodology	19
3.1 Study design	20
3.1.1. Qualitative research	20
3.1.2. Case study.....	20
3.1.3. Framework for stakeholder analysis	21
3.2 Data collection.....	23
3.2.1. Observations.....	23
3.2.2. Semi-structured interviews	23
3.2.3. Documents.....	29
3.3 Data analysis.....	30
3.3.1. Content analysis	30
3.3.2. Actor linkage matrix	31
3.3.3. Importance analysis.....	31
3.4 Summary of methodology.....	32
4. Results	32

4.1	Actor linkage matrix	33
4.1.1.	Problem solution	35
4.1.2.	Further research	36
4.1.3.	System change.....	37
4.1.4.	Primary care vs. secondary care.....	37
4.1.5.	Financing.....	37
4.1.6.	Expectation	37
4.1.7.	Interest	38
4.1.8.	Influence	39
4.1.9.	Implementation.....	40
4.1.10.	Stakeholder alliances.....	40
4.2	Importance analysis.....	41
4.3	Recent developments.....	42
4.4	Recommendations.....	43
4.5	Summary of Results.....	44
5.	Conclusions and discussion	44
5.1	Conclusions.....	44
5.2	Discussion	45
5.3	Practical implications for ‘Zorg voor Arbeid’	47
5.4	Strengths and limitations	49
5.2.1.	Stakeholder identification, differentiation and categorisation.....	50
5.2.2.	Interest-influence matrix.....	51
5.2.3.	Semi-structured interviews	51
5.2.4.	Actor linkage matrix	51
5.5	Summary and further research	52
	References.....	53
	Appendix A Methods for early assessment in scientific literature	61
	Appendix B Review of available methods for stakeholder analysis.....	65
	Appendix C Steps followed: framework for stakeholder analysis.....	70
	Appendix D Observations.....	76
	Appendix E Interview protocol.....	86
	Appendix F Interview transcripts	88

Summary

INTRODUCTION Having a job can prevent illness and play an active role in the recovery from an illness, including chronic conditions. A suitable job increases self-esteem, gives meaning to life, and improves social functioning. To facilitate return to work for patients with chronic conditions, Radboudumc has initiated the Zorg voor Arbeid healthcare innovation. To improve the efficacy and enable implementation, I performed an early assessment of the Zorg voor Arbeid healthcare innovation to answer the question: *How can early assessment by stakeholder analysis contribute to the efficacy of healthcare innovations?*

METHODOLOGY For the early assessment and based on literature review a framework was designed to perform stakeholder analysis. This framework was followed and an early assessment based on a stakeholder analysis with combined methods was executed. The following methods were combined; semi-structured interviews including stakeholder-led snowball sampling, interest-influence matrix and importance analysis as part of actor linkage matrix.

RESULTS Analysing the data with the help of actor linkage matrix and importance analysis gave insights in the 'Zorg voor Arbeid' healthcare innovation and its drivers. These results and insights lead to five recommendations to improve the 'Zorg voor Arbeid' healthcare innovation. First, I recommend to expand this early assessment by exploring the potential of implementing the 'Zorg voor Arbeid' healthcare innovation in primary care. Second, start the process of finding stakeholders that can be drivers for the 'Zorg voor Arbeid' healthcare innovation. Third, guarantee financial sustainability. Fourth, start hospital wide implementation at the Radboudumc of the 'Zorg voor Arbeid' healthcare innovation, by connecting to the structure of the Radboudumc. Finally, it is essential to scientifically prove the success of the 'Zorg voor Arbeid' healthcare innovation by performing a RCT or SCBA.

DISCUSSION This early assessment by stakeholder analysis demonstrated that simultaneous use of multiple methods for stakeholder analysis improves the outcome and utility. Stakeholder identification is a crucial first step in which we noted several flaws, in particular the omission of patients and the low sensitivity to detect drivers. This highlights the need for further methodological research, assessing both stakeholder analysis methods as well as other early assessment methods and the usefulness of the results they yield for the implementation process.

Glossary

COP <i>Clinical occupational physician</i>	The COP ensures that maintaining work capacity and labour participation is integrated in the clinical treatment process for patients
Early HTA <i>Early assessment</i>	The assessment of a healthcare innovation for its efficacy during early stages of development, before its adoption into routine practice
Healthcare innovation	The development of “new or improved health policies, systems, products and technologies, and services and delivery of methods that improve people's health.
HTA <i>Health technology assessment</i>	Policy research to advise decision makers on the potential impact of health technologies in terms of health, economics, social and ethical dimensions
Influence	Influence indicates stakeholders’ relative power over the project and over decisions to be made
Interest	Interest is generally derived from the relation between stakeholders’ needs and project goals or purposes.
Stakeholder analysis	Methodological approach to involve stakeholders in the process of innovations at an early stage of planning and development.
SCBA <i>Social cost-benefit analysis</i>	A systematic analysis of all costs and all benefits of a policy measure, compared to doing nothing or compared to another measure, and is future oriented
Power	The mechanism through which stakeholders influence the direction and decisions for a project or innovation.
Leadership	The willingness to use influence and/or to initiate change.
Importance	A stakeholders’ ability to affect the implementation of a healthcare innovation
QALY <i>Quality adjusted life years</i>	QALY is a generic measure of disease burden, including both the quality and the quantity of life lived, where one QALY equates to one year in perfect health.

1. Introduction

There is a growing number of people that suffer from a chronic condition during their working life (SER, 2016). A chronic condition is commonly defined as a condition lasting for a minimum of three months, but usually longer and that leads to prolonged use of healthcare (Bernell & Howard, 2016). Important examples of chronic conditions in the Netherlands include diabetes, chronic lung diseases, cardiovascular disease or cancer (CBS, 2013). In 2011 there were 5.3 million people with one or more chronic conditions in the Netherlands and this number is expected to increase further to 7 million by 2030, which is approximately 40% of the Dutch population (NVAB, 2016).

Having a chronic condition makes it harder to keep or find a suitable job and income. For example, people with a chronic condition make relatively frequent and long-term use of healthcare, have a higher risk of workplace absenteeism, have less chance of sustainable resumption of work and have a higher risk of incapacity for work. As a result, labour participation among chronically ill people is considerably lower than among healthy people. In addition, these chronically ill people are confronted with more difficulties in the execution of their work (KNMG, 2017). Labour and health are inextricable. Having a secure job and income enables social participation and affects mental health and thereby, (in)directly, physical health. Not having a job leads to a higher chance of physical and psychological complaints or disorders (Hulshof, 2012). Having a job can also help prevent illness and play an active role in the recovery from an illness, including chronic conditions. A suitable job increases self-esteem, gives meaning to life, and improves social functioning (NVAB, 2016). As health has been defined as the ability to adapt and self-manage in the face of social, physical, and emotional challenges (Huber et al., 2011), labour thus is an important contributor to health and well-being.

Occupational healthcare is the medical specialty that is involved in management of chronic conditions in the workplace. In light of the increasing prevalence of chronic conditions in the workplace, the role of occupational healthcare is becoming more important. The Royal Dutch Medical Association (in Dutch Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst or KNMG) has called for further research and implementation of healthcare innovations for the improvement of occupational healthcare delivery (KNMG, 2017). A healthcare innovation is defined as “the development of new or improved health policies, systems, products and technologies, and services and delivery of methods that improve people’s health” (WHO, 2014, p.14). A healthcare innovation responds to an unmet medical need and adds value in the form of improved efficiency, effectiveness, quality, safety and/or affordability of healthcare (WHO, 2014).

Currently, the problem with healthcare innovations is that they are being developed at a dizzying pace (Grutters et al. 2019). As a result, decision makers in healthcare struggle with the uptake of rapidly evolving scientific knowledge and innovations into healthcare practice, organisation, and policy. To achieve the best possible healthcare outcomes, a rapid uptake of high-value clinical procedures, technologies, and organisational models is needed (Wensing & Grol, 2019). The important challenge facing health systems now is to avoid unnecessary innovations and manage the transition for necessary innovations (Grutters et al. 2019). Evaluation of healthcare innovations and their impact is thus important, but complex and time-consuming. Part of the complexity lies in the necessity of generating multimodal long-term data (Støme, Moger, Kidholm & Kværner, 2019).

The concept of health technology assessment (HTA) was introduced in connection with evidence-based medicine to allow for evidence-informed decision making in healthcare. HTA is a form of policy

research to advise decision makers on the potential impact of introducing or withdrawing individual or packages of health technologies in terms of health, economic, social and ethical dimensions (Wang, Rattanaipapong & Teerawattananon, 2021). Evaluations of healthcare innovations to date have been primarily post-hoc and therefore have lacked the incentive to promote innovation, include local considerations for decision making at an institutional level, and have lacked quality control potentially leading to introduction of innovations with poor efficacy (Støme et al., 2019).

For this reason there has been an increasing interest in using health economic modelling in earlier stages of healthcare innovation development over the last 2 decades. In this so-called early health technology assessment (HTA) the focus is often on the ‘commercial viability’ of new tools or technologies. Early HTA includes early health economic modelling to inform product development, market access, and pricing (Grutters et al., 2019). However, literature on the use of early assessments in healthcare innovations remains limited. The few available studies typically take an industry perspective, emphasizing products, market entry and reimbursement (Støme et al., 2019). Early assessment methodologies for other healthcare innovations, particularly services, are still in development (Fasterholdt, Krahn, Kidholm, Yderstræde & Pedersen, 2017). The use of such early assessment methods in patient oriented healthcare processes is therefore limited and its optimal methodology remains to be established (Fasterholdt et al., 2017; Støme et al., 2019; Wang et al., 2021).

Actively engaging multiple stakeholder groups throughout the healthcare innovation development process may improve early HTA (Xie, Malik, Linthicum & Bright, 2021). Stakeholder analysis is a methodological approach or tool to involve stakeholders in the process of innovations, for example in healthcare, at an early stage of planning and development (Varvasovszky & Brugha, 2000). Stakeholder analysis consists of a broad range of different methods and there are no strict guidelines on how to perform such analyses in a systematic manner. Several authors have thus advocated the need to identify the characteristic features and different approaches of stakeholder analysis (Yang, Shen, Bourne, Ho & Xue, 2011).

Thus, occupational healthcare can benefit from healthcare innovations but methods to rapidly assess the efficacy of these innovations in early stage are lacking. The theory and case study provided in this thesis can help to promote early assessments of healthcare innovations and their quality, and thus quality of care. This thesis will contribute to the body of knowledge by performing early assessment through stakeholder analysis not of a product, but of a service innovation.

1.1. Research question

The objective of this research is to answer the following question: *How can early assessment by stakeholder analysis contribute to the efficacy of healthcare innovations?*

Important subquestions then are:

- 1- Which early assessment methods are suitable for healthcare innovations?
- 2- How can methods for stakeholder analysis be applied?
- 3- What is the optimal methodology for stakeholder analysis, in ‘Zorg voor Arbeid’?

The remainder of this thesis is organized as follows: After this introduction, with the problem statement, research question, scientific contribution and practical relevance, chapter two will provide a

theoretical framework that will answer the first subquestion. Chapter three will describe the stakeholder analysis methods and their justification in the case study. The empirical results of the stakeholder analysis will be presented in chapter four. And last, chapter five will show the conclusion of the research, including a discussion focussed on the scientific contribution, practical implications, limitations and opportunities for further research.

1.2. Scientific contribution

This study is of exploratory nature, which means that we sought to explore what possible ways there are to conduct a stakeholder analysis in early assessment. The results of this thesis give real-world evidence on how early assessment, specifically stakeholder analysis, works and whether it is worthwhile to perform this on a healthcare innovation in early stage. Hence, the scientific contribution of this study is twofold.

The first contribution is to respond to the call for early assessment on healthcare innovations (Fasterholdt et al., 2017), because more research is necessary to identify sustainable innovative concepts and products in the healthcare system. Hartz & John (2008) already argued that there is a lack of evidence on how effective the various early assessment methods are and that there is a need to develop an agreed upon method for early assessment. This was recently reiterated by Wensing and Grol (2019), who also noted that stakeholder involvement is now the holy grail of improvement, despite the fact that evidence for this belief is largely anecdotal, methods for stakeholder involvement are poorly specified and replication is difficult.

The second contribution is to add to the scientific literature by performing a stakeholder analysis using combined methods, which has been long advocated but rarely performed (Reed et al., 2009). Specifically for healthcare innovations, there is limited literature on the use of stakeholder analysis in early assessments (Støme et al., 2019). Results of stakeholder analysis can contribute to quicker implementation, which can improve quality of care and quality of life of patients (Kristensen, Nymann & Konradsen, 2016). This can be used to advance the field of health service development in a structured manner (Kristensen et al., 2009). Yet, there is no standardized approach for stakeholder analysis and combining several methods is likely the best way to identify and manage stakeholders (Yang et al., 2011). The next challenge is thus to determine the effectiveness of combining existing methods to derive more useful results (Reed et al., 2009), with the overarching aim of better specifying stakeholder involvement methods and validating these in empirical research (Wensing & Grol, 2019). Therefore the second part of the scientific contribution is to perform a stakeholder analysis with combined methods, within a case study.

This study contributes to the body of knowledge about early assessment of healthcare innovations and the theory of stakeholder analysis; we provide a framework encompassing practical approaches to perform a stakeholder analysis for a healthcare innovation. From this framework of multiple methods to perform stakeholder analysis, we extract insights in the utility of individual methods and their combinations.

1.3. Practical relevance

This research project was accompanied by a case study, performed during an internship at the Radboudumc Nijmegen, an academic hospital in the Netherlands. This research is performed within the departments of Neurology and Oncology. The aim of the case study was to perform a stakeholder

analysis with combined methods for the early assessment of the 'Zorg voor Arbeid' healthcare innovation at the Radboudumc. This stakeholder analysis will help to improve the 'Zorg voor Arbeid' healthcare innovation in three distinct ways. First, it will identify key stakeholders for the innovation. Second, it will help to identify potential roles and levels of involvement of these stakeholders. Third, it will generate insights on how to optimize the performance of the 'Zorg voor Arbeid' healthcare innovations from the insights and opinions of the stakeholders. As a result, this document provides supporting arguments in the conversation about this healthcare innovation that can be helpful in the implementation and search for structural and financial embedding. Additionally, in the process of performing a stakeholder analysis important arguments can come up, that will be helpful to enter dialogue with (new) parties about cooperation and co-financing (Hoeymans & Polder, 2015). Also, the validity of the stakeholder selection can be evaluated.

2. Theoretical framework

Before the start of the qualitative part of this research a literature search was performed. To gain insight into the best research method for the early assessment of a healthcare innovation a literature search is conducted in Web of Science and Google Scholar. This theoretical framework is established to get a scope of the core concepts that are related to this research.

2.1. Core concepts

For this study the core concepts are occupational healthcare, healthcare innovations, implementation of healthcare innovation, assessment of healthcare innovations, early assessment and stakeholder analysis, in the context of the case 'Zorg voor Arbeid'.

2.1.1. Occupational healthcare

Occupational healthcare is a medical specialty, that focuses on maintaining and improving the health and participation in the long term of workers (KNMG, 2017). It is integrated care that consists of the entire process of prevention, coping with health problems, absenteeism and reintegration and involves cooperation with curative care (de Jong & Steenbeek, 2016). It helps to achieve sustainable employability of the entire labour force.

Currently, occupational healthcare in the Netherlands is facing several challenges. First, the number of self-employed workers is increasing rapidly. Currently around 1 million people in the Netherlands are self-employed and, as a result, are not covered by health and safety agreements and therefore receive no occupational healthcare or guidance. (NVAB, 2016). Second, with the Dutch participation Act, there is a shift from a welfare state to a participation society. The basic principle of the Participation Act is that individuals participate in society according to their ability and provide for themselves as much as possible. The Act concerns any form of paid work and is aimed to stimulate return to work or job retention despite illness (Vooijs et al., 2016). As a result, people in the labour force, both employed and self-employed, are increasingly made responsible for their own health and employability, leading to a less protected environment for workers. This issue is not limited to the Netherlands; it applies to most Western European countries (Kuronen, Winell, Kopra & Räsänen, 2020).

The less protected working environment can have major consequences for the societal participation of people that suffer from a chronic condition (KNMG, 2017). Looking at (potential) workers with a chronic condition, occupational healthcare looks at the context of individuals as well as society as a whole. Its two core tasks are the assessment of capacity for work and diagnostics, treatment and

guidance of workers with a (risk of) a condition that could negatively impact labour participation (NVAB, 2016). There is evidence that occupational healthcare can improve the ability to work of people with a chronic condition (Kuronen, Winell, Kopra & Räsänen, 2020). The consequences of chronic conditions for participation is therefore a theme that requires increasing attention and influences the demand for occupational healthcare (Vooijs et al., 2016).

Individual workers with a chronic condition face important obstacles when it comes to retaining or returning to work. These working patients have to deal with occupational physicians and insurance doctors, but often first contact their general practitioner or medical specialist for diagnosis and treatment of their chronic condition. Research shows that these physicians often do not pay sufficient attention to the relationship between health and work (Vooijs et al., 2016). Work is a determinant of health but this fact is often not included in treatment of chronic conditions. Return to work programs are also not used in the majority of cases and there is inadequate disease-specific knowledge by occupational physicians (Soentken, Steenbeek, Mooij & Hommerson, 2014). It is therefore deemed crucial that all medical specialties, including general practitioners, health and safety officers and medical specialists work together, in order to improve occupational healthcare and achieve sustainable employability of workers (KNMG, 2017). Collaboration between occupational and curative healthcare is important to effectively reduce health-related absenteeism and job losses among patients with chronic diseases. Through occupational healthcare the work-relevant or work-related complaints and illnesses can be reduced. (Potential) workers can be guided to better self-manage their disease, return or retain their job and can benefit from social participation, despite their chronic condition.

The Dutch Socio-Economic Council (Dutch: Sociaal-Economische Raad; SER), a government advisory body, has confirmed the challenge of providing occupational healthcare to an increasingly self-employed population and the need for close collaboration between occupational and curative healthcare (SER, 2014). The ministries of Health and Social Affairs and Employment are separated departments, which complicates this collaboration (KNMG, 2017). The government also recognizes these bottlenecks and the need to resolve these in the future (de Jong & Steenbeek, 2016). These challenges call for innovations in the delivery of occupational healthcare.

2.1.2. Healthcare innovations

The World Health Organisation (WHO) defines healthcare innovation as the development of “new or improved health policies, systems, products and technologies, and services and delivery of methods that improve people's health.” This can be achieved by responding “to unmet needs by employing new ways of thinking with a special focus on the needs of vulnerable populations. A healthcare innovation adds value in the form of improved efficiency, effectiveness, quality, safety and/or affordability” (WHO, 2014, p. 14). “The purpose of a healthcare innovation is to improve patient care by enabling personalization and refinement of existing healthcare practices or to improve healthcare by increasing the efficiency of the system” (Støme et al., 2019).

The SER and the KNMG have reached agreement on the principles that the innovations in occupational healthcare must meet. These starting points are the base for the further development of occupational healthcare and its delivery. First and foremost, the health of the worker should be at the core of occupational healthcare innovations. Second, participation should be promoted, on the one hand by strengthening the worker's ability of self-management, and on the other hand by adapting

the (work) environment in such a way that the worker is able to participate according to her/his ability; attention to (labour) participation also needs to be stimulated in primary and secondary care. Third, innovation should promote integration of services in occupational and curative healthcare; the occupational physicians and insurance doctors should have more knowledge of activities and limitations of other medical specialties in work-related healthcare provision. Similarly, physicians in curative healthcare should also see the patient as a working patient and address conditions with particular attention for impact on work. A considerable amount of knowledge is already available but is fragmented and difficult to access for professionals in the field (Vooijs, 2016); better information exchange is required (NVAB, 2016; KNMG, 2017). Last, innovations in occupational healthcare should improve accessibility for all workers, including self-employed persons and employees who currently do not have access to a company doctor (KNMG, 2017).

There is much to gain with these innovations in (occupational) healthcare. First, not participating in society in the form of absenteeism and incapacity for work bring about high personal and societal costs. From an individual's perspective this cost includes a deteriorated financial position, social isolation and declining career prospects in the labour market. From a societal point of view, the costs are high because of the risk of long-term social security benefits and (permanent) loss of productivity (de Jong & Steenbeek, 2016). This means that there are benefits in preventing work loss as a result of a chronic condition and in realizing a fast resumption of work in the event of absenteeism (Soentken et al., 2014). Second, innovations in occupational healthcare can lead to improvements in the quality of life for (working) patient. Benefits in quality of life are commonly expressed in quality-adjusted life years (QALYs). QALY is a generic measure of disease burden, including both the quality and the quantity of life lived, where one QALY equates to one year in perfect health. The willingness to pay for one QALY in terms of prevention is 20.000 till 80.000 euros in the Netherlands, depending on the disease burden (Zorginstituut Nederland, 2018). In terms of costs it has been estimated that occupational healthcare innovations can yield a possible gain of 500 million euros each year in the Netherlands. This number consists of the cost saved by shorter absenteeism, lower incapacity of work and increase in labour participation, but does not include effects on the quality of life of the (working) patient (van Loghum, 2011).

In summary, innovation in healthcare is a driving force in the quest to balance cost containment and health care quality (Omachonu & Einspruch, 2010). In occupational healthcare the innovations should address the challenges of accessibility for the self-employed and integration of curative and occupational healthcare for the (working) patient with a chronic condition. Having a chronic condition is an important obstacle to the retention of work and income. Labour participation among people that suffer from a chronic condition is considerably lower than among healthy people. In addition, people with chronic conditions are confronted with more difficulties on the job and are for this reason more likely to lose their job or have a less suitable job. Yet, having and maintaining work is an important condition for health and quality of life. Collaboration between occupational care and curative care is important to effectively reduce health-related absenteeism and job losses among patients with chronic diseases. The consequences of chronic conditions for participation is therefore a theme that requires increasing attention and that influences the demand for occupational healthcare (Vooijs et al., 2016).

2.1.3. Implementation of healthcare innovations

The implementation process of a healthcare innovation consists of different stages, i.e. planning, development and implementation (Pinnock et al., 2008). Modifying usual care and introducing health innovations into the health system is a complex endeavour (Franco-Trigo, Fernandez-Llimos, Martínez-Martínez, Benrimoj & Sabater-Hernández, 2020). In healthcare research, results diffuse only slowly into clinical practice and there is a need to bridge the gap between research and practice. Few studies focus on whether and how research results are implemented into practice; in healthcare innovations, implementation is often not formalized at the organizational level, not supported by management but rather done by interested individual healthcare professionals, supported by peer consensus (Kristensen et al., 2016). In addition, the complicated financial systems in healthcare further complicate this implementation process (Birken, Lee & Weiner, 2012).

Successful implementation of a healthcare innovation requires an evidence-based practice as well as political support and financing (Birken et al., 2012). Political and financial benefits should be made clear for all stakeholders prior to the implementation process (Wensing, Grol & Grimshaw, 2020). In the context of occupational healthcare, this concerns all costs and benefits, such as care, absenteeism and reintegration. A business case that arises from this then forms the basis for new agreements and allows the start of the implementation process (Soentken et al., 2014). Often it is not clear where the costs and benefits from a healthcare innovation lie. As a result, there is too little incentive to promote innovation and include local considerations for decision making at an institutional level. One of the potential flaws of this uncontrolled system is that innovations of questionable quality and efficacy in a particular setting get implemented (Støme et al., 2019).

2.1.4. Assessment of healthcare innovations

To ensure the quality of healthcare innovations, and thus healthcare in general it is important to assess whether an innovation is effective. The development and implementation of a healthcare innovation is a long, costly and risky undertaking (Wensing et al., 2020). Assessments of utility and efficacy are an integral part of the implementation process. For a new policy to be accepted, policy-makers require facts and positive results to be able to implement new policy (Spencer & Ritchie, 2002; Wensing et al., 2020). To this end, the concept of health technology assessment (HTA) was introduced in connection with evidence-based medicine to provide for evidence-informed decision making. HTA is a form of policy research to advise decision makers on the potential impact of introducing or withdrawing individual or package of health technologies in terms of health, economic, as well as social and ethical dimensions. A rapid development of new health technologies and limited health budgets have led to the widespread adoption of HTA. At present, the main focus of HTA is to promote effective and efficient health care systems. Cost-effectiveness analysis is one of the most commonly used methods for HTA (Wang et al., 2021).

The traditional assessment at the end of the implementation process is both slow and inefficient. HTA is being performed at too late a stage as the data needed for assessments only become available then (Støme et al., 2019). This is problematic, as implementation of healthcare innovations can take up to several years. New, faster methods of assessment are warranted to improve the implementation process of healthcare innovations. Recent studies have suggested new methods of assessment that allow to speed up this process; Figure 2.1 describes one such model, with an emphasis on the role of early assessments of efficacy of innovations (Fasterholdt et al., 2017).

Early assessment can assist in allocating resources for innovation effectively and produce the most beneficial technology. Also, technology-enabled and organizational innovation in the healthcare sector move at a much faster pace. The methods for value assessment and priority settings, therefore, need to be adapted to a faster product cycle with a greater diversity of products. Moreover, when healthcare innovations are implemented into clinical practice the incentive to collect evidence decreases (Hartz & John, 2008). This calls for early assessment, also called early HTA as opposed to traditional HTA (Wang et al., 2021).

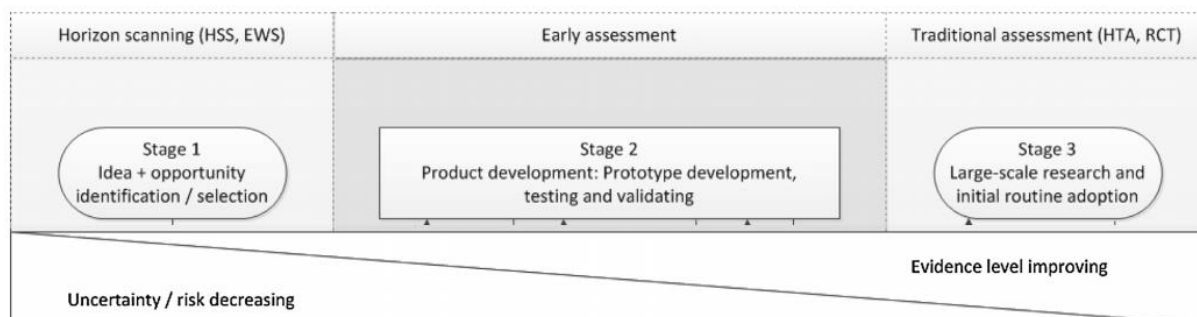


Figure 2.1. Stages of assessment of a healthcare innovation.

Simple stage-gate model for a hospital illustrating key concepts and decision points for innovative medical technologies. Note: HSS Horizon Scanning Systems; EWS Early Warning Systems; HTA Health Technology Assessment; RCT Randomised Controlled Trial (Fasterholdt et al., 2017, p. 871).

2.1.5. Early assessment

Early assessment or early HTA is the principle that a technology, here a healthcare innovation, is assessed for its efficacy during early stages of development, before its adoption into routine practice (Figure 2.1) (Hartz & John, 2008; Støme et al., 2019). There is a lack of standard methodological approaches and guidelines for early HTA. Currently, there is no agreed-upon theoretical framework for early HTA and there is little specific guidance on conducting early HTA (Wang et al., 2021; IJzerman, Koffijberg, Fenwick & Krahn, 2017). There are significant challenges when performing early assessment on a healthcare innovation. Early assessment may address clinical value and risk but, due to short investigation periods, it is challenging to obtain concluding evidence. All of the innovation stages suffer from lack of data and substantial uncertainty.

A multitude of methods for early assessments have now been published, both quantitative as well as qualitative. Different authors have provided different summaries of early assessment methods with different nomenclature, which relates to differences in products or concepts for which development processes are being described. Regardless of the exact nomenclature used, early assessment is a tool to test the efficacy of a technology or innovation in these early stages (IJzerman & Steuten, 2011; Fasterholdt et al., 2017; IJzerman et al., 2017; Støme et al., 2019). An extensive list of the original published tables of all early assessment methods and their description can be found in appendix A, table 1 till 4.

Quantitative methods are mostly early health economic models such as return on investments, headroom analysis and cost-effectiveness analysis (IJzerman & Steuten, 2011; IJzerman et al., 2017; Wang et al., 2021). The diffusion of health technologies from translational research to reimbursement depends on several factors including the results of health economic analysis.

Headroom analysis starts with the calculation of an effectiveness gap, which can be expressed in QALYs. The method considers the uncertainty surrounding investment decisions from a business perspective, as well as the expected additional value of a product for society. The target sales prices can be used to estimate the return on investments for the company. The disadvantage of the traditional headroom method is that it relies strongly on the assumption that the incremental benefit of using a new medical device can be as large as to attain perfect health. In addition, there is only little data available on estimated incremental costs and effects in the early development stages, making this data rich method unsuitable for early assessment (Markiewicz, van Til, Steuten & IJzerman, 2016). Similarly, cost-effectiveness analysis is a form of economic analysis that compares the relative costs and outcomes of different courses of action (Støme et al., 2019). Value-of-information (VOI) analyses and scenario analyses were usually suggested to manage uncertainties and to understand the needs for further research. Scenario analysis is the process of analysing possible future events by considering alternative possible outcomes, combining optimistic, pessimistic, and more and less probable developments. Several additions to these health economic methods, such as theories of diffusion, integration of patients' preferences, and horizon scanning system with systems engineering approaches, have also been discussed in the literature (Wang et al., 2021).

Recent research identified several flaws in health economic concepts. Particularly, the heterogeneous viewpoints of participating stakeholders are rarely systematically addressed in current decision-making (Wahlster et al., 2015). Working with relevant stakeholders is helpful for this, because they are experts in the field in which the healthcare innovation is implemented. Early involvement of relevant stakeholders is an increasingly important component in decision making, implementation, and the spread of healthcare innovations (Fasterholdt et al., 2017).

Qualitative early assessment methods such as stakeholder preference elicitation, multi-criteria decision analysis (MCDA) and the so-called political, economical, socio-cultural and technological (PEST) analysis and the strength, weaknesses, opportunities and threats (SWOT) analysis and stakeholder analysis offer an opportunity to systematically integrate costs and benefits of medical innovations from multiple perspectives such as stakeholders including patients, payers and the industry (Wahlster et al., 2015; Støme et al., 2019). Stakeholder preference elicitation refers to the synthesis of opinions of authorities of a subject where there is uncertainty due to insufficient data (Kip, Steuten, Koffijberg, IJzerman & Kusters, 2018; Støme et al., 2019). MCDA can describe a broad range of methods. For healthcare innovations, MCDA can take different stakeholders' preferences into account by separating the considerations on the importance of decision criteria, the evaluation of the performance of health interventions and the evidence on which such evaluation is based (Wahlster et al., 2015). From the literature review performed by Wahlster et al. (2015) there seems to be remarkable lack of consistency in methodology employed by the various studies that undertook the MCDA. There was no reasonable process to make clear why different authors decided to use a certain methodology. Stakeholder analysis is the process of assessing a decision's impact on relevant parties and the parties impact on the decision, by weighing and balancing all of the competing demands (Støme et al., 2019). Stakeholder analysis is chosen as method in this case study and will be described in more detail below.

2.1.6. Stakeholder analysis theory

A stakeholder analysis is defined 'as a process that i) defines aspects of a social and natural phenomenon affected by a decision or action; ii) identifies individuals, groups and organizations who are af-

affected by or can affect those parts of the phenomenon (this may include non-human and non-living entities and future generations); and iii) prioritises these individuals and groups for involvement in the decision-making process' (Reed et al., 2009, p. 1933). The roots of stakeholder analysis are in management theory and in the political and policy sciences in the early 1930s. New developments have a political dimension and political analyses can help to understand the positions and importance of all actors (Brugha & Varvasovszky, 2000). From this point stakeholder analysis evolved into a systematic tool with the objective to investigate the current and future organizational environment. In 1984 Freeman published his seminal work on stakeholder theory in which he distinguishes between those who affect or are affected by a decision or action and many recent definitions of stakeholders build on that distinction (Freeman, 1984; Postema, Groen & Krabbendam, 2012). Since the 1990s this was further expanded to offer a systematic approach to increasing the political feasibility of policy or project implementation (Brugha & Varvasovszky, 2000). In parallel with a growing trend in society towards greater participation in decision making there has been a trend towards a wider view of stakeholders (Newcombe, 2003).

More recently Chinyio and Akintoye (2008) stated that, to achieve project objectives, it is essential to formulate a process for stakeholder management and to identify effective approaches for stakeholder analysis and stakeholder engagement. Stakeholder engagement is to communicate with, involve and develop relationships with stakeholders. Stakeholders should be engaged as early as possible, and this has been considered to be essential for stakeholder analysis and decision making, especially in the context of complicated environments (Reed et al., 2009; Yang et al., 2011). It is important that the project's objectives match with its stakeholders, and that they continue to fit stakeholders' interests as the project evolves, conditions change and the interdependencies of key systems, stakeholders and their objectives change (Newcombe, 2003). Therefore, it would be of great value to be able to prioritize stakeholder in such a way that both influence and intentions of a stakeholder can be taken into consideration (Postema et al., 2012). This is exactly what stakeholder analysis envisions to do (Reed et al., 2009).

Varvasovszky and Brugha (2000) describe stakeholder analysis as a tool, or set of tools, with different purposes in its application in the fields of policy, management and project implementation. As a policy analysis research tool, stakeholder analysis is frequently applied by researchers interested in conducting a comprehensive analysis to generate new knowledge about the policy making process. The scope is broad where a wide range of actors need to be considered, especially where the policy context is complex. As a result, stakeholder analysis encompasses a range of different methodologies for analysing stakeholder interest and there is not a single way to perform it. Stakeholder analysis should at least entail the identification of key stakeholders, an assessment of the knowledge that they have on the problem that is trying to be solved and a systematic analysis of stakeholders' roles, relationships, interest and influence in the decision-making process (Brugha & Varvasovszky, 2000).

Stakeholder analysis can also give an indication of the alliances that are formed among stakeholders and it describes which resources the stakeholders have available to implement the policy under investigation (Brugha & Varvasovszky, 2000). In this way, it becomes clearer what the added value of the stakeholders can be (Brugha & Varvasovszky, 2000). When stakeholders are involved in the project during the different stages of implementation, they will become engaged in the approach to overcome the problem for which the new policy is designed. This is critical for a good course of implementation, since the actions and decisions taken in a project can affect these stakeholders. Partic-

ipation of stakeholders means that their interest and concerns are being addressed. Their influence can then be used in different stages of implementation (Franco-Trigo et al., 2020)

The goal of involving stakeholders is to receive their input on plans or analyses and to guide a participatory, consensus-building process, to increase support for a policy or in this setting an innovation (Schmeer, 1999). Stakeholder analysis is also a useful tool for identifying stakeholders and establishing initial contact with stakeholders (Varvasovszky & Brugha, 2000). Participation of stakeholders means that their interest and concerns are being addressed. Their influence can then be used in different stages of the implementation (Namazzi, Peter, John, Olico, & Elizabeth, 2013). A stakeholder analysis is a method to accomplish this. The increasing popularity of stakeholder analysis is related to the growing recognition that stakeholders can and should influence the actions and aims of a project or policy (Brugha & Varvasovszky, 2000; Namazzi et al., 2013). Similarly, successful stakeholder relationships are vital for successful implementation of healthcare innovations and meeting stakeholder expectations, since the actions and decisions taken in a project can affect these stakeholders (Hoeymans & Polder, 2015).

An increasing number of reports on use of stakeholder analysis can be found in the literature, underlining the growing popularity of this research method (Brugha & Varvasovszky 2000). Stakeholder analysis has become increasingly popular with a wide range of organizations in many different fields, it is now used by policy-makers, regulators, governmental and non-governmental organisations, business and media. (Reed et al., 2009, p. 1933). Specifically for healthcare innovations, there is limited literature on the use of stakeholder analysis in early assessments (Støme et al., 2019). In the context of healthcare innovations, results of stakeholder analysis can contribute to quicker implementation, which can improve quality of care and quality of life of patients (Kristensen et al., 2016). This can be used to advance the field of health service development in a structured manner (Kristensen et al., 2009).

To successfully apply stakeholder analysis in healthcare innovations, the management of the relationship between the healthcare innovation and its stakeholders is essential. Stakeholders should be engaged as early as possible, and this has been considered to be essential for stakeholder analysis and decision making (Yang et al., 2011). When stakeholders are involved in the project during the different stages of implementation, they will become engaged. This is critical for a good course of implementation. Since the actions and decisions taken in a project can affect these stakeholders.

With the growth in the popularity of the term, an increasing number of studies report that a stakeholder analysis was conducted. In many cases, these studies have been restricted to eliciting the views of stakeholders or involving them in decision-making, without a systematic analysis of stakeholders' roles, relationships, interest and influence in the decision-making process. The diversity of applications and references to the use of the tool underlines the need to identify the characteristic features and alternative approaches to conducting such an analysis (Brugha and Varvasovszky 2000). However, as Reed et al. (2009) indicated, few studies have attempted to consolidate operational approaches that can be used for stakeholder analysis and engagement. In healthcare policy, too, the interest in stakeholder analysis has increased. This is in line with the observation that relations within the medical field have evolved from linear doctor-patient-relations towards a complex network involving many different stakeholders, of which the patient is one (Andreassen & Trondsen, 2010).

2.2. Case 'Zorg voor Arbeid'

The Radboud university medical centre (Radboudumc), a 900-bed university hospital based in Nijmegen, the Netherlands, started a healthcare innovation programme entitled 'Zorg voor Arbeid' (in English: Care for Labour). In line with the principles published by SER and KNMG for innovations in occupational healthcare and the need for better occupational healthcare, this healthcare innovation aims to bridge the gap between curative and occupational healthcare, by establishing a clinical occupational physician, a hospital-based physician with disease-specific expertise as well as occupational healthcare expertise. This occupational healthcare expertise includes knowledge about the legal rules and regulations concerning social benefits.

This healthcare innovation consists of two main components: the first is an updated infrastructure in which hospital-based nurse specialists can refer a patient with a chronic condition affecting work to a clinical occupational physician (COP), the second is the COP in itself. The infrastructure to support the COP and his/her activities was provided by the hospital, as it met the mission and core values of the institution. The 'Zorg voor Arbeid' healthcare innovation was not ordered by the board of directors, but they did prove for its support when it was proposed by the participating departments, on basis of the unmet clinical and societal need. The COP was a trained occupational physician. The COP activities started in a limited set of patient groups (i.e. stroke and Parkinson's disease patients in the Neurology department and cancer patients in Oncology); the COP followed disease-specific courses to update clinical knowledge on the respective diseases and participated in multidisciplinary meetings for these patients to gain further experience.

By adding a COP, the gap between the domain of work and the domain of care can be closed. This COP ensures that maintaining work capacity and labour participation is integrated in the treatment process. 'Zorg voor Arbeid' aims to focus on the consequences of illness and treatment for work from the outset and to initiate early interventions that maximize the chances of retention or reintegration into work. The COP is the counsellor for the (working) patient with whom he/she can formulate realistic goals based on the condition of the patient and draw up a "work plan" aimed at optimal resumption of labour participation.

The work plan covers and connects the domains of treatment, (work-oriented) rehabilitation and reintegration in the work situation with the patient in control as much as possible. The needs of the patient are prioritized throughout entire process. The COP is responsible for assisting the patient in self-managing the situation. This includes providing information on the possibilities to the patient, but also to the employer so that the employer knows what to expect from this client, as well as to companies' occupational physicians and hospital-based medical professionals. For the patient this entails providing a future perspective on labour participation, and to manage expectations and possibilities in terms of labour participation. This will help bridging the gap between the medical- and work domain.

Currently, the 'Zorg voor Arbeid' healthcare innovation is in early stage of implementation and therefore the target group is limited to patients who suffer from a stroke (synonym: cerebrovascular accident, CVA), Parkinson's disease or cancer. The goal is that this form of occupational healthcare is available to all (potential) workers with a chronic condition, which has consequences for functioning at work. This healthcare innovation is aimed at improving care for working patients, in such a way that work can be used as medicine (because work is a factor of health) and labour participation be-

comes a treatment goal and an outcome measure for the quality of care. The main goal of this project is to provide better patient care and optimize patient well-being and health to increase the chance of job retention. This healthcare is based in the secondary care, patients can be referred by their clinical nurse specialist. This means that structural adjustments must be made when upscaling this healthcare innovation. Before starting the upscaling of this innovation, it is important to first assess its efficacy and therefore this is the right time to perform an early assessment, in this case a stakeholder analysis.

Stakeholder analyses lay the foundations to a well-designed planning process engaging key stakeholders (Franco-Trigo et al., 2020). For a healthcare innovation like 'Zorg voor Arbeid', which was still in the development stage, little data was available, increasing the role for data-free methods such as stakeholder analysis. Also, the developmental stage is the most timely stage to identify stakeholders to be able to collect their input on plans and establish a consensus-building process that yields support for the innovation to be implemented (Schmeer, 1999). In later stages there is greater availability of data allowing for the use of more complex methods and models (Støme et al., 2019). In this early stage and in the absence of data both from an economical perspective and on efficacy, the health economic quantitative methods such as headroom analysis, cost-effectiveness analysis and scenario analysis were deemed unsuitable for the 'Zorg voor Arbeid' healthcare innovation in this development stage. Therefore, widely used methods for stakeholder analysis include semi-structured interviews, actor-linkage matrix and social network analysis (Reed et al., 2009). An extensive explanation of the distinct methods are added in Appendix B.

2.3. Summary and knowledge gap

The importance of occupational healthcare will increase as an increasing proportion of workers have chronic conditions. To improve the efficacy of occupational healthcare while maintaining its cost-effectiveness, healthcare innovations are needed. To achieve timely implementation of effective healthcare innovations requires early assessments of their efficacy. The answer to subquestion 1 'Which early assessment methods are suitable for healthcare innovations?' is thus dependent on the purpose of the innovation and at what stage of development it is. The health economic methods such as headroom analysis and cost-effectiveness analysis are necessary to achieve implementation and reimbursement, but require significant amounts of data. In early stages, when little data is available, qualitative, data free methods are preferred, such as MCDA and stakeholder analysis. The current challenge is to define which method or combination of methods is most suitable for the early assessment of healthcare innovations. To this end, I have performed a case study on the 'Zorg voor Arbeid' healthcare innovation applying a combination of stakeholder analysis methods and developed a framework which is further described in Chapter 3.

3. Methodology

To answer the research question: 'How can early assessment by stakeholder analysis contribute to the efficacy of healthcare innovations?' with the remaining subquestions 2: 'How can methods of stakeholder analysis be applied?' and 3: 'What is the optimal methodology for stakeholder analysis, in 'Zorg voor Arbeid'?', I performed a qualitative, exploratory and explanatory case study by executing a stakeholder analysis. This chapter contains information on the methodological approaches used to collect and analyse the data of 'Zorg voor Arbeid' case study.

3.1 Study design

3.1.1. Qualitative research

A qualitative research methodology is chosen for this research because it helps the analysis of the case-innovation. The purpose of qualitative data analysis is to provide evidence of the characteristics of an experience and increase the understanding of human life as lived by communicating different methods of data collection, in the form of descriptions or accounts (Stake, 1995; Polkinghorne, 2005). Qualitative research offers flexibility, creates deeper understanding of the issue and expresses the field as a social context (Ahrens & Chapman, 2006). Therefore this research can be dynamic and investigates the processes that surround the healthcare innovation, which gives the opportunity for new insights (Swanborn, 2010). This study combines different methods for an in depth evaluation of the healthcare innovation. Methods that are commonly used in qualitative research are interviews, observations and documents (Crowe et al., 2011).

According to Yin (2014) studies can be exploratory, descriptive or explanatory. The purpose of the research determines the research methods that are used. These three categories differ in aspects such as the way that a research question is formulated and the manner of data collection. This research will be both exploratory and explanatory. Since this study is exploratory, it can be used for discovering new ideas and insights, for example to clarify the understanding of issues concerning implementation of a healthcare innovation in practice. This type of research can be conducted through literature review, interviews and case study. Second, the purpose of explanatory research is to develop a theory that can be used to explain phenomena, which might lead to generalization from the research (Saunders, Lewis & Thornhill, 2009). The explanatory part of this research will focus on the relation between previous studies on evaluating (healthcare) innovations and the framework for performing stakeholder analysis.

3.1.2. Case study

The research for this thesis was accompanied by an internship at the Radboudumc in Nijmegen, at the department of Neurology. In the Radboudumc the 'Zorg voor Arbeid' healthcare innovation is currently in an early stage of implementation. The internship is used to gain insight into processes surrounding the healthcare innovation using stakeholder analysis methods. The internship supervisor, Theo Senden is one of the creators and leaders of the healthcare innovation. He is also a clinical occupational physician (COP) specialized in cerebrovascular accidents (CVA) and provides consultations with patients suffering from a CVA. He is also an expert in the field of work and labour and is committed to this by integrating labour participation as a treatment goal and as a medicine into clinical care for patients. Theo Senden has knowledge about the societal parties involved in this topic.

The Radboudumc has questions about the process of planning, development and implementation of the healthcare innovation. In this thesis an evaluation is made of this healthcare innovation. The internship lent itself to perform a case study, which allowed a detailed exploration of the healthcare innovation in its natural context. A case study approach can be used to study complex issues regarding health service research, such as ideas and views of healthcare professionals and patients' experiences (Yin, 2014). It can also offer additional insights into implementation strategies and the gaps that exist in its delivery. A case study yields powerful and detailed insights into many complex and important aspects of health and healthcare delivery. All these factors will influence the effectiveness of this research and the healthcare innovation positively, which cannot be done by quantitative methods (Crowe et al., 2011). A case study is designed to answer complex research questions that

start with 'how', 'what' or 'why' (Yin, 2014). Hence, I have performed an internship at Radboudumc to do a case study involving stakeholder analysis as an early assessment tool for the 'Zorg voor Arbeid' healthcare innovation.

3.1.3. Framework for stakeholder analysis

We chose stakeholder analysis as the preferred early assessment method in the case of the "Zorg voor Arbeid" healthcare innovation, based on 4 main arguments: 1) it is a data-free qualitative early assessment method, 2) stakeholder involvement is the holy grail of improvement, 3) stakeholder engagement is an integral part of all early assessment methods, but stakeholder analysis is the only method in which this is the main goal, 4) stakeholder analysis is a prominent method of collecting data in all innovation stages, but its impact is most pronounced in the earliest stage of innovation, the developmental stage, which was relevant for our case study.

From the literature it seems like there is a prescribed method to perform stakeholder analysis, however stakeholder analysis is not a single tool. There are different ways to perform stakeholder analysis, according to the aim and context of the research and it encompasses a wide variety of methods (Brugha & Varvasovszky, 2000). Reed et al. (2009) have summarized the stakeholder analysis methods and divided it into three stages (1) identify stakeholders, (2) categorize and differentiate among stakeholders, and (3) examine stakeholders relationships; an overview and summary of all stakeholder analysis methods is presented in Figure 6 in Appendix B. This distinction is also made by Yang et al. (2011), although they use slightly different terminology for the same methods and concepts. For the purpose of this review, I use the structure and nomenclature proposed by Reed et al. (2009).

No single method was found prominent to produce the right information to cater to the interests of a variety of stakeholders, therefore combined methods is the best solution. I chose to combine the following methods; stakeholder-led snowball sampling, semi-structured interviews, interest-influence matrix and actor-linkage matrix. An extensive justification for the combination of methods is included in Appendix C, paragraph 2. Based on this combination I designed a framework to perform stakeholder analysis for healthcare innovations, which is for a great part based on the work of Schmeer (1999), Bryson (2004), Hyder et al. (2010), Newcombe (2003) and Postema et al. (2012). This framework is presented in Figure 3.1. and shows a flowchart of the complete step by step guidelines for performing a stakeholder analysis for the early assessment of a healthcare innovation.

The dynamic nature of the healthcare innovation process requires flexibility in its assessment, therefore performing these steps is a iterative process of data collection and analysis (Reed et al., 2009; Wutich et al., 2020). As new data is obtained earlier levels of the analysis can be revised. This framework is the first answer to research subquestion 2: 'How can methods of stakeholder analysis be applied?' An extensive descriptions of the steps that I followed for this research is described in Appendix C.

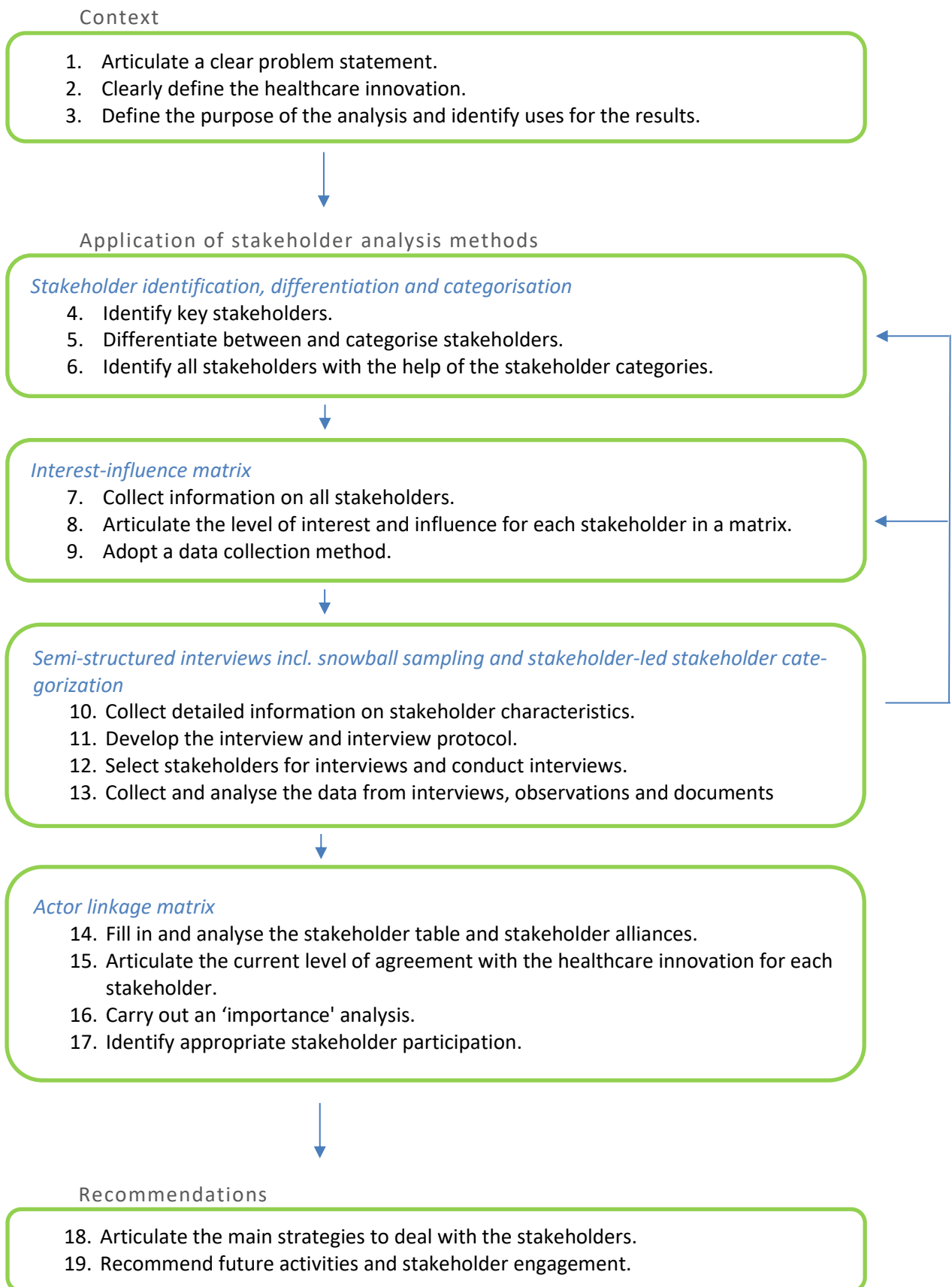


Figure 3.1. Framework to perform stakeholder analysis on a healthcare innovation.

3.2 Data collection

To be able to perform the stakeholder analysis described in the framework (Figure 3.1) data was collected. Triangulation of data was guaranteed by performing observations, interviews and collecting documents. Step 1 till 13 involve the data collection for the stakeholder analysis and is further explained in this section.

3.2.1. Observations

In every stakeholder analysis it is important to start with a clearly defined context and understanding of the issue (Hyder et al., 2010). The data collection methods that are used in this research for this purpose are observations, collection of documents and online information. The data collection started with observations. Observations contribute to a clear and satiated description of a situation (Polkinghorne, 2005). Hall and Rist (1999) suggest that observations allow the researcher to personally see and collect purely behavioural data, without interference of the perception of the situation by the respondent. Observations record a researcher's encounters in the presence of those undergoing an experience, interviews produce first-person accounts of the experience and documents are written sources about an experience (Polkinghorne, 2005).

There are two types of observation techniques; participant and nonparticipant observations (Hall & Rist, 1999). Both techniques are used in this thesis. The first technique is performed during patient consultations with the COP, Theo Senden. Observations were made with four different patients that suffered a CVA. For all these patients it was the first meeting with the COP. Attention was paid to the patients' attitudes and the subjects that are being addressed during the consultation. During these consults it was possible to see how the patient was doing and coping with his/her condition and symptoms. Three out of four patients were accompanied by a partner, because patients that suffered a stroke usually have problems with their focus and memory. The whole conversation about work retention and the possibility for a new job was witnessed, and nonverbal language was also documented, both from patient and COP. The second technique, nonparticipant observation, was used during the entire length of the internship. During the internship observations on the organisation, human behaviour and course of events in the department of Neurology were made. In this way data is collected on the behaviour and interactions of all people and environment involved in the healthcare innovation.

Immediately after the observations, memos were made in which the data was transformed into written text for analytical purposes. Memos can serve to adjust protocols or give a reminder of topics during interviews or approaches to use in interviewing new participants (Polkinghorne, 2005). The observations are an important part of the research because they contribute to a clear understanding of the issue, the healthcare innovation, its context, and the experiences of patients and collaborators. The collected data and impressions are used as an input for the further course of the research and the development of interviews. The memos of these observations can be found in Appendix D.

3.2.2. Semi-structured interviews

The data collection method that was chosen to acquire more information on the stakeholders is semi-structured interviews, including stakeholder-led snowball sampling. Interviews are the most commonly used qualitative data collection method in a healthcare context (Kallio, Pietilä, Johnson & Kangasniemi, 2016). The aim of semi-structured interviews is to get a detailed picture of the beliefs and perceptions of the interviewee on the topic under investigation. It is one of the most powerful

methods to gain understanding and explore topics in depth. They elicit rich data about personal experiences and perspectives and they allow for responsiveness, spontaneity and flexibility because they enable both interviewer and interviewee to enter new areas (Carter, Bryant-Lukosius, DiCenso, Blythe & Neville, 2014). The semi-structured interview ensures that the needs and expectations of key stakeholders are understood and managed (Yang et al., 2011). Snowball sampling is easily included in interviews, because when stakeholders are interviewed it takes little effort to ask additional information on other stakeholders (Reed et al., 2009).

Since resources, time, and finances for the analysis will be limited, the list of stakeholders to be interviewed must be prioritized (Schmeer, 1999), for this reason a selection had to be made before interviewing stakeholders. For this reason, first all stakeholders of the 'Zorg voor Arbeid' healthcare innovation were identified and second, an interest-influence matrix was established. This process is described below. In consultation with the expert, Theo Senden, it became clear that all stakeholders can be accommodated in three categories: healthcare, work and social. These are the three levels in which the healthcare innovation is integrated. With the help of the categories it is easier to identify all stakeholders.

Additionally, representatives of organizations who attended the political breakfast meeting on November 15th, 2018 with the subject 'Fit for Work: work retention for cancer patients' were considered as stakeholders. This political breakfast meeting was organised by Fit for Work, a program by the Center for Work and Health networking organization (Centrum Werk Gezondheid; centrumwerkgezondheid.nl). The meeting was intended to bring together representatives of patient federations, labour unions, employers' organizations, healthcare governing bodies, healthcare insurers and political parties. The subject of the breakfast meeting shows that the stakeholders already have an interest in this topic and they already have been introduced with the healthcare innovation in this meeting. The complete list of identified stakeholders, which is the result of step 4 to 6 from Figure 3.1, is presented in Table 3.1.

Table 3.1. All identified stakeholders of the 'Zorg voor Arbeid' healthcare innovation divided into three categories.

	Stakeholders
Healthcare	Patient Patient organization Health insurer Zorginstituut Nederland Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) Clinical occupational physician (COP) Medical specialists (nurses, doctors etc.) Rehabilitation worker Occupational therapist Radboudumc and other hospitals Federatie Medisch Specialisten Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) Nederlandse Vereniging voor Klinische Arbeidsgeneeskunde (NVKA) Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (NVVG) Patiëntenfederatie Nederland Board of directors Radboudumc Departments within Radboudumc Case manager Healthcare providers

	Zorgverzekeraars Nederland (ZN)
Work	Employer AWVN Colleagues Supervisor Employee insurer (AOV) Occupational health and safety service (ARBO) Job coach Reintegration bureau Employee organizations Employer organizations Occupational physician Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) ZZP Nederland VNO-NCW/MKB Nederland FNV (Labour union)
Social	Municipalities Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) Ministry of Health, Welfare and Sports (VWS) Ministry of Social Affairs and Employment (SZW) Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV) Sociaal-Economische Raad (SER) Health Education institutions Researcher Relatives of the patient Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) Government

To allow the selection of key stakeholders from the identified list of stakeholders an interest-influence matrix was made. An interest-influence matrix is a stakeholder mapping tool in which stakeholders are placed on a matrix according to their relative interest and influence. The interest is generally derived from the relation between stakeholders' needs and project goals or purposes. On the other hand, influence indicates stakeholders' relative power over the project and over decisions to be made (Ballejos & Montagna, 2011). To affect change, stakeholders need both interest and the power to influence what happens. Further information on interest-influence matrix as a method can be found in Appendix B.

On the basis of background information about the stakeholders through literature, policy reports, online information and consultation with the expert, the stakeholders of each category were classified to the amount of interest and influence the stakeholders have on the 'Zorg voor Arbeid' healthcare innovation (KNMG, 2022; NVAB, 2022; SER, 2022; VNO-NCW, 2022; VNO-NCW (2), 2022-2; UWV, 2022; ZN, 2022; VNG, 2022; ZZP Nederland, 2022; Patiëntenfederatie NL, 2022; AWVN, 2022; FNV, 2022). With this information it became clear which stakeholders were the most important and should be involved in the early stage evaluation of the healthcare innovation. The interest-influence matrix is drawn in Table 3.2.

Table 3.2. Interest-influence matrix with all stakeholders of the 'Zorg voor Arbeid' healthcare innovation.

Interest →			Influence →
	Patient Patient organization Employer Clinical occupational physician Occupational physician Medical specialist (nurses, doctors etc.) Departments within Radboudumc Reintegration Bureau Relatives of the patient Employee insurer (AOV) Occupational health and safety service (ARBO) Health insurer Radboudumc and other hospitals Board of Directors Radboudumc Employer Organizations Other hospitals	Patiëntenfederatie Nederland Municipalities Zorginstituut Nederland UWV Employee organizations NZa Government Ministry of Health, Welfare and Sports Ministry of Social Affairs and Employment Federatie Medisch Specialisten SER AWWN NVZ VNG NVAB NVKA NVVG KNMG VNG FNV VNO-NCW/MKB Nederland ZN ZZP Nederland Occupational therapist	
	Job Coach Colleagues Rehabilitation worker Case manager Supervisor Health Education Institutions Researcher	Healthcare providers	

The two upper quadrants of Table 3.2. represent the stakeholders who have relatively high interest in the healthcare innovation, and the in the two lower quadrants the interest is relatively low. The two left quadrants represent the stakeholders who have relatively low influence in the healthcare innovation and in the two right quadrants the influence is high. This means that the stakeholders in the upper right quadrant were the most important to involve in the evaluation of the healthcare innovation, i.e. were candidates for semi-structured interviews.

We invited 11 key stakeholders for semi-structured interviews. The selection of candidates for the semi-structured interviews on basis of highest levels of both interest and influence. The exact reasoning behind the selection of the 11 key stakeholders is extracted from the interest-influence matrix (Table 3.2) and is explained further below.

The *KNMG* represented by their chairman René Héman, was selected to conduct the first interview, because the *KNMG* has eight federation partners, of which three are also in the upper right quadrant in Table 4.2; Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (*NVVG*), Federatie Medisch Specialisten and Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (*NVAB*). The *KNMG* is committed to the quality of medical practice and public health in areas that are relevant to all physi-

cians and they participated in the debate on developments and bottlenecks in healthcare (KNMG, 2022).

The *NVAB* is the professional association of occupational physicians. They stand for active advocacy and knowledge development. In this way they contribute to optimal occupational healthcare and a healthy, well-functioning society (NVAB, 2022). Marlo van den Kieboom, project manager work-related care and occupational physician was chosen as spokeswoman by the NVAB.

The *Sociaal Economische Raad (SER)* is an advisory body for the government and parliament in which entrepreneurs, employees and independent experts work together to reach agreement on important socio-economic topics (SER, 2022). Eva Buwalda, policy officer management Social Affairs, was chosen as spokeswoman by the SER.

VNO-NCW is the largest employer organization in the Netherlands and aims to achieve an excellent environment for entrepreneurship at both national and international level. They speak on behalf of companies of various sizes, spread across all sectors and are the political representative of entrepreneurs in the Netherlands (VNO-NCW, 2022). *MKB-Nederland* does the same in representing the interests of Dutch small and medium-sized companies. VNO-NCW and MKB-Nederland have one joint agency (VNO-NCW(2), 2022). Anthony Stigter, secretary for general economic policy and healthcare, was chosen as spokesman by VNO-NCW and MKB-Nederland.

The *Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV)* is an executive body of the Ministry of Social Affairs and Employment. The UWV is responsible for the guidance and reintegration of people with a disease without an employer. UWV issues different disability benefits through programs including WIA (Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen), WGA (Werkhervatting Gedeeltelijk Arbeidsgeschikten) and IVA (Inkomensvoorziening Volledig Arbeidsongeschikten) (UWV, 2022). The interviewee was Herman Kroneman, insurance physician and medical advisor.

Zorgverzekeraars Nederland (ZN) promotes the interests of all health insurers. The association aims to support health insurers in their mission: the realization of good, affordable and accessible care for all insured persons, aimed at promoting health and quality of life (ZN, 2022). Unfortunately ZN did not want to participate in this early assessment of the 'Zorg voor Arbeid' healthcare innovation.

The *Vereniging voor Nederlandse Gemeenten (VNG)* represents all municipalities in the Netherlands and it supports and promotes the strength and quality of local administrations. It does so by focusing on issues and developments that are relevant to municipalities, and by putting local implementation at the centre of social issues (VNG, 2022). Unfortunately VNG did not want to participate in this early assessment.

The following stakeholders were selected for conducting an interview because of their participation in the political breakfast meeting 'Fit for work: work retention for cancer patients':

ZZP Nederland is the largest organization for self-employed people without staff. One of the spearheads is the promotion of the interests of the self-employed in politics. Therefore ZZP Nederland also discusses work-related care within the ministry of Health, Welfare and Sports and the ministry of Social Affairs and Employment (ZZP Nederland, 2022). The interviewee was Frank Alfrink, the CEO of ZZP Nederland.

The *Patiëntenfederatie Nederland* represents more than 200 patient- and consumer organizations. They strengthen the position of patients in the healthcare system and ensure that healthcare increasingly meets what patients ask for, so their influence is larger than an individual patient or patient organization (Patiëntenfederatie Nederland, 2022). The participant in the interview was Jeannette van Zee, who is project manager on labour participation and has established a central information platform on occupational healthcare for chronically ill (working) patients.

The *Algemene Werkgeversvereniging Nederland (AWVN)* is a large employer association in the Netherlands. It promotes its members interest and provides advisory services in the social and economic field. 750 large and small organizations are members of the AWWN, which together employ around 5 million employees (AWVN, 2022). The AWWN maintains a close relationship with VNO-NCW and labour unions, who are also stakeholders in the upper right quadrant of the interest-influence matrix. The interviewee was Piet Vessies, who is strategic HR and innovation consultant.

The *Federatie Nederlandse Vakbeweging (FNV)* is the largest labour union in the Netherlands and promotes the interest of their 1 million members, young and old, in terms of work and income (FNV, 2022). Kitty Jong was selected for conducting an interview, unfortunately this stakeholder did not respond on the request.

In the case of KNMG, ZPP Nederland, AWWN, NVAB and UWV specific persons were approached to participate in the research. In all other cases, the organization was approached and asked who was most suitable and willing to participate in the research. A total of 8 stakeholders were willing to participate in the interviews. The characteristics of the stakeholders, time and place of the interview can be found in Table 3.3.

Table 3.3. Stakeholders who participated in the case study in the form of an interview.

Stakeholder	Interviewee	Position	Date
KNMG	René Héman	Chairman	05-02-2019, Utrecht
ZPP Nederland	Frank Alfrink	Director	09-04-2019, phonecall
AWVN	Piet Vessies	Strategic HR and innovation consultant	15-04-2019, Utrecht
NVAB	Marlo van den Kieboom	Project manager and occupational physician	16-04-2019, Utrecht
Patiëntenfederatie Nederland	Jeanette van Zee	Project manager labour participation	17-04-2019, phonecall
VNO-NCW & MKB Nederland	Anthony Stigter	Secretary for general economic policy and healthcare	24-04-2019, phonecall
SER	Eva Buwalda	Social Affairs policy officer	25-04-2019, phonecall
UWV	Herman Kroneman	Medical advisor and insurance doctor	01-05-2019, phonecall

The stakeholder analysis guidelines of the WHO (Schmeer, 1999) contain suggestions for questions and topics suitable to define stakeholder characteristics. Also, the Overseas Development Administration (ODA, 1995) gives suggestions for interview questions. Using these two sources a first draft of the interview protocol was created. After discussions and review of the draft by the expert (see step 4), a final version of the interview protocol, containing the interview questions and protocol,

was made. The interview protocol can be found in Appendix E. The interviewees were visited at their own workplace or a telephone interview was held. To minimize bias, all interviews were recorded with the permission of the interviewees to enable the transcription and encoding for data analysis (Saunders, 2009). Each interview lasted about an hour and the transcripts of the interviews are included in Appendix F.

3.2.3. Documents

In addition to the two previous data collection methods, documents were collected. Document analysis can provide a more comprehensive and thorough understanding of the motivation and beliefs of individuals and organizations (Hall & Rist, 1999). The documents that are collected are called secondary data, because this has already been collected for a different purpose and is now reused in answering the research question of this thesis (Saunders et al., 2009). The documents were combined, compared and contrasted with the interviews and observations, in this way they can enhance the validity and credibility (Lillis, 1999). Existing documentation was selected from the scientific literature related to the research question (described in Chapter 2). Furthermore, throughout the research online searches were performed on background information of the (key) stakeholders.

During the interviews additional supportive documentation related to the subject under investigation was requested. Five out of eight stakeholders presented documents that they thought were helpful in this research. The documents that they introduced can be found in Table 3.4.

Table 3.4. Documents introduced by stakeholders.

Stakeholder	Document	Reference	Date
KNMG	KNMG-visiedocument 'Zorg die werkt. Naar een betere arbeidsgerichte medische zorg voor (potentieel) werkenden'.	KNMG (2017)	05-02-2019
AWVN	De informatiebehoefte rond het thema chronisch ziek zijn en werken. Verslag van een kwalitatief onderzoek onder (arbo)professionals en een online enquête onder werkenden en werkzoekenden met een chronische aandoening.	Westra & van der Poel (2019)	15-04-2019
NVAB	Visie, missie & strategie van de NVAB. De bedrijfsarts dokter en adviseur, specialist voor arbeid en gezondheid.	NVAB (2016)	16-04-2019
	Richtlijn chronisch zieken en werk.	Vooijs et al. (2016)	
VNO-NCW & MKB Nederland	Three PowerPoint presentations: -KNMG-visie: Zorg die werkt (25-10-2017). -De Chronisch zieke werkende centraal. Wat is de rol van sociaal geneeskundigen? (17-01-2019) -eHealth: De mogelijkheden en opbrengsten van zelf management (25-10-2017).	René Héman Sylvia Vermeulen Gupta Strategists	24-04-2019
SER	Betere zorg voor werkenden.	SER (2014)	08-04-2019
	Werk: van belang voor iedereen. Een advies over werken met een chronische ziekte.	SER (2016)	

To conclude, for the data collection of this stakeholder analysis data triangulation is integrated. Data triangulation refers to the use of multiple methods or data sources in qualitative research to develop a comprehensive strategy to understand phenomena and improve validity through the convergence

of information from different sources (Flick, 2018). Collecting and analysing the data was an iterative process.

3.3 Data analysis

Data derived from the interviews, observations and documents was analysed based on the methods of content analysis, actor linkage matrix and importance analysis. Step 14 till 19 of the framework (Figure 3.1.) involve the data analysis and is further explained in this section.

3.3.1. Content analysis

In order to allow all data from the different data collection methods to be analysed and interpreted, a coding technique was used; the inductive content analysis (Elo & Kyngäs, 2008). Content analysis is a method of analysing written, verbal or visual communication messages (Cole, 1988). This process includes open coding, creating categories and abstraction. All interview recordings were transcribed all written material from literature search and collected data was read through again.

First, open coding was applied. Open coding means that notes and headings are written in the text. As many headings as necessary are written down while reading the text to describe all aspects of the content (Elo & Kyngäs, 2008). This was done in Dutch, because all transcribed data and most documents were in Dutch. As an example a transcribed text fragment is taken from the interview with Frank Alfrink, director of ZZP Nederland (Appendix F) and presented in Figure 3.2. It is a fragment about the implementation of the healthcare innovation. The pink boxes show how open coding is applied in Word.

F: Wat denkt u dat er voor nodig is om dit voor elkaar te krijgen?

F: **a.s. donderdag hebben we het bij de SER weer over chronisch ziek en werk, daar zitten SGs van VWS en SZW bij elkaar. Dat is al prachtig dat je bij zo'n congres de twee ministeries op het hoogste niveau bij elkaar hebt. Ik hoop dat de scheiding een beetje wegvalt. Dat we dus niet kijken naar welk ministerie is verantwoordelijk, en bij wie hoort het thuis en wat zouden we moeten doen. Ik zeg altijd, we verticaliseren steeds verder in Nederland en de oplossing is altijd horizontaal. We snijden ook de specialist in de curatieve zorg, de specialist specialiseert zich steeds verder. Dat is hartstikke leuk voor 'm, maar dat is niet de oplossing. De oplossing is een horizontale holistische aanpak. En dat zou dus ook bij het ministerie moeten zijn, kijk nou niet van is dit VWS of SZW, nee het is een kostenbesparing op macroniveau, laten we dit nou samen doen.**

M: En hoe zouden we dat kunnen bereiken? Politieke lobby?

F: **klopt, we merken nu al dat het besef komt aardig, ik merk alleen dat VWS er nog slechter in zit dan SZW. Sociale zaken heeft zo iets van arbeid is onze verantwoordelijkheid en we kunnen niet om het curatieve heen. En bij VWS merk ik van ja maar wij bekijken de hele patient. Ja maar je bekijkt iedereen als patient en hou daar nou eens mee op en bekijk iets mens nou als een mens, ipv als een patient. Dus het is misschien bij VWS wel een cultuuring, dat ze zich moeten realiseren van de mens werkt ook. En het is niet alleen maar patient. Het is ook een participant, werknemer, ZZPer, het is van alles. Het begint met de scope van VWS, en die is altijd curatief en die is klachtgerelateerd. We hebben iemand met een klacht en daar gaan we 'm vanaf helpen, of niet. Maar de behandeling kan variëren om te kijken hoe houden we 'm zo nuttig mogelijk zodat die persoon positief in het leven staat en zegt van ik heb nog wel kanker maar ik doe er nog toe, en ik participeer nog en ik hoor er nog bij. Dat is veel prettiger dan dat je achter de garaniums zit en te wachten op het einde.**

Comment [t73]: Lobby: ministerie VWS SZW

Comment [t74]: Horizontale aanpak

Comment [t75]: VWS loopt achter

Comment [t76]: SZW neemt verantwoordelijkheid

Comment [t77]: Patient=mens, mens werkt

Comment [t78]: Scope VWS: 'wat kan iemand niet' moet naar 'wat kan iemand nog wel'

Figure 3.2. Text fragment open encoding

Second, the open codes were collected and I labelled the open codes under higher order headings creating themes. Next, I categorized those themes into ten categories. The categories correspond both to the stakeholder analysis theory (described in Chapter 2) and the interview protocol (Appendix E). New categories also emerged from the data; these new categories were treated as equally

important (Kristensen, Nymann & Konradsen, 2016). Next, the categories were re-examined and the number has been reduced by collapsing those that are similar or dissimilar into broader higher order categories (Elo & Kyngäs, 2008). This resulted in ten main categories: solution to the problem, further research, system change, primary care vs. secondary care, financing, expectation, interest, influence, implementation and stakeholder alliances.

Third, the open codes that are already classified into categories are grouped and through abstraction merged into themes using content-characteristic words (Elo & Kyngäs, 2008). In this step, the open codes are translated into English. Table 3.5. shows how the open codes from the example in Figure 3.2 are grouped into themes and divided into categories.

Table 3.5. Coding process of text fragments in Figure 3.2.

Open code	Theme	Category
T73	Politics-lobby	Implementation
T74	Holistic approach	Solution to the problem
T75	Politics-ministries	Solution to the problem
T76	Politics-lobby	Implementation
T77	Holistic approach	Solution to the problem
T78	Capability instead of inability	Solution to the problem

3.3.2. Actor linkage matrix

The next step in data analysis is filling the actor linkage matrix (Biggs & Matsuert, 1999). The method of actor linkage matrix is modified for healthcare innovation research and is complemented with a step from the WHO guidelines on stakeholder analysis (Schmeer, 1999). In these guidelines it is referred to as filling in the stakeholder table. This involves taking the detailed answers from the interviews and information from the documents and arranging them into a more concise and systematic overview with the help of the categories from the content analysis. The results of this analysis are shown in Chapter 4, in Table 4.1.

3.3.3. Importance analysis

To be able to draw conclusions from the data analysis the method of importance analysis was chosen, which is also sometimes referred to as a power-leadership analysis in literature. The ‘importance’ of stakeholders is defined as their ability to affect the implementation of the healthcare innovation. Since power and leadership are the characteristics that determine a stakeholder's ability to affect or block the implementation of a policy, these two characteristics are the basis for the importance analysis (Schmeer, 1999). Power is the mechanism through which stakeholders influence the direction and decisions for a project or innovation. This power can be used to retain the status quo or to enforce fundamental change. Gaining approval for controversial decisions or implementing successful change during projects is therefore largely dependent on stakeholders’ attitudes and motives (Newcombe, 2003). Stakeholders’ power’, has been defined as the ability to ‘control resources, create dependencies, and support the interests of some organization members or groups over others’ is considered to be the most important (Yang et al., 2011). Leadership is the willingness to use influence and/or to initiate change (Hyder et al., 2010).

There are several ways perform a importance analysis described in the literature by Bryson (2004), Hyder et al. (2010), Schmeer (1999), Newcombe (2003) and Postema et al. (2012), each with different concepts and a slightly different way of measuring and explaining these concepts. I chose to

combine theory from Hyder et al. (2010) and Schmeer (1999) because this takes multiple dimensions into consideration: level of power, level of leadership and level of agreement. With this information, Hyder et al. (2010) classifies the stakeholders into five categories: drivers, blockers, supporters, bystanders or abstainers. Drivers have high levels of agreement and power; blockers have low levels of agreement and high levels of power; supporters have high levels of agreement but low levels of power; bystanders have low levels of agreement and power; and abstainers have intermediate levels of agreement and power (Hyder et al., 2010).

To substantiate classification as drivers, blockers, supporters, bystanders or abstainers (Hyder et al., 2010), the level of power, leadership and agreement were converted into a score from 1 to 3 (Schmeer, 1999). To calculate the score for the level of power I used the actor linkage matrix, especially the influence section, but also taken into consideration the resources stakeholders have available. Level of leadership is the willingness to use influence and/or to initiate, expressed in a score from 1 to 3; I based this score on a self-assessment by the stakeholders obtained as part of the semi-structured interviews. The level of agreement is the position of the stakeholder (support/neutral/oppose) in combination with the gravity of concerns that the stakeholders have expressed in semi-structured interviews, related to the healthcare innovation, again expressed in a score from 1 to 3 (Hyder et al., 2010; Schmeer, 1999).

The purpose of the importance analysis of the healthcare innovation is to draw conclusion on which stakeholders to involve in the process of planning, development and implementation. Yang et al. (2011) suggested that the stakeholder engagement approaches need to match the level of engagement. For this healthcare innovation and its stakeholder analysis as part of early assessment I chose to only allow those categorised as drivers to participate.

3.4 Summary of methodology

The framework established here on basis of the literature and improved through an interactive process during the case study provides the answer to research subquestion 2 “How can methods of stakeholder analysis be applied?”. A case study was performed at the Radboudumc in Nijmegen, using qualitative research methods and triangulation with interviews, observations and collection and review of documents. An early assessment based on a stakeholder analysis with combined methods was executed. The following methods were combined; semi-structured interviews including stakeholder-led snowball sampling, interest-influence matrix and actor linkage matrix. The empirical results of this case study will be presented in the next chapter. Chapter 4 will present the outcome of the actor linkage matrix and the importance analysis described in this methodology chapter.

4. Results

In this chapter the results of the stakeholder analysis of the case study performed in the Radboudumc in Nijmegen are presented. These are the results that follow from the actor linkage matrix and importance analysis, which is step 13 till 19 of the framework on stakeholder analysis (Figure 3.1). After the results are shown, a short update on recent developments in the ‘Zorg voor Arbeid’ case is presented. According to the framework that I designed (Figure 3.1), this is followed by recommendations for the further steps in the implementation process of the ‘Zorg voor Arbeid’ healthcare innovation.

4.1 Actor linkage matrix

Table 4.1. Actor linkage matrix: data collected from interviews and documents per key stakeholder.

	Problem solution	Further research	System change	1 st /2 nd care	Financing	Expectation	Interest	Influence	Implementation	Stakeholder alliances
KNMG	-Collaboration and coordination -Information exchange -Accessible to all -Focus on participation: -empowerment -adjustment work -Prevention -Work as part of health	RCT: -Patient satisfaction -1-2 years wellbeing -Cost -Type of work before-after -% of disapproval -% of participation -Happiness	No	1 st & 2 nd care	Health Insurance Act (ZVW)	+↑Functionality +↑Quality of care +↑Participation + Early involvement +↑Happiness +↓Workplace absenteeism +↓Cost	- Represent interest doctors - Integrated patient care - Collaboration doctors - Efficient healthcare	-Lobby: politics and ministries - Marketing among federation partners	-Prove success -Connection treatment chains -Political lobby -Lobby by coalition -Support base -Education -Collaboration	NVAB, SER, VWS, NVVG, GAV, Federatie Medisch Specia- listen, LHV, NHG, KAMG
ZZP NL	-Holistic approach -Agreement on occupa- tional health -Information platform -Empowerment -Capability instead of inability -Communication -Knowledge exchange	-Business case -SCBA	No	1 st care	- DBC -Income insurer -Long-term health insurance contracts	+↑Identification work- related diseases +↑Health society +↑Quality of life +↓Cost +↓Time	- Occupational healthcare availa- ble for of through everyone.	-Empowerment ZZP'ers -Missionary work -Lobby -Newsletter	- Lobby ministries VWS en SZW - Lobby secretary general - SCBA -Structural coopera- tion SZW, VWS	SER, NVAB, ZN, Tweede Kamer, VWS, SZW
AWVN	-Likeability factor -Inclusiveness -Societal responsibility - Network (100x1) - Communication -Information platform -Capability vs inability	–	No	–	–	-Continued separation care and work domain	–	–	–	Patiëntenfeder- atie Nederland
NVAB	-Communication -e-Health -Information platform -Early stage -Network medicine -Education -Disease transcending -Self-control -Customization -Guarantee privacy -Reintegration plan -Laws and regulations	-Quality of life -Workability -Patient satisfaction -Psychological -Business case BV Nederland -Return on investment	No	1 st care	Health Insurance Act (ZVW) & employer	+↑Quality of care +↑Cure→↑work +↓ Workplace absentee- ism +↓Cost +↑Efficient +↑Communication +Link curative and occupa- tional care - Competition occupation- al physician -Feasibility	-Connecting occupational physicians with curative care -Compliance guidelines -Quality of care	Stakeholder net- work (300+ stake- holders)	–	AMC Karel Hulshof, SZW, VWS, ZonMw

Patiënten federatie NL	-Information -Empowerment - Inclusiveness -Transcending disease -Self-control -Education - Capability vs inability	RCT: - Purpose Economy - SCBA - Quality of life		1 st & 2 nd care	SCBA	+↓Stress +↑Communication +↑Society +Mediation -Sustainable financing	- Patients benefit from having a job	-Stakeholder network -Transcending disease -Get this subject on the map -Represent interest of chronically ill workers.	- Support base	AWVN, VNO-NCW, FNV, Patient associations, NFK, hersenletsel.nl
VNO-NCW, MKB-NL	-Information -e-Health -Resume work >recovery -Empowerment -Self-management -Involve social context -Involve personal factors -Self-control	-Flow of information -Take example of Scandinavian countries -SCBA -Inflow into WIA -Decrease in curative healthcare costs -Decrease workplace absenteeism	No	No preference	-Individual employer -Health Insurance Act	+↓ Incapacity of work +↓ Workplace absenteeism +↑ Labour participation +Activated employee +Supporting employer -No priority -↑Employer costs -MKB do not have HRM division	-MKB's biggest concern is continuing payment for 2 years in the event of illness -Employers want employee to recover well	Supporting recommendations to the social partners, thereby strengthening the direction of the government	—	Patiëntenfederatie Nederland, Lex Burdorp Erasmus MC, Federatie Medisch Specialisten, AMC, VWS, SZW, Instituut Gak, UMCG
SER	-Self-evidence -Communication -Information platform -Social responsibility -Education -Inclusiveness -e-Health -Collaboration -Knowledge infrastructure -Prevention policy -Context -Customization -Knowledge	-SCBA	No	1 st & 2 nd care	SCBA	+↑Quality of care +↑Identification occupational diseases +↑Efficiency +↓Cost -Who is responsible and how to perform cooperation curative and occupational care -Privacy -Sustainable financing -Structural embedding -Difficulty SCBA	-Beneficial for SER, employers and employees when recommendations are picked up by people in the country	-Evaluate on several initiatives in a number of years – Function as platform and dialogue role -Cooperation between VWS and SZW by bringing together overarching themes	-Support base	VNO-NCW, SZW, VWS
UWV	-Inclusiveness -Adjustment of work -Likeability factor/ Creating willingness and preparedness -Customization	-% Patients working at own employer -% WIA -# Termination of employment -% Return in work -SCBA -Business case -Economic aspects	No	2 nd care	Partially Health Insurance Act and partially employer	+Inform employers and employees in resuming work +Patients work longer at their own employer +↑ understanding employer and employee +↑Participation -Financing -SCBA	Participation: -↓ Healthcare consumption -↓ Social issues - Feeling useful	Input for research: Data on pay sanctions as tools for improvement	-Prove success -Broaden # of COPs -Inform regional employers and curative doctors -Professional associations for information/lobbying -Broaden to other syndromes	Health Insurers, ARBOmed, ARBOuni, employers, Knowledge centre UWV, large OHS

The results of the actor linkage matrix are presented in Table 4.1. The matrix was organized according to the classification of the interview content and contains information on solution to the problem, further research, system change, primary care vs. secondary care, financing, expectation, interest, influence, implementation and stakeholder alliances. Through the actor linkage matrix a thorough summary is created in which the most significant information collected during the interviews and documents is highlighted. This enables comparisons between different stakeholders and their opinions in the ten selected topics. Hence, linkages between stakeholders can be investigated and the stakeholder relationships surrounding the 'Zorg voor Arbeid' healthcare innovation can be examined (Schmeer, 1999).

The first category is solution to the problem. Stakeholders are questioned about the problem that the healthcare innovation addresses, and they are asked about what a good solution is in their opinion. The second category is further research, the respondents are being asked about their opinions on scientific evidence that they think is necessary before the healthcare innovation can be implemented. The third category is system change. This means whether the respondents think whether the entire healthcare system should be redesigned or the healthcare innovation should be accommodated in the current healthcare system. The fourth category is primary care vs. secondary care, which means whether the respondent think if work-related care should be accommodated in primary or secondary care. The fifth category is financing, this means how the healthcare innovation should be financed according to the respondent. The sixth category is expectation and corresponds to what expectations the respondent has on the 'Zorg voor Arbeid' healthcare innovation. The seventh category is about what interest the stakeholders have in the healthcare innovation, while the eighth category is about the influence they can use in implementing the healthcare innovation. The ninth category the respondents were asked what they thought should happen before the healthcare innovation can be implemented. Finally, the tenth category is stakeholder alliances, where respondents were asked about important other stakeholders or potential alliances to take into consideration for the healthcare innovation. The results per topic are discussed below.

4.1.1. Problem solution

Every stakeholder agreed on the fact that the focus should be on possibilities, not on limitations of the chronically ill (working) patient. The focus should not be on what people can't do, but what people can do. This is the core of all solutions that stakeholders offer: *Capability instead of inability*.

For the solution of the problem all stakeholders had slightly different ideas, but with significant overlap. First, an essential part of the solution is the sharing of *information*. All stakeholders mentioned this, all with slightly different ideas and explanations. For the NVAB, sharing information included that patients should have access to information that they can use to manage their disease in a way that they are able to have a job. VNO-NCW mentioned e-Health as a possible solution in combination with information. They underlined the potential of e-health solutions that can be used by patients to access information regarding their disease to allow for better self-management. For Patiëntenfederatie Nederland, the importance of sharing information had led to the creation of a central information platform, where stakeholders, including healthcare providers can share and find best practices and studies on care for the (working) patient. SER emphasized that knowledge of applicable laws and regulations had to be improved in caregivers, to enhance compliance, but that knowledge of the diseases and consequences had to be improved in actors in the work domain. Finally, according to the NVAB, important focus should be on what they call "*network medicine*", i.e. to provide care for

the (working) patient within a network structure to allow rapid dissemination of information between the patient and all involved healthcare providers and where all network partners have clearly defined roles.

In line with sharing information, *communication* is mentioned a few times. NVAB mentioned this as communication amongst doctors, but also amongst stakeholders working on the same occupational healthcare innovations. The AWWN and VNO-NCW mentioned communication as well in the context of the focus on dialogue between employer and employee, and providing information about resuming work. The SER representative also stated that communication may enhance cooperation between different professionals in the field of occupational healthcare, primary and secondary care, which will improve communication and cooperation between the occupational physician and GP; this viewpoint was also expressed in a SER report, which was provided by Eva Buwalda (SER, 2014).

According to the AWWN and UWV *inclusiveness* is an important theme and this emphasizes that the solution should not only come from the healthcare domain, but also from the work domain. Piet Vessies (AWWN) and Herman Kroneman (UWV) meant with inclusiveness the self-evident way of looking at people with a chronic condition in the workplace. Another term for this is *holistic* approach, and is used by the Patiëntenfederatie Nederland and ZZP Nederland. Whereas the Patiëntenfederatie Nederland applied a definition of holistic very similar to that of inclusiveness, ZZP Nederland had a different definition for the term holistic; their definition was that everyone should be focused on societal gain, not only on their own interest or area of expertise. The last aspect of the solution to the problem as mentioned by SER was *customization*. Customization meant the call to employers to apply tailor-made solutions in the workplace to adapt it to the individual needs of workers with special conditions (SER, 2016).

NVAB emphasized that some of the aspects of these solutions like *transcending disease* were already covered in their guidelines, chronic illness and work, but that compliance with these guidelines was low (Vooijs et al., 2016).

4.1.2. Further research

All stakeholders agreed that before proceeding to the implementation of the healthcare innovation, further research is necessary to provide evidence that 'Zorg voor Arbeid' is effective, preferably in a *randomized controlled trial*. There were multiple suggestions on what outcome measures should be taken into account. The KNMG suggested to use costs, patient satisfaction, wellbeing of patients after one or two years after the intervention and quality of life as important outcome measures of such a clinical trial. The NVAB added return on investment to this, with the note that when labour is taken into consideration in an intervention it usually is effective. The UWV expressed a different perspective; they proposed to also include the percentage of patients that receive benefits, and percentage of patients that return to work to the outcome measures of such a study.

Patiëntenfederatie Nederland agreed to all the above, with mention of the '*purpose economy*'. They meant to not only take the financial aspects into consideration, but also the benefits to society, people in general and the planet. These outcome measures could be the input for a *social cost benefit analysis (SCBA)*, in which it becomes clear where the costs and the benefits are generated, and thus where financing should come from.

4.1.3. System change

All stakeholders agreed that the easiest way to implement the healthcare innovation is to make it fit into the current healthcare system, which is the system in which the health insurer covers the costs for healthcare. The feasibility was considered by all to be larger when the current system will be maintained. ZPP Nederland suggested to make a plan how this healthcare innovation can fit into the current *Diagnosis Treatment Combination (DBC)* system. The DBC diagnostic coding and reimbursement system is the way in which healthcare costs are reimbursed in the Netherlands. However, most stakeholders agreed that, when implementing the healthcare innovation, change to the healthcare system is inevitable.

4.1.4. Primary care vs. secondary care

Most stakeholders stated that work-related care should be in primary care, because that is where patients come first with health problems. However, all stakeholders mention that the labour factor should be accounted for in all levels of healthcare and work-related care is the responsibility of all healthcare professionals. According to the KNMG, *primary care* has a general character, which focuses on the patients and their surroundings. Primary care is close to the patient and is accessible to everyone. The NVAB agreed on this as well, with the argument that it saves time and therefore money when in primary care the right questions are asked and diagnosis and treatment are in line with the need of care of that patient. Thus, both primary and secondary care should be more aware for work-related care, but primary care is essential for the success for the improvement of occupational healthcare.

4.1.5. Financing

All stakeholders agreed that finance should come from where the benefits are to be expected. To identify where these benefits will be, an *SCBA* should be performed. Most stakeholders expected the benefits to be with the employers. Hence, the costs should also in part be covered by the employers. ZPP Nederland added that the costs could be covered, at least in part, via the income insurers, that provide insurance for employers to cover possible costs of labour absenteeism; covering these costs would also help income insurers to stimulate investments in preventive measures and labour-focused solutions. This was supported by UWV and NVAB. UWV stated that it is reasonable because the employer is responsible to cover the cost of the first two years of disease of their employee, therefore it is partially the responsibility of employers to cover these costs of the 'Zorg voor Arbeid' healthcare innovation. ZPP Nederland provided a detailed description on how to finance the healthcare part in a sustainable way, i.e. the development of a new *DBC* in which labour is integrated.

4.1.6. Expectation

The majority of interviewed stakeholders expected *positive effects* of the implementation of the 'Zorg voor Arbeid' healthcare innovation, including lower workplace absenteeism, decrease of overall costs and increase in quality of life. The UWV explained that in current conditions, the (working) patients get an assessment of their ability to work after 2 years of illness. This period of time may be too short for the patient to fully recover especially if their diseases requires complex treatments. However, the job contract that they had at the time of getting a disease is terminated if the (working) patient is not able to restart their job after these two years. If there is more understanding on the part of employer and employee to nevertheless look at solutions that leads to a (working) patient being able to function longer at his own employer in partially adapted work it will be beneficial to

both. This is where UWV can see the 'Zorg voor Arbeid' healthcare innovation make a meaningful difference.

The SER mentioned that when infrastructure around the patient is improved regarding the occupational healthcare, it can provide deeper insight into the impact of health problems, and help to improve diagnostics and especially treatment, with consideration of the work environment. In turn, this can facilitate earlier return to work and thereby be more cost-effective.

In contrast to the above mentioned positive expectations of the 'Zorg voor Arbeid' healthcare innovation some stakeholders expressed their *concerns*. The UWV and the SER have expressed their concerns about the difficulty of calculating the SCBA for the 'Zorg voor Arbeid' healthcare innovation, in absence of scientific evidence for where the cost and benefits will be. In addition, the NVAB had concerns about the COP being in competition with the occupational physician.

4.1.7. Interest

The interest of stakeholders varies widely, the common ground is that every stakeholder mentioned it is better for society as a whole in terms of decrease of absenteeism, increase in participation and increase in quality of life. Every stakeholder however has their own perspective:

The KNMG represents all physicians in the Netherlands with their different interests. In the semi-structured interview the KNMG mentioned that it is important that the (working) patient has access to integrated healthcare with good collaboration between different physicians. The KNMG has eight different federation partners, including NVVG, Federatie Medisch Specialisten and NVAB, whose interests differ. As a result, it is difficult to find common ground. They have reached consensus as far as work and health vision and what it must comply with, but for implementation of healthcare innovations like 'Zorg voor Arbeid' the interest of the eight partners is too far apart.

The interests represented by ZPP Nederland is in self-employed persons, who currently do not have access to occupational healthcare, which ideally should be the case. If the labour factor is integrated in multiple domains in healthcare that problem would be solved. The AWWN expressed interests very similar to ZPP Nederland. Employee health is an important topic for the AWWN. They struggle with the separation of labour and health; if this gap would be bridged by initiatives like 'Zorg voor Arbeid', it would solve a lot of problems that employees have.

The NVAB has guidelines on occupational healthcare. However, their problem is that these guidelines are not being followed. When labour is integrated in all parts of healthcare, NVAB expects that adherence to their guidelines will increase and thereby improve outcomes for the (working) patient.

For the Patiëntenfederatie Nederland it is important to develop an information platform that is easily accessible to (working) patients to prevent absenteeism as much as possible, so (working) patients can keep a job that is suitable for their situation. Their prime interest is learn from the outcomes of the 'Zorg voor Arbeid' healthcare innovation and use these to improve their information platform.

The number one problem of the people represented by VNO-NCW & MKB-Nederland is that when their employees are not able to do their job because of illness they have to pay their salary for two years. It is a cause of bankruptcy of many small and medium businesses in the Netherlands. Conversely, these employers would like their employees to be able to return to work with a good recovery and want to do everything that is necessary for that but they lack tools and knowledge to be able

to make that happen. Here, 'Zorg voor Arbeid' presents a potential instrument to address these issues and the employers represented are potential users of this innovation.

The SER would like to see that all of these kinds of healthcare innovations focused on occupational healthcare are executed by relevant players in society. They saw no direct interest or gain for SER itself.

The UWV is mostly interested by the economical results of occupational healthcare and these kinds of healthcare innovations like 'Zorg voor Arbeid'. The UWV perceived themselves as beneficiaries, with clear benefit from the outcomes of this healthcare innovation in terms of decreased demand for WIA benefits. Thus, the interests of the selected key stakeholders are varied in terms of priorities set by the stakeholders.

4.1.8. Influence

In the semi-structured interviews I asked all stakeholders whether they would be willing to exert their influence to the benefit of the 'Zorg voor Arbeid' healthcare innovation. Additionally, I asked to rate respectively the problem, 'Zorg voor Arbeid' as a healthcare innovation, willingness to use influence and their position in relation to 'Zorg voor Arbeid' healthcare innovation. The ratings as expressed by stakeholders are presented in Table 4.2.

Table 4.2. Ratings according to key stakeholders.

	Problem	Zorg voor Arbeid	Feasibility	Willingness to use influence	Position
KNMG	8	8	5,5	8	Support
ZZP NL	9,5	7,5	7+	9	Support
AWVN	7	3	Not discussed	0	Neutral
NVAB	7,5	6	5	9	Support
Patiëntenfederatie NL	8	10	3	0	Support
VNO-NCW, MKB-NL	6	7	3	Dependent on research results	Support
UWV	7	8	7	8	Support

Table 4.2, in combination with the results of the interviews tells us that the KNMG is willing to use their network and influence when the results of further research are positive, but for the implementation they cannot provide assistance, because of the many different interests among their federation partners and the lack of monetary resources. The same applies to VNO-NCW & MKB-Nederland and UWV. They are willing to use their networks when the 'Zorg voor Arbeid' healthcare innovation proves to be cost-effective. UWV for example suggests to arrange an invitational conference to allow the communication of the success of the healthcare innovation amongst their network., in which the UWV wants to participate.

ZZP Nederland proved most willing to use their influence for the implementation of 'Zorg voor Arbeid', especially in terms of political lobby. They are a member of the 'Fit for Work' program, which proves their commitment to the topic. They expressed the importance of occupational healthcare on different levels, for example to other stakeholders like the Nederlandse Vereniging voor Arbeidshygiëne (NVvA), NVAB and occupational health nurses etcetera. The goal of their lobby is to

collaborate with their partners at multiple levels to identify gaps and opportunities in the delivery of occupational healthcare.

The other stakeholders are less willing to use their influence for the 'Zorg voor Arbeid' healthcare innovation: The AWWN is using their influence to create awareness and a form of societal pressure in which inclusiveness is the norm. This is more important from their perspective than the 'Zorg voor Arbeid' healthcare innovation is designed. Therefore, they are not willing to use their influence. The NVAB is not convinced of the feasibility of the 'Zorg voor Arbeid' healthcare innovation, for them occupational healthcare is their core business and thus extremely important, but they are not willing to use their influence for the implementation of 'Zorg voor Arbeid'. Patiëntenfederatie Nederland is working on their information platform on occupational healthcare. They are operating in several networks, and talk about this subject. However, they have no interest in political lobby and therefore are not willing to use their influence. And last, the SER is not willing to use their influence, they do not see a role in the implementation process of 'Zorg voor Arbeid' for themselves.

4.1.9. Implementation

The steps that need to be taken before proceeding to implementation of the healthcare innovation according to the stakeholders that participated in a semi-structured interview are presented below.

All stakeholders mentioned that further research should provide evidence on the effectiveness of 'Zorg voor Arbeid' healthcare innovation. A SCBA should be performed to help the discussion on how the innovation should be financed. UWV added that relevant outcome measures should be identified, such as the percentage of (working) patients enrolled in 'Zorg voor Arbeid' receiving WIA benefits after five years, number of termination of employment, percentage return in work and the efforts that are made to reintegrate in the form of wage penalties prescribed for these (working) patient groups per year.

Additionally, the KNMG underlined the importance of connecting 'Zorg voor Arbeid' to existing care and treatment programs at the Radboudumc, for successful implementation of the healthcare innovation. KNMG proposed to report on the added value of the COP in a specific program, for example oncology. This is in line with the opinion expressed by the UWV and the SER, to start at the regional level, demonstrate the effectiveness and then expand. UWV added that prior to regional expansion, it is helpful to communicate with regional professional associations, inform physicians in the hospital about the COP and his or her activities. Subsequently, for national implementation it is important to conduct political lobby. René Héman of the KNMG mentioned that challenges in occupational healthcare are a known issue in politics, but there is little incentive to improve occupational healthcare delivery. This is related, in part, to the political influence of employers. The importance of this political lobby was also mentioned and emphasized by ZZP Nederland.

4.1.10. Stakeholder alliances

To identify stakeholder alliances the key stakeholders were asked who they thought would be important to involve in the implementation process. The key stakeholders mentioned each other during the semi-structured interviews as the final column in Table 4.1. shows. In addition, all interviewed stakeholders mentioned VWS and SZW as important stakeholders. However, the interviewed stakeholders mentioned that they need scientific evidence before they are able to assist in the implementation process of the healthcare innovation. So, before contacting the ministries we should perform a SCBA. Especially ZZP Nederland explained that the Ministries have separate responsibilities and SZW

knows the importance of occupational healthcare, but VWS is hesitant and insist that the patient as a whole is their responsibility. This was confirmed by the SER, who explained that the Ministries have a wait-and-see attitude, but are interested.

VNO-NCW & MKB-Nederland suggested that Amsterdam Medical Centre (AMC) and Erasmus MC are important potential stakeholders and partners for their work on similar projects and healthcare innovations. Collaboration might be more efficient. A number of contacts were mentioned, see Table 4.1. Also, as mentioned before in paragraph 4.1.8. the UWV suggested on an invitational conference to showcase the successful healthcare innovations in occupational healthcare. The UWV also suggested who to invite; the three patient groups (patients with Parkinson's disease, cancer patients and patients who suffered a CVA), important employers, health insurers, UWV, large occupational health service providers (for example ARBOmed and ARBOuni).

4.2 Importance analysis

A part of the actor linkage matrix is to perform an importance analysis. The section of influence in the actor linkage matrix (Table 4.1.) is added to this importance table. Together with the willingness to use influence, this importance analysis is formed. This analysis is helpful to draw conclusions on whether the stakeholders that participated in the stakeholder analysis are able to affect the implementation of the 'Zorg voor Arbeid' healthcare innovation. This importance analysis consists of the following components; level of power, level of leadership, level of agreement and, resulting thereof, importance. How the ratings are calculated is explained in paragraph 3.3.3. These stakeholder characteristics are rated in Table 4.3.

Table 4.3. Importance analysis

	Power	Leadership	Agreement	Importance	Classification
KNMG	3	1	2	2	Abstainer
ZZP NL	2	3	3	3	Driver
AWVN	2	2	1	1	Bystander
NVAB	2	1	1	1	Bystander
Patiëntenfederatie NL	2	1	1	1	Bystander
VNO-NCW, MKB-NL	2	1	2	2	Abstainer
SER	3	1	2	2	Abstainer
UWV	3	2	3	2	Supporter

This importance analysis shows that ZZP Nederland is the only stakeholder that can be classified as driver. ZZP Nederland is the only stakeholder who is willing to use its influence for the implementation of this healthcare innovation. KNMG, VNO-NCW, MKB-Nederland and the UWV are bystanders, because they are willing to use their influence when further research has been conducted on the cost-effectiveness of 'Zorg voor Arbeid'. UWV was also willing to provide additional data and documentation on the number of people requesting WIA support with or after a diagnosis of cancer of Parkinson's disease. Patiëntenfederatie Nederland and the SER are abstainers, because they are not willing to use their influence for the 'Zorg voor Arbeid' healthcare innovation, but they support initiatives for this. The AWVN and NVAB have different viewpoints on occupational healthcare and are therefore not willing to use their influence. There are no blockers amongst the interviewed stakeholders (Table 4.3).

The purpose of the importance analysis of the healthcare innovation is to draw conclusion on which stakeholders to involve in the process of planning, development and implementation. From the importance analysis I propose the following participation. ZZP Nederland should be involved in the implementation process, although they lack power in the form of monetary resources, they are willing to actively be involved in the implementation process. Although KNMG is identified as an abstainer at this stage of the implementation process, it is wise to inform them when positive research results are available. When positive results are available it is wise to inform the KNMG, because of the high power and agreement, and their requirement for further research. No stakeholder that I interviewed has monetary resources available, which is important to consider when creating a coalition to implement the 'Zorg voor Arbeid' healthcare innovation.

4.3 Recent developments

This empirical research was performed in April 2019. There are new insights and new developments in the implementation of the healthcare innovation which are described below and are helpful in evaluating this stakeholder analysis research. There are three important developments for the implementation process of the 'Zorg voor Arbeid' healthcare innovation.

The first development is that Abbvie, as mentioned before, was included in the political breakfast meeting 'Fit for Work: work retention for cancer patients'. AbbVie is a research-driven, biopharmaceutical company with innovative medicines and associated care solutions for diseases that are difficult to treat. AbbVie is involved in the 'fit for work' program because it is a financier of the platform. Because of this platform AbbVie got information on the healthcare innovation in the Radboudumc, 'Zorg voor Arbeid'. AbbVie contacted the Radboudumc because the healthcare innovation is in line with their societal interest: what matters to many people with a chronic disease is that they are able to continue to function in society, and an important part of this is work retention. AbbVie is a founding partner of the platform 'Fit for work' and is committed to keeping people with a chronic disorder in work. AbbVie has since moved to being a key driver of the program, where they now supply an experienced project manager (Theo Senden, personal communication, January 2022).

Abbvie has knowledge about the field in which the healthcare innovation is situated, in terms of sector, stakeholders, context and politics. According to Schmeer (1999) is this important knowledge for a successful implementation process. AbbVie has already used its network to the benefit of the 'Zorg voor Arbeid' healthcare innovation, introducing the NFK. The effect of cancer on labour absenteeism and reintegration is currently a hot topic and well established on the political agenda. Teaming up the 'Zorg voor Arbeid' healthcare innovation with these efforts in the cancer field may help to bring it onto the political agenda. This is the first direct contribution of AbbVie.

The second important recent development is that a private disability insurer is going to finance the 'Zorg voor Arbeid' healthcare innovation at this point. The revenue model of disability insurers is easily cost effective when a patient can get back to work. This thus fits well with the previously discussed need to match costs and benefits and make agreements on sharing those costs and benefits; this was one of the main intentions of the recommended SCBA (Hoeymans & Polder, 2015; Romijn & Renes, 2013; Soentken et al., 2014; Pomp, Schoemaker & Polder, 2014).

The third important development is in the area of the political alignment, both within Radboudumc as at the national level. Within the Radboudumc, the 'Zorg voor Arbeid' healthcare innovation is now being positioned within the wider preventive healthcare theme that is addressed in the current reor-

ganisation of the Radboudumc. Simultaneously, political alignment is searched nationally with the help of stakeholders including AbbVie and the NFK.

4.4 Recommendations

Based on my study, despite the limitations of the applied methods and the execution as outlined above, I would come to the following five recommendations for the 'Zorg voor Arbeid' healthcare innovation.

First, I recommend to expand this early assessment by exploring the potential of implementing the 'Zorg voor Arbeid' healthcare innovation in primary care. This begins with identifying and starting conversations with different stakeholders in the primary healthcare field, including general practitioners and their professional societies. This could open up a different field of stakeholders and ideas for optimization, and possibly new stakeholders that can be categorized as drivers. Also, a pilot study can be launched with the COP in primary care, according to the suggestion of pilot studies by Wensing et al. (2020). This study should involve patients as stakeholders, where patient participation is taken into consideration.

The process of finding stakeholders that can be drivers for the 'Zorg voor Arbeid' healthcare innovation is my second recommendation. In the current study I identified a large number of potential stakeholders, but subsequent analyses showed that very few could be categorized as driver. To ensure the success and sustainability of this healthcare innovation it is important to form coalitions with other potential drivers. These drivers may be found in primary healthcare or among the potential beneficiaries such as disability insurers.

Linked to finding drivers, the third recommendation is to guarantee financial sustainability. For the further upscaling of this healthcare innovation regionally and nationally it is important to find financiers. One approach would be to perform an SCBA and identify financial beneficiaries of the 'Zorg voor Arbeid' healthcare innovation. A SCBA provides insights whether the social benefits of a healthcare innovation outweigh its social costs (Hoeymans & Polder, 2015). A SCBA is a systematic analysis of all costs and all benefits of a policy measure, compared to doing nothing or compared to another measure, and is future oriented (Pomp, Schoemaker & Polder, 2014). The task is then to transform the beneficiaries to financiers, to balance the costs and benefits of the healthcare innovation. At the same time, structural embedding should be sought. To turn this healthcare innovation to a national program requires structural funding and political support. Therefore, a DBC financial instrument should be made. This requires support from the ministries of Health and Social Affairs. Support by both ministries is required because the work domain is part of the ministry of Social Affairs, whereas the healthcare domain resides under the ministry of Health, Welfare and Sports. Collaboration between those two ministries is thus key to success.

My fourth recommendation, provided that a placement in primary healthcare is unlikely to happen in the short-term, is to implement the 'Zorg voor Arbeid' healthcare innovation hospital wide at the Radboudumc, by connecting to the structure of the Radboudumc and already integrated topics such as preventive healthcare. The current Fit4theFuture program will lead to significant reorganization of tasks and structures within the Radboudumc and thus offers an excellent opportunity to seek partners and alignments for structural embedding of the 'Zorg voor Arbeid' healthcare innovation within the Radboudumc. From that stable embedding the next steps in terms of regional and national expansion can be sought out.

Finally, it is essential to prove that the 'Zorg voor Arbeid' healthcare innovation is effective. Several stakeholders rightfully mentioned that very little supportive evidence of the efficacy of the 'Zorg voor Arbeid' healthcare innovation and the role of the COP was available. The best quality of evidence would be obtained by performing a randomized clinical trial (RCT). A RCT is accepted to provide the highest quality of evidence, but is often not feasible for ethical, financial, or other reasons, in particular in early stages of product development (Kip et al., 2018). In later stages it might be possible to perform this by enrolling patients either in the 'Zorg voor Arbeid' program or receive regular curative and occupational healthcare follow up. The primary outcome measure of such a RCT could be the percentage of participants that have a job or the mean duration of work absenteeism. An alternative strategy could be to obtain evidence of efficacy from patients currently enrolled in the 'Zorg voor Arbeid' healthcare innovation, even though this would lack a comparison with people not enrolled. Extrapolating this real world evidence with the help of a SCBA can help to build a business case.

4.5 Summary of Results

During performance of a case study on 'Zorg voor Arbeid' I came to insights gained while performing the early assessment with the framework of combined stakeholder analysis methods and the resulting recommendations together form the answer to the research question: *How can early assessment by stakeholder analysis contribute to the efficacy of healthcare innovations?* Analysing the data with the help of actor linkage matrix and importance analysis gave insights in the 'Zorg voor Arbeid' healthcare innovation and its drivers.

These results and insights lead to five recommendations to improve the 'Zorg voor Arbeid' healthcare innovation. First, I recommend to expand this early assessment by exploring the potential of implementing the 'Zorg voor Arbeid' healthcare innovation in primary care. Second, start the process of finding stakeholders that can be drivers for the 'Zorg voor Arbeid' healthcare innovation. Third, guarantee financial sustainability. Fourth, start hospital wide implementation at the Radboudumc of the 'Zorg voor Arbeid' healthcare innovation, by connecting to the structure of the Radboudumc. Finally, it is essential to scientifically prove the success of the 'Zorg voor Arbeid' healthcare innovation by performing a RCT or SCBA.

5. Conclusions and discussion

This study aimed to answer the question: *How can early assessment by stakeholder analysis contribute to the efficacy of healthcare innovations?*

Important subquestions were:

- 1- Which early assessment methods are suitable for healthcare innovations?
- 2- How can early assessment methods for stakeholder analysis be applied?
- 3- What is the optimal methodology for stakeholder analysis, in 'Zorg voor Arbeid'?

5.1 Conclusions

To answer subquestion 1 I performed a literature search to form a theoretical framework. On basis of this search I concluded that early assessments, i.e. assessments in a data poor phase, are best performed using qualitative research methods. Several qualitative methods for early assessment have been published and these include stakeholder preference elicitation, MCDA, stakeholder analysis, the so-called political, economical, socio-cultural and technological (PEST) analysis and the strength,

weaknesses, opportunities and threats (SWOT) analysis (Støme et al., 2019). In theory, all these methods are suitable for early assessment of healthcare innovations. I chose stakeholder analysis with combined methods for application in the case study of the 'Zorg voor Arbeid' healthcare innovation based on 4 main arguments: 1) it is a data-free qualitative early assessment method, 2) stakeholder involvement is the holy grail of improvement, 3) stakeholder engagement is an integral part of all early assessment methods, but stakeholder analysis is the only method in which this is the main goal, 4) stakeholder analysis is a prominent method of collecting data in the developmental stage.

Subquestion 2 focussed on how to best apply stakeholder analysis. From my literature search I identified several studies that applied stakeholder analysis in the healthcare context. Yet, these studies all applied a single stakeholder analysis method. To overcome this limitation, which has already been identified in the literature (Reed et al., 2007; Yang et al., 2011; Wang et al., 2021) I developed a framework to perform stakeholder analysis with combined methods (Figure 3.1) by an iterative process. The methods I combined were semi-structured interviews including stakeholder-led snowball sampling, interest-influence matrix and an importance analysis as part of the actor linkage matrix.

Subquestion 3, on the optimal methodology for stakeholder analysis within the 'Zorg voor Arbeid' case study could not be definitively answered. While the applied methods gave important insights to be used in the further implementation of the 'Zorg voor Arbeid' healthcare innovation, I could not directly compare different methods for stakeholder analysis or for early assessment in the broader sense. Such a direct comparison would have required a controlled clinical trial. However, the framework designed to perform stakeholder analysis (Figure 3.1) can be used (and adjusted) in practice already.

These three subquestions combined with the literature search and case study that were performed to answer them also lead to the main research question: *How can early assessment by stakeholder analysis contribute to the efficacy of healthcare innovations?* On basis of my literature search, internship and case study I conclude that early assessment in the form of a stakeholder analysis with combined methods in a fixed framework applied in an iterative process can improve the efficacy of a healthcare innovation by providing practical insights during the implementation process of the healthcare innovation.

For the 'Zorg voor Arbeid' healthcare innovation the key insights from the stakeholder analyses were that 1) The 'Zorg voor Arbeid' healthcare innovation might better be placed in primary care settings rather than in tertiary care where it is now explored, 2) there is an imbalance in the spread of costs of benefits to be expected from the 'Zorg voor Arbeid' healthcare innovation, where now costs lie in the healthcare domain but benefits are in the work domain, 3) political support is needed to ensure the success and durability of the 'Zorg voor Arbeid' healthcare innovation; the 'Zorg voor Arbeid' healthcare innovation should be better aligned with existing programs and subjects already on the political agenda, again to yield more political support; coalitions with stakeholders of these programs need to be formed and 4) the 'Zorg voor Arbeid' healthcare innovation in its current form lacks results, i.e. efficacy data, thus it is difficult to perform a social cost benefit analysis (SCBA). An in-depth discussion of these results is provided in the 'Practical implications' section, in Chapter 5.3.

5.2 Discussion

In line with the observation by Wensing and Grol (2019) that stakeholder involvement is now the holy grail of improvement and responding to the call in the scientific literature to improve stakehold-

er analyses by using combined methods and publishing their results (Reed et al., 2007; Yang et al., 2011; Wang et al., 2021), we addressed that scientific challenge by performing a multimodal stakeholder analysis with clearly specified methods within a clear framework (Figure 3.1). While the efficacy of this combination of methods in the framework remains unproven, i.e. not validated by other researchers, it does offer a practical tool for stakeholder analysis by combined methods.

An important example of the need to apply multiple methods is the observation that stakeholder identification failed to select for stakeholders who would classify as drivers in the importance analysis. For this reason, the framework should be used in an iterative process. This observation underlines the previously stated lack of a validation of the stakeholder-based methods in empirical research (Wensing & Grol, 2019). In a recent study by Liu, Zhang, Zheng, Wu and Weng (2022), a similar multimodal stakeholder analysis was performed in a non-healthcare related setting, but with an importance analysis at the start; the selection for semi-structured interviews was then based on the outcome of the importance analysis. This may be more efficient than our framework, i.e. it may reduce the number of interviews. The use of a framework of multiple methods is thus useful, but the optimal sequence of methods remains to be determined.

Although we identified the Patiëntenfederatie Nederland as a key stakeholder, we did not interview actual patients who are enrolled in the 'Zorg voor Arbeid' programme. Observations during COP consultation hours with patients were performed, therefore I took patient perspective into consideration, however I only used these observations for the first part of the stakeholder analysis framework, which is the context. van Hoof et al. (2022) stated that there is a gap between allowing patients to report and actual patient involvement, which is important in healthcare innovations. We did not explicitly interview patients and therefore these results were not part of the further stakeholder analysis. The Patiëntenfederatie was not sufficient for patient involvement, because they redirected to other patient associations for specific patient groups like the 'hersenchirurgie'. Also, patient participation was neither mentioned in conversations with the expert nor the outcome of the snowball sampling. Before further implementation of the 'Zorg voor Arbeid' healthcare innovation it is recommended to test patient preferences.

The empirical research in this thesis also provided a new insight in stakeholder analysis that questions previous experiences. In the semi-structured interviews, multiple interviewees reported that they saw a role for themselves only in later stages, after more evidence had been gathered. One interviewee even reported conflicting stakes. Several studies suggest and provide methods for changing attitudes of stakeholders towards projects or innovations (Amaeshi & Crane, 2006; Verbeke & Tung, 2013; Elias, 2019). In contrast, one of the interviewees suggested that we should focus more on drivers in this early stage of implementation of the 'Zorg voor Arbeid' healthcare innovation. The value of this approach was confirmed in the recent developments, in which AbbVie and the employers insurer emerged as two key drivers; AbbVie offered a crucial network to advance the implementation of the 'Zorg voor Arbeid' healthcare innovation and the employers' insurer could provide financing for the 'Zorg voor Arbeid' programme. This provides a counter argument to the concept of changing negative attitudes of stakeholders and suggests an alternative approach to stakeholder identification, aimed at identifying drivers primarily.

5.3 Practical implications for ‘Zorg voor Arbeid’

A key outcome of the stakeholder identifications and categorization in this study was that very few stakeholders could be characterized as supporters or drivers (Schmeer 1999; Hyder et al., 2010). According to literature, one of the engagement strategy fundamentals is to transform stakeholder relationship from a less favourable to a more favourable one. Less favourable is seen as low acceptance and high capacity. So instead of just acting based on the evaluated stakeholder quadrant, one must evaluate the intended transformation direction of the stakeholder, i.e. changing a stakeholder expectations, capacity or intentions and plan actions accordingly (Postema et al., 2012). However, in my research I noted that stakeholders all have their own intentions, interests and visions, with limited willingness to change. In practice not all stakeholders intentions can or need to be taken into account; some stakeholders may be more important with respect to innovation outcome than others (Postema et al., 2012). In implementing a healthcare innovation it is important to form coalitions with stakeholders that share the same vision, ideas and interests. It is better to align with the stakeholders that are already on the same side and share the same vision, i.e. to form coalitions with supporters and drivers.

The second key insight obtained from the stakeholder analysis was the positioning of the ‘Zorg voor Arbeid’ healthcare innovation in tertiary care. This positioning was questioned by five out of eight stakeholders. The stakeholders reported that this healthcare innovation should be embedded in primary care. However, the healthcare innovation is now implemented in tertiary care, in an academic hospital. ‘Zorg voor Arbeid’ started as a grassroots initiative by interested occupational physicians who observed a gap in occupational healthcare delivery. This start from a grassroots initiative by motivated people, though perhaps not in the most suitable locations or conditions, is in line with literature on previous healthcare innovations (Kristensen et al., 2016). Identification of this potential flaw in the design of the healthcare innovation is actually a success of the early assessment method; this shows similarities with a recent observation by Kluytmans and colleagues (2019) who adopted a problem-oriented multistakeholder approach to estimate the potential value of new instrument to improve meniscus surgery in its social context, to find that, beyond the initial enthusiasm, the proposed innovation was unlikely to resolve the problems as identified by the stakeholders (Kluytmans et al., 2019).

It is remarkable that these five stakeholders proposed that primary care might be the best place to embed the ‘Zorg voor Arbeid’ healthcare innovation, yet that none of these stakeholder mentioned GPs or their professional societies as an important stakeholder during snowball sampling. In my own stakeholder identification efforts, i.e. stakeholder differentiation and categorization, primary care was not included. The formal structures I applied include those proposed by the WHO (Schmeer, 1999) and Hyder et al. (2010). The WHO guideline suggests to include international/donors, national political (legislators, governors), public (ministry of health, social security agency, ministry of finance), labour (unions, medical associations), commercial/private for-profit, non-profit (nongovernmental organizations, foundations) and civil society (Schmeer, 1999). Hyder et al. (2010) add a further 11 categories to this, that include central government agencies, e.g. ministries of finance, planning, civil service; ministry of health and key parts of the ministry; local governments; financiers; civil society organizations; health governing boards; provider organizations; professional organizations and health workers; unions; and suppliers. While the Hyder et al. (2010) categories include health workers and professional organization, I interpreted these as organization relevant to general medi-

cine and occupational healthcare. As a result, my stakeholder identification strategy did not yield stakeholders within primary care.

When 'Zorg voor Arbeid' is implemented in primary care, this raises important practical and reimbursement questions. A key question here would then be whether the COP will work within the primary healthcare system or whether primary healthcare staff (GPs, GP education organisations, regional organisations, care groups, physical therapists, social workers, district nurses and associated profession organisations) take up tasks and responsibilities now assigned to the COP or other actors in occupational healthcare.

The third key topic that arose from my stakeholder analysis was the financing of the 'Zorg voor Arbeid' healthcare innovation to enable continuity. Regardless of its positioning in primary, or as currently place in tertiary care, implementing the healthcare innovation in the care domain would imply that the 'Zorg voor Arbeid' healthcare innovation would be reimbursed by health insurers. Yet, as health insurers have relatively little to gain from the benefits of decrease in workplace absenteeism, it is likely that benefits are in the work domain, i.e. with employers. One might thus consider employers or employer insurers as potential (co-)financers of this program. Employers have the obligations to continue payment to employees who are dropping out of work due to sickness. This is an enormous burden to many employers. So, there is a lot to gain when this can be prevented, and possibly there is willingness to finance a healthcare innovation that can help prevent this. These questions underline the need for a social cost benefit analysis (SCBA), also expressed by most stakeholders. The SCBA will reveal where costs and benefits are and will help to make agreements on sharing costs and benefits (Soentken et al., 2014).

The fourth topic that was raised by stakeholders as a way forward for the 'Zorg voor Arbeid' healthcare innovation during my stakeholder analysis was political support. To ensure the success and durability of the 'Zorg voor Arbeid' healthcare innovation, political support is needed. Several stakeholders suggested that this alignment with other programs and agendas was lacking. For upscaling and widely adopted implementation of a healthcare innovation, in this case 'Zorg voor Arbeid', knowledge on the political context and stakeholders is recommended (WHO, 2010; Bitanirwe, 2016; Mason, Perez, McLemore & Dickson, 2020). However, in literature from an industry perspective the emphasis is more on political lobby (Papaioannou, Watkins, Mugwagwa & Kale, 2016). During my study, René Héman (KNMG) mentioned in his interview that it is wise to find connection with topics that are already on the political agenda. This process of political alignment is now initiated and covered in detail in the recent development section of the results (Paragraph 4.3).

A powerful individual stakeholder may have a significant influence on project decisions but a group of stakeholders in a coalition, are more influential in shaping the implantation of the healthcare innovation (Newcombe, 2003). The challenge for the 'Zorg voor Arbeid' healthcare innovation thus seems to be that stakeholders with a supporter or driver profile need to be identified and that coalitions between these stakeholders and between these stakeholders and stakeholder of aligned or similar programs already on the political agenda need to be formed. This was executed in the 'Zorg voor Arbeid' healthcare innovation in the connection to the political breakfast meeting that was already arranged around cancer and work. That was already an important topic on the national political agenda. This political breakfast meeting 'Fit for Work: work retention for cancer patients' included potentially important stakeholders such as AWWN, SER, Patiëntenfederatie NL and AbbVie.

The fifth major message I obtained from stakeholders was the lack of palpable results and outcomes of the 'Zorg voor Arbeid' healthcare innovation. The early assessment, using a variety of methodologies, can provide insights that are relevant for all stakeholders but several challenges, for example, feasibility and responsibility, need to be addressed before early assessment can become standard practice (Tummers et al., 2020). All five interviewed stakeholders agreed that integrating early assessment in the innovation process has the possibility to shape and refine an innovation, and inform research and development decisions. IJzerman et al. (2017) defined this early health technology assessment as all methods used to inform industry and other stakeholders about the potential value of new medical products in development, including methods to quantify and manage uncertainty. Yet, this level of uncertainty because of a lack of results or outcomes was considered problematic by the stakeholders; it presented an important barrier to stakeholders to participate as drivers for the 'Zorg voor Arbeid' healthcare innovation.

To tackle this problem of the lack of palpable results and thus uncertainty of outcomes and effect sizes, a SCBA can be performed. Both the process and the results of a SCBA are valuable, because this process can provide starting points for discussions with (new) stakeholders about cooperation and co-financing (Hoeymans & Polder, 2015). So, a SCBA helps to identify the key beneficiaries both in terms of effect as well as in terms of financial benefits. Identifying these beneficiaries and those who currently finance or reimburse the healthcare innovation helps to match expense and returns and thereby promote continuity and sustainability (Hoeymans & Polder, 2015). Typically, a SCBA is performed by the following steps: problem analysis, determining a zero alternative for doing nothing, defining policy alternatives, determining effects and benefits, determining costs, performing a variant- and risk analysis, drawing up an overview of costs and benefits and presenting the results (Romijn & Renes, 2013).

5.4 Strengths and limitations

In this thesis a case study was performed, in this case a study on the use of early assessment by stakeholder analysis on a healthcare innovation. Case studies are holistic and this ensures a more complete understanding of a broad subject such as healthcare innovations. Early assessment techniques, including stakeholder analysis, are qualitative in their nature and thus all limitations inherent to qualitative research apply. These limitations include subjectivity on the investigator as well as participant side, in the performance and reporting of the semi-structured interviews, selection bias in the stakeholder participants and limitations inherent to the individual methods used as part of my stakeholder analysis.

To overcome the biases inherent to each individual stakeholder analysis method, I combined multiple methods in stakeholder analysis. The utilization of combined methods increases validity, because it offers a more complete and realistic understanding of the issue, allowing for more in-depth analysis (Crowe et al., 2011). The analysis was based on stakeholder analysis theory. To improve the performance of the individual methods and their combinations, an extensive literature search was executed before starting the study and multiple literature sources are merged and adjusted to be applicable to the early assessment of the 'Zorg voor Arbeid' healthcare innovation. The study contributes to the body of knowledge about stakeholder analysis, especially the practical approaches for stakeholder management (Yang et al., 2011).

Qualitative research methods rely on the quality of the used materials. Using combinations of data sources can help to increase their quality. The use of multiple sources of data in qualitative inquiry can increase validity by drawing more accurate conclusions to answer the research question (Hall & Rist, 1999). Multiple sources of data were included in this study, which could be triangulated. This data triangulation was accomplished, by using semi-structured interviews, observations and documents. This ensures more precise research as it aims to reveal convergence, dissonance and complementarity among the findings, which allow themes and categories to be created from different sources of information (Hussein, 2009). This helps develop a holistic picture of the phenomenon under investigation and increases the understanding from different viewpoints and perspectives (Carter et al., 2014; Crowe et al., 2011). In order to reach optimal triangulation the interviews and observations were compared and contrasted with the information obtained from the literature search and collected documents. An overall picture of the healthcare innovation at the Radboudumc could be drawn with the links and contradictions within and across interviews, and the relationships between the relevant concepts. Extensive member checking was performed, albeit primarily between investigator and expert; interview notes were not shared with interviewees.

Finally, criteria for reporting qualitative research have been published in the form of the 32 point consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ) checklist (Tong, Sainsbury and Craig, 2007). This checklist was not used in this research, but could have been useful. The strengths and limitations of individual methods are reported in the following sections.

5.2.1. Stakeholder identification, differentiation and categorisation

The validity, richness, depth and trustworthiness of the findings in qualitative research is dependent on the selection of viable respondents, i.e. stakeholders that help with the evaluation of the healthcare innovation (Polkinghorne, 2005). Stakeholder-led stakeholder categorisation as a method yielded saturated results in answers on interview questions, i.e. the number of interviews was sufficient to yield a fixed set of similar answers, clues and comments, with no new insights during the final interviews (see Appendix F). Yet, there was an important discrepancy between my stakeholder identification and the outcomes of the semi-structured interviews, being the inclusion of primary care representatives. In the interviews, the potential placement of the 'Zorg voor Arbeid' healthcare innovation in primary care was discussed, but none of the stakeholders then mentioned potential stakeholders in primary care. Asking identified stakeholders to identify others is considered an effective approach for identifying stakeholders and is called 'snowball sampling' (Yang et al., 2011). This meant that in snowball sampling, no additional stakeholders in primary care were identified and contacted. So, the snowball sampling method in combination with the identification, differentiation and categorization methods was not sufficient in this study.

Three other important stakeholders were also overlooked. First, Abbvie was included in the political breakfast meeting, but did not come up in my stakeholder identification and was thus not part of my stakeholder analysis. The importance of an experienced and well-embedded project manager is important to achieve what Chinyio and Akintoye (2008) identified as 'intuition', as an important approach for stakeholder management. The second group of stakeholders that was not identified from the stakeholder analysis are disability insurers. This group of stakeholders has a large stake in this topic because when a patient can get to work, and does not need disability benefits, these insurers benefit financially. It would thus make sense that they are sought to invest in the program, again to match expenses and benefits. The third stakeholder, NFK, was mentioned by Patiëntenfederatie Ne-

derland during the semi-structured interviews but given the late identification I was unable to include them in this study owing to time constraints.

5.2.2. Interest-influence matrix

The interest-influence matrix was meant to result in a list of key stakeholders who I could contact for interviews. It might have been more extensive to use the influence-predictability matrix or power-predictability matrix (Newcombe, 2003). The influence-predictability matrix and power-predictability matrix are methods of stakeholder mapping. They consist of making judgments on three issues: How likely each stakeholder group is to enforce its expectations on the project, whether these groups have the means to do so. This is concerned with the power of stakeholder groups and the likely impact of stakeholder expectations on future project strategies (Newcombe, 2003). To overcome this potential shortcoming of the interest-influence matrix, I performed an importance analysis (Hyder et al., 2010; Schmeer, 1999), in which the power and predictability of the key stakeholders are being taken into consideration.

5.2.3. Semi-structured interviews

Interviews are vulnerable. The stakeholders that were interviewed were carefully selected based on their knowledge and position in the field, so they can provide clarification and a more complete understanding of the issues under investigation in this research. There is a serious risk for selection bias in the study, as stakeholders participated on a voluntary basis. This might have selected for stakeholders that already had an interest in the subject matter. I selected ten candidates for the semi-structured interviews of which two declined. Yet, the categorization revealed that of those selected, only one stakeholder could be characterized as a driver, suggesting that selection bias was limited. One important stakeholder did not want to participate in this research, the health insurers, which might be an important stakeholder group that could be opposed the healthcare innovation.

To obtain reliable information during the interviews, interview settings were designed based on the literature described in chapter two and WHO guidelines on interviewing during a stakeholder analysis (Schmeer, 1999). Only open questions were asked and an open attitude was adopted to reduce the influence of the interviewer on the participants. For the observations, memos were written down immediately after the consultation to allow better recall to increase their contribution to the understanding of the experience. An audit trail is tracked, all interview transcripts, documents and memos are kept. The establishment of the categories and themes described in the result section are conceptually and empirically grounded. Authentic citations are also used to point out from what kinds of original data categories and themes are formulated (Elo & Kyngäs, 2008). An important limitation was that not all identified key stakeholders were available for interviews; for example, healthcare insurance companies were an important group missing in the interviews. Their importance was underlined by the fact that other interviewed stakeholders identified them as key stakeholders. This does reflect the merits of stakeholder-led stakeholder identification.

5.2.4. Actor linkage matrix

I used the actor linkage matrix to arrange a systematic overview of the interview output and information from the documents. Another method that I could have selected and performed is the policy attractiveness versus stakeholder capability grid. This method involves assessing the attractiveness of policies, plans, proposals or options in general against stakeholder capacities to implement them. The grid therefore indicates proposals that are likely to be implemented successfully, because they match stakeholder capacities, and those that are likely to fail because of lack of capacity. Proposals

that are high in attractiveness and capacity certainly should be pursued. Proposals that are otherwise attractive, but do not match up well with stakeholder capacities, will require a substantial build-up of stakeholder capabilities in order to be implemented (Bryson, 2004).

An important limitation of the actor linkage matrix method lies in the element importance analysis. Performing importance analyses is complicated by the fact that multiple definitions of power and leadership are used in literature (Bryson, 2004; Hyder et al., 2010; Schmeer, 1999; Newcombe, 2003; Postema et al., 2012). To overcome this methodological issue, I chose to combine two commonly applied classifications. I first classified stakeholders as drivers, blockers, supporters, bystanders or abstainers according to theory by Hyder et al. (2010) and then converted the level of power, leadership and agreement into a score from 1 to 3 as suggested by Schmeer (1999). This combined approach identified just one driver among the selected stakeholders. Yet, this is more likely a result of shortcomings in the stakeholder identification process than in the actual sensitivity of the actor linkage matrix and importance analysis.

5.5 Summary and further research

To improve healthcare delivery to working patients with chronic conditions the Radboudumc has started the 'Zorg voor Arbeid' healthcare innovation. To aid in the implementation of this healthcare innovation an early assessment was performed. As part of this early assessment I performed a research project build around the research question *How can early assessment by stakeholder analysis contribute to the efficacy of healthcare innovations?* With this question we formulated three subquestions: 1-Which early assessment methods are suitable for healthcare innovations?, 2- How can early assessment methods for stakeholder analysis be applied? and 3-What is the optimal methodology for stakeholder analysis, in 'Zorg voor Arbeid'? To answer subquestion 1 and 2 I performed a literature search and an exploratory case study. Based here upon I conclude that in these early stages of implementation a qualitative research method is most suitable for early assessment of the 'Zorg voor Arbeid' healthcare innovation. A stakeholder analysis using multiple methods was performed, with the development of a framework to be used in an iterative process. This early assessment by stakeholder analysis demonstrated that simultaneous use of multiple methods for stakeholder analysis improves the outcome and utility. Stakeholder identification is a crucial first step in which we noted several flaws, in particular the omission of patients and the low sensitivity to detect drivers. An alternative approach could be to first perform an importance analysis and then proceed to semi-structured interviews.

For the 'Zorg voor Arbeid' healthcare innovation the key insights from the stakeholder analyses were that 1) The 'Zorg voor Arbeid' healthcare innovation might better be placed in primary care settings rather than in tertiary care where it is now explored, 2) there is an imbalance in the spread of costs of benefits to be expected from the 'Zorg voor Arbeid' healthcare innovation, where now costs lie in the healthcare domain but benefits are in the work domain, 3) political support is needed to ensure the success and durability of the 'Zorg voor Arbeid' healthcare innovation; the 'Zorg voor Arbeid' healthcare innovation should be better aligned with existing programs and subjects already on the political agenda, again to yield more political support; coalitions with stakeholders of these programs need to be formed and 4) the 'Zorg voor Arbeid' healthcare innovation in its current form lacks results, i.e. efficacy data, thus it is difficult to perform a RCT or SCBA.

Whilst we were able to successfully perform a stakeholder analysis using multiple methods we were not able to establish the optimal combination of methods for early assessment. Comparative trials are the ultimate tool to define such combinations. These issues highlight the need for further methodological research, assessing not only the stakeholder analysis methods as well as other early assessment methods and the usefulness of the results they yield for the implementation process.

References

- Ahrens, T. and Chapman, C.S. (2006). Doing qualitative field research in management accounting: Positioning data to contribute to theory. *Accounting, Organizations and Society*, 31 p. 819-841.
- Alsaawi, A. (2014). A critical review of qualitative interviews. *European Journal of Business and Social Sciences*, 3(4).
- Amaeshi, K. M., & Crane, A. (2006). Stakeholder engagement: a mechanism for sustainable aviation. *Corporate social responsibility and environmental management*, 13(5), 245-260.
- Andreassen, H. K., and Trondsen, M. (2010). The empowered patient and the sociologist. *Social Theory & Health*, 8(3), 280-287.
- AWVN. (2022). About AWVN. Awnv.nl. Consulted 21-09-2019 via <https://www.awvn.nl/about-awvn/>
- Ballejos, L. C., & Montagna, J. M. (2011). Modeling stakeholders for information systems design processes. *Requirements engineering*, 16(4), 281-296.
- Bendtsen, E. B., Clausen, L. P. W., and Hansen, S. F. (2021). A review of the state-of-the-art for stakeholder analysis with regard to environmental management and regulation. *Journal of Environmental Management*, 279, 111773.
- Bernell, S., and Howard, S. W. (2016). Use your words carefully: what is a chronic disease? *Frontiers in public health*, 4, 159.
- Biggs, S., and Matsaert, H. (1999). An actor-oriented approach for strengthening research and development capabilities in natural resource systems. *Public Administration and Development: The International Journal of Management Research and Practice*, 19(3), 231-262.
- Birken, S. A., Lee, S. Y. D., and Weiner, B. J. (2012). Uncovering middle managers' role in healthcare innovation implementation. *Implementation Science*, 7(1), 28.
- Bitanahirwe, B. K. (2016). Scaling-up innovation as a means of tackling health inequalities. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, 52(2), 143-145.
- Brugha, R., and Varvasovszky, Z. (2000). Stakeholder analysis: A review. *Health Policy and Planning*, 15(3), 239-46.
- Bryson, J. M. (2004). What to do when stakeholders matter: stakeholder identification and analysis techniques. *Public Management Review*, 6(1), 21-53.
- Carter, N., Bryant-Lukosius, D., DiCenso, A., Blythe, J., and Neville, A. J. (2014). The use of triangulation in qualitative research. *Oncology Nursing Forum*, 41(5).

Central Bureau of Statistics. (2013). Gezondheidsmonitor Volwassenen 2012. *Consulted* 13-12-2020 via <https://www.cbs.nl/nl-nl/maatwerk/2013/37/uitkomsten-gezondheidsmonitor-2012>

Chinyio, E.A. and Akintoye, A. (2008). Practical approaches for engaging stakeholders: findings from the UK. *Construction Management and Economics*, 26(6), 591-599.

Cole F.L. (1988). Content analysis: process and application. *Clinical Nurse Specialist*. 2(1), 53–57.

Crowe, S., Cresswell, K., Robertson, A., Huby, G., Avery, A., and Sheikh, A. (2011). The case study approach. *BMC Medical Research Methodology*, 11(1), 100.

Cuppen, E., Bosch-Rekvelde, M. G., Pikaar, E., and Mehos, D. C. (2016). Stakeholder engagement in large-scale energy infrastructure projects: Revealing perspectives using Q methodology. *International Journal of Project Management*, 34(7), 1347-1359.

Curry, R., Barry, J., and McClenaghan, A. (2013). Northern Visions? Applying Q methodology to understand stakeholder views on the environmental and resource dimensions of sustainability. *Journal of Environmental Planning and Management*, 56(5), 624-649.

Ebener, S., Khan, A., Shademani, R., Compernelle, L., Beltran, M., Lansang, M. A., and Lippman, M. (2006). Knowledge mapping as a technique to support knowledge translation. *Bulletin of the World Health Organization*, 84, 636-642.

Elias, A. A. (2019). Strategy development through stakeholder involvement: A New Zealand study. *Global Journal of Flexible Systems Management*, 20(4), 313-322.

Elo, S., and Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107-115.

Fasterholdt, I., Krahn, M., Kidholm, K., Yderstræde, K. B., and Pedersen, K. M. (2017). Review of early assessment models of innovative medical technologies. *Health Policy*, 121(8), 870–879.

Flick, U. (2018). Doing triangulation and mixed methods (Vol. 8). *SAGE Publications Ltd*.

FNV. (2022). Over de FNV. Fnv.nl. *Consulted* 21-09-2019 via <https://www.fnv.nl/over-de-fnv>

Franco-Trigo, L., Fernandez-Llimos, F., Martínez-Martínez, F., Benrimoj, S. I., & Sabater-Hernández, D. (2020). Stakeholder analysis in health innovation planning processes: a systematic scoping review. *Health Policy*, 124(10), 1083-1099.

Freeman, R.E., (1984). Strategic Management: a Stakeholder Approach. *Basic Books, New York*.

Freeman, L. (2004). The development of social network analysis. *A Study in the Sociology of Science*, 1(687), 159-167.

Gibbs, A. (1997). Focus groups. *Social research update*, 19(8), 1-8.

Grutters, J. P., Govers, T., Nijboer, J., Tummers, M., Van Der Wilt, G. J., & Rovers, M. M. (2019). Problems and promises of health technologies: the role of early health economic modeling. *International journal of health policy and management*, 8(10), 575.

- Hall, A. L., and Rist, R. C. (1999). Integrating multiple qualitative research methods (or avoiding the precariousness of a one-legged stool). *Psychology & Marketing*, 16(4), 291-304.
- Hare, M., and Pahl-Wostl, C. (2002). Stakeholder categorisation in participatory integrated assessment processes. *Integrated Assessment*, 3(1), 50-62.
- Hart, S. L., and Sharma, S. (2004). Engaging fringe stakeholders for competitive imagination. *Academy of Management Perspectives*, 18(1), 7-18.
- Hart, S., Sharma, S., and Halme, M. (2016). Poverty, business strategy, and sustainable development. *Organization & Environment*. 29(4) 401–415.
- Hartz, S., and John, J. (2008). Contribution of economic evaluation to decision making in early phases of product development: A methodological and empirical review. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 24(4), 465–472.
- Hoeymans, N., and Polder, J. (2015). MKBA, maatschappelijke kosten baten analyses voor een betere zorg en meer welzijn. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 5(93), 159-159.
- van Hoof, M., Chinchilla, K., Härmark, L., Matos, C., Inácio, P., & van Hunsel, F. (2022). Factors Contributing to Best Practices for Patient Involvement in Pharmacovigilance in Europe: A Stakeholder Analysis. *Drug Safety*, 45(10), 1083-1098.
- Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., van der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., ... and Schnabel, P. (2011). How should we define health?. *BMJ*, 343.
- Hulshof, C. (2012). Oratie als bijzonder hoogleraar Arbeids- en bedrijfsgeneeskunde.
- Hussein, A. (2009). The use of triangulation in social sciences research: Can qualitative and quantitative methods be combined. *Journal of Comparative Social Work*, 1(8), 1-12.
- Hyder, A., Syed, S., Puvanachandra, P., Bloom, G., Sundaram, S., Mahmood, S., Iqbal, M., Hongwen, Z., Ravichandran, N., Oladepo, O., Pariyo, G. and Peters, D. (2010). Stakeholder analysis for health research: case studies from low-and middle-income countries. *Public health*, 124(3), 159-166.
- IJzerman, M. J., Koffijberg, H., Fenwick, E. and Krahn, M. (2017). Emerging use of early health technology assessment in medical product development: a scoping review of the literature. *Pharmacoeconomics*, 35(7), 727-740.
- IJzerman, M. J., & Steuten, L. M. (2011). Early assessment of medical technologies to inform product development and market access. *Applied health economics and health policy*, 9(5), 331-347.
- Irani, Z., Sharif, A.M. and Love, P.E.D. (2007). Knowledge mapping for information systems evaluation in manufacturing. *International Journal of Production Research*, 45(11), 2435-2457.
- de Jong, T., & Steenbeek, R. (2016). De keten van arbeidsgelateerde zorg. *TNO op aanvraag van Het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid*.

- Kallio, H., Pietilä, A. M., Johnson, M. and Kangasniemi, M. (2016). Systematic methodological review: developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide. *Journal of advanced nursing*, 72(12), 2954-2965.
- Kip, M. M., Steuten, L. M., Koffijberg, H., IJzerman, M. J., & Kusters, R. (2018). Using expert elicitation to estimate the potential impact of improved diagnostic performance of laboratory tests: a case study on rapid discharge of suspected non-ST elevation myocardial infarction patients. *Journal of evaluation in clinical practice*, 24(1), 31-41.
- Kluytmans, A., Tummers, M., van der Wilt, G. J. and Grutters, J. (2019). Early assessment of proof-of-problem to guide health innovation. *Value in Health*, 22(5), 601-606.
- KNMG. (2017). KNMG-visiedocument 'Zorg die werkt'. Naar een betere arbeidsgerichte medische zorg voor (potentieel) werkenden'. Online via [file:///C:/Users/Admin/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/KNMG-Visie-Zorg-die-werkt%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Admin/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/KNMG-Visie-Zorg-die-werkt%20(1).pdf)
- KNMG. (2022). Waarom? knmg.nl. Consulted 21-09-2019 via <https://www.knmg.nl/over-knmg/waarom.htm>
- Kristensen, F. B., Lampe, K., Chase, D. L., Lee-Robin, S. H., Wild, C., Moharra, M. and Bistrup, M. L. (2009). Practical tools and methods for health technology assessment in Europe: Structures, methodologies, and tools developed by the European network for Health Technology Assessment, EU-netHTA. *International journal of technology assessment in health care*, 25(S2), 1-8.
- Kristensen, N., Nymann, C. and Konradsen, H. (2016). Implementing research results in clinical practice-the experiences of healthcare professionals. *BMC Health Services Research*, 16(1), 48.
- Krueger, R. A. (2014). Focus groups: A practical guide for applied research. 1st edition. *Sage publications*.
- Kuronen, J., Winell, K., Kopra, J. and Räsänen, K. (2020). Quality improvement activity in occupational healthcare associated with reduced need for disability retirement: A Bayesian mixed effects modelling study in Finland. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*.
- Lienert, J., Schnetzer, F. and Ingold, K. (2013). Stakeholder analysis combined with social network analysis provides fine-grained insights into water infrastructure planning processes. *Journal of environmental management*, 125, 134-148.
- Lillis, A. M. (1999). A framework for the analysis of interview data from multiple field research sites. *Accounting and Finance*, 39 p. 79-105.
- van Loghum, B. S. (2011). Geïntegreerde zorg voor zieke werknemers levert half miljard op. *Zorg en Financiering*, 10(2), 76-77.
- Markiewicz, K., Van Til, J. A., & IJzerman, M. J. (2014). Medical devices early assessment methods: systematic literature review. *International journal of technology assessment in health care*, 30(2), 137-146.

- Markiewicz, K., van Til, J.A., Steuten, L.M.G., IJzerman, M.J., (2016). Commercial viability of medical devices using headroom and return on investment calculation. *Technological Forecasting and Social Change*, 112, 338–346
- Mason, D. J., Perez, A., McLemore, M. R. and Dickson, E. (2020). *Policy & Politics in Nursing and Health Care-E-Book*. Elsevier Health Sciences.
- Morgan, D. L. (1996). Focus groups. *Annual review of sociology*, 22(1), 129-152.
- Namazzi, G., Peter, W., John, B., Olico, O. and Elizabeth, E. K. (2013). Stakeholder analysis for a maternal and newborn health project in Eastern Uganda. *BMC pregnancy and childbirth*, 13(1), 58.
- Newcombe, R. (2003). From client to project stakeholders: a stakeholder mapping approach. *Construction Management and Economics*, 21(8), 841-848.
- Nissen, M. E. and Levitt, R. E. (2004). Agent-based modeling of knowledge dynamics. *Knowledge Management Research & Practice*, 2(3), 169-183.
- NVAB. (2016). Visie, missie & strategie van de NVAB: De bedrijfsarts dokter en adviseur, specialist voor arbeid en gezondheid. Online via https://nvab-online.nl/sites/default/files/bestanden-webpaginas/VisieMissieStrategie_15-12-2016.pdf
- NVAB. (2022). Actueel. nvab.nl. Consulted 23-09-2019 via <https://nvab-online.nl/>
- ODA. 1995. Guidance note on how to do stakeholder analysis of aid programmes. Social Development Department, Overseas Development Administration, London. Online via https://sswm.info/sites/default/files/reference_attachments/ODA%201995%20Guidance%20Note%20on%20how%20to%20do%20a%20Stakeholder%20Analysis.pdf
- Omachonu, V. K. and Einspruch, N. G. (2010). Innovation in healthcare delivery systems: a conceptual framework. *The Innovation Journal: The Public Sector Innovation Journal*, 15(1), 1-20.
- Papaioannou, T., Watkins, A., Mugwagwa, J. and Kale, D. (2016). To lobby or to partner? Investigating the shifting political strategies of biopharmaceutical industry associations in innovation systems of South Africa and India. *World Development*, 78, 66-79.
- Patiëntenfederatie Nederland. (2022). Over ons. Patiëntenfederatie.nl. Consulted 21-09-2019 via <https://www.patiëntenfederatie.nl/over-ons/missie>
- Pinnock, H., Huby, G., Powell, A., Kielmann, T., Price, D. and Williams, S. (2008). The process of planning, development and implementation of a General Practitioner with a Special Interest service in Primary Care Organisations in England and Wales: a comparative prospective case study. *Report for the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R&D (NCCSDO)*.
- Polkinghorne, D. E. (2005). Language and meaning: Data collection in qualitative research. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 137.
- Pomp, M., Schoemaker, C. and Polder, J. (2014). Op weg naar maatschappelijke kosten-batenanalyses voor preventie en zorg: *Themarapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014*.

- Postema, T., Groen, A. and Krabbendam, K. (2012). A model to evaluate stakeholder dynamics during innovation implementation. *International Journal of Innovation Management*, 16(05).
- Porzsolt, F., Ghosh, A. K. and Kaplan, R. M. (2009). Qualitative assessment of innovations in healthcare provision. *Bmc Health Services Research*, 9(1).
- Prell, C., Hubacek, K. and Reed, M. (2009). Stakeholder analysis and social network analysis in natural resource management. *Society and natural resources*, 22(6), 501-518.
- Reed, M., Graves, A., Dandy, N., Posthumus, H., Hubacek, K., Morris, J., Stringer, L. (2009). Who's in and why? a typology of stakeholder analysis methods for natural resource management. *Journal of Environmental Management*, 90(5), 1933-49.
- Reed, M. S. and Curzon, R. (2015). Stakeholder mapping for the governance of biosecurity: a literature review. *Journal of Integrative Environmental Sciences*, 12(1), 15-38.
- Romijn, G. and Renes, G. (2013). Algemene leidraad voor maatschappelijke kosten-batenanalyse. *Den Haag: CPB & PBL*.
- Rosso, M., Bottero, M., Pomarico, S., La Ferlita, S. and Comino, E. (2014). Integrating multicriteria evaluation and stakeholders analysis for assessing hydropower projects. *Energy policy*, 67, 870-881.
- Saunders, M., Lewis, P. and Thornhill, A. (2009). Research methods for business students, 5th ed., Harlow, Pearson Education.
- Schmeer, K. (1999). Stakeholder analysis guidelines. Policy Toolkit for Strengthening Health Sector Reform, World Health Organization.
- Scott, J. (1988). Social network analysis. *Sociology*, 22(1), 109-127.
- Scuotto, V., Garcia-Perez, A., Cillo, V. and Giacosa, E. (2020). Do stakeholder capabilities promote sustainable business innovation in small and medium-sized enterprises? Evidence from Italy. *Journal of Business Research*, 119, 131-141.
- SER. (2014). *Betere zorg voor werkenden*. Den Haag: Sociaal-Economische Raad
- SER. (2016). *Werk: van belang voor iedereen. Een advies over werken met een chronische ziekte*. Den Haag: Sociaal-Economische Raad
- SER. (2022). Over SER. SER.nl. *Consulted* 23-09-2019 via <https://www.ser.nl/nl/ser/over-ser>
- Serrat, O. (2017). Social network analysis. In *Knowledge solutions* Springer, Singapore. pp. 39-43.
- Soentken, M., Steenbeek, R., Mooij, R. and Hommerson, S. (2014). Geïntegreerde zorg en re-integratie voor werkenden en uitkeringsgerechtigden met psychische klachten: verkenning naar knelpunten en oplossingen. TNO, Vrije Universiteit and Talma Instituut.
- Spencer, L., & Ritchie, J. (2002). Qualitative data analysis for applied policy research. *Analyzing qualitative data*. 187-208.
- Stake, R. (1995). The art of case research. Thousand Oaks, CA: *Sage Publications*.

- Støme, L. N., Moger, T., Kidholm, K., & Kværner, K. J. (2019). Early assessment of innovation in a healthcare setting. *International Journal of Technology Assessment in Healthcare*, 35(1), 17-26.
- Swanborn, P. (2010). Case study research: What, why and how?. *Sage*.
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International journal for quality in health care*, 19(6), 349-357.
- Tummers M, Kværner K, Sampietro-Colom L, Siebert M, Krahn M, Melien Ø, Hamerlijnck D, Abrishami P, Grutters, J. (2020). On the integration of early health technology assessment in the innovation process: reflections from five stakeholders. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 36, 481–485.
- UWV. (2022). Over UWV. Uvw.nl. *Consulted* 23-09-2019 via <https://www.uwv.nl/overuwv/wat-is-uwv/hoe-werken-we/index.aspx>
- Vail, E. F. (1999). Knowledge mapping: getting started with knowledge management. Information system management. 4th edition. *Taylor & Francis*. 16(4), 1-8.
- Varvasovszky, Z., & Brugha, R. (2000). How to do (or not to do) ... A stakeholder analysis. *Health Policy and Planning*, 15(3), 338-45.
- Verbeke, A., & Tung, V. (2013). The future of stakeholder management theory: A temporal perspective. *Journal of business ethics*, 112(3), 529-543.
- VNG. (2022). Vereniging. Vng.nl. *Consulted* 23-09-2019 via <https://vng.nl/vereniging>
- VNO-NCW. (2022). Over VNO-NCW. Vno-ncw.nl. *Consulted* 24-09-2019 via <https://www.vno-ncw.nl/over-vno-ncw>
- VNO-NCW (2). (2022). Organisatie. Vno-ncw.nl. *Consulted* 24-09-2019 via <https://www.vno-ncw.nl/organisatie>
- Vooijs, M., van der Heide, I., Leesen, M., Hoving, J., Wind, H., & Frings-Dresen, M. (2016). Richtlijn Chronisch Zieken en Werk. *Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid*. Online via https://nvab-online.nl/sites/default/files/bestanden-webpaginas/Richtlijn_ChronischZiekenenWerk.pdf
- Wahlster, P., Goetghebeur, M., Kriza, C., Niederländer, C., & Kolominsky-Rabas, P. (2015). Balancing costs and benefits at different stages of medical innovation: a systematic review of Multi-criteria decision analysis (MCDA). *BMC health services research*, 15(1), 1-12.
- Wang, Y., Rattanavipapong, W., & Teerawattananon, Y. (2021). Using health technology assessment to set priority, inform target product profiles, and design clinical study for health innovation. *Technological forecasting and social change*, 172, 121000.
- Wensing, M., & Grol, R. (2019). Knowledge translation in health: how implementation science could contribute more. *BMC medicine*, 17(1), 1-6.

Wensing, M., Grol, R., & Grimshaw, J. (Eds.). (2020). Improving patient care: The implementation of change in health care. *John Wiley & Sons*.

Westra, E., van der Poel, R. (2019). De informatiebehoefte rond het thema chronisch ziek zijn en werken. Verslag van een kwalitatief onderzoek onder (arbo)professionals en een online enquête onder werkenden en werkzoekenden met een chronische aandoening. *Ergo: Research Intelligence*.
Online via
file:///C:/Users/Admin/Documents/Scriptie/Artikelen/Problematiek/Patientenfederatie%20OnderzoekArboportaalChronischZiekEnWerken.pdf

Wexler, M.N. (2001). The who, what and why of knowledge mapping. *Journal of Knowledge Management*, 3 (2001), pp. 249-263

World Health Organization. (2010). Nine steps for developing a scaling-up strategy. World Health Organization.

World Health Organization. (2014). Twelfth General Programme of Work, not merely the absence of disease. Online via <https://www.who.int/publications/i/item/gpw-2014-2019>

Wutich, A., Beresford, M., Bausch, J. C., Eaton, W., Brasier, K. J., Williams, C. F., & Porter, S. (2020). Identifying stakeholder groups in natural resource management: comparing quantitative and qualitative social network approaches. *Society & Natural Resources*, 1-8. Derived from
<https://www.tandfonline.com/doi/ref/10.5172/mra.2011.5.3.318?scroll=top>

Xie, R. Z., Malik, E. D., Linthicum, M. T., & Bright, J. L. (2021). Putting stakeholder engagement at the center of health economic modeling for health technology assessment in the United States. *Pharmacoeconomics*, 39(6), 631-638.

Yang, J., Shen, G. Q., Bourne, L., Ho, C. M. F., & Xue, X. (2011). A typology of operational approaches for stakeholder analysis and engagement. *Construction Management and Economics*, 29(2), 145-162.

Yin, R. K. (2014). Case study research: Design and methods (5th ed.). Thousand Oaks, CA: *Uitgave—SAGE Publications*.

ZN. (2022). Organisatie. Zn.nl. Consulted 23-09-2019 via <https://www.zn.nl/336986134/Organisatie>

Zorginstituut Nederland. (2018). Ziektelast in de Praktijk: De theorie en praktijk van het berekenen van ziektebelasting bij pakketbeoordelingen. Online via [file:///G:/Downloads/Ziektelast+in+de+praktijk_definitief%20\(2\).pdf](file:///G:/Downloads/Ziektelast+in+de+praktijk_definitief%20(2).pdf)

ZZP Nederland. (2022). Over ZZP Nederland. Zzp-nederland.nl. Consulted 23-09-2019 via <https://www.zzp-nederland.nl/over-zzp-nederland>

Appendix A Methods for early assessment in scientific literature

Method	Definition
Pay-back from research analysis	A series of approaches to quantify the return on investment in biomedical research and development
Strategic business case	A type of decision-making tool used to determine the effects a particular decision to invest will have on revenues and profitability
Health impact assessment	A combination of methods and tools by which a product or intervention may be judged for its potential effects on the health of a population
Multi-criteria decision methods (MCDA)	A series of techniques aimed at supporting decision makers faced with making numerous and sometimes conflicting evaluations. MCDA aims at highlighting these conflicts and deriving a way to come to a compromise in a transparent process
Conjoint analysis (e.g. discrete-choice experiment)	Conjoint analysis is used in market research to determine how people value different features that make up an individual product or service and to analyse what combination of features is most preferred
Real options analysis (ROA)	ROA applies option valuation techniques to capital budgeting decisions. ROA extends from its application in corporate finance, to decision making under uncertainty in general, adapting the techniques developed for financial options to 'real-life' decisions
Health economic modeling	The purpose of health economic modeling is to structure evidence on clinical and economic outcomes in a form that can help to inform decisions about clinical practices and healthcare resource allocations
Horizon scanning systems	The systematic examination of potential threats, opportunities and likely future developments, which are at the margin of current thinking and planning. Horizon scanning may explore novel and unexpected issues, as well as persistent problems and trends
Clinical trial simulation	The abstraction of the clinical trial process. It is used to investigate assumptions in the design of clinical trials and to actually optimize trial design
Value-of-information analysis	A structured approach to identify the amount a decision maker would be willing to pay for information prior to making a decision

Table 6. Definitions of quantitative methods useful in early health technology assessment (IJzerman & Steuten, 2011, p. 339).

Authors	Dimensions ^a assessed?	Data sources	Quantitative synthesis (yes, no, both)? ^b	Risk analysis/uncertainty ^b
Ahn et al. (2010) [27]	1) Target product profile 2) Market size and growth rate 3) Development costs 4) Development time 5) Technological complexity, novelty, etc.	Primary (internal reports) and secondary data (workshops, survey, focus groups). Multifunctional experts (e.g., scientists, business development, intellectual property)	No. Use of simple recommendation categories, Portfolio/project management approach	Unclear
Ballini et al. (2010) [6]	1) Technical performance 2) Feasibility 3) Safety 4) Clinical effectiveness 5) Cost-effectiveness	Systematic literature review, expert panel	No. Adapted GRADE	Adapted GRADE
Berry (2005) [28]	1) Clinical effectiveness 2) Costs 3) Cost-effectiveness	Data from related trials, historical databases, and other related diseases	Yes. Bayesian	
Cao et al. (2013) [29]	1) Health outcomes 2) Costs	Literature, interview with clinical experts	Yes. CEA	PSA, sensitivity or scenario analysis
Cosh et al. (2007) [30] ^c	1) Strategic fit 2) Clinical effectiveness 3) Costs 4) Cost-effectiveness		Both. Strategic planning methods, Headroom analysis, CEA, ROI	NA
Craven et al. (2009) [31] ^f	1) Clinical effectiveness 2) Utilities 3) Costs 4) Cost-effectiveness	Literature	Yes. CUA in an Excel spread sheet	Sensitivity or scenario analysis
Fenwick et al. (2006) [32]	1) Health outcomes 2) Costs	Literature search	Yes. CEA, Bayesian	PSA, VOI
Guemes-Castorena et al. (2014) [33]	1) Technology 2) Investment perspective 3) Intellectual property 4) Market 5) Roadmap (skills, materials, equipment, milestones)	Experts	Yes. Roadmapping, AHP	NA
Hummel et al. (2012) [34] ^d	1) Quality of life 2) Medical and technical complications 3) Costs	Questionnaire, expert panel of engineers and surgeons	Yes. AHP, decision tree analysis	Sensitivity or scenario analysis
McAteer et al. (2007) [35] ^e	1) Health benefit 2) Market size 3) Costs	Literature, article bibliographies and references, expert opinion	Yes. Headroom analysis	Sensitivity or scenario analysis
Pecchia et al. (2013) [15] ^f	1) Clinical needs 2) Economic needs 3) Technical needs	Domain experts (e.g. specialised clinicians) and potential users of the device	Yes. AHP, CEA	PSA
Pertile (2009) [36]	1) Costs 2) Effects		Yes. Real options analysis	Unclear

Authors	Dimensions ^a assessed?	Data sources	Quantitative synthesis (yes, no, both)? ^b	Risk analysis/uncertainty ^b
Pietzsch et al. (2008) [37]	1) Safety 2) Effectiveness 3) Cost	Clinical/actuarial data, expert opinion, published data, surrogate data (results from other applications)	Yes. CEA, Bayesian, system analysis	PRA, PSA, sensitivity or scenario analysis
Postmus et al. (2012) [38]	1) Costs 2) Effects		Yes. Headroom analysis	PSA, sensitivity or scenario analysis
Retel et al. (2008) [39] ^d	1) Clinical 2) Economic 3) Patient-related 4) Organisational		Scenarios building/drafting, roadmapping	Sensitivity or scenario analysis
Retel et al. (2012+2013) [40,41] ^d	1) Effects 2) Costs 3) Cost-effectiveness	Ten scenario-related options presented as "What if..." statements to experts	Yes. Scenarios building/drafting, CEA	PSA
Schwander (2014) [42]	1) Costs 2) Effects 3) (indirectly) high unmet medical need		Yes. CEA	PSA, sensitivity or scenario analysis
Steuten et al. (2014) [13] ^d	1) Costs 2) Effects	Expert elicitation	Yes. CEA, headroom analysis	VOI
Tarricone et al. (2011) [43]	1) Costs 2) Effects	Registries, observational studies, controlled trials	Yes. CEA	VOI
Vallejo-Torres et al. (2008) [14] ^c	1) Costs 2) Effectiveness	Early phase: elicited beliefs and plausible assumptions	Yes. Bayesian	VOI, sensitivity or scenario analysis
Van de Wetering et al. (2012) [44] ^d	1) Costs 2) Effects	Literature sources, interviews, preliminary data available, expert opinions	Yes. Headroom analysis and later CEA + Bayesian	PSA, sensitivity or scenario analysis, VOI
Yao et al. (2012) [45]	1) Adverse events 2) Costs 3) Cost-effectiveness	Expert opinion, literature	Yes. Headroom analysis, CEA	Sensitivity or scenario analysis
Astebro et al. (2006) [46]	See all 37 inputs in study. Examples: 1) Need 2) Learning 3) Potential market 4) Development risk 5) Payback time	Questionnaire from entre-preneur: background info. of entrepreneur, brief description of the idea, patent applications, sketches, and test reports. Data from similar projects in library of previous reviews.	Yes. Simple decision heuristics	

NA = Data not available.

^a In some studies different levels are used for each dimension, e.g. sub-dimensions. However, sub-dimensions are not included in the table. Further, some of the included studies put expected, likely, or potential before the included dimensions to underline forecasting/assessing the situation at some point in the future, but almost none describe exactly when they refer to, i.e. the decision context is unclear.

^b The two last columns show the methods used to assess included dimensions, i.e. valuation, and methods used to assess risk/uncertainty. A detailed description corresponding to the roman numbers mentioned below in parenthesis can be seen in the table online (appendix). **Valuation methods:** strategic planning methods (10), portfolio/project management approach (16), headroom analysis (I), CEA (cost effectiveness analysis, II), CUA (cost-utility analysis, VI), roadmapping (VIII), scenarios building/drafting (IX), ROI (Return on investment, X), AHP (analytic hierarchy process, XIII), Bayesian (Bayesian modelling/statistics, XV), real options analysis (XVII), decision tree analysis (XIX), system analysis (XX), simple decision heuristics (XXI). **Risk methods:** PSA (Probabilistic sensitivity analysis, III), sensitivity or scenario analysis (XXII), VOI (Value of information analysis, XIV), PRA (Probabilistic Risk Analysis, XVI, adapted GRADE (XXIII).

^c MATCH studies by UK Universities.

^d HTSR (Health Technology and Services Research) at the University of Twente and the work of Professor Ijzerman's group.

Table 7 A+B. Early assessment models: Dimensions, data sources, and methods used (Fasterholdt et al., 2017, p. 875-876).

References	Intervention	R&D stage	Headroom	Model	Expert elicitation	Uncertainty
Cao et al. [47]	Point-of-care-test at home/cardiology	Market launch	Yes, probability distribution	Markov model	Yes, probability elicitation ($N = 3$)	Monte Carlo simulation, distributions
Retel et al. [29]	70-gene expression profile: development of paraffin based test	R&D decision to develop 70G-PAR	No	Markov model	No, assumptions made based on reference data	Simulations and VOI analysis to determine value of further development and research
Koerber et al. [30]	Cartilage defects in knee: new matrix-cultivated chondrocytes m-ACI)	Determine value and pricing	No	Deterministic, decision tree	No, assumptions on costs and outcomes based on scenarios	Deterministic sensitivity analysis of % additional cartilage (effects)
Miquel-Cases et al. [32]	BRCA1-like test to detect triple negative breast cancer	Inform clinicians and R&D about effect of BRCA1 testing	No	Markov model	No, based on clinical trial data	One-way deterministic sensitivity, threshold and probabilistic analysis (CEAC)
Brandes et al. [31]	Vascular closure device	Hypothetical product	No	Deterministic, decision tree	No	One-way sensitivity analysis and tornado diagram
de Windt et al. [34]	Regenerative medicine for articular cartilage repair (ACI)	Premarket	Yes, headroom point estimates	Decision tree with tree options	No	One-way sensitivity analysis and tornado diagram
Buisman et al. [38]	Four diagnostic strategies (MRI, IL-6, B-cell expression and genetic assays) in patients suspected of having RA	Early stage clinical research, tests are available	Yes	Decision tree with patient-level state transition model	No	Deterministic and probabilistic sensitivity analysis
Kolominsky et al. [36]	Implementation scenarios for pulmonary artery pressure in heart failure patients	Implementation of new device to guide health services planning	No	Systems dynamics and discrete-event simulation	No, trial based	Deterministic sensitivity analysis
Luime et al. [35]	Four diagnostic strategies (MRI, IL-6, B-cell expression and genetic assays) as an add-on test in patients with RA	Early stage clinical research, tests are available	Yes	Decision tree for first year after diagnosis	No	Deterministic sensitivity analysis and scenario analyses
Markiewicz et al. [26]	Five diagnostic devices	Premarket	Yes, and return on investment	Headroom point estimate	Qualitative interviews	Uncertainty not addressed
Kip et al. [45]	Triple biomarker to exclude nSTEMI leading to early discharge	Technology available but not used	Yes	Decision tree	Yes, elicitation of clinical utility of test ($N = 10$)	One-way (probabilistic) sensitivity analysis with Tornado diagram

ACI autologous chondrocyte implantation, CEAC cost-effectiveness acceptability curve, m-Aci matrix associated autologous chondrocyte implantation, MRI magnetic resonance imaging, nSTEMI non-ST elevated myocardial infarction, R&D research and development, RA rheumatoid arthritis, VOI value of information

Table 8. Detailed overview of 11 empirical studies that specifically presented an early health economic model using decision trees or Markov state-transition models including headroom analysis (Ijzerman et al., 2017, p. 732).

Analytical approach	Method	Enablers	Barriers
Stakeholder analysis	Qualitative	The process of the assessing a decision's impact on relevant parties and the parties impact on the decision, by weighing and balancing all of the competing demands.	The utility of this analysis is in assisting a decision process is subjective and time-limited and should be complemented by other analysis approaches.
Scenario analysis	Qualitative/ quantitative	The process of analyzing possible future events by considering alternative possible outcomes, combining optimistic, pessimistic, and more and less probable developments.	Scenario analysis struggle with loss of information and the risk to not cover all outcomes in a real world system
Cost-effectiveness analysis	Quantitative	A form of economic analysis that compares the relative costs and outcomes (effects) of different courses of action.	Early assessment suffer from small data sets that lack the power to control for variables that could explain the observed effect and short investigation periods make it difficult to identify changes in outcome.
Expert elicitation	Qualitative	The synthesis of opinions of authorities of a subject where there is uncertainty due to insufficient data.	There is no universal method for expert elicitation and different approaches may lead to different results.
Sensitivity analysis	Quantitative	The study of how the uncertainty in the output of a model can be apportioned to different sources of uncertainty in its inputs.	Sensitivity analysis prove complex and time consuming when dealing with a large number of uncertain inputs as there often are in early assessment.
Constructive technology assessment	Qualitative/ quantitative	Technology assessment which takes into account the social problems surrounding technology by including a large diversity of actors in technological design and implementation processes, with emphasis on social actors.	This framework has been criticised for its lack of structure in including sufficient public participation, as patients or users, in the decision process.
Bayesian modeling	Quantitative	Statistic modelling which include evidence about the true state of the world expressed in terms of degrees of belief known as Bayesian probabilities.	These models require data, competence and can be difficult to implement in practice. It can be challenging to define a prior.
Markov modeling	Quantitative	Stochastic model used to model randomly changing systems where it is assumed that future states depends only on the current state.	Markov models are problematic at short time intervals. These models suffer from the precision required for data input. Such potential sources of data could be challenging to acquire at an early stage.
Value of information	Quantitative	Is the amount a decision maker would be willing to pay for information prior to making a decision.	Innovation deals with both parameter and structural uncertainty, accounting for all these uncertainties in the estimation a price of knowing a priori can be challenging.
Real option analysis	Quantitative	A situation in which an investor is able to choose between two different investments where both choices involve tangible assets, typically a trade-off of investing in development of more research.	The alternative practice must be well defined and understood, data issues arise when estimating key model inputs, since the value or price of the underlying cannot be directly observed.
PEST analysis	Qualitative	Political, economic, socio-cultural, and technological analysis, describes a framework of macro-environmental factors used in strategic management.	This analysis requires a great amount up-to-date data on external factors to be collected and the viability of the analysis is time-limited.
SWOT analysis	Qualitative	A study undertaken by an organization to identify its internal strengths and weaknesses, as well as its external opportunities and threats.	This analysis does not prioritise the issues identified in the four areas and crucial data may be overlooked

Table 9. Description of Analytical Approaches (Støme et al., 2019, p.23).

Appendix B Review of available methods for stakeholder analysis

The different approaches of stakeholder analysis can be classified as descriptive, normative and instrumental. The purpose of descriptive stakeholder analysis is solely to describe the relationship between a phenomenon and its stakeholders. The instrumental stakeholder analysis approach emphasises to understand how organisations, projects and policy-makers can explain, identify and manage stakeholders to achieve desired outcomes. Normative stakeholder analysis approach is based on the presumption that stakeholders have inherent value and focuses on the legitimacy of stakeholder involvement and empowerment in the decision-making process. The instrumental and normative approach require an understanding of the current state of affairs, the descriptive approach is therefore a necessary precursor to the instrumental and normative approach (Reed et al., 2009). All stakeholder analysis methods are described below.

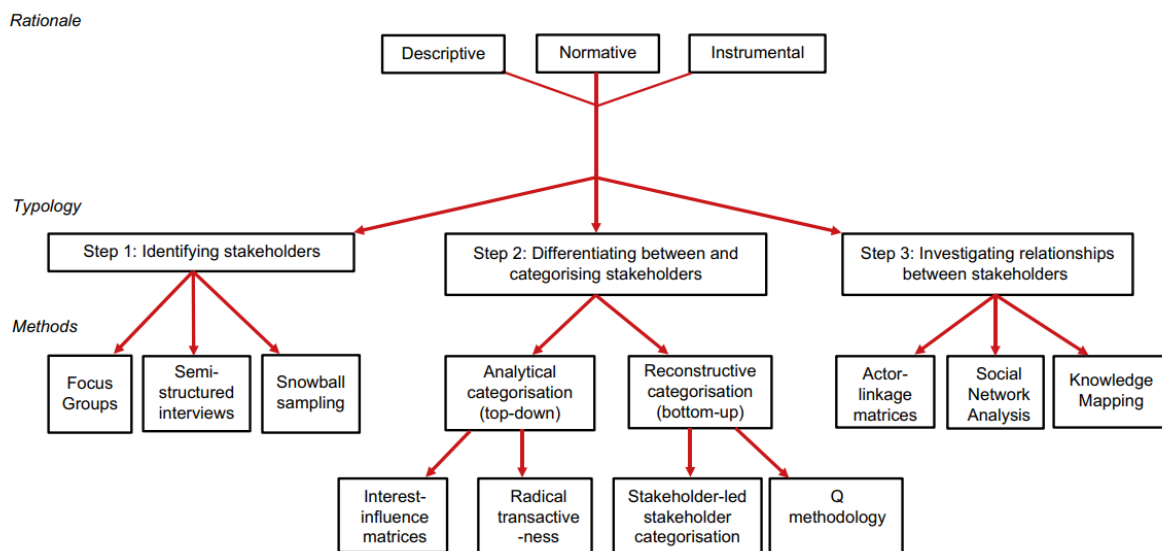


Figure 6. Schematic representation of rationale, typology and methods for stakeholder analysis (Reed et al., 2009, p. 1926).

1. Identifying stakeholders

To identify stakeholders, three interlinked methods are widely used: focus groups, semi-structured interviews and snowball sampling. Focus groups and semi-structured interviews have similar methods and goals (Reed et al., 2009). The key difference is that focus groups target a small group of stakeholders (which can be either multiple persons representing a single stakeholder or multiple persons representing multiple stakeholders) to brainstorm on a particular subject; semi-structured interviews however are individual conversations, with individual representatives of stakeholders. Snowball sampling is a semi-structured interview, but with the specific focus on identifying other stakeholders.

Focus groups are defined as a group of individuals selected and assembled by researchers to discuss and comment on a topic that is subject of the research (Gibbs, 1997). In the 1990s, focus groups have

re-emerged as a popular technique for gathering qualitative data, both among sociologists and across a wide range of academic and applied research areas (Morgan, 1996). The purpose of conducting a focus group is to better understand how people feel or think about an issue, idea, product or service. Focus groups are used to gather opinions. Participants are selected because they have certain characteristics in common that relate to the topic of the focus groups. The researcher creates a permissive non-threatening environment that encourages participants to share perceptions and points of view without pressuring participants to vote or reach consensus. The discussions are relaxed, and often, participants enjoy sharing their ideas and perceptions (Krueger, 2014). Focus groups can be used both as a standalone method, or in combination with other methods (Morgan, 1996).

Interviews are the most commonly used qualitative data collection method and the semi-structured format is the most frequently used interview technique in qualitative research and in a healthcare context. *Semi-structured interviews* are both versatile and flexible (Kallio et al., 2016). The questions are pre-planned prior to the interview but the interviewer gives the interviewee the chance to elaborate and explain particular issues through the use of open-ended questions (Alsaawi, 2014). The use of semi-structured interviews requires a certain level of previous study in the research topic area because the interview questions are based on previous knowledge (Kallio et al., 2016). Interviews are usually recorded or notes are taken that are later transformed into texts (Alsaawi, 2014).

Another frequently used method for identification of stakeholders is *snowball sampling*, where researchers ask stakeholders to nominate other stakeholders. Apart from revealing stakeholders that might otherwise have been unknown to the researchers, it may also help revealing connections between stakeholders (Yang et al., 2011; Bendtsen, Clausen & Hansen, 2021). Its aim is to make use of stakeholders' knowledge about those who have skills or information in particular areas. The stakeholder-led snowball sampling is derived from (semi-structured) interviews (Wutich et al., 2020).

2. Differentiating between and categorising stakeholders

To systematically process the information that is gathered in the stakeholder identification methods it is necessary to categorise stakeholders. There are two different approaches for this categorisation; top-down or bottom up. Four key methods for stakeholder categorisation have been published: interest-influence matrix, radical transactiveness, stakeholder-led stakeholder categorisation and Q methodology. Of these four, interest-influence matrix and radical transactiveness are top-down approaches. Stakeholder-led stakeholder categorisation and Q methodology are bottom-up methods, see Figure 2.1.

An *interest-influence matrix* is a stakeholder mapping tool in which stakeholders are placed on a matrix according to their relative interest and influence. The interest is generally derived from the relation between stakeholders' needs and project goals or purposes. On the other hand, influence indicates stakeholders' relative power over the project and over decisions to be made (Ballejos & Montagna, 2011). To affect change, stakeholders need both interest and the power to influence what happens. Whether they have a direct interest or not, those who hold this power must necessarily be considered stakeholders as well. Stakeholder analysis asks who these interested parties are, who has the power to influence what happens, how these parties interact, and based on this information, how they might be able to work more effectively together (Reed et al., 2009). Mapping the stakeholders through the interest-influence matrix visualizes the level of interest of each stakeholder group and the power of each group to affect the project decisions. It has been recognized that by

grouping stakeholders in the interest-influence matrix, project management can produce a better picture of how communication and relationships between stakeholders have affected the project and its implementation (Rosso, Bottero, Pomarico, La Ferlita & Comino, 2014). There are many variations of the interest-influence matrix, like the power/interest matrix, but this interest-influence matrix method is the fundamental one (Yang et al., 2011).

Radical transactiveness is a relatively new method and was first described by Hart and Sharma (2004). It refers to the ability to continuously acquire and combine knowledge from stakeholders with radically differing views. Radical transactiveness can provide platforms for conflicts to be verbalized among competing stakeholders (Hart & Sharma, 2004). The term 'transactive' refers to the principle of influencing each other by means of a two-way stakeholder dialogue. In this way, stakeholders have a double function: they can influence and are influenced. Therefore, stakeholder dialogue holds the potential to generate ideas about unmet needs, potential new products, and business innovations (Hart, Sharma & Halme, 2016; Scuotto et al., 2020) and holds the potential to improve relationships and build a fund of goodwill with diverse stakeholders (Hart & Sharma, 2004). This method thus allows a firm to understand the complex and evolving issues that may potentially affect the basis of its future competitive advantage. (Hart & Sharma, 2004).

Stakeholder-led stakeholder categorisation is a method taken from the field of clinical psychology and knowledge engineering. In essence, this method demands stakeholders themselves to categorise stakeholders into categories which they have created themselves (Hare & Pahl-Wostl, 2002). This involves writing stakeholders on cards and asking participants to sort the cards into different piles, providing a narrative that justifies why stakeholders should be sorted into certain piles. They continue to do this until no new categorisations emerge. However, experience using this technique has demonstrated that this leads to significant levels of overlap between stakeholder categories, reducing their usefulness for subsequent engagement (Reed & Curzon, 2015). This method is usually integrated in semi-structured interviews (Reed et al., 2009).

Q methodology was developed in 1935 to reveal subjective viewpoints on a given issue among a group of people (Cuppen, Bosch-Rekveltdt, Pikaar & Mehos, 2016). In the context of differentiating and categorising stakeholders Q methodology takes the form of semi-structured interviews in which viewpoints on particular subjects related to the project under investigation are collected from stakeholders (Curry, Barry & McClenaghan, 2013); a common application of this method is to let respondents rank a set of statements during an interview. This produces an overview of the variety of stakeholder perspectives in such a way that subjective viewpoints are clustered in a (not previously defined) number of meaningful categories, i.e. stakeholder perspectives. Q methodology combines the open nature of qualitative methods with the structuring nature of quantitative methods. Q Methodology is geared at gaining insight into the variety of diverse stakeholder perspectives, rather than analysing the extent to which these perspectives occur among the wider stakeholder population. Therefore, Q results are representative for the population of perspectives rather than for the population of stakeholders (Cuppen, Bosch-Rekveltdt, Pikaar & Mehos, 2016). In summary, this method is useful to investigate what opinions there are and how they are substantiated.

3. Investigating relationships between stakeholders

Information derived from the former methods can be used to investigate the stakeholder relationships. This can be done in several ways, dependent on the purpose of the research. Three commonly

used methods are actor linkage matrix, social network analysis and knowledge mapping (Figure 6). All three methods identify relationships between stakeholders, but they differ in the focus on those relationships. The purpose of actor linkage matrix is to recognize themes and links those themes to stakeholders, social network analysis focusses on how stakeholders are linked, and knowledge mapping helps to investigate how knowledge flows between the stakeholders.

First, the *actor linkage matrix* is only little explored in literature. Actor linkage matrix can be used to map the existing situation, to identify key linkages in a particular research system and to provide a rationale for interventions (Biggs & Matsuert, 1999). The actor linkage matrix is a two-dimensional matrix with key words, concerned with the key stakeholders involved in the project and with the collaborations and flows of information linking those stakeholders together (Biggs & Matsuert, 1999; Reed et al., 2009). In an actor linkage matrix keywords are used to summarize the current situation and to determine who can support the planning, development and implementation of a project or innovation. This method can be used for different purposes; to organize data, to identify key linkages in a particular system, to investigate the existing situation, to provide a rationale for project interventions and develop indicators of change, to help identify partnership and ownership issues, for learning and planning processes and to monitor and evaluate progress of a project (Biggs & Matsuert, 1999).

The actor linkage matrix will also clarify whether the interrelations between stakeholders can be described as in conflict, complementary or cooperation (Reed et al., 2009). Building on these characterizations, the actor linkage matrix can clarify the roles to be played by all key stakeholders, at each stage of the project cycle and the matrix can be used as a basis for bilateral negotiations during the implementation (Biggs & Matsuert, 1999; ODA, 1995).

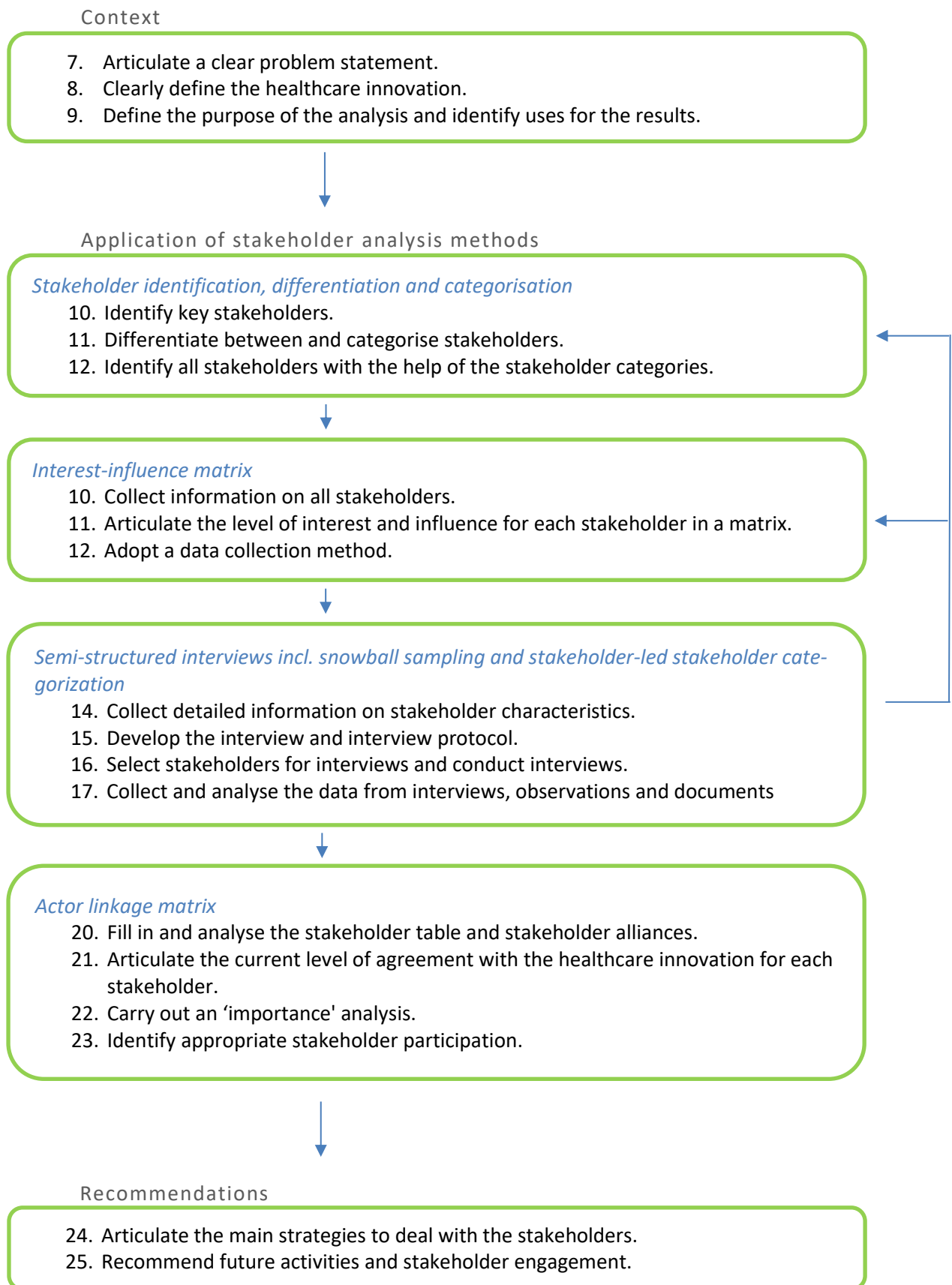
Possible stakeholder alliances can also be identified from the stakeholder table. A stakeholder alliance is a collaboration of organizations who support or oppose the project, such as a healthcare innovation. Alliances can make a weak stakeholder stronger, or provide a way to influence several stakeholders by dealing with one key stakeholder. So, the actor linkage matrix increases transparency of the assumptions, assertions and conclusions drawn in the research (Biggs & Matsuert, 1999).

Second, *social network analysis* has emerged since 1968 in sociology, where it is used to study whether and how individuals (or in this case stakeholders) are tied to one another by invisible bonds which are knitted together into a criss-cross mesh of connections (Scott, 1988). Social networks are nodes of individuals, groups, organizations, and related systems that tie in one or more types of interdependencies: these include shared values, visions, and ideas; social contacts; kinship; conflict; financial exchanges; trade; joint membership in organizations; and group participation in events, among numerous other aspects of human relationships (Serrat, 2017). Thus, social networks are comprised of actors who are tied to one another through socially meaningful relations. These relations can then be analysed for structural patterns that emerge among these actors. Thus, an analyst of social networks looks beyond attributes of individuals to also examine the relations among actors, how actors are positioned within a network, and how relations are structured into overall network patterns (Prell, Hubacek & Reed, 2009).

The social network approach is grounded in the intuitive notion that the patterning of social ties in which actors are embedded has important consequences for those actors (Freeman, 2004). Translated to stakeholder analysis, social network analysis allows to find how stakeholders are connected.

Last, *knowledge mapping* helps us to understand how knowledge flows and where the assets and the gaps are (Ebener et al., 2006). A knowledge map is a flexible graphical representation of how knowledge flows. This defines interrelationships not only between processes but also between sources of knowledge: documents, systems and people. As such, knowledge maps are primarily equivalent to a network of knowledge (Vail, 1999; Irani, Sharif & Love, 2007). The success of the knowledge mapping process depends for a large part on the people who apply it; their ability to engage all the participants in the exercise, ensuring that people understand the process and are able to interpret the map; and the integration of all perspectives in the visual framework, rather than on the tools themselves which are used to produce the map (Ebener et al., 2006). Knowledge mapping can be an extension of the social network analysis. When used in conjunction with social network analysis, knowledge mapping may provide an important method for: i) extending the “who knows who” by providing a visual representation of “who knows what” (Wexler, 2001). So, knowledge mapping can identify stakeholders that would work well together (Nissen & Levitt, 2004; Reed et al., 2009).

Appendix C Steps followed: framework for stakeholder analysis



1. Context

In every stakeholder analysis it is important to start with a clearly defined context and understanding the issue (Hyder et al., 2010). The data collection methods that are used for this purpose are observations, collection of documents and memos. The data collection started with observations. Observations contribute to a clear and satiated description of a situation (Polkinghorne, 2005). Hall and Rist (1999) suggest that observations allow the researcher to personally see and collect purely behavioural data, without interference of the perception of the situation by the respondent. Observations record a researcher's encounters in the presence of those undergoing an experience, interviews produce first-person accounts of the experience and documents are written sources about an experience (Polkinghorne, 2005).

Establishing the context starts with articulating a clear problem statement, which is *step 1* in the analysis (Figure 3.1). In this way the focus of the research takes shape, with the issue, organization and intervention taken into account. When system boundaries are identified, stakeholders can flow from that information because it already demarcate who are affected by the issue (Reed et al., 2009). Then, in *step 2*, we define the healthcare innovation (here: Zorg voor Arbeid) and in *step 3*, we define the purpose of the analysis. Being clear about the aim of the analysis helps to identify the scope and time dimensions of most interest (Varvasovszky & Brugha, 2000). Before starting the actual stakeholder analysis it is necessary to know what outcome should be and how the results can be applied in the context of early assessment of the Zorg voor Arbeid healthcare innovation.

The purpose of the stakeholder analysis performed in this study is to identify stakeholders who can help with the implementation, by identifying their ideas of the healthcare innovation and know who is positive about the implementation. Other purposes can be to provide input into other analyses, to develop action plans to increase support for a reform policy, or to guide a participatory and for consensus-building process (Schmeer, 1999). The extensive definition of the issue, the healthcare innovation and the purpose of the analysis and all specifics can be found in Chapter 1, the introduction.

2. Applications of stakeholder analysis methods

The method that is used in the early assessment of the healthcare innovation under investigation is stakeholder analysis. Although there is no perfect approach for stakeholder analysis, using a combination of elements from different methods is the best way to identify and manage stakeholders (Yang et al., 2011). I chose to combine methods with at least one method of each of the categories presented by Reed et al (2009) and in Figure 6., i.e. identifying stakeholders, differentiating between and categorising stakeholders, and investigating relationships between stakeholders.

In the first category, identifying stakeholders, I chose for the two methods *semi-structured interviews* and *snowball sampling*. Semi-structured interviews match the qualitative research design and they give the opportunity to adjust an interview to a specific stakeholder context. They also create an open ended interaction between the interviewee and interviewer which gives the interviewee the opportunity to talk freely (Ahrens & Chapman, 2006). Through the interviews it should become clear whether key stakeholders support the implementation of the healthcare innovation and they can give a description of the factors that are barriers to the implementation. Snowball sampling is easily included in interviews, because when stakeholders are interviewed it takes little effort to ask additional information on other stakeholders. Interviews are useful in all stages of the stakeholder analysis and are versatile. They can be used to identify stakeholders and their interest, assessing stake-

holders influence, analyze stakeholders' relationships and improve stakeholder engagement because of the communication form (Yang et al., 2011).

From the second category, differentiating between and categorising stakeholders, the method of *interest-influence matrix* in combination with *stakeholder-led stakeholder categorisation* was chosen because this enables to prioritize stakeholders for inclusion and it makes power dynamics explicit (Schmeer, 1999; Reed et al., 2009). The stakeholder-led stakeholder categorisation is a logical continuation on the semi-structured interviews.

In the third category, investigating relationships between stakeholders, I chose the *actor linkage matrix* method, because this method helps the project team to see anomalies and make the necessary corrections (Yang et al., 2011). This approach was valued as the most suitable in the process of evaluating the healthcare innovation prior to implementation, as we were interested in shared opinions, partnership and ownership issues among stakeholders (Biggs & Matsuert, 1999). Social network analysis and knowledge mapping were deemed less valuable as they focus on network architecture and information flows (Prell, Hubacek & Reed, 2009; Ebener et al., 2006; Lienert, Schnetzer & Ingold, 2013). In addition, after performing a literature search on stakeholder analysis it became clear that there are numerous articles to be found on social network analysis and we preferred to contribute to the body of knowledge by choosing a method not frequently used in current literature.

2.1 Stakeholder identification, differentiation and categorization.

Step 4 in the process is to identify key stakeholders. Because of the clear context from the previous section, defining the key stakeholders started with the identification of an expert (Newcombe, 2003). The expert is Theo Senden (COP, project manager Zorg voor Arbeid and internship supervisor) who has participatory experience with this stakeholder community. In in-depth conversation with the project manager the key stakeholders were assessed. In addition, the stakeholder analysis guidelines provided by the WHO (Schmeer, 1999) suggests groups of stakeholders that need to be considered in healthcare stakeholder analysis. They can be identified from the following sectors: international/donors, national political (legislators, governors), public (ministry of health, social security agency, ministry of finance), labour (unions, medical associations), commercial/private for-profit, non-profit (nongovernmental organizations, foundations) and civil society (Schmeer, 1999). In this way the list with key stakeholders could be extended.

This was followed by the stakeholder differentiation and categorization, which is *step 5* (Figure 3.1). In practice these two seemingly separated activities of identification and categorization can be executed in congruence (Postema et al., 2012). To draft an initial list of stakeholders I used the 11 categories suggested by Hyder et al. (2010): beneficiaries, with a focus on neglected groups; central government agencies, e.g. ministries of finance, planning, civil service; ministry of health and key parts of the ministry; local governments; financiers; civil society organizations; health governing boards; provider organizations; professional organizations and health workers; unions; and suppliers. For this thesis, the research strategy took into consideration the three levels in which the healthcare innovation is integrated. Stakeholders were thus additionally divided into the categories; healthcare, work and social.

Step 6 was to develop and update a list of all possible stakeholders, ensuring relevant contributions from all categories suggested by Hyder et al. (2010) and categorized into the domains of healthcare, work and social.

2.2. Interest-influence matrix

To develop the interest-influence matrix, I compiled and reviewed existing information in *Step 7*. Because resources are scarce it is important to collect as much information as possible of the stakeholders that is available online. For each potential stakeholder I gathered and analyzed written documents related to the selected healthcare innovation. This included information on mission statements regarding the work and health topic, nature of organization (government vs. private) and core businesses. This was used to identify the interest and influence of stakeholders and their connection to the healthcare innovation (Schmeer, 1999).

Step 8 was to articulate the level of interest and influence for each stakeholder in a matrix. I documented the type of interest and influence for each stakeholder. Using terms such as opinion leader, advisor to policy maker, decision maker. These terms automatically say something about the degree of interest and influence, so stakeholders could be categorised (Hyder et al., 2010).

Step 9 is to adopt a data collection methods to continue the stakeholder analysis. The data collection method that I chose for this early assessment is semi-structured interviews from Reed et al. (2009).

2.3. Semi-structured interviews

Step 10 was to collect more detailed information on stakeholder characteristics. I collected background information about the key stakeholders through literature, policy reports and online and the search from step 8 was expanded (Schmeer, 1999).

Step 11 was to develop the interviews and interview protocol. With the help of the stakeholder analysis guidelines of the WHO (1999) interviews were drawn up. These guidelines contain suggestions for questions and topics suitable to define stakeholder characteristics. The questions suggested by the WHO are:

- Who are the most important stakeholders (from a power and leadership analysis)?
- What is the stakeholders' knowledge of the policy?
- What are the stakeholders' positions on the specific policy?
- What do the stakeholders see as possible advantages or disadvantages of the policy (interest analysis)?
- Which stakeholders might form alliances?

Also the Overseas Development Administration (ODA, 1995) gives suggestions for interview questions. Using these two sources a first draft of the interview protocol was created. After discussions and review of the draft by the expert (see step 4), a final version of the interview script, containing the interview questions and protocol, was made. The interview script can be found in Appendix C.

In *Step 12* I selected stakeholders for interviews. In practice, not all stakeholders intentions can or need to be constantly taken into account. Some stakeholders may be more important with respect to the healthcare innovation than others (Postema et al., 2012). So, with the use of categories that were made in step 5 and step 8 I selected stakeholders. First, all stakeholders were selected with the help of the expert. Stakeholders were identified on the basis of three categories where the healthcare innovation has an effect on (step 5); healthcare, work and social. Second, the upper left quadrant of the interest-influence matrix of step 8 was used.

After this selection, the interviews were conducted. During the interviews I applied the snowball-sampling strategy to further identify stakeholders via key informant interviews and by asking participants who else they recommend to speak with. Also, as part of the stakeholder-led stakeholder categorization, I asked participants to provide a list of individuals and organizations they thought were actively involved. The identification of all stakeholders is again, an iterative process, which means that when interviewing and collecting information about all stakeholders it is possible that the stakeholder list grows.

Step 13 involved collecting and analysing the data from the interviews, observations and documents. To minimize bias, all interviews were recorded with the permission of the interviewees (Saunders, 2009). The data collection consisted of the transcription of the recorded interviews. The data analysis was based on qualitative principles that are used to identify essential themes and variations that appear in the collected data in the body of previous research derived from literature (Hall & Rist, 1999). In order to allow all data from the different data collection methods to be analysed and interpreted, a coding technique was used; the inductive content analysis (Elo & Kyngäs, 2008).

2.4. Actor linkage matrix

The method of actor linkage matrix is modified for healthcare innovation research and is complemented with a step from the WHO guidelines on stakeholder analysis (Schmeer, 1999). In these guidelines it is referred to as filling in the stakeholder table, this is *step 14* in the process of stakeholder analysis. This step involves taking the detailed answers from the interviews and information from the documents and arranging them into a more concise and systematic overview with the help of the categories from the previous step.

Step 15 is to articulate the current level of agreement with the healthcare innovation for each stakeholder, using support/neutral/oppose, and to identify the main concerns of each stakeholder about the healthcare innovation.

To be able to draw conclusions from all the collected data, I continued to *step 16* and carried out an importance analysis, which is also sometimes referred to as a power-leadership analysis in literature. The "importance" of stakeholders is defined as their ability to affect the implementation of the healthcare innovation. Since power and leadership are the characteristics that determine a stakeholder's ability to affect or block the implementation of a policy, these two characteristics are the basis for the "importance" analysis (Schmeer, 1999). Stakeholder assessments should include the capacity, opportunity and willingness of a stakeholder in relation to the issue (Postema et al., 2012).

There are several ways perform a importance analysis described in the literature by Bryson (2004), Hyder et al. (2010), Schmeer (1999), Newcombe (2003) and Postema et al. (2012), each with different concepts and a slightly different way of measuring and explaining these concepts. I chose to combine theory from Hyder et al. (2010) and Schmeer (1999) because this takes multiple dimensions into consideration: level of power, level of leadership and level of agreement. Hyder et al. (2010) classifies the stakeholders into five categories: drivers, blockers, supporters, bystanders or abstainers. Drivers have high levels of agreement and power; blockers have low levels of agreement and high levels of power; supporters have high levels of agreement but low levels of power; bystanders have low levels of agreement and power; and abstainers have intermediate levels of agreement and power (Hyder et al., 2010). Power is the mechanism through which stakeholders influence the direction and decisions for a project or innovation. This power can be used to retain the status quo or to

enforce fundamental change. Gaining approval for controversial decisions or implementing successful change during projects is therefore largely dependent on stakeholders' attitudes and motives (Newcombe, 2003). Stakeholders' power', has been defined as the ability to 'control resources, create dependencies, and support the interests of some organization members or groups over others' is considered to be the most important (Yang et al., 2011).

To substantiate classification as drivers, blockers, supporters, bystanders or abstainers (Hyder et al., 2010), the level of power, leadership and agreement were converted into a score from 1 to 3 (Schmeer, 1999). To calculate the score for the level of power I used the actor linkage matrix, prepared in step 14, especially the influence section, but also taken into consideration the resources stakeholders have available. Level of leadership is the willingness to use influence and/or to initiate, expressed in a score from 1 to 3; I based this score on a self-assessment by the stakeholders obtained as part of the semi-structured interviews in step 13. The level of agreement is the position of the stakeholder (support/neutral/oppose) in combination with the gravity of concerns that the stakeholders have expressed in semi-structured interviews, related to the healthcare innovation, again expressed in a score from 1 to 3 (Hyder et al., 2010; Schmeer, 1999). The purpose of the importance analysis of the healthcare innovation is to draw conclusion on which stakeholders to involve in the process of planning, development and implementation.

Step 17 is to identify appropriate stakeholder participation. This is based upon the categorisation achieved in step 16. Defining who should participate, in what ways, at what stage of the project cycle, contributes to a well-designed project. ODA (1995) recommends the use of a matrix to clarify the roles to be played, at each stage of the project cycle, by all key stakeholders including the ODA. Such matrices can be used as a basis for bilateral negotiations between ODA and individual stakeholders. Stakeholder analysis can contribute to the process of deciding how the key stakeholders are to be included in the project. Note that "key" refers to high importance, high influence, or both. Key stakeholders with high influence and importance to project success are likely to provide the basis of the project "coalition of support", and are potential partners in planning and implementation (ODA, 1995).

3. Recommendations

The importance analysis (step 14-17) can be used to select the stakeholders to get in touch with concerning the partnership in the planning, development and implementation of the healthcare innovation. *Step 18* is to articulate the main strategies to deal with the stakeholders.

It is important to form a coalition with supportive stakeholders. A powerful individual stakeholder may have a significant influence on project decisions but it is usually groups of stakeholders, who combine to form temporary coalitions, who are most influential in shaping the strategy of the project. These groups have expectations which the project is under pressure to fulfil (Newcombe, 2003). Therefore, in *step 19* I draft recommendations for future activities and stakeholder engagement in the form of an action plan (Bryson, 2004).

The steps that are described above are applied to the 'Zorg voor Arbeid' healthcare innovation at the Radboudumc to enable its early assessment.

Appendix D Observations

20180306 Afspraak memo

Patiënt 1: Vertellen patiënt. Baan in onderwijs, is niet meer geschikt om voor de klas te staan dat weet hij zelf ook.

28 jaar, CVA in april. Kwam nu voor het eerst bij hem. Had eigenlijk misschien beter geweest als het wat eerder was gebeurd. Inmiddels was hij al begonnen met arbeidsrevalidatie, maar algemeen werkt dit meestal niet en hij moet eigenlijk eerst duidelijk hebben welk werk hij dan wil gaan doen.

Hij heeft als stoornis uitval rechts, maar ook agressie problemen.

Theo heeft inzicht gegeven in traject dat hij door moet.

Patiënt 2: Vrouw met 2 kinderen baan in onderwijs. Wil kosten wat het kost voor de klas blijven staan. Hele situatie om haar heen is aangepast. Man heeft andere functie gekregen zodat hij meer thuis kan zijn. Haar autistische kind heeft de zorg beter geregeld zodat zij er minder voor op hoeft te draaien. Nu besproken dat haar werk zo moet worden aangepast dat ze wel voor de klas kan blijven staan maar ze ook een andere functie erbij krijgt. Advies is verwezen naar een job coach, ze ging tevreden de deur uit met handvatten en nieuwe mogelijkheden terwijl ze daarvoor tegen een burnout aan zat. Ze had verkeerd advies gekregen van haar bedrijfsarts, wel met een beste bedoelingen. Ze was niet tevreden geweest dat Theo had gezegd dat voor de klas niet langer passend was, maar uiteindelijk zeer tevreden de deur uit gegaan met nieuwe vooruitzichten en dingen die ze kon ondernemen om haar kwaliteit van leven dus te verbeteren, volledig gericht op wat zij zelf wilde.

Traject dat een patiënt inkomt. Na ziekte: eerste jaar wordt volledig gericht op kijken naar geschiktheid voor eigen werk (Bedongen arbeid= wat hij deed voordat de ziekte plaatsvond, of als het al een langere tijd aangepast werk was, wordt daarnaar gekeken). Daarna volgt een traject van 2 jaar waar gekeken wordt naar werk waar patiënt nog toe ik staat is. (UWV, kan terecht komen in de WIA). Er wordt gekeken naar de arbeidscapaciteit wat de patiënt nog kan voor 100%. Dit inkomen wordt dan vergeleken met wat hij voor de ziekte verdiende.

- ➔ Hier is wel iets mis mee. Systemen van UWV zijn erop ingericht dat er met de stoornissen van een patiënt zeer lage beroepen uitkomen (laagopgeleide dingen, productie of kopieerapparaat). Dit gaan natuurlijk volledig ten koste van de patiënt. Hierdoor zal die zeer ongelukkig worden en bijvoorbeeld bij patiënt 1 zal dit ontzettende frustratie teweeg brengen. (meer last van agressie enz enz). hier wordt ie niet gelukkig van en dat is wel waar het om draait bij Quality Of Life. Patiënt 1 is nog slim, hij kan een hoger opgeleide baan vinden, ook al kan hij dan maar 80% werken, dan nog is het inkomen hoger dan die baan van 100%, en daar heeft de UWV dan ook weer baat bij. (zij hoeven minder uit te keren).

ICF-Model

Heeft de WHO opgesteld om problemen te voorkomen dat in de gezondheidszorg alleen maar draait om eerste gedeelte.

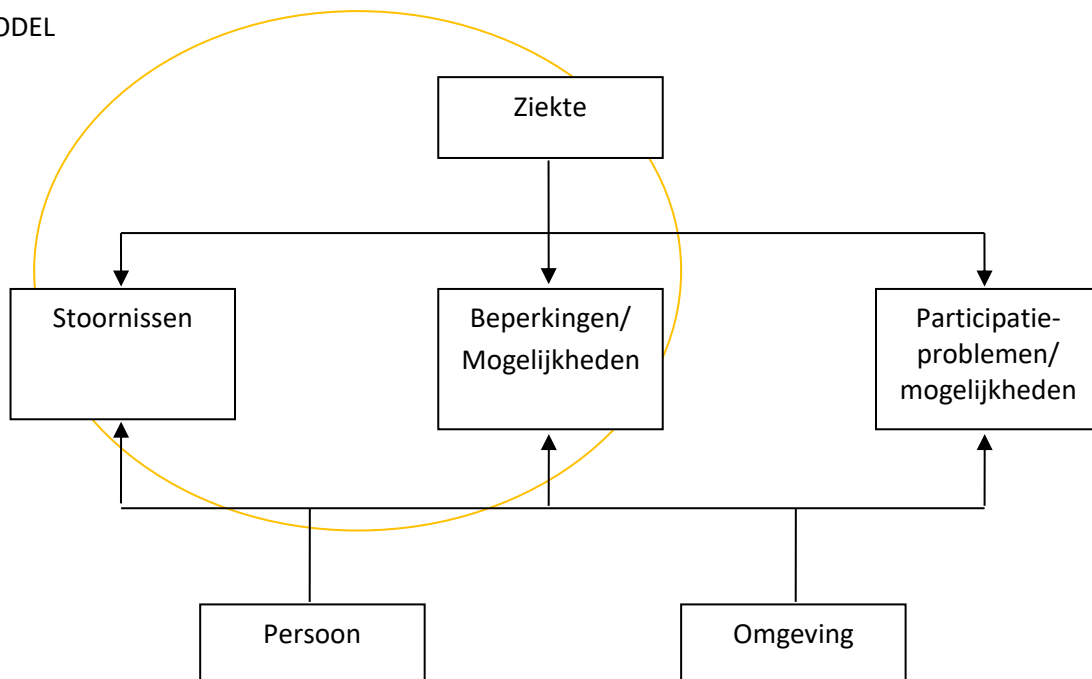
Theo als klinisch arbeidsgeneeskundige zorgt ervoor dat alle aspecten zich richten op de participatie, wat uiteindelijk gaat om kwaliteit van leven. Werk is voor kwaliteit van leven zeer belangrijk. Maar niet alleen arbeidsparticipatie maar ook participatie in de maatschappij.

Er zijn heel veel mensen bezig met verschillende onderdelen. Maar uiteindelijk is het allemaal niet goed geïntegreerd en richten ze allemaal nog op het eerste gedeelte (de gele cirkel). Hij heeft bijvoorbeeld ergotherapeuten gesproken. Zij zeggen maar wij richten ons op het laatste gedeelte, maar uiteindelijk blijkt dat toch niet zo te zijn.

In dit model is omgeving en persoon zeer belangrijk. Er wordt naar alles gekeken. Zo is omgeving de privéomstandigheden van de patiënt, maar ook wet en regelgeving omtrent zijn situatie. En bijvoorbeeld ook operaties die nog voor de boeg staan. Naar de persoon wordt ook goed gekeken, wat wil deze persoon nou echt, dat bepaald uiteindelijk de kwaliteit van leven.

Het model is gericht op positieve dingen. Staat er beperkingen, betekent dat juist dat er ook mogelijkheden zijn. Het is erop gericht wat de patiënt nog kan. Maar belangrijker nog. Kijk naar de werksituatie (en de participatie) en probeer om die omstandigheden de omstandigheden beter te maken. (ook job coach zo belangrijk, deze gaat mee naar het werk en kijkt daar wederom naar persoon en omgeving, wat zijn de prikkels hoe staat de computer, wat vind de patiënt en wat heeft deze nodig daarvan enz enz en daarna mee in gesprek met leidinggevende). Ook psychologische aspecten, pas deze niet aan als de patiënt thuis zit maar juist in de situatie waar de patiënt naartoe wil en pas daar factoren op aan. (voorbeeld patiënt 2: heeft hele nieuwe mogelijkheden in onderwijs gekregen, nieuwe kansen op ontwikkeling van leerlingen en niet alleen op doceren. Nieuwe baan gecreëerd wat ook de school mogelijkheden biedt. Wel blijven lesgeven, maar daarnaast ander werk, en werkplek zo ingericht dat ze rust heeft aan haar hoofd, mensen niet lastigvallen en rustige plek tussen door waar prikkels verminderd worden tussen lesgeven door).

MODEL



Het model is dus bedoeld om niet alleen te focussen op de dingen in de gele cirkel, maar juist die erbuiten. Er komt meer en meer het besef dat het juist daarom gaat. Maar de focus ligt nog altijd wel op de gele cirkel.

(Document dat hij me heeft toegestuurd: KAG verslagformat → verwachtingen van mensen, zeer belangrijk want wat mensen verwachten bepaald voor 50% ook wat ze kunnen uiteindelijk. Verwachtingen patiënten lang ziek te zijn of helemaal niet meer volledig te herstellen zal dat ook zo zijn.

Column Marcel Levie in medisch contact

In een bepaalde column ging het erover dat business cases een regel zijn geworden. Maar dat niet alles in een business case te vangen valt. Hij heeft ook veel situaties meegemaakt waarbij een project wel degelijk van belang is dat iedereen direct het nut ervan inziet. We moeten weg van de cultuur dat dan eerst een business case ervan gemaakt moet worden. Niet alles is uit te drukken in geld.

Vraag van Theo (voor adviesrapport)

Breng in kaart wat het opbrengt, niet in geld maar de kwalitatieve waarden. Geld kan ook erbij maar is niet het belangrijkste, wel zoveel mogelijk meetbare waarden. Maar kwaliteit van leven is belangrijk. Het levert zoveel op voor de patiënt.

Financiering: ook belangrijke vraag. Waar komt het geld vandaan. Want waar levert het wat op.

Gesprekken met de zorgverzekeraar: die zeggen in eerste instantie, het gaat over werk, dus werkgever moet hiervoor betalen. Na half uurtje gesprek begrijpen ze dat het de patiënt wat oplevert, want:

- de politieke cultuur nu is dat individuen (dus ook patiënten) verantwoordelijk zijn voor eigen participatie, moeten tot na 67 werken en voor zichzelf kunnen zorgen enz (even iets over opzoeken).
- Bovendien welke werkgever? Vroeger hadden mensen leven lang dezelfde, maar dat is nu niet meer. En ZZP'ers zijn vooral het voorbeeld hiervoor, zij zijn helemaal verantwoordelijk voor zichzelf.
- Minder vaste contracten, zoals ook patiënt 1, je mag mensen niet ontslaan als ze ziek zijn maar met aflopend contract is er dus geen werkgever. → hij is ziek uit dienst gegaan.

Na gesprek met zorgverzekeraar, dan is het de zorgverzekeraar wel duidelijk dat zij toch verantwoordelijk zijn. Maar op dit moment nog geen budget: dus dan is het dat het probleem, maar dan hebben we wel hetzelfde probleem. Hoe dat te regelen, dat kan misschien wel onder andere via een bijdrage van werkgevers bijvoorbeeld.

Afspraken:

Theo zal contact opnemen met Desiree, er was een student die iets van vragenlijsten heeft opgezocht voor uitkomstmaten waar ik misschien iets aan heb.

Ik duidelijk krijgen welke kant ik op wil en wat ik precies ga onderzoeken, hou dit verhaal van de patiënten in mijn achterhoofd!

Ik kan hem altijd maandag een mailtje sturen of en hoe laat Theo tijd heeft om even het een en ander met mij te bespreken (tussen 9-12 en 9-1 als alles vol gepland staat)

Probleemstelling thesis : het is nuttig maar hoe dat te bewijzen en hoe het implementeren.

20180306 Memo

Afspraak met begeleider gehad (klinisch arbeidsgeneeskundige) op de poli van Neurologie. Hij had net een afspraak gehad met een Young Stroke Patiënt (man, 28 jaar). Hierover vertelde hij, de patiënt had geen hulpvraag maar uiteindelijk ging hij zeer tevreden de deur uit. Bleek dat hij geen inzicht had wat hem te wachten stond en daarbij heeft klinisch arbeidsgeneeskundige kunnen helpen. Als hij vragen krijgt in de toekomst kan hij contact opnemen.

Tijdens onze afspraak kwam Karin (verpleegkundig specialist) binnen omdat zij in de kamer moest. Er zijn niet voldoende kamers beschikbaar en Theo krijgt steeds een andere toegewezen en steeds moet er iemand anders in. Dus weggestuurd.

Gesprek tussen Karin en Theo. Informeel maar houden elkaar kort op de hoogte van patiënten. Theo over de patiënt die hij net gezien heeft (doorgestuurd door Karin). Hij vertelt kort dat het goed was dat ze hem heeft doorgestuurd. Zij zegt: 'ik maakte me zorgen om hem het ging even slecht, maar ben blij dat hij nu aan de bel trekt, hij mailt mij als het niet zo goed gaat'. → hieruit blijkt een zeer grote betrokkenheid bij de patiënten.

Op haar beurt vertelt Karin over een gezamenlijke patiënt in het eindtraject hoe het is afgelopen (volledig arbeidsongeschikt verklaard). Dit was de uitkomst die ze voor haar wilde dus positief nieuws. Theo paste direct zijn gegevens aan.

Daarop volgde nog een kort gesprek over een facebook bericht dat Karin had geplaatst, zij vertelde dat ze een groot netwerk heeft dat ze daar eigenlijk meer mee zou moeten doen. Dit bericht was door verschillende mensen zeer positief ontvangen.

Wij vervolgde ons gesprek bij de ingang van het ziekenhuis. Beetje rommelig.

Het is wel duidelijk dat ze zich zeer inzetten voor de patiënten en hun kwaliteit van leven. Ze hopen oprecht op een goeie uitkomst voor hun, grote betrokkenheid.

20180327 Afspraak memo

Introductie om te beginnen kort houden:

Chronisch zieken hebben een probleem met reïntegreren in werk. Er is een kloof.

Problemen in werk, en problemen in zorg en een kloof hiertussen

+ dingen gericht op arbeid worden niet vergoed. Wel steeds meer want de nadruk komt steeds meer te liggen op QALY.

Financiering...

Als onderdeel van de introductie:

PROJECT

Is opgezet voor deze problemen en aan de hand van speerpunten van het radboud. Waardevolle zorg op maat per patient.

RELEVANTIE

De stijging chronisch zieken die deelnemen aan de arbeidsmarkt stijgt enorm, dit werkt vanaf 2 kanten. Tabel met aantal chronisch zieken per leeftijd, stijgt vanaf 40-45 jaar heel hard. De helft van de chronisch zieken ervaart last met werk. Nu de pensioenleeftijd omhoog. En ziekten zijn steeds beter te behandelen (kanker, CVA) wordt vaker een chronische ziekten, waar men vroeger sneller kwam te overlijden.

SCREENING/ICF MODEL: PRAKTIJK

Bij klinisch verpleegkundige wordt een screening gedaan waar wordt gekeken wie moeten worden doorverwezen naar klinisch arbeidsgeneeskundige

PROBLEM

Deze oplossing is nu bedacht. Hoe goed is deze oplossing, zijn patiënten tevreden, waar liggen nog de problemen. Goed? Hoe dan geïmplementeerd en waar moet de financiering vandaan komen.

STAKEHOLDERS

Staan ook allemaal in het plaatje van de presentatie.

De presentatie in de mail is eigenlijk de intro, later verder uitwerken.

Ook stakeholders staan hierbij.

Ze zijn nu bezig met opleiding aan te passen zodat dit meegenomen wordt.

Afspraak: Theo gaat navragen bij Desiree

20180417 Afspraak memo

MKBA is prima, conclusie moet zijn dat het hier niet over gaat. Het idee is dat er een groepje is die iets wil omdat ze er waarde in zien, en van daaruit moet de bal gaan rollen. Niet een business case, maar zelfs niet een mkba.

Probleemstelling

De initiele vraag, en ook wat hij van mij wil. Welke stakeholders hebben welke waarde van het project, wat is nodig zodat het voor iedereen beschikbaar komt? Wie moeten zich dan waarvoor inzetten?

De kosten initieel nog niet eens nodig om in kaart te brengen. Het gaat voornamelijk om de waarden (kwalitatief). En als ergens kosten aan gehangen kunnen worden dan wel, maar niet belangrijk en moeten zeker niet zijn om iemand te overtuigen om dit project in te voeren landelijk.

Project

Verschillende patiënten hebben verschillende behoeftes. Het kan op veel plekken in het traject van een patient misgaan, omdat iedereen eigen insteek heeft en eigenlijk geen kennis van zaken. Hij is ervoor die het HELE proces in de gaten houdt.

Inmiddels (na 1,5 jaar project) wordt in het MDO (medisch ... overleg) nu ook gekeken of die persoon problemen kan ondervinden met werk. Dus nu wordt het veel eerder in een traject van een patient

besproken. Het is ook nodig dat een patient veel eerder komt (mbt revalidatie) kijken met in achterhoofd werk welke revalidatie precies nodig is.

Bijv patient:

iets met de ogen, daarvoor al een jaar ziek. Manager heeft verkeerd aangevraagd bij het UWV, voor 80%, terwijl het maar voor 20% hoefde, maar die manager dacht ik zet maar hoog in, UWV ging dit onderzoeken, dus die zij deze meneer is niet geschikt voor dit werk, dus ziek. Terwijl het eigenlijk maar voor 20% is en dan had het UWV gezegd oke je krijgt geld voor een ondersteuner. Bovendien is er nooit gezegd of het ziektebeeld, of ze dat kunnen behandelen om het te verbeteren. Nooit iemand naar gekeken of uitgelegd of om gevraagd. Komt veel te laat bij Theo (na 1 jaar ziek). Als het meteen was gebeurd was het beter geweest.

Stakeholders

in 3 domeinen verdelen en in kaart brengen:

- Werkdomein
- Zorgdomein
- Sociale verzekeringen :
 - o UWV
 - o WIA

Eerst al kort benoemen in de inleiding ofzo, iig niet pas bij de resultaten. Maar bij **resultaten** kopje **stakeholders** dan wat de waarde is en wat zij moeten ondernemen, niet om het project gefinancierd te krijgen, want weg bij dit begrip, daar gaat het niet om. Maar de waarde per stakeholder en wat er moet gebeuren om het voor iedereen beschikbaar te maken.

Stakeholders met behulp van stakeholdersanalyse. Op die manier komen we verder bij de vraag die theo echt heeft. Wie moet wat doen om dit voor elkaar te krijgen. Voorbeeld is

https://www.google.nl/search?q=stakeholdersanalyse&tbm=isch&source=iu&ictx=1&fir=Z_OJfjSq00YIYM%253A%252Cb2r2LI4cX6iZ8M%252C_&usg=_13xhOxW7lrHV1zGwBBq2bMPdNTE%3D&sa=X&ved=0ahUKEwjrvCkr8HaAhUL3SwKHfYoCakQ9QEIKzAB#imgsrc=Z_OJfjSq00YIYM: deze vragen zijn goed om tot de kern van het probleem te komen.

Ook deze:

https://www.google.nl/search?q=stakeholdersanalyse&tbm=isch&source=iu&ictx=1&fir=Z_OJfjSq00YIYM%253A%252Cb2r2LI4cX6iZ8M%252C_&usg=_13xhOxW7lrHV1zGwBBq2bMPdNTE%3D&sa=X&ved=0ahUKEwjrvCkr8HaAhUL3SwKHfYoCakQ9QEIKzAB#imgsrc=1Ez1qLi5fIPmDM:&spf=1523970438069

Als stakeholders lage invloed hebben en een laag belang, dan dus niet in de analyse want daar gaat het niet om. Misschien als early analyse gebruiken, alle stakeholders kunnen erin, maar focussen op de belangrijke die dit project tot een succes moeten maken.

Gemeente is ook een stakeholder. Patient van 24-4 10.00 mag ik bij zijn.

Rapporten sociale economische raad

Over mkba in de zorg

20180424 Memo

Patiëntgesprek, patiënt wist niet waarvoor die kwam maar beter geholpen in welke stappen hij kan zetten in de toekomst. Was te laat maar wordt nog alle tijd voor genomen. Als patiënt weg is ook alle tijd genomen om de informatie goed te verwerken, zo ook om goed over die patiënt te communiceren onderling met verpleegkundig specialist enz.

Gesprek wordt met heel veel rust gevoerd. CVA patiënten hebben vaak moeite met concentreren, deze specifieke patiënt had ook moeite met op woorden komen. Vragen worden rustig gesteld en alle tijd om na te denken. De hele afdeling is rustig. Kamers goed ingericht en wachtkamer ook rust.

20180501 Afspraak memo

Nu eerst bezig met stakeholder analyse, gewoon format gebruiken. Ook van MKBA format gebruiken. Zien hoe het ingericht moet worden. Het is een tool om in kaart te brengen waar investering zit en opbrengsten in kwalitatieve begrippen. Later kan dit worden omgezet in Euro's maar daar ziet hij niet de meerwaarde van in. Dus voor hem gaat het om de **kwalitatieve waarden**!

Afspraken:

- Format opsturen of ik die kan gebruiken om in te vullen
- Dan invullen met stakeholders en opsturen om te kijken of hij het ermee eens is.

20180501 Memo

Aanwezig bij 2 patientgesprekken. Twee compleet verschillende gesprekken. Voordat de patiënt wordt geroepen word ik erbij geroepen om even te bespreken. Saskia loopt in de gang en ziet Theo zitten. Zij heeft de patient zien zitten in de wachtkamer en er even een praatje mee gemaakt. Ze vertelt Theo uitgebreid wat er aan de hand is. Later loopt Karin op de gang en sluit aan bij het gesprek. Uitgebreide bespreking over de patient, was niet de bedoeling maar kwam omdat ze elkaar tegenkwamen op de gang. Opnieuw blijkt grote betrokkenheid tot de patient(en). Zijn ook zeer gericht op hoe een patient zich voelt en totaal niet enkel voor lichamelijke klachten. Maar meer hoe een patient ermee omgaat enzo. Vertrekken weer zeggen mij geen gedag. Patient heeft lang moeten wachten hierdoor (30 min). Maar ze hadden geen haast. Gesprek is volledig gericht op de behoefte van de patient. Is ook zeer tevreden met het gesprek. Moet richten op cognitieve revalidatie en weer kunnen omgaan met mensen. Vond hij het leukste aan zijn werk maar kan nu geen mensen meer verdragen.

Volgende patient komt met partner hebben vragen over brieven van UWV. Was totaal onduidelijk. Hier moet Theo eigenlijk werk doen van UWV. Maar ze gaan met duidelijkheid weer de deur uit en tevreden. Wederom veel tijd voor patiënten en mogen alles vragen wat ze willen, gaan pas de deur uit als ze overal antwoord op hebben.

20180718 Afspraak Memo

MKBA documenten laten zien → indelen stakeholder naar baten, per stakeholder baten berekenen → even uitzoeken of dat kan.

Bij kijken naar baten, de arbeidsbaten:

Rekening houden met dat patiënten in verschillende vakken worden ingedeeld; ZZP (kan verzekering hebben maar meestal niet), uitzendkracht, werkgever, of helemaal niks (geen uitkering).

Patient 1

Afgelopen april CVA gehad, Karin kwam vragen of zij tussendoor kon, Theo tijd voor gemaakt om tussendoor te zien. Productiemedewerker, op uitzendbasis. Uitgelegd wat de mogelijkheden zijn, ziektebeeld uitgelegd en wat dat betekent voor het werk dat zij kan gaan oppakken als revalidatie een jaar heeft geduurd (daarna niet veel gezondheidswinst meer). Moet nog allemaal bezinken maar ze zitten nu in het beginstadium, daarin is goed te begeleiden en zo bouwen ze een heel document op met bewijzen voor het UWV, waar patient 2 dus zoveel moeite meer heeft.

Patient 2

Komt voor second opinion omdat ze rechtzaak heeft lopen met bezwaar die wordt afgewezen, zij zeggen dat ze 40 uur kan werken. Het probleem zit bij het UWV, de verzekeringsarts (arbeidsarts?) heeft onvoldoende kennis van de ziekte. Er wordt een vragenlijst ingevuld Functionele Mogelijkheden Lijst (FML), daar worden enkel kruisjes gezet, en dan komen er functies uitrollen die de patient nog kan doen volgens de lijst. Maar hier zit de sleutel, de lijst is onvolledig. Zeker bij (alle) chronisch zieken. Er zijn ziekte-specifieke symptomen, maar onder chronisch zieke patiënten hebben ze 70% dezelfde symptomen. Zoals vermoeidheid, concentratieproblemen. Gedoe met rechter en UWV en werk helpt zeer zeker niet mee met genezing en gezond voelen. (patient 2 moet bewijzen dat ze ziek is en werk niet kan, dat helpt al helemaal niet daarbij komt nog stress, wat niet goed werkt bij genezen in ziekte). Als Theo op tijd erbij komt dan wordt de FML wel goed ingevuld met kruisjes maar wel met kanttekeningen.

(partner is alleenstaande ouder krijgt allemaal uitkeringen. Als patient erbij intrekt worden die uitkeringen gekort. Nu woont ze bij haar vader, ze wil bijstand aanvragen maar dat kan ook om die reden niet).

Een arts kan zo vaak zeggen dat de ziekte en symptomen erg zijn, en iemand niet kan werken, maar de verzekeringsarts vult de lijst in, de rechter zegt dat een andere arts geen uitspraken kan doen omdat het ander specialisme is dan verzekeringsarts, en die mag geen aanpassingen doen aan zijn uitspraken.

Traject bij ziekte:

Eerste jaar wordt gekeken of ze geschikt zijn voor eigen werk. Tweede jaar wordt gekeken naar ander passend werk, voor de WIA

Dan is er ook nog iets met 2^e spoor??

Conclusie

Dus wederom komt naar voren dat in het zorgdomein veel moeilijkheden zijn. En in het werkdomein, wet- en regelgeving bij beide is voor patiënten niet te overzien. De overheid zegt dat mensen zelf redzaam moeten zijn, maar het is een web van zo ingewikkelde dingen en verschillende uitkeringen die invloed hebben op elkaar.

20180918 Afspraak Memo

MKBA is hoofddoel van het onderzoek. OMDAT we willen weten wat zijn de kosten en de baten en hoe zijn deze verdeeld

Dit met doel: als hulpstuk in het gesprek over implementatie van het project.

Nu in gesprek met synergy: die helpt VGZ met kosten en baten doorrekenen. Is bezig met project waarin minder metingen hoeven worden gedaan. Zodat kosten lager worden. Metingen van waaruit onderzoek blijkt dat deze toch niet gebruikt worden of efficiënt zijn.

20220609 Recent developments

Positionering arbeidsgeneeskunde: aanwezig Carlo, Theo, Desiree, Marlous, Rutger

Carlo licht toe: we inventariseren projecten t.b.v. inbedding binnen PZI. Dit is een van die projecten.

Theo en Desiree lichten achtergrond arbeidsgeneeskunde en de huidige situatie toe. PC gelden zijn afgelopen per december 2021. Structurele inbedding en financiering is nodig t.b.v. continuïteit. Overleg met RvB loopt.

Huidige positioneringsvraagstukken:

- Thuishaven is HR. Voor nu voldoet dit. Of dit anders moet worden is nader te beschouwen, mede afhankelijk van mate van opschaling. Bij opschaling lijkt een positie binnen het medical department logisch.
- Activiteiten in de zorg worden belegd binnen de behandelteams in de centra. Er is contact met CGZ over de complexe patiënt.
- Het onderzoek is niet goed gepositioneerd bij HR. Er volgt contact met toekomstige onderzoeksdirecteuren OZI om toekomstige aansluiting op de 4 onderzoeksdomeinen te bespreken. Relatie OZI en PZI gevraagd op de koppeling van onderzoek en vertaling naar de zorgpraktijk.
- Het beleidsdeel past bij PZI. Overleg met PZI om positionering te verduidelijken (dit overleg).

Het beleidsdeel omvat:

- Beleidsontwikkeling, o.m. onderbouwing maatschappelijke relevantie.
- Vertaling naar brede implementatie in huis (integratie binnen zorgpaden, pilot Hersenen en Zintuigen, leerdoel bij leergang innoveren Desiree). Volledige implementatie zou 10-20 fte inzet vragen, dus DBC wenselijk voor dekking.
- Vergoeding (blauwdruk vanuit werkgroep VWS t.b.v. financiering arbeidsgeneeskunde in het zorgverzekeringspakket).

Geschatte omvang beleidsdeel: 0.6 fte + 0.4 fte, dus ~1 fte.

Verder: aanvraag project veelbelovende zorg – middelen om innovatieve zorg uit te voeren. Deel budget voor onderzoek. Vraag vanuit Theo en Desiree of iemand van PZI bij de projectgroep t.b.v. aanvraag van de subsidie betrokken wil zijn.

Afspraken

- Carlo neemt voor nu 1 fte arbeidsgeneeskunde op in het projectoverzicht (nog zonder dekking).
- Carlo sluit aan vanuit PZI bij de projectgroep veelbelovende zorg.

- Desiree houdt PZI aangesloten op genoemde ontwikkelingen en vorderingen m.b.t. de leer-gang innoveren en Carlo houdt Desiree aangesloten met de contacten van PZI over de zorg-paden

Appendix E Interview protocol

Stakeholder nummer

Datum, plaats

Ik ben Marlous, ik loop stage bij het Radboudumc en ik doe onderzoek naar het project 'Zorg voor Arbeid'. Het is een oriënterend onderzoek, er zijn dus geen goede of foute antwoorden. Voor het onderzoek moet ik de interviews coderen, dus letterlijk uittypen, vindt u het goed als ik dit gesprek opneem? Ik start met de uitleg over het project, daarna bespreek ik graag de verwachtingen met u, gevolgd door het belang, de implementatie hiervan en de invloed die u hierop heeft. Dus deze onderwerpen komen allemaal aan bod.

~

- Functie stakeholder
- Motto organisatie
- Reden waarom deze persoon van deze organisatie is geselecteerd
- Relatie met het onderwerp

~

Klopt dit? Heeft u nog aanvullingen?

~ Powerpoint uitleg van het project 'Zorg voor Arbeid' en op welk probleem dit inspeelt. ~

Verwachtingen

1. Herkent u vanuit uw werk en uw positie het geschetste probleem?
2. Wat vindt u van deze zorginnovatie als oplossing?
3. Wat zijn uw verwachtingen van deze zorginnovatie?
4. Welke obstakels en bezwaren ziet u?
5. Wanneer is deze zorginnovatie in uw ogen succesvol? Hoe kunnen we dit meten?

~ Vervolg powerpoint: Resultaat tot nu toe ~ (Het geeft veel opluchting te weten dat er iemand is die begeleiding geeft in dit proces. Patiënten weten welke richting ze op moeten, welke acties ze moeten ondernemen en welke opties er voor hen zijn. Wat ook duidelijk is geworden, is dat de klinisch arbeidsgeneeskundige meer kan betekenen voor de patiënt als deze vroeg in het behandeltraject wordt ingezet.)

Belang

6. Wat is volgens u het belang van een oplossing voor het probleem voor de maatschappij?
7. Wat is hier dan het belang van voor u en uw organisatie?

Financiering/Implementatie

8. Wat denkt u welke stappen nodig zijn om implementatie van deze zorginnovatie te bereiken, hoe krijgen we voor elkaar dat deze innovatie geaccepteerd gaat worden als integraal onderdeel van de reguliere zorg met de daarbij behorende middelen; denk aan lobby en agenda-setting?
9. Waar moet volgens u de financiering vandaan komen? (Denk aan overheid, patiënten, werkgevers)

Weerstand

10. Heeft u nog bedenkingen over de haalbaarheid van deze zorginnovatie of voorziet u problemen? En welke dan?

Invloed

11. Welke rol kunt u met uw organisatie spelen in de realisatie van deze zorginnovatie?
12. Welke middelen/mogelijkheden heeft u tot uw beschikking?
13. Bent u bereid (of is uw organisatie bereid) om uw invloed en mogelijkheden in te zetten voor het mogelijk maken van deze zorginnovatie?
14. Hoe zou dit een bijdrage kunnen leveren voor de realisatie van dit project?

Samenvattend

Ik zou u graag een paar samenvattende vragen willen stellen:

15. Kunt u aangeven hoe belangrijk u het probleem ziet waarvoor deze zorginnovatie is ontwikkeld op een schaal van 1 tot 10?
16. Hoe zinvol vindt u de zorginnovatie als oplossing voor het beschreven probleem, ook weer op een schaal van 1 tot 10?
17. Hoe haalbaar acht u dat deze zorginnovatie onderdeel wordt van de reguliere zorg, dus dat het geïmplementeerd kan worden, op een schaal van 1 tot 10?
18. In welke mate bent u bereid en gemotiveerd om uw invloed aan te wenden om dit te realiseren op een schaal van 1 tot 10?

Attitude

19. Nu we alles hebben besproken, hoe staat u tegenover de implementatie van deze zorginnovatie, positief of negatief?

Belangrijke stakeholders

20. Heeft u samenwerkingsverbanden met stakeholders die belangrijk kunnen zijn in het proces van deze zorginnovatie naar implementatie?
21. Heeft u nog documenten die een bijdrage kunnen leveren in dit onderzoek?

Dit is het einde van het interview, bedankt. Deze informatie zal worden gebruikt voor het onderzoek en de resultaten hiervan worden verwerkt in een adviesrapport. Zou u de resultaten van dit onderzoek willen ontvangen?

Appendix F Interview transcripts

Interview transcript KNMG, René Héman, voorzitter

M: Ik doe onderzoek naar het project zorg voor arbeid. Dat zit dus in de beginfase, en het gaat over arbeidsgerelateerde zorg, vandaar ook dat ik graag met u wilde spreken, omdat natuurlijk het KNMG visiedocument is uitgebracht in maart 2017 als ik het goed heb. En ehm daar wordt ook de problematiek beschreven eh dat de curatieve zorg en bedrijfsgezondheidszorg gescheiden is, en dat de communicatie daartussen een beetje ontbreekt. En eeh ik zag dat u een column heeft geschreven over “wat betekent werk voor uw patiënt”. Dat sluit hier ook goed op aan. En mijn begeleider zei ook meteen dat u een opleiding volgt tot bedrijfsarts, maar dat klopt niet helemaal of wel? Arts maatschappij en gezondheid.

H: Klopt wel,

M: arts maatschappij en gezondheid

H: Nee ik ben specialist in arbeid, maatschappij en gezondheid en ik ben in opleiding voor specialist arbeid en gezondheid.

M: oke, oke. Interessant. Maar met het project willen ze dus ook die problematiek aanpakken en dat gaat dus ook over de participatiewet. Dat daar dingen in veranderd zijn. En dus de scheiding tussen de C zorg en B zorg en daarbij komt nog dat een groot deel van de Nederlanders geen bedrijfsarts tot zijn beschikking heeft. En eehm dit project gaat over chronisch zieken en daar heeft de bedrijfsarts vaak onvoldoende kennis over specifieke klachten. En omdat arbeid een determinant is van gezondheid willen ze ehm arbeidsparticipatie gebruiken als behandeldoel en als medicijn.

H: Ja..

M: En ehm het gaat dus over een klinisch arbeidsgeleeskundige, dus niet de eerstelijns, die wordt dan toegevoegd aan het behandelteam en via een verpleegkundig specialist worden ze doorgestuurd naar het spreekuur van de KAG en daar gaan ze dan een arbeidsgericht interventieplan oprichten, samen met de patiënt eh omdat die vaak in aanraking komt met die wet- en regelgeving en dat dat allemaal een beetje ingewikkeld is. En nu is dat bezig op de afdeling oncologie. Volgens mij weet u dat ook van Desiree Dona.

H: Nou ik weet het globaal, ik weet dat dat ze met de oncologie bezig is om daar specifiek bij de te kijken van wat heeft eh een patiënt voor last of wat voor baat heeft die erbij als een arts arbeid en gezondheid meekijkt. Dus, ja.

M: Ja, oke

H: Maar ik weet niet de ins en outs. Ik ken het globaal.

M: Oke, ja ik zit nu op de afdeling neurologie, en daar geldt het voor Parkinson patiënten nog, en het is ook voor CVA patiënten. Maar, ja het is nu zo dat als de verpleegkundig specialist en die denkt o die heeft problemen met werk, dan wordt de patiënt gewoon doorverwezen. Of ja, als die daar baat bij kan hebben.

H: Doorverwezen naar?

M: Naar de KAG. Als de patiënt daar baat bij zou hebben. Dus ehm, een beetje, het is niet heel strikt nog, en het wordt nu gefinancierd door het Radboud zelf.

H: hmhm

M: ehm dus daarover wil ik graag wat vragen stellen.

H: Dan hoop ik dat ik ze kan beantwoorden

M: Dat hoop ik ook, want ehm de problematiek die wordt beschreven ook in het document. Ehm is dat nog steeds een groot probleem, of zijn er al dingen in veranderd?

H: In de visie, nee volgens mij is daar nog niet heel veel in veranderd, er is wel aandacht voor maar er is nog niet heel veel in veranderd.

M: Nee, dus die problematiek is er nog steeds.

H: Ja

M: Oke, en dus wat vindt u van die zorginnovatie als oplossing, van die KAG in het behandelteam?

H: Nou wat je, wat natuurlijk van belang is, is ehm ehm ...Al..eh. De zorg is eigenlijk zo georganiseerd dat als een patiënt ziek wordt, in dit geval he, want je praat over mensen die ziek zijn en we hebben het niet over preventie, want dat is nog een ander verhaal. Dat iemand die ziek wordt, en die wordt verwezen naar een tweede lijn, een ziekenhuis en die wordt daar behandeld. Ehm en dan wordt er een behandeling ingezet die mogelijk effect kan hebben op zijn werkzaamheden, op zijn toekomst. Eh je kunt keuzes maken in behandelingen. En in die keuzes wordt nooit rekening gehouden. Wordt nooit dat aspect van arbeid "Wat doet u voor werk?" wordt nooit meegenomen. En ik heb vaker meegemaakt dat ik de eerste was als ik iemand.. ik heb wel eens patiënten op spreekuur, die zijn dan uitge.. hebben een hartinfarct gehad ofzo. En die worden dan uitgebreid gezien in het ziekenhuis door alles en iedereen. En als ze bij mij komen dan is mijn eerste vraag: "Wat doet u voor werk?". En dan zijn ze daar eigenlijk heel verbaast over dat nog nooit iemand dat heeft gevraagd. Want als jij bouwvakker bent en je hebt een hartinfarct en je kunt geen zwaar werk meer doen, dan kom je niet meer aan het werk. Als jij alleen maar lagere school hebt en geen andere mogelijkheid.

M: Hmhm

H: het is dus heel erg belangrijk hoe jij je behandelopties bespreekt met je patiënt, als je kijkt naar shared decision making, maar dus ook het aspect, arbeid of werk daarin meeneemt. Dus ik vind dat heel erg belangrijk en het gebeurt nog te weinig.

M: Ja

H: ik heb toevallig las ik dit in medisch contact he, ik weet niet of je medisch contact leest?

M: Nee

H: Hij staat denk ik nog wel op de gang hier. Ehm en hier staat een stukje over ehm een win win voor patiënt met lage rugpijn. En daar gaat het dus, dan beschrijven ze dat heel goed, dan gaan ze op een andere manier om met mensen met lage rugpijn. Nou dat zijn mensen die je heel veel ziet in de be-

drijfsgeneeskunde. En dan hebben zij een heel verhaal hoe ze dat anders kunnen regelen, en dat leidt tot minder ziekenhuisbezoeken en een grote patiënttevredenheid en een korte, een enorme verkorting tot de tijd tot diagnose. Maar daar wordt niet gekeken wat iemand voor werk heeft. Dus ik was hier, ik was bezig om een mailtje te maken naar de schrijver hiervan, dat is natuurlijk een aspect dat je mee moet nemen.

M: ja

H: want hier, dit kun je goed regelen, maar als het niet goed gebeurd is, dan komt die patiënt bij de bedrijfsarts en die zegt nou mevrouw of meneer heeft nog klachten, gaan iemand doorverwijzen naar een speciale rugkliniek. Eh om te voorkomen, om vlugger te re-integreren.

M: ja, ja dat is natuurlijk het probleem, zit in de hele gezondheidszorg en moet eigenlijk in alle takken doorgevoerd worden. En nu gaat het dan alleen over chronisch zieken in principe, en over de tweedelijns, terwijl de arbeidsarts, daar gaat het over in dat document, is de eerstelijns en dat is weer een ander eh aspect en de communicatie is ook weer een ander deel natuurlijk. Dus ja het is een klein gedeelte van de oplossing misschien. Ehm, maar en wat verwacht u dan van de zorginnovatie, dus van de KAG?

H: nou ik verwacht dat die dus in behandelingen meer gaat.. dat in behandelingen van patiënten, zeker die chronisch ziek zijn he, mensen met kanker of wat dan ook, maar ook bij cardiologische patiënten, mensen met hart en vaat ziekten. Dat eh het aspect arbeid meer meegenomen wordt. Dat ehm afhankelijk van wat iemand voor werk heeft. Zet je een andere behandeling in. En ik denk dat je, dat ik dat belangrijk vind. Dat is wat ik ervan verwacht, en dat betekent dat je dus iemand meer functioneel gaat genezen. Meer gericht op hetgeen wat hij nodig heeft.

M: hmhm, ja. En ehm wat zouden dan mogelijke uitkomsten kunne zijn, voor de patiënt en voor de maatschappij?

H: nou voor de patiënt betekent dat dat hij een beter , in ieder geval een behandeling krijgt die toegesneden is op wat hij wil en niet toegesneden is op wat zijn anatomische functionaliteiten zijn. Eh en die hem dus kunnen helpen of haar om ook weer vlug in de maatschappij terug te komen. Als onderdeel van een arbeidsproces of als onderdeel van een ander soort betrokken participatieproces.

M: ja ehm. Nu ehm, zijn we bezig met berekeningen eigenlijk naar de kosten en de baten en dan zitten we al een beetje te bekijken wat de uitkomstmaten kunnen zijn, om te bekijken of het effectief is eigenlijk.

H: Hmhm,

M: Heeft u daar een idee over?

H: of het effectief is?

M: ja, hoe we dat zouden kunnen meten.

H: ja.. ik begrijp je vraag niet helemaal goed. Wat zou je, wat is je vraag aan mij precies? Ik denk dat je moet onderzoeken of het effectief is, maar ik denk dat... je kunt het op basis van kosten doen,

maar je kunt het ook doen op basis van tevredenheid doen, of welbevinden na 1 of 2 jaar na de periode dat je behandelt hebt.

M: ja dus dat is een beetje de vraag. De kosten zijn logisch dat die ook meegenomen moeten worden. Maar de vraag is een beetje; naar welke maten moeten we kijken of te zien of het effectief is? Dus moeten we die patiënten inderdaad 2 jaar volgen en kijken..

H: ja ik denk dat je minimaal 2 jaar moet volgen. Ehm en ik zou.. ehm kijk ik vind. Kijk kosten is natuurlijk 1 aspect. Maar ik zou heel erg belangrijk vinden dat je meeneemt hoe iemand in het leven zit. Dus zijn klant/cliënttevredenheid, maar ook hoe die aan het werk is. Eh en hoe .. eh Dus ook eh, hoe die aan het werk is, dus wat die voor werk daarvoor deed en wat ie daarna deed. Ehm eh, dan heb je dus daar aspecten in van is iemand gedeeltelijk afgekeurd of niet, dat is natuurlijk erg afhankelijk van wat voor soort, als je een been afgezet hebt, dan kun je niet zo vlug meer marathon loper worden natuurlijk als dat je baan is. Maar je kunt natuurlijk wel nuanceren, van kijken van eh in hoeverre iemand nog degelijk in de maatschappij een functie kan uitoefenen.

M: Ja, en daar ook tevreden mee is?

H: ja, daar zit een risico aan, kijk mensen kijken natuurlijk.. en hebben de gewoonte om terug te kijken en zeggen van ja, vroeger was het allemaal beter, maar het gaat erom hoe ze er nu inzitten en hoe tevreden ze nu zijn. En eh je kunt , dat is maargoed dat is een kwestie van hoe je de vraag formuleert.

M: Oke, want ja nu is het ongeveer een jaar bezig al en ehm de opstart is wat moeilijk gegaan maar nu is het zo dat die patiënten de KAG redelijk vroeg zien in het behandeltraject en nu merken we dat dat heel erg prettig is. Dus hoe eerder hoe beter mensen ondersteund kunnen worden daarin. En patiënten zijn over het algemeen in tevreden en zijn blij dat ze begeleid worden in het traject en dat ze zelf kunnen aangeven wat ze ook graag willen. Dat wat u ook zei; dat ze daar normaal gesproken niet naar gevraagd worden.

H: ja feitelijk heb je 2 fases. He de fase dat je behandelt wordt en de fase nadat je behandelt bent en gere-integreerd bent. En dat kan zijn dat jou behandeling of jou ziekte heeft geleid dat je ander soort werk moet gaan doen, maar daar kun je nog heel goed naar kijken. In het behandeltraject heb je natuurlijk ook nog en daarom is die vroeg betrokkenheid van belang. In het behandeltraject heb je eh nog dat eh ehm als mensen ziek zijn en ze kunnen of niet meer werken dan kan dat hun herstel beïnvloeden. Maar als je nog in staat bent om ze toch nog iets van werk te laten doen, gedurende het ziek zijn. Zoals ik mensen heb met borstkanker, die zeggen van ja ik heb de operatie gehad en na 2 weken of 3 of 4, beetje afhankelijk van hoe ingrijpend de operatie geweest is, wil ik alvast iets met werk doen. Om a omdat het je herstel bevordert, je mindset is anders, je kijkt ook naar , je gaat wat anders in het leven staan en b je komt ook weer terug in de maatschappij. En die fase is ook van belang om daarna te kijken om te kijken wat dat voor effect heeft.

M: ja dat is dus ook een belangrijk doel van het project ook idd, ja klopt.

H: en waar ik ook naar kijk is de fase als je 2 jaar gezond ben verklaard of gere-integreerd bent verklaard, dat gebeurt op dit moment niet zoveel en dat je dan ook echt terugkijkt hoe iemand op dat moment in het leven staat.

M: oke ja dus dat is belangrijk dan.

H: ja, vroeger had je het zo dat als iemand borstkanker had dan had ie de rest van z'n leven borst kanker en dan beïnvloeden ook zijn manier van werken of niet meer aan het werk willen gaan. Terwijl participatie heel belangrijk is. Ook in de link naar je welbevinden.

M: ja, oke. Ehm dan had ik ehm de volgende vraag over het belang hiervan. Wat is volgens u het belang van een oplossing voor het probleem voor de maatschappij in z'n geheel?

H: dat is een hele grote vraag haha, kun je wat specificeren?

M: Ehm: Nou wat het voor de maatschappij, maar ook voor Nederland als een BV het zou opleveren dat mensen weer makkelijker kunnen re-integreren.

H: voor het belang van de maatschappij is het natuurlijk duidelijk he, je zou natuurlijk ander cq. minder ziekteverzuim krijgen, maar ook een betere output van wat, mensen zullen meer eeh in hun ziekteproces meer begeleid worden al van het begin af aan samen met je behandelaar, wat je wel en niet kunt doen en dat geeft, dan heb je al, dan is dat al voor de maatschappij lagere kosten, maar in ieder geval vluggere re-integratie kosten. En het belang voor de maatschappij is natuurlijk ook dat mensen eh gelukkiger zijn en blijven participeren. Nog los van of ze geld of niet verdienen.

M: ja, ja. Oke, en wat is hier dan het belang voor u en de organisatie

H: welke organisatie?

M: De KNMG

H: Nou de KNMG is natuurlijk een belangenvertegenwoordiger, is een artsenfederatie en wij vertegenwoordigen alle artsen in Nederland met hun verschillende belangen. En wat wij doen is alleen de immateriële belangen behartigen. En wat wij belangrijk vinden is dat de patiënt, dat die echt ook integraal geholpen wordt, in samenwerking tussen die verschillende artsen.

M: dus de kwaliteit van de zorg ook?

H: ja verantwoorde zorg.

M: oke, ehm wat denkt u dat ervoor nodig is en welke stappen moeten we doorlopen of deze, dit project geïmplementeerd te krijgen.

H: Ja dat vind ik een lastige want ik ken jullie projectvoorstel niet zo heel goed. Ehm maar wil je het als projectvoorstel implementeren, of wil je het, maar dat is natuurlijk afhankelijk van de evaluatie of loop je al te denken van hoe zouden we het anders kunnen inrichten de zorg in Nederland.

M: eh nee het gaat echt over dit project, dus de zorg anders inrichten is denk ik een heel groot, en dit is dan een klein gedeelte om het anders aan te pakken

H: maar wat is jullie projectvoorstel? Wat is jullie eh wat is jullie project, wat is de doel.. jullie zijn nu bezig met de KAG in het ziekenhuis.

M: ja

H: dus dat is wat jullie op dit moment doen

M: ja dus dat gedeelte ja, de KAG in het behandelteam en dat de patiënten dus naar dat spreekuur kunnen.

H: hmhm, en dan is jou vraag aan mij wat je zou moeten doen om dat te implementeren?

M: Ja

H: Ja dat vind ik een hele lastige want ik ken de situatie in het Radboud niet heel goed, en wel de situatie in andere ziekenhuizen maar die kunnen heel anders zijn. Ik denk dat het, wat van belang is dat je probeert aan te sluiten bij allerlei behandelprocessen en behandelketens in een ziekenhuis. En ik zou proberen te starten met de chronisch zieken en kijken wat je daar kunt, voor toegevoegde waarde kunt leveren in de verschillende behandeltrajecten. Bij chronisch zieken heb je een aantal trajecten. Je kunt naar interne kijken. Jullie hebben vooral gericht op oncologie als ik me goed herinner. Maar je kunt ook naar hart- en vaatziekten kijken. Maar als je kijkt naar oncologie dan is het natuurlijk van belang om de grootste gemene deler te pakken en mee te beginnen. En volgens mij is dat borstkanker, primair. Eh en daar zou je naar kunnen kijken en mee beginnen. Hoeveel mensen van borstkanker zijn er en hoe kunnen zij, hoe kun je met extra begeleiding van een KAG daarmee aan de slag.

M: Oke, want ik las ook dat de arbeidsarts zoals beschreven, dat dat onder de zorgverzekeringswet.

H: Dat is wat wij voorstellen ja

M: Ja, zou moeten vallen. En hoe zijn daar de vorderingen? Of is dat al gestart of moet dat nog.

H: Nee dat ligt in Den Haag natuurlijk en daar moet je politieke lobby voor voeren. En wat, waar, op dit moment in Den Haag wel naar gekeken wordt, maar waar we niet zo ver zijn dat dat heel vlug gaat gebeuren. Het heeft namelijk ook heel veel impact op werkgevers. En werkgevers zijn natuurlijk een belangrijke lobby partij in Den Haag.

M: Oke dus dat is in de beginfase, of hoe moet ik dat zien?

H: Ja, zoiets

M: Oke

H: Het is altijd moeilijk te zeggen wanneer het in de beginfase is, je moet ook, in zo'n lobbyproces geef je aan wat je wil en probeer je partijen mee te vinden die dat delen, die daar, waar je coalities mee kan vormen. En soms is dat heel ingewikkeld, dat is afhankelijk van een regeerakkoord, van een politieke.. wie in een regering zit en welke mensen daarin zitten. En op dit moment is daar heel weinig draagvlak voor. Maar op het moment dat daar iets verandert dan kan dat wel, dan kun je daar ineens een heel vlug succes behalen door gebruik te maken van de kansen die voorbij komen. En dat is wat we voor een deel ook doen.

M: Oke, dus dat van de KAG zou in principe een beetje hetzelfde proces volgen?

H: Ja

M: Oke, dus ehm wat denkt u daarover dan qua financiering, dat dat ook onder de zorgverzekeringswet moet vallen of zouden daar ook werkgevers in moeten bijdragen?

H: Ik vind eigenlijk als je kijkt naar de zorgverzekeringswet, dan zou dat een wet moeten zijn waarbij iemand een behandeling krijgt waarbij alle expertises gecovered moeten worden. Als jij borstkanker krijgt dan wordt, dan zit de chirurg erin, de internist zit erin, de radioloog zit erin. Waarom zou de KAG daar niet in kunnen zitten? Moet gewoon in het tarief zou ik zeggen, integrale tarieven.

M: Oke, oke. Dan de volgende vraag. Heeft u dan nog bedenkingen over het project zoals ik het beschrijf?

H: Bedenkingen bedoel je negatieve dingen?

M: Ja, bezwaren.

H: Nee, ik ben daar heel enthousiast over.

M: Oke ehm, en welke rol zou de KNMG kunnen spelen in het verhaal?

H: Nou, dat is een lastige vraag he, wij doen natuurlijk immateriële belangenbehartiging. Maar wij hebben een federatie van 8 federatiepartners. En die hebben niet altijd gelijk gerichte belangen. Dan is het altijd ingewikkelder, vooral als het ene belang iemand anders kan schaden. Voor ons is het altijd van belang om te kijken of je die belangen gelijk kunt gaan schakelen. En dat is wat dan in huis moet gebeuren. En we zijn al heel blij met een gemeenschappelijke arbeidsvisie, arbeids- en gezondheidsvisie. Maar het implementatietraject zit er niet in, en daar zijn nog wel stapjes te maken.

M: En is dat ook wat nu gebeurt dan?

H: Dat is wat nu gebeurt ja.

M: Oke, en welke middelen heeft het KNMG tot zijn beschikking om dat te doen?

H: Wat bedoel je met middelen?

M: Dus arbeidskrachten, geld...

H: Nee we hebben in feite voor de ontwikkeling voor projecten hebben wij geen geld. Ons geld komt van leden, abonnementsgelden. Elke arts betaalt, die bij ons lid is, bijna iedereen is lid. Die betaalt iets van 125 of 130 euro per jaar en daar krijgt hij medisch contact voor en daar doen wij de belangenbehartiging, plus het ontwikkelen van richtlijnen die integraal zijn, die voor alle dokters gelden.

M: Oke, en voor de lobby, zou de KNMG daarvoor nog iets kunnen betekenen?

H: Als dat gedragen wordt door alle partijen zeker ja.

M: Oke, zijn er dan nog samenwerkingsverbanden met stakeholders die nog belangrijk kunnen zijn in het proces?

H: Voor jullie?

M: Ja

H: Ik denk dat de samenwerking met betrokken partijen, zoals een federatie medisch specialisten, en een eh NVAB, vereniging van arts bedrijfsgeneeskunde, de verzekeringsartsen. Ik denk dat als je die, die zul je erbij moeten betrekken, dus de wetenschappelijke vereniging. Ehm ik denk dat je daarnaast ook met VWS iets zou moeten doen. Om ze erbij te houden en ze ook te laten zien wat je successen zijn. En je mislukkingen, want misschien is het niet succesvol, dat kan natuurlijk ook altijd. Dat soort dingen.

M: Oke, dan wil ik nog graag een paar samenvattende vragen stellen. Kunt u aangeven hoe belangrijk het probleem is, op een schaal van 1 tot 10?

H: Dat is een hele ingewikkelde, dan veeg je een heleboel details op elkaar. Maar ik denk dat het heel belangrijk is, ik denk dat het minimaal een 8 is.

M: Oke. En hoe zinvol is het project als een oplossing voor het probleem, dus voor het grote probleem en dus dit project als onderdeel.

H: Nou participatie is natuurlijk heel belangrijk en daar is het voor een deel, een belangrijk deel wel een oplossing voor, dus ik denk dat dat wel belangrijk is ja.

M: En op een schaal van 1 tot 10?

H: nou ik denk dat dat ook op een 8 zit.

M: Oke, en hoe haalbaar acht u dat het project een onderdeel wordt van de reguliere zorg? Ook op een schaal van 1 tot 10.

H: Die is heel ingewikkeld, en die is heel erg afhankelijk van het politieke spel, denk ik. Aan de andere kant denk ik dat ziekenhuizen wel degelijk daarin wat kunnen doen. We praten nu allen over de tweede lijn. Ik denk dat het in de eerste lijn ook wel degelijk een arbeidsarts zou kunnen acteren. En in mijn ogen, de haalbaarheid vind ik een lastige, ik denk dat je daar, nou 5-6, dus de helft kans hebt dat het lukt. En de KAG, denk ik eerder nog dan de gewone arbeidsarts.

M: Oke, en over wat voor periode hebben we het dan, hoeveel tijd zou dat ongeveer duren voordat het beschikbaar is in Nederland?

H: Dat heeft te maken met hoe succesvol jullie project is. En wat je daar dan mee kunt gaan uitstralen.

M: Oke, is er nog invloed die u kan uitoefenen om dit project succesvol te maken qua implementatie?

H: Ja dat is een moeilijke vraag want ik ken jullie project natuurlijk niet goed en ik ken de situatie in het Radboud niet goed. Ik denk dat de competenties van de mensen die dit uitvoeren heel erg van belang zijn. En ik ga ervan uit dat die goed zijn. Daar zit natuurlijk de crux. En wat eruit rolt, wat zijn de successen, jullie succesfactoren die je gaat identificeren. En op basis daarvan zou je kunnen, ja je kunt vragen, ik weet niet bij welke problemen jullie tegenaanlopen in dit project in het Radboud. En wat ik daaraan zou kunnen doen.

M: Oke dus dat is meer voor een later stadium?

H: Ja dat denk ik, ik neem aan dat het goed geregeld is, want jullie gaan het traject al beginnen, al starten.

M: Ja is al gestart, en in principe wordt het dus ook goed ontvangen. Ehm oke, en nu dat we alles besproken hebben, hoe staat dan tegenover de implementatie van dit project?

H: Ik sta er positief tegenover, ik denk dat het een goed project is. En ik ben benieuwd, ik hoop dat daar goede bewijzen uitrollen.

M: Oke, nou dan weet ik genoeg. Voor nu. Zijn er nog andere documenten die van belang zijn in deze problematiek die jullie hebben?

H: Wij hebben alleen wat er op de website staat en die heb je gehad he, de visie op arbeid

M: Ja

H: En voor de rest hebben wij geen andere dingen op dit moment.

M: Oke, nou dat was het, heel erg bedankt. Ik ben benieuwd wat eruit komt. Wilt u de resultaten ontvangen hiervan?

H: Ja graag, vind ik leuk. Ja

M: Oke dan hou ik u via de mail op de hoogte. Heel erg bedankt

H: Succes.

Interview transcript ZZP Nederland, Frank Alfrink, directeur

M: Ik wil graag een aantal vragen stellen naar aanleiding van het politiek ontbijt van 15 november over werkbehoud bij kanker. Desiree Dona heeft daar onder andere een presentatie gegeven. Weet u nog wat daar is gezegd?

F: Ja en ik heb wel inderdaad met heel veel interesse naar haar geluisterd, ook omdat het een van de dingen is waar we continue mee bezig zijn om, niet alleen de politiek, maar met name ook de ministeries ervan te door dringen dat het nodig is dat we arbeid in het behandelplan opnemen. En wat ons betreft eigenlijk niet incidenteel door een ziekenhuis dat extra geld ervoor vrijmaakt maar dat er in de basisverzekering gewoon een DBC arbeid wordt geopend, zodat elke zorgverlener arbeid in het behandelplan kan opnemen.

M: Daar wilde ik inderdaad ook naar vragen.

(uitleg project)

M: Herkent u de problematiek of vindt u dat er al veel aan gedaan wordt om deze aan te pakken?

F: Nou ik zat gister in de klankbordgroep beroepsziekte van de longalliantie en kijk je merkt wel dat er steeds meer aandacht is voor arbeidsgerelateerde. Dus dat je inderdaad kijkt wat is het effect van de aandoening of de ziekte op de arbeidsparticipatie, maar dat dat allemaal nog projecten zijn, incidenten zijn of dat het niet duurzaam gefinancierd is. Je hebt nu ook multidisciplinair overleg in pilots en daar zit dan ook een bedrijfsarts bij. En dat is prachtig, maar die pilot is zoals en pilot al doet ver-

moeden een project en daarbij hoort projectfinanciering en van daaruit wordt geld vrijgemaakt zodat de bedrijfsarts erbij kan zitten. Nou dat is op zich prima, maar je weet al hoe het gaat, want als het project afgelopen is, stopt al die participatie van die bedrijfsarts, want daar is geen betaaltitel voor. Dus dan krijg je een multidisciplinair curatief team wat overlegt en ja dat is dan weer niet het hele team wat het zou moeten doen. En ik had gister ook nog een gesprek met iemand van het ministerie van VWS en ik zeg waarom geen DBC arbeid? Ja zegt ze maar dat moet de markt doen. Maar ik zeg er zit een besparing in de kosten voor de curatieve zorg als je arbeid in het behandelplan opneemt. Waarop zij dan zegt, dan moeten dus alle zorgverleners dat zelf betalen want zij besparen kosten. Maar ik zeg je weet waar het heen gaat, dat geld, als je kosten bespaart dan pikt de zorgverzekeraar dat in, dus de inspanning ligt bij de zorg en de baten ligt bij de zorgverzekeraar, want die gaat dan meteen zijn inkooptarieven aanpassen. Dus ja wil je duurzame oplossing hebben in het borgen van arbeid in behandelplannen en curatieve zorg dan moet je daar, zoals het nu is in ieder geval een eigen DBC hebben, in mijn optiek.

M: Ja oke, want in het verslag van het politiek ontbijt zag ik dat u zei dat de inkomensverzekeraar waarschijnlijk eerder bereid is te investeren?

F: Ja want je merkt bij een zorgverzekeraar, die fungeren als kassa, als betaalfabriek. Dus ze kopen in, je ziet wel een beetje aandacht komen voor preventie, maar dan meer om verzekerde aan hen te binden. Dus ze komen allemaal met een app, of samen gezond, als ik even naar Menzis kijk of meer een project, meer bewegen of minder zitten. Allemaal hartstikke leuk, maar het is niet echt de preventieve aandacht die bijdraagt aan een oplossing, het is meer gewoon een marketingtruc om mensen te binden. Terwijl de inkomensverzekeraar, die gaat bloeden op het moment dat iemand uitvalt. Dus die heeft een hele aantrekkelijke businesscase om te investeren in preventieve maatregelen en arbeidsgerichte oplossingen. Dus ik zou de inkomensverzekeraar, want ik hoorde ook van Desiree dat zij zei: de enige bij wie ik het voor elkaar krijg als zorgverzekeraar is de Amersfoortse, want de Amersfoortse legt een hele stevige koppeling tussen zorg en inkomen. Dus die investeren vanuit de zorgverzekering omdat ze dan aan de inkomenskant geld gaan besparen. En het is natuurlijk wel een verschil als iemand uitvalt en je moet nog 30 jaar salaris doorbetalen of je voorkomt uitval voor een paar duizend euro. Die business case is gauw sluitend.

M: Ja dat zag ik, zijn daar ook berekeningen van gemaakt?

F: Als je in de berekening, als ik als zelfstandige een arbeidsongeschiktheidverzekering afsluit en ik zeg ik wil nou noem eens wat een modaal inkomen behouden, dan wil ik 35.000 per jaar hebben, elk jaar als ik uitval, moeten zij elk jaar dat bedrag aan mij betalen. Werk ik nog 20 jaar, dan is dat 7 ton. Dat is dan hun schuld voor 1 ziektegeval. Als je dan een paar duizend euro moet betalen om arbeid goed te borgen in het behandelplan, al kan ik maar halve dagen werken, dan scheelt het al zo ongelovelijk veel geld. Om nog maar te zwijgen inderdaad, ja bij de pensioenen zit het wat dubbel. Aan de ene kant heeft pensioenverzekeraar/fonds heeft graag dat je langer doorwerkt want dan draag je langer bij aan de pensioenpot, maar plat gezegd hebben ze daarna het liefst dat je binnen een jaar omvalt, want dat scheelt weer uitkeringen, even cru gezegd.

M: Dat maakt inderdaad de berekening ingewikkeld. Ik zag ook nog in het verslag dat een systeemverandering te lang zou duren, maar vindt u dat noodzakelijk?

F: Het toevoegen van een DBC, dat is het makkelijkste, dat past binnen het huidige systeem, en het is nu het vervelende dat arbeid een andere ministerie is, maar je kan in de basisverzekering als je gewoon een declaratie of een betaaltitel toevoegt. Hoef je in het systeem niks te veranderen, maar je geeft wel elke zorgverlener de gelegenheid om arbeid te betrekken in het behandelplan. En dat hoeft bij lange na niet in elk plan, want het is niet altijd relevant. Maar het is voor fysiotherapeuten misschien ook welk interessant om te weten... mijn eerste vraag zou zijn, de behandelmethode voor een schouderblessure is heel anders als je achter een scherm zit of voor een glazenwasser. Dat is dermatite anders dat met de ene kan je misschien zit je met 3 behandelingen alweer achter een toetsenbord, terwijl je bij de andere misschien wel 20 behandelingen nodig hebt om weer ramen te kunnen zemen. Om maar eens een voorbeeld te noemen. En dan hebben we het nog niet eens over de stijgende, psychische behandelingen, want die loopt ook weer op.

M: Wat voor arts zou dat dan moeten doen, een arbo arts, bedrijfsarts, arbeidsarts van de KNMG of een KAG?

F: Nou we waren enigszins gecharmeerd van het voorstel van de KNMG van die arbeidsarts onder de voorwaarde dat die wel inderdaad eerstelijns zou zijn en niet ten laste zou gaan van het eigenlijk risico. Dus financiering basisverzekering eerstelijns en geen eigen risico doorbelasting. En dat kan volgens mij ook een huisarts zijn met, want je hebt tegenwoordig ook huisartsen die hun kennis delen op een specifieke aandoening. Bijvoorbeeld COPD-astma huisartsen, dus alles wat zij extra weten van die ziekte die delen zij met hun collega huisartsen. Dus je kan dan zo'n soort arbeidsaantekening hebben, want dat je gewoon huisarts bent. Want dat is toch vaak de eerste plek waar mensen met klachten terecht komen. En dat zou handig zijn als daar in de anamnese al de arbeidsvragen zitten. Dat hoeven er maar 2 of 3 of 4 te zijn, dat je gewoon even vaststelt van joh heb jij extra last als jij gewerkt hebt, en als je 2 weken vakantie hebt, wordt het dan minder. Dan weet je al dat er misschien extra bezwarend arbeidsbelasting die iemand heeft dus daar moet dan misschien een bedrijfsarts of een arbeidsgeneeskundige of een arbeidsdeskundige daar even op doorvragen.

M: ja het zou natuurlijk overal een beetje doorgevoerd moeten worden.

F: Het mooiste is natuurlijk als het lukt bij de huisarts, dat is gebruik maken van het natuurlijke netwerk. Iedereen weet waar die zijn huisarts heeft en iedereen gaat daar het eerste heen. Anders creëer je misschien weer een conflict, dat is het enige nadeel, dat die concurrent zou kunnen zijn van de huisarts, dus dat moet je het liefste dat die arbeidsarts een huisarts is.

M: Ik heb ook Rene Heman gesproken, hij vertelde dat het nog niet helemaal aan de gang is en nog te weinig draagvlak heeft en dat de KAG misschien eerder ingevoerd kan worden en dat het misschien makkelijker zou gaan in de tweedelijns. De zorginnovatie gaat specifiek over de KAG, wat denkt u daarvan?

F: Nou ik denk niet, nou het is een stap he, net zoals een bedrijfsarts, het BACO project in het team van bijvoorbeeld oncologie. Maar het is pas na constatering. En de constatering wordt nu heel vaak bij de huisarts niet gedaan, omdat de vragen niet worden gesteld of de kennis ontbreekt. Dus je lost het op ook voor degene die mondig genoeg is om door te vragen en zichzelf zegt maar ik heb er last van als ik werk en ik wil doorverwezen worden. De manier waarop ik ook naar mijn huisarts ga, ik kom altijd met de opdracht binnen wat hij moet doen. Maar de meeste die zeggen van de huisarts zegt doe maar even rustig aan, en later hoort die pas dat die eigenlijk al 3 maanden met chrome 6 werkt, om maar eens even een extreem voorbeeld te noemen. Dus ik ben altijd bang met de tweede lijn.

Het is goed als arbeidsdeskundige in de tweedelijnn ook zijn, met name in het specialistenteam en ziekenhuis, maar wil je echt een duurzame oplossing dan zou ik graag huisartsen willen hebben die eigenlijk een landelijk dekkend team van huisartsen die arbeidskennis hebben die dat delen met hun collegas, zodat bij het allereerste contact de vragen al worden gesteld.

M: Nu wordt dat wel al enigszins gedaan, maar dan in de tweedelijnn. Nu is het zo dat in de zorginnovatie het alleen geldt voor chronisch zieken, maar de verpleegkundig specialist stelt al vragen, waaruit kan blijken of er problemen zijn met werk, en dan wordt gelijk doorverwezen naar de KAG. Dus in het radboud worden daar wel al azo snel mogelijk de vragen gesteld.

F: Ja maar het is natuurlijk ook, dat betalen zij zelf, maar het is natuurlijk ook vanuit het ministerie en de minister zelf. Die heeft de opdracht om de zorgkosten te beheersen, daarom zou ik het liever in de eerstelijnn hebben, ook qua tarieven dat scheelt natuulijk een hoop geld of een huisarts de juiste vragen stelt, of een specialist uit het behandelteam in het ziekenhuis, die zijn gewoon veel duur. Dus ik zou als verantwoordelijke minister het is een anderhalfscentrum hebben of zoiets om maar te voorkomen dat onnodige dingen bij een ziekenhuis of eerste hulp van een ziekenhuis komen. Dan gaan we weer bezuinigen, en dat experiment met de KAG daar moeten we maar mee stoppen, want dat kost te veel geld.

M: Oke, dus ziet u dan een systeemverandering van de KAG niet echt gebeuren?

F: Nou ik ben dus niet tegen die toevoeging, dat is iets wat goed is. maar willen we structureel aandacht hebben voor arbeid als onderdeel van een curatief behandelplan, dan wil ik het eigenlijk volledig in de eerstelijnn hebben, maar minimaal bij de huisarts. En dan moeten we die kennis ontsluiten, want de ene huisarts doet het hartstikke goed en de ander heeft er geen aandacht voor. Dus het moet wat mij betreft gewoon in de computersystemen zitten, waarmee de anamnese word gedaan. Van bij vraag 4, krijg je het antwoord ja, dan doorvragen op arbeid, dat kan je programmeren.

M: Oke dus dat als eerste stap en als toevoeging de KAG? Of beide bij de eerstelijnn?

F: Ik denk dat beide prima gaat, want als de huisarts constateert dat het verergerd in arbeid, dat er een arbeidsprobleem is of dat met kennis nodig heeft van kan ik nog blijven werken en hoe dan. Want als er een aandoening is bijvoorbeeld in het geval van kanker, dan denken mensen mijn leven is ten einde, ik kan niks meer, ik doe er niet meer toe. Dan is het handig als een KAG kan zeggen in het behandelteam, wacht eens even, je kan nog heel wat en we zijn nog blij dat je er bent en blij participeren in de maatschappij. Want anders zou dat weer niet de juiste opvolging krijgen. Dus ik denk niet dat dat een kwestie van kiezen is, maar van allebei doen. Waarbij ik denk wel de huisarts voorwaardelijk is voor succes.

F: Wat denkt u dat er voor nodig is om dit voor elkaar te krijgen?

F: a.s. donderdag hebben we het bij de SER weer over chronisch ziek en werk, daar zitten SGs van VWS en SZW bij elkaar. Dat is al prachtig dat je bij zo'n congres de twee ministeries op het hoogste niveau bij elkaar hebt. Ik hoop dat de scheiding een beetje wegvalt. Dat we dus niet kijken naar welk ministerie is verantwoordelijk, en bij wie hoort het thuis en wat zouden we moeten doen. Ik zeg altijd, we verticaliseren steeds verder in Nederland en de oplossing is altijd horizontaal. We snijden ook de specialist in de curatieve zorg, de specialist specialiseert zich steeds verder. Dat is hartstikke leuk voor 'm, maar dat is niet de oplossing. De oplossing is een horizontale holistische aanpak. En dat zou

dus ook bij het ministerie moeten zijn, kijk nou niet van is dit VWS of SZW, nee het is een kostenbesparing op macroniveau, laten we dit nou samen doen.

M: En hoe zouden we dat kunnen bereiken? Politieke lobby?

F: klopt, we merken nu al dat het besef komt aardig, ik merk alleen dat VWS er nog slechter in zit dan SZW. Sociale zaken heeft zoiets van arbeid is onze verantwoordelijkheid en we kunnen niet om het curatieve heen. En bij VWS merk ik van ja maar wij bekijken de hele patient. Ja maar je bekijkt iedereen als patient en hou daar nou eens mee op en bekijk iets mens nou als een mens, ipv als een patient. Dus het is misschien bij VWS wel een cultuuring, dat ze zich moeten realiseren van de mens werkt ook. En het is niet alleen maar patient. Het is ook een participant, werknemer, ZZPer, het is van alles. Het begint met de scope van VWS, en die is altijd curatief en die is klachtgerelateerd. We hebben iemand met een klacht en daar gaan we 'm vanaf helpen, of niet. Maar de behandeling kan variëren om te kijken hoe houden we 'm zo nuttig mogelijk zodat die persoon positief in het leven staat en zegt van ik heb nog wel kanker maar ik doe er nog toe, en ik participeer nog en ik hoor er nog bij. Dat is veel prettiger dan dat je achter de garanijs zit en te wachten op het einde.

M: Dat klopt, en hoe kunnen we dan die visie van VWS veranderen?

F: we hopen dat we a.s. donderdag dat die Gerritsen zegt, ik heb er wel hoop op, kijk de politiek is te vluchtig. Dus ik hoop een beetje op secretaris generaal, dat ze snappen dat er samenwerking nodig is en dat ze een gezamenlijke, van mijn part maak je er een gezamenlijke afdeling van onder beide ministeries. Geen project ook, gewoon een structurele opdracht om een integrale zorg, integrale curatieve zorg en dat moet een besluit zijn, misschien wel van de regering en dat ze gewoon. We hebben nu al een landelijk preventie akkoord. Een landelijke preventiedag, nou dat is prachtig, maak er ook nog een arbocuratieve dag van, dat zou wel mijn voorkeur hebben. Dat we naast een preventieakkoord, wat meer voor de bune is dan voor de oplossing, om ook gewoon een arbocuratief akkoord te hebben.

M: Dat is een mooi streven.

F: Daar zijn we nog wel even bij vandaan hoor, maar dat is een begin. Ik ga donderdag vast roepen is de SER, lijkt me wel handig ja.

M: Ja en het politiek ontbijt was daar ook een voorbeeld van denk ik?

F: Ja je bent natuurlijk aardig wat jaren aan het zenden hoor, dat is een beetje donkey shot gedrag. Maar je moet het continu blijven noemen, we hebben natuurlijk als ZZP nederland dat we zeggen; leuk dat je het bij de bedrijfsarts neerlegt. Maar naast zelfstandigen zijn er ook nog 3 miljoen werkenden die geen bedrijfsarts hebben. Er zijn denk ik tussen de 4 en 5 werkenden die niet bij de bedrijfsarts komen. En degene die wel een bedrijfsarts hebben, die starten ook bij de huisarts, dus het is zendingen werk.

M: Ja dus langzaam moet die mindset veranderen?

F: Ja ik was laatst nog bij het RIVM, die heeft een project, ik weet trouwens niet hoe het daarmee staat. Maar om te zorgen dat een huisarts, als die vraagt aan patient waar werk je, en die zegt nou ik werk bij de NAM, ik noem maar iets, dat die dan op zijn scherm krijgt bij welke arbodienst hij zit en

welke verantwoordelijke bedrijfsarts is. Zodat hij daarmee kan schakelen, zoiets zouden ze willen ontwikkelen, nou dat is hartstikke mooi. Maar ik zei wat doe je dan als diegene zegt, ik ben zelfstandige? Ja daar hebben we geen oplossing voor, maarja die heeft hetzelfde probleem. De vorm waarin iemand arbeid gericht sluit natuurlijk niet uit van ziek worden, een zelfstandige wordt natuurlijk net zo ziek als een werknemer, alleen ja die heeft geen arbotraject wat die kan starten. Dus die is veroordeeld tot de huisarts met alle gevolgen van dien. En dat hebben ze niet opgenomen in de pilot en zij kunnen dat ook niet opnemen want er is geen oplossing voor. Kijk elke zelfstandigen kan natuurlijk een arbeidsgeneeskundige inhuren, maar het liefst heb je daar een collectieve oplossing voor of een verzekering. Het makkelijkst is natuurlijk in de basisverzekering iets van arbeid toevoegen en het niet 100% curatief laten.

M: Oke dan wil ik graag een paar vragen stellen over belang en invloed die daarvoor nodig is. wat denkt u dat arbeidsgerelateerde zorg zou opleveren voor de maatschappij in zijn geheel?

F: Ik denk dat we veel minder debacles zouden krijgen zoals asbest en chroom 6. Er zal veel meer gemeld worden bij de instanties, van hee er is een probleem wat in meerdere wachtkamers naar voren komt. De signalering van dingen die fout gaan is veel hoger. Dus ik denk dat we als maatschappij gezonder worden en nog niet eens op de hele lange termijn dat het ons geld gaat schelen. Dat vond ik het mooie voorbeeld van Desiree dat ze zei de behandelkosten zijn ook gewoon lager als we aandacht hebben voor arbeid. De zorg, de duur wordt korter. Dus macro gaat het ons geld schelen en we zijn denk ik eerder achter een probleem. Want nu duurt het heel lang voordat we erachter zijn. Soms jaren, omdat er iets in de meldingen zijn, soms ergens in een ziekenhuis, terwijl bij de huisarts zou die signalering veel sneller zijn. Dus ik denk dat het geld en ellende scheelt en dat we met zijn alle minder uitvallen.

M: Oke en wat is dan specifiek het belang voor ZZP nederland?

F: ik heb dan ook mijn probleem opgelost van toegang tot arbeidsgerelateerde zorg, want dat hebben ze nu niet, dus het is nu zo dat de ZZPer gaat naar de huisarts en hopelijk treft die een goeie die arbeid meeneemt en zegt goh je tilt verkeerd in de bouw, dus je moet een tiltraining hebben of we moeten extra met je rug aan de gang. Ik noem maar wat voorbeelden. En dan heb je eigenlijk meerdere plekken waarbij mensen betaald worden om aandacht te hebben voor arbeidsgerelateerde. Eigenlijk iedereen kan dan een arbo gerichte, arbocuratieve zorg doen, en nu wordt dat gemeden omdat dat tijd kost en niks oplevert. Dus ik los in 1 keer mijn ZZP probleem ook op.

M: Oke, en welke rol zou ZZP Nederland kunnen spelen, naast dat u zei dat u het iedere keer weer noemt, maar zijn er nog meer dingen?

F: Wij kunnen natuurlijk onze achterban mondiger maken, nu zijn dat over het algemeen mondige mensen, zelfstandige ondernemers. Maar zij moeten natuurlijk vanuit hun kant ook mondig genoeg zijn om bij de huisarts te zeggen; kunnen we eens even kijken in hoeverre het werk meespeelt in de veroorzaking van mijn klachten. Dus dat is een taak ook weer van ons, om in nieuwsbrieven te melden dat er weer iets nieuws is en wat we van hen verwachten. Maar ik ben met name in mijn zendingenwerk overal aan het vertellen van 'weet je wel dat er ook ZZPers zijn'. We hebben ook gewoon last van het feit dat de definitie van ZZP die VWS bijvoorbeeld gebruikt, die is zo breed, dat alles wat geen werknemer is, die noemen we voor het gemak ZZPer, waardoor iemand die 2 dagen wat fietst om maaltijden rond te bezorgen is ook opeens ZZPer, terwijl dat iemand is gewoon met een bijbaan-

tje. Die studeert bijvoorbeeld, en die fietst nog een avondje zodat die nog wat euros bij kan verdienen, ja dat is wat anders. Maar we hebben wel last van de term ZZPer, dat is een containerbegrip geworden. Terwijl dat eigenlijk dus zelfstandig ondernemer is.

M: Heeft u nog samenwerkingsverbanden met andere stakeholders die belangrijk kunnen zijn in het proces?

F: we zitten in zo'n beetje alles.., we zijn lid van Fit for Work, dus als er een politiek ontbijt is of er is iets in de SER, dan zijn we er als de kippen bij om onze huidige boodschap weer te verkondigen. We proberen dat eigenlijk op alle niveaus te doen, maar het zou nog meer kunnen. We zijn dus ook aan het kijken om, gister was er een overleg, om te kijken of de beroepsverenigingen die allemaal al bezig zijn met ook arbeidsgerelateerde, dus vereniging van arbeidshygiënist, vereniging van bedrijfsartsen, de arboverpleegkundigen, weet ik veel wat allemaal. Om daar allemaal mee samen te werken en met hen op te trekken om te kijken wat moet er nog meer gebeuren.

M: Oke, dus er zijn verschillende dingen in gang gezet om dat aan te pakken, oke. En wat denkt u over de haalbaarheid, denkt u ook al duurt dat lang dat het uiteindelijk mogelijk is om dat allemaal voor elkaar te krijgen?

F: Ik denk dat wel ja, ik denk dat op een gegeven moment de wal het schip keert. Dus dat we in de volle breedte gaan merken dat arbeid meenemen in curatieve behandelplannen, dat dat eigenlijk alleen maar oplossingen levert en dat dat geen geld kost. Dat zal in het begin altijd wel even bekeken worden, van wat kost dat dan weer. Het levert op, alleen we moeten zorgen dat kosten en baten op dezelfde plek vallen. En dat is nu niet zo, nu is het zo dat als er een DBC arbeid komt dan gaat VWS betalen voor aandacht voor arbeid. En de baten komen misschien wel bij de werkgever terecht of bij de inkomensverzekeraar en dat is natuurlijk een beetje het nadeel van een verticale maatschappij met een horizontaal probleem. Dus het wordt pas echt haalbaar als we kosten en baten op dezelfde plek laten vallen.

M: Hoe zou dat kunnen?

F: Dat moeten we oplossen dat dat ministerieel past, dat we misschien wat nu strikt gescheiden is, want SZW doet arbeid en VWS doet curatief, dat we dan bij 1 ministerie onderbrengen. Dus dat we, ja ik denk dat het dan bij VWS hoort, dat we die niet verantwoordelijk maken voor curatieve zorg, maar voor arbocuratieve zorg. Dat is denk ik de kortste klap, alleen dat blijft natuurlijk, ja misschien als je dat gaat berekenen, dat dan misschien moet je premie wel omhoog, of misschien moeten we als werkgevers eraan bijdragen. Dat is te ..., zo ver ben ik nog niet, maar ik denk wel dat we het moeten proberen om holistisch te kijken en zorgen dat de kosten en baten op 1 plek vallen en dan pas gaat het gebeuren. Dat zie je bijvoorbeeld ook in de preventie, de zorgverzekeraars hebben altijd gezegd; we kunnen wel aan preventie gaan doen, maar dan hebben wij heel veel geïnvesteerd in die verzekerde en dan stapt die over. Als je klein blijft kijken, dan kom je niet tot een oplossing. We moeten groot kijken, breed kijken en we moeten macro/holistisch/horizontaal, kijken, hoe je het noemen wil, maar alleen maar naar ons eigen winkeltje kijken dan lossen we het niet op.

M: Oke dus die KAG is eigenlijk dan ook maar een klein gedeelte van de oplossing?

F: Ja, ik denk het wel, dus het zijn allemaal goeie dingen he. Het is alleen als we het niet duurzaam kunnen verankeren in een systeem, de kortste klap is denk ik basisverzekering, maar dan zouden we met zijn alle een keer om tafel moeten zitten. Maarja als je wil dan kom je tot een oplossing.

M: Oke dus de kosten en de baten moeten nog meer berekend worden?

F: Ja, nu wordt er natuurlijk gekeken naar, om het nog maar eens lastiger te maken, kijk als je naar de route kijkt, kom je vaak niet bij de horizon terecht. Terwijl als je met zijn alle zegt, we laten onze routes varen, we doen onze logo's af en we gaan gewoon eens kijken hoe bereiken we met zijn alle de horizon waar de oplossing ligt, dan hebben we een kans, maar als we allemaal onze eigen route blijven lopen, dan komen we niet gezamenlijk aan. Beetje zweverig misschien.

M: Ja dat is natuurlijk op een heleboel punten in de maatschappij.

F: Ja dat ligt op alle terreinen hoor, dat ligt ook een beetje bij ons volk. We zijn een volk van dijken en kanalen en niet een volk van laten we nou eens, ik heb het bij vergaderingen ook wel eens als ik het heb over een probleem dat ik zeg, hang naast je jas nou ook je logo's gewoon aan de kapstok, want anders blijven we vanuit jou logo praten, want dan bereiken we de oplossing niet, want dan ga je alleen maar vanuit je eigen zaak bezig, terwijl de problemen zijn altijd breder dan je eigen zaak. Dus dat is een geverticaliseerde maatschappij die een horizontale oplossing zoekt. Dat is lastig.

M: Nou ben ik wel benieuwd, wat zou u hierover zeggen vanuit het oogpunt van de zorgverzekeraar, van Menzis bijvoorbeeld, wat zouden zij hiervan zeggen?

F: nou we hebben bij menzis wel eens het plan gehad, ook want ik was bij menzis verantwoordelijk voor het contact met FNV, dus dan heb je het vaak over werkgerelateerde klachten. Maar om bij VWS na te gaan; mag ik langjarige contracten afsluiten met verzekerden. Dus als je zegt van teken een contract van 5 jaar, dan ga ik preventief ook met jou aan de slag. Want dan komt een deel van de baten ook bij mij terecht. Dus langere contracten met verzekerden zou een bijdrage leveren aan de houding van de zorgverzekeraar, want die kan dan investeren in de verzekerden, net zoals inkomensverzekeraars doen, want die hebben iemand voor het hele werkzame leven. Bij bijv verzuim of arbeidsongeschiktheidverzekering, dus die heeft altijd baat bij investeren. Terwijl een zorgverzekeraar zegt; ik heb maar een heel kort contract, dus als ik duurzaam wil gaan investeren heb ik een kans dat ik hem halverwege al kwijt ben. Dus waarom zou ik? Dan ben ik aan het investeren voor een concurrent. Dus dat is ook een beetje een, ik zou bijna zeggen een weeffout in het systeem, die switchmogelijkheid, die hoeft je niet te veranderen, maar creeer dan de mogelijkheid om langere contracten te maken, waarin je dan ook als verzekeraar een investeringsverplichting aangaat.

M: Oke dat is een goed idee.

F: goed he, ja dat vond ik zelf ook wel. Het is niet gelukt overigens toen hoor, maargoed.

M: Wat niet is kan nog komen.

F: Ja ja wie weet.

M: Oke, wat zijn dan nog belangrijke stakeholders die mee zouden moeten doen in het verhaal?

F: naast ministeries, toch de verzekeraars, of in ieder geval zorgverzekeraars nederland en het verbond van verzekeraars, dus dan heb je in ieder geval de 2 brancheorganisaties. Die moeten ook aan tafel, en wat ik toen bij dat politieke wel mooi vond, was dat die kamerleden ook allemaal, volgens mij niet een uitgezonderd, ook eigen ervaringen hadden waaruit bleek dat ze ook beetje medeprobleemeigenaren waren. Want als je de kamerleden, als je het menselijke van het kamerlid ziet, dat begon al in hun familie of kennissenkring, iemand met dit probleem, dus het is een herkenbaar iets. Dus ik zou er dan inderdaad nog wel een VWS commissie bij willen hebben, wij doen onze lobby ook vaak via kamerleden, want dat zijn ook mensen. En die delen vaak ervaringen met je, of die delen ook problematieken die ze ook herkennen, en dat zet ze sneller in werking dan iemand misschien die als minister de verantwoordelijkheid heeft en niet mag afwijken van het regeerakkoord. Een kamerlid is veel vrijer. Dus die kan je benaderen en die kan zeggen; hé is een goed idee en daar ga ik mee lopen, ik ga vragen stellen. En als je er maar genoeg hebt dan, je bereikt sneller wat via de kamer dan via bewindspersonen, is mijn ervaring. Dus de tweede kamer. Als heel lang antwoord op je vraag.

M: Nou dat is een heel goed antwoord, bedankt. Nou dan hebben we nu veel besproken, dan zou ik graag nog wat samenvattende vragen willen stellen, om alles even bij elkaar te pakken en een cijfer eraan toe te kennen, want ik zou graag willen weten. Wat u voor cijfer zou geven op een schaal van 1 tot 10, voor het probleem waar nu nog een oplossing voor gevonden moet worden. Dus hoe belangrijk vindt u het probleem?

F: Nou wat mij betreft, maak er maar een 9 of een 10 van. Ik vind dat we dat nu eindelijk eens moeten aanpakken. Mijn eerste kennismaking met hoe binden we huisartsen en bedrijfsartsen aan elkaar is nu denk ik 18 of 19 jaar geleden, en het is nog steeds niet gelukt.

M: Oke, en wat vindt u dan als we het alleen hebben over de KAG, hoe zinvol vindt u dat als oplossing.

F: het is een zinvol onderdeel, maar het is niet de oplossing, dus ik moet een cijfer geven?

M: Ja

F: Nou laten we zeggen een 7,5. Ik ben in een goeie bui

M: Oke als onderdeel dus.

F: Ja als een deel van de oplossing.

M: en hoe haalbaar acht u dit, op een schaal van 1-10?

F: dat is een gewetensvraag, binnen welke termijn bedoel je?

M: Nou waar we het over gehad hebben, dus een lange termijn toch.

F: Nou als we het hebben over een lange termijn, want ik zie, er gaat nog wel even wat overheen. Laten we het ook op een 7 of 7,5 houden. Ik denk dat het uiteindelijk gaat lukken. Ik hoop dat ik het nog meemaak in mijn leven. Goh dat klinkt dramatisch, ja.

M: Oke dus ik kan wel concluderen dat u positief tegen de innovatie van de KAG tegenover staat?

F: Ja, ik kreeg heel veel energie van het verhaal van het Radboud. Weet je wat het is, ik gebruik het natuurlijk ook, dat je zegt, nou het wordt al aangetoond, dat het gewoon kosten en tijd scheelt en dat het mensen positief maakt. Ook al zou het geen kosten schelen, ik bedoel je levert meer kwaliteit van leven aan de patient. Dat is ook winst, alleen het is niet in geld uit te drukken, maar het is een prachtig initiatief.

M: Ja ze zijn inderdaad bezig met een berekening om dat te berekenen, maar dat is nog ingewikkeld.

F: Ja ik vind het een heel goed initiatief, en ze zijn er donderdag ook weer bij, tenminste ik zag Desi-ree er ook weer opstaan op het programma.

M: Oke dat is mooi, dus dan gaat de langzaamrijdende trein weer verder.

F: Ja ze komt vertellen over werk als behandeldoel in de zorg.

M: Dat wist ik niet, dat is leuk. Nou dan denk ik dat we genoeg hebben besproken, heel erg bedankt voor uw tijd en dan zou ik u op de hoogte houden.

F: Ja heel graag, oke, dag.

Interview transcript AWWN, Piet Vessies, adviseur strategisch HR en innovatie

P: Wil je me spreken als AWWN of alles is gezondheid, dat kan ook alle twee.

M: Nou ik denk dat het een mooie combinatie is.

P: Goed, nou dan krijg je ze allebei (kaartjes)

M: Want dat wilde ik inderdaad ook nog vragen hoe die twee tot elkaar verhouden, of elkaar aanvullen?

P: Je weet wat alles is gezondheid is; preventieprogramma van de overheid, met name kijken of we de samenleving gezonder kunnen maken.

M: Ja

P: Extra aandacht voor de chronisch zieken, door de combinatie werk, zorg en onderwijs. Werk, kom je bij de werkgeversvereniging terecht, AWWN, wij zijn de grootste werkgeversvereniging van nederland. Wij vinden gezondheid dusdanig belangrijk dat wij daar dus .. voor vrijstellen voor een deel van de tijd om de link te leggen tussen de werkgeversvereniging aan de ene kant en alles is gezondheid aan de andere kant.

M: Ja dan sluit het denk ik goed aan, want ik wilde graag met u spreken om het politiek ontbijt van 15 november, dat ging over kankerpatiënten, daar heeft Desiree Dona een presentatie gegeven over zorg voor arbeid, kunt u zich dat nog herinneren? Van het RadboudUMC.

P: Dan moet je me even helpen, want dat doe ik met enige regelmaat. O ik dacht dat je bedoelde dat ik een presentatie had gegeven, maar je bedoelt zij hebben een presentatie gegeven? Want dat waren er 3 geloof ik; een BACO, praktijkmeneer HR manager, ze waren met z'n 3en.

M: Ja inderdaad en Desiree Dona heeft specifiek over de zorginnovatie zorg voor arbeid verteld. Dat is gericht op, omdat nu de scheiding tussen curatieve zorg en bedrijfsgezondheidszorg strikt gescheiden is. En omdat veel Nederlanders geen toegang heeft tot een bedrijfsarts, zoals MKBers en uitzendkrachten. En de bedrijfsarts vaak onvoldoende kennis over complexe ziektebeelden.

P: Ik denk dat je nu zo'n beetje alle problemen in deze 2 zinnen te pakken hebt.

M: haha inderdaad, nou er zijn er vast nog wel meer, maar dat is een groot gedeelte inderdaad. Maar er is genoeg bewijs dat arbeid een determinant is van gezondheid en ook andersom, en daarom is zorg voor arbeid opgericht zodat het aspect arbeid ook wordt meegenomen in de behandeling. Een KAG wordt toegevoegd aan het behandelteam, en het gaat over chronisch zieken, het politiek ontbijt ging over oncologie, maar het is nu beschikbaar voor parkinson, cva patiënten en kankerpatiënten. Zij kunnen worden doorverwezen naar het spreekuur van de KAG door de verpleegkundig specialist, dus als zij denkt, deze patiënt kan er baat bij hebben, worden ze doorverwezen. En dan gaan ze samen met de KAG een arbeidsgericht behandelplan opstellen. En daarover wil ik u dus graag wat vragen stellen. Wat u daarvan vindt als oplossing voor het probleem. Het is een klein onderdeel van de oplossing op dit moment. Nu wordt het gefinancierd door het Radboud zelf, maar dat is geen duurzame oplossing natuurlijk dus wij willen kijken of er een systeemverandering doorgevoerd moet worden zodat het onderdeel zou worden van de reguliere zorg.

P: Ga rustig door.

M: daarover heb ik dus wat vragen: want herkent u vanuit u werk uw probleem?

P: Ja, nouja goed het probleem is bekend, zowel om aan het werk te blijven, om als ex-kankerpatiënt aan het werk te komen. Het feit dat de zorg er niet voor iedereen is en de continuïteit de werkzaamheden op het moment dat de belastbaarheid van personen afgenomen is. Als je bijvoorbeeld met verminderde energie terugkomt, dan zijn mensen de eerste 6 maanden altijd probleemloos bereid om je nog ter wille te zijn want dan zijn mensen nog een beetje zielig, maar over een jaar is iedereen vergeten dat je kanker had. Het feit dat je energie niet toegenomen is betekent dat het op het moment belastend begint te worden voor mij, als collega. En je ziet dus dat dat na verloop van tijd begint te schuren.

M: Hmhm ja, en wat vindt u dan van deze zorginnovatie als oplossing daarvoor?

P: Nou ik weet niet of ik hem helemaal scherp heb, maar het feit dus dat je daar een heel team opzet betekent niet dat de problemen opgelost worden op de werkvloer. Het feit dat je een team hebt van mensen met veel verstand vanuit de zorg, dan denk ik. Zorg is een bubbel, en werk is een bubbel, en volgens mij zijn dat twee bubbels die elkaar niet raken. Dus het feit dat de zorg zichzelf beter begint te organiseren, betekent niet dat ze die aansluiting met de andere bubbel beter zullen vinden.

M: Nouja de KAG heeft meer kennis van bijv de wet- en regelgeving m.b.t. werk..

P: Nou maar dat zijn nou precies de argumenten die ik als werkgever niet nodig heb.

M: Oke

P: Dus het feit dat je het technisch kunt oplossen, het feit dat je het blauwdenkend zegmaar, planmatig, systematisch enz. Zegmaar, we hebben een procedure uitgeschreven, zo werkt dat dus niet. Op

het moment dat ik jou aan het werk wil hebben als ex kankerpatient, dan wel aan het werk wil houden, betekent dus dat er een soort gunfactor inzit, en volgens mij heeft die gunfactor niks met zorg te maken.

M: Nee, er wordt wel doorverwezen naar bijv een jobcoach of gekeken welke aanpassingen nodig zijn in het werk.

P: Ja maar dat noem ik dus weer de technische oplossing. En daar hoort gedoe bij, en het gaat op een gegeven moment om de gunfactor, ben ik nou bereid om dat gedoe op de een of andere manier op de koop toe te nemen. Vind ik nou dat dat erbij hoort. Dus voor een deel is dat het gevoel van maatschappelijke verantwoordelijkheid, voor een deel heeft dat met bedrijven te maken of een leidinggevende of een directeur zegt, ja dat.. prima, want mijn vrouw, kind, vader. Ik heb daar een soort ervaring mee. Ik weet hoe moeilijk het is om weer aan het werk te komen, maar ik denk dat het in een soort van technische, wat bureaucratische benadering, die gunfactor onderbelicht is.

M: En wat zou dan moeten gebeuren dat die bubbels wat meer bij elkaar komen?

P: Nou voor een deel zouden die bubbels elkaar wat meer moeten opzoeken.

M: Ja dus dan is deze oplossing van een KAG, niet genoeg?

P: Nee en dan even een ander deel van jou opmerking was op een gegevenmoment van een AR-BOarts een bedrijfsartsen die weten te weinig van oncologie, nou dan moet ik naar mijn huisarts en die weet er ook te weinig van, dus dan kom ik in een gespecialiseerd team terecht. Nou de vraag is op een gegeven moment op dat gespecialiseerde team mij kan helpen. Nou dan denk ik van er zijn wegen die daar op dit moment, zegt de patientenfederatie je iets?

M: Ja

P: Ken je toevallig Jeannette van Zee?

M: Ja zij was ook aanwezig op het politiek ontbijt. Daar heb ik ook nog een afspraak mee.

P: Ja, die moet je absoluut gaan spreken, want wat zij namelijk doen, die zeggen van. Nou daar kom ik zometeen op terug, ik moet eerst een andere opmerking maken. Vanuit het AWWN zeggen wij van, er zijn heel veel mensen, ongeveer 1/3^e is chronisch ziek. Kanker, MS, parkinson, nier, hart, astma, COPD, slechte benen. Je kunt het zo gek niet bedenken, maar 1/3^e van de mensen is chronisch ziek, waarvan de helft van die mensen ongeveer nog in meer of mindere mate werkt. Wij zeggen dus dat het voor een werkgever ondoenlijk is om van alle ziektebeelden te weten wat de mogelijkheden zijn. Dus eigenlijk zeggen wij vanuit de AWWN, zoeken wij bij de werkgever de bereidheid om die gunfactor, om met die medewerker, of met die toekomstige medewerker in gesprek te raken. En in dat gesprek met medewerker of toekomstige medewerker in gesprek te raken. En in dat gesprek zoek je naar belasting en belastbaarheid. En of iemand daar nou kanker of ex kankerpatient is of wat dan ook, dat maakt eigenlijk niet uit, want in alle gevallen gaat het om de gunfactor. Nou dan blijft er nog een klein stukje over wat specifiek is, dat is zegmaar ziektegerelateerd. Nou wij denken van dat moet je niet elke werkgever met elk ziektebeeld, want we hebben vele tientallen ziektebeelden, lastig vallen over belasting en belastbaarheid, want we weten ook nog dat ondanks dat mensen dezelfde ziekte hebben, de werelden van verschil enorm kunnen zijn. Bijv mijn eigen ervaring, ik heb een collega

met borstkanker, nou er is niemand die weet dat ze borstkanker heeft gehad. En er was een andere collega met borstkanker en die heeft nooit meer gewerkt. Dus de manier waarop dat uiteindelijk uitpakt en doorwerkt kun je ook nog geen zinnig woord over zeggen. Dus wij zeggen van 80% zit in die gunfactor. Je moet met die medewerker een gesprek voeren over belasting en belastbaarheid. Kijken hoe je dat organiseert en kijken hoe je de continuïteit daarin organiseert. En voor dat laatste stukje, is het handig als werkgever, leidinggevende, want dat is niet altijd dezelfde, de werkende, en dan maakt het mij dan niet uit of die al dan niet in loondienst is, want dat kan ook gewoon een ZZP'er zijn, en de bedrijfsarts alle vier informatie krijgen, toegespitst op dat specifieke stuk. en wat Jeannette van Zee nu doet is voor 25 meest voorkomende chronische ziekten, voor deze 4 categorieën een informatie platform maken. Dus rondom kanker, beste werkgever als dit gebeurt dan dit of dat en zus en zo en daar zit een stukje wet- en regelgeving in en voor die leidinggevende een stukje belasting en belastbaarheid. Voor die werkende, wat vertel ik wel en wat vertel ik niet en welke mogelijkheden ik heb, dus daar zit een stukje privacy in. En voor die bedrijfsarts hoe moet ik deze meneer of mevrouw medisch volgen en kijken of er andere dingen ook een rol spelen. En deze informatiebladen, gaan volgens mij een goed hulpmiddel zijn om te schakelen tussen wat ik even noem de zorgbubbel en werk bubbel. Misschien een wat lang antwoord maar ik denk dat het zo zou moeten gaan ongeveer.

M: Oke, en dan gaat het nog steeds om die gunfactor of dan wordt dat eruit gehaald?

P: De vraag op een gegeven moment of een werkgever inclusief is, dan maakt het voor die werkgever niet meer uit of hij nou iemand als ex kankerpatient krijgt, of astma of enz. Dan is hij gewoon bereid om gedoe in zijn onderneming te accepteren, omdat dat maatschappelijk er gewoon bij hoort. Dus de oplossing om nou een KAG aan een team toe te voegen. Ik denk dus dat die werkgever helemaal niet geïnteresseerd is in dat team.

M: Nee, oke. En wat bedoelt u met inclusief?

P: gewoon het feit dat ik een werkplek bied binnen mijn bedrijf. Voor allemaal en iedereen en overal. Dat ik bereid ben om te accepteren dat niet iedereen maximaal en 100% kan werken.

M: Oke dus dan betaalt de werkgever daar voor een gedeelte?

P: Nou dat weet ik niet, dat kun je nog met elkaar afspreken. Op het moment dat je tegen mij zegt ik sta op 80% van mijn werkzaamheden te doen, dan krijg je gewoon 80% van je salaris, dus dan betaal ik als werkgever niks aan de arbeidskosten, maar dan heb ik nog steeds gedoe. Want ik moet rekening houden met jou. Want ik kan je niet volwaardig in het rooster zetten. Want na 80% weet ik dus dat jou vermoeidbaarheid bereikt is en dat je dus niet verder komt.

M: Oke, vindt u dan dat wet- en regelgeving moeten worden aangepast?

P: Nee, snap je mijn voorbeeld van die gunfactor? Je praat nu met een andere bubbel. En ik ben vanuit werk ben ik niet geïnteresseerd in de manier waarop zorg het probleem oplost. Het resultaat van die zorg komt bij mij op de stoep staan. En ben ik bereid om die vrouw of man een plek te geven? Nou dat is die 80%, als ik die bereidheid heb, dan komt de rest vanzelf wel. En als daar een klein stukje informatie bijhoort, heb ik op die patienteninformatie van de patientenfederatie, of de medewerker zelf die het zelf waarschijnlijk veel beter weten over wat die wel en niet kan. Maar wat wil ik dan nog meer?

M: Dat weet ik niet?

P: want waarom denk jij dat die oplossing van die toevoeging van die KAG in het behandelteam dat dat voor mij als werkgever helpt?

M: Nou ook voor dat stukje informatie al

P: maar zoveel informatie heb ik toch niet nodig. Welke informatie zou je mij nou willen leveren als je zegt: ik ben ex kankerpatient, nou dan en ik wil aan het werk. Dan is mijn vraag als werkgever aan jou: wat kan je? Dan zeg je: nou ik ben een goeie werknemer, ben een slimme meid enz. Maar ik heb gewoon lange pauzes nodig, ik heb veel hersteltijd nodig, ik kan 6 uur werken, ik ben 8,5 uur aanwezig, maar ik heb gem tussen elke 2 uur heb ik een uur hersteltijd. Wat moet ik dan nog meer weten?

M: Nou verder niks, maar dan zegt u, dan is die bereidheid er wel?

P: Nee je mag het niet omdraaien he, dus als ik de bereidheid heb om met medewerker individuele oplossingen te bedenken dan is dat laatste stukje geen probleem. Want dan ga je mij uitleggen, ik heb hersteltijd nodig. Of ik ga begin, elke dag later of ik vertrek eerder. Ik heb een collega die heeft taaislijmziekte. En wat we allemaal moeten doen, en ik merk aan mensen dat ze dat lastig vinden; is rekening houden met haar eisen. Ze woont in utrecht dus op een of andere manier lukt het dan op in utrecht een afspraak te maken om haar tegemoet te komen. Nou dat noem ik bereidheid, dat noem ik die gunfactor, maar moet ik nou iets weten over COPD of taaislijmziekte?

M: Nee, maar waar moet dan die gunfactor vandaan komen?

P: Omdat ik gewoon een aardig mens ben, omdat ik vind dat het maatschappelijk verantwoord is, omdat het bijdraagt aan het imago van mijn bedrijf, omdat ik ervaringsdeskundige ben omdat het in mijn familie is voorgekomen en ik weet hoe moeilijk dat is.

M: Ja en u zegt dan dat veel werkgevers dan hebben of juist niet?

P: Nee ik denk dat werkgevers dat te weinig hebben. Maar dat los je niet op door toevoegen van extra deskundigheid. Dus meer informatie over oncologie maakt niet dat de bereidheid om iets te doen groter is. Wat wel helpt is als op een gegeven moment mijn collega werkgevers roepen, o maar ik heb er al lang 5, heb jij er nog maar 2?! Dat heeft veel minder met het ziektebeeld of de ziekte te maken, maar met hoe organiseer ik dat proces binnen mijn bedrijf.

M: En hoe wordt die bereidheid groter dan?

P: Die bereidheid wordt groter als de maatschappelijke druk groter wordt. Vanuit het AWWN doen wij dat project met 100.000 banenplan. Nou waarin wij merken dat het helpt. Is op een gegeven moment als de overheid begint te dreigen met een quotum als het niet werkt. Wanneer merken we dat het helpt; als de wethouder roept, joh het kan toch niet zo zijn dat onze gemeente achterloopt in de telling, letterlijk he. Dus bijvoorbeeld de gemeente Leiden, als je vervolgens een aantal werkgevers aanspreekt met goh dat doen wij toch niet. Nee zeggen die werkgevers, doe er dan wat aan. Nouja er zijn voorbeelden van inclusie bekend van mensen die daar business van maken, dus een bedrijf dat bijvoorbeeld bewust alleen autisten in dienst neemt, dan mogen ook kankerpatienten zijn, dat maakt mij niet uit. Maar wat wij eigenlijk zeggen is; je hebt dus een heleboel mensen in onze samenleving

die hebben speciale aandacht nodig. En ben ik bereid om die speciale aandacht te leveren dan is het geen probleem. En hoe vergroot je die; nou dan zeg ik, dat heeft niks met ziekte te maken.

M: Oke, moet er dan iets verplicht worden, moet er nieuwe regels komen?

P: Nou als werkgeversadviseur roep ik natuurlijk dat al die werkgevers tegen verplichtingen zijn. Dus voor mij zit het 'm veel meer in wat ik even noem het maatschappelijk verhaal, maatschappelijk ontwikkeling, maatschappelijke druk. En die zie je toenemen.

M: Oke dus daar is wel wat aan de gang.

P: ja en wat ook helpt is dus op dit moment dat de arbeidsmarkt krap is. Om het maar heel plat te formuleren.

M: Maargoed dat blijft natuurlijk niet zo.

P: Mag ik het heel cynisch zeggen, en je mag me op die manier niet zo citeren, maar als de arbeidsmarkt aantrekt, dan zijn alle mensen met een vorm van een beperking; en of dat nou een fysieke, mentale, gekleurde, religieuze beperking of wat dan ook, iedereen die een beperking heeft ten opzichte van het gemiddelde, gaat er als eerste weer uit.

M: En zou er niks aan te doen zijn om daar een permanente oplossing voor te vinden?

P: Nouja we hebben dus van die oplossingen dus als er iemand uitgaat van jou onderneming horen daar op dit moment dat ik van jou afscheid wil nemen horen daar op dit moment een transitiekosten bij. Een transitievergoeding, dus als ik op dit moment mensen ontsla, mocht er een noodzaak zijn dan moet ik betalen omdat ik mensen ontsla. Dus op dit moment worden oudere medewerker minder snel ontslagen omdat ze te duur zijn in de transitiekosten, dus je kunt ze beter nog een beetje dingen laten doen i.p.v. ze eruit te laten gaan. Nouja het enige wat je dan nu nog kunt doen om de .. verder te verhogen, maar daar ga je het niet mee halen. Eigenlijk als ik het een beetje plat formuleer, en niet principieel en onethisch dan heet dat dus arbeidsmarktreserve.

M: Oke en daar is niks aan te doen dan?

P: Ik heb er een hard hoofd in.

M: Oke, want wat ik vaker terug heb gehoord is dat die bubbels waar u het over heeft er niet apart naar gekeken moet worden maar dat er iets geïntegreerd moet worden..

P: Je hebt een schakelpunt nodig die het logisch vindt. Alleen dan is het lastige is, om in termen van Jeanette van Zee te praten, je bent een van de 25 probleemgroepen. Sterker nog, is een ex kankerpatient zieliger dan een syrische statushouder?

M: Nee

P: Is een ex kankerpatient zieliger dan een gedetineerde?

M: Ja

P: ja precies, je kent het overzichtje van de startfoundation, die heeft onderzoek gedaan, dat is een fonds vanuit ooit oude werkvoorziening toen het opgeheven werd, is er geld beschikbaar gekomen

en zij doen allerlei onderzoeken en stimuleren activiteit op het gebied van arbeidsmarkt. En wat zij gedaan hebben; is een overzichtje gemaakt van wat werkgevers nou het minst erg vinden om in dienst te nemen als mensen afwijken van het gemiddelde. Nou chronisch zieken horen daar dus bij in categorie 1, maar categorie 7 zijn ex gedetineerde met een geweldsverleden, categorie 6 zijn exgedetineerde met fraude verleden. Dus op de een of andere manier vinden wij het minder erg om iemand met fraude aan het werk te helpen dan om iemand met een geweldverleden aan het werk te helpen. Nou die reeks ik ga even kijken of ik 'm kan vinden. Maar praat verder, roept u maar.

M: Nou dat is lastig, want dan hebben we het dus over iets anders dan de zorginnovatie die is opgericht. Want in het politiek ontbijt verslag zag ik terug dat er veel positief tegenover stonden.

P: Nou nee het feit dat mensen zichzelf beginnen te organiseren en te versterken en proberen die verbinding te zoeken is natuurlijk prima, daar kan niemand tegen zijn, maar het is dus niet voldoende om de brug te slaan naar de andere kant.

M: Nee oke en dan kan die KAG dus iemand begeleiden..

P: Nou het is gewoon een gespecialiseerde jobcoach, noem ik het maar eventjes.

M: En u vindt dat is een heel klein stukje van het probleem?

P: Inderdaad.

M: En u zegt dus eigenlijk ook dat dat probleem niet opgelost kan worden?

P: Nou nee ik zeg dat mensen met elkaar aan de praat moeten. Ik denk dat je ontmoetingen moet organiseren. Ik denk dus dat er, er zijn dus effectieve manieren om mensen met elkaar in contact te brengen. Dus rondom inclusie zijn er allerlei voorbeelden van speed-dating.

M: Ja dus kijken waar werknemers, werkgevers kunnen dienen?

P: Nee waar ze elkaar kunnen vinden.

M: Oke hoe ze voor elkaar iets kunnen betekenen.

P: Ja dus als ik op een gegeven moment een idee heb van elke kankerpatient is op sterven na dood en jij presenteert mij een heel rijtje kankerpatienten die allemaal vriendelijk uit hun ogen kijken, verstandige opmerkingen maken, alleen ze kunnen niet alles. Het grappige bijv is ook dat de gunfactor groter is voor jongere mensen dan voor oudere mensen. WAJONGers plaatsen aan het begin van hun carriere is makkelijker dan die al 35 jaar lang een WAJONG uitkering hebben om te plaatsen.

M: Ja dat is misschien logisch.

P: Waarom?

M: Nou dat de gunfactor hoger is.

P: Ja maar je kunt het ook omgekeerd zeggen, iemand met 35 jaar levenservaring kan een aantal dingen ongelooflijk veel beter aanpakken, oppakken, meer ervaring dan iemand die net komt kijken. Dus het is een beetje afhankelijk van wat je zoekt.

M: Ja, maar dat is ook met werknemers die niks mankeren.

P: Ja dat maakt dus eigenlijk niet uit.

M: Wat zou dan een structurele oplossing zijn? Zoals dat speeddate voorbeeld.

P: Dat speeddaten is er eentje van, maar ik denk van het gaat om bekendheid. Dus zegmaar het benaderen van 1x100, dus de grote groep, het collectief, dat gaat niet werken. Dus je zal naar 100x1 moeten, dus de vraag is of het Radboud in staat is 100x1 te leveren. Dus anders gezegd, ik denk dat die KAG aansluiting zou moeten zoeken met regionale netwerken. Er is bijvoorbeeld een regionaal netwerk Arnhem Nijmegen, daar kun je wel de bekendheid organiseren van mensen.

M: Oke, dus het heeft niet zoveel met de gezondheidszorg te maken volgens u?

P: Nee het feit dus dat de zorg bewust is van het feit dat er kennis ontbreekt en dat je dus een KAG toevoegt aan een team, dat is vanuit zorgperspectief denk ik heel goed, absoluut, niks mis mee. Maar is niet voldoende om bij die werkgever terecht te komen. Dan moet je bij wijze van spreke, dat is wat je op dit moment ook ziek bij van die werkbedrijven, dan moet je mensen dus 1 op 1 koppelen aan een consulent van een werkbedrijf en die gaat ermee de boer op. Die komt namelijk bij een bedrijf en die zegt tegen werkgever Jansen, je hebt de laatste tijd niemand opgenomen vanuit de inclusiehoek. En ik heb hier een meneer die helemaal past bij jou.

M: Oke dan zou misschien die KAG, die helpt nu met informatie en mogelijkheden, daar zou het nu niet moeten stoppen, die zou moeten zeggen ik heb die werkgever of..

P: Overigens de grote bedrijven hier ook, die weten al lang hoe dat zit met wet- en regelgeving, daar zit de discussie niet.

M: Nee maar voor MKB

P: Ja die moet je ontzorgen, want tegen die tijd dat je tegen mij zegt ga al die regeling en subsidies maar eens aanvragen, dan ben ik dus gewoon met alle administratie en accountant en voortgangscntroles, en een halfjaar de afschatting of iemand nog steeds beperkt beschikbaar is en na een jaar weer, dan ben ik zoveel tijd kwijt. Dan heb ik dus iemand nodig die me ontzorgt. Maar dat gaat die KAG ook niet doen.

M: Nee moet die dan meer een netwerk hebben van werkgevers?

P: Ja.

M: en hoe zit dat dan voor zelfstandigen?

P: het grappige is, die verkopen zichzelf makkelijker, want jij ziet niet dat ik ex kankerpatient ben, en dan kom ik bij jou en dan laat ik zien wat ik allemaal kan en dan zeg ik ik kom 5 uur per dan en dat wil ik 5 dagen per week doen, voor een bepaalde periode. Dus die calculeert zijn eigen beperkingen al in.

M: En hoe komt die dan aan het stuk inkomen dat hij mist. U zegt daar hebben wij niks mee te maken?

P: waarom moet ik dat betalen, want wat zou jou suggestie zijn, waarom moet ik betalen voor dat wat je niet doet?

M: Nou waar zou dat vandaan moeten komen?

P: dat is gewoon in de politiek geregeld, als iemand ziek is krijgt hij gewoon 2 jaar lang tot 100% van zijn laatstgenoten salaris, dan gaat hij eruit. Een aantal CAO's kennen nog een 3^e WW jaar en dan wordt het bijstand. Dat is verder een politiek vraagstuk en wat mij betreft is dat geen VVD maar dat is persoonlijk. Want nou heb ik een ex kankerpatient, met na effecten en ik kan 25 uur per week werken. Ik draai 'm om, ik ben trotse moeder, ik heb 3 kinderen en ik wil 25 uur per week werken om voor mijn kindjes te zorgen. Stel je die vraag dan ook?

M: Nee

P: waarom niet?

M: Dan is het een eigen keus.

P: Dus als ik per ongeluk een kindje krijg dan mag het wel en als ik ervoor kies, mag het niet, dan is die scheidslijn heel dun he. De vraag is op een gegeven moment, werkvermogen. De vraag is of je werkvermogen in kaart kan brengen. En zo ja, kun je daar een reeël salaris aanpakken en met een gemiddelde. Nou ik denk dat dat een hell of a job wordt, maar als je een oplossing zou willen zoeken, zou je 'm in die hoek moeten zoeken. Alleen er zijn heel veel mensen met een werkvermogen van 100, die 80 leveren, en er zijn ook heel veel mensen met een werkvermogen van 80, die 100 leveren. Dus werkvermogen, je ziet dat nu bijvoorbeeld bij ouderen. Op de een of andere manier vinden we dat mensen niet zo lang meer kunnen doorwerken. Maar je weet dat de gemiddelde uittreedleeftijd in 1970 was he, 70 jaar. Dus in 1970 waren we gezonder dan nu, want nu kunnen we het niet meer en toen deden we het. Dus klaarblijkelijk vinden er nog allerlei andere processen plaats dus die hele beloningsdiscussie en een aanvulling over onrechtvaardigheid.. ja in vind het buitengewoon onrechtvaardig dat ik als klein jongetje polio heb gehad, moet mijn werkgever dat betalen?

M: Nee, maar wie wel?

P: Nou in dit geval betaal ik het zelf dan.

M: Vindt u dat het meest eerlijk?

P: nee ik vind het oneerlijk dat ik polio gehad heb. Je vergelijkt 2 verschillende grootheden, dat gaat niet helpen.

M: Nee, dus qua kansberekening.

P: Heb je gewoon pech, vette pech.

M: Oke en daarmee is het uit?

P: Ja

M: Oke, dan kijk ik even of ik nog een nuttige vraag heb. Want het is sowieso een politieke discussie. De vraag is of iedereen ervoor moet opdraaien of alleen de mensen die het overkomt toch?

P: Ja en wat we dus doen is met elkaar een sociaal vangnet bouwen, dus anders dan veel andere landen op deze aardkloot, is de zorg gewoon goed geregeld. Dus op nu betalen al veel mensen mee dat ik als klein jongetje polio gehad heb.

M: Oke, dus als mensen aangepast werk moeten vinden, heeft niks met betaling te maken?

P: Nee want wat doe je dan met mensen die opgeleid zijn tot archeoloog maar geen werk als archeoloog kunnen vinden en vervolgens administrateur bij de gemeente worden. Nou archeoloog zit in schaal 13 en administrateur in schaal 7. Is het nou oneerlijk dat ze niet archeoloog kunnen worden, terwijl ze dat heel graag willen, is dat nou oneerlijk. Snap je het dilemma, want ik ben het wel met je eens hoor, natuurlijk is het heel wrang. En zeker als je op het moment dat als je met wat je nog wel kan nog net een bestaandminimum kan creëren omdat je nog net op 60 % van een inkomen zit waarin je nog net de bijstand, je werkt je uit de naad elke avond ben je vreselijk afgepeigerd en doodmoe, ja zegt die stratenmaker voor hetzelfde bedrag ben ik ook doodmoe thuis. Maar was het zijn schuld dat hij niet slimmer was? Dus als je tegen mij zegt dat er allerlei oneerlijke dingen in de samenleving zitten dan worden we het samen roerend eens.

M: Oke dan begrijp ik het wel. Dan weet ik nu wel genoeg over een oplossing voor dit probleem.

P: Ja die zit in die gunfactor en als je een leuk voorbeeld wil hebben, want het is natuurlijk een probleem waar we allemaal tegenaan lopen. Vanuit de AWWN doen we heel veel op het vlak van inclusie, zal ik jou eens wat voorbeelden. We hebben een website met 100en voorbeelden van mensen met een beperking, want dat is wel helder, want dat vind ik echt. Het maakt mij niet uit wat voor beperking je hebt. Ik roep; al die mensen hebben pech, stonden niet vooraan in de rij en daar moet je mensen bij helpen. We hebben heel veel voorbeelden van inclusie. Dus het onderscheid richting oncologie, daar heb ik niks mee, het is allemaal heel vervelend, maar daar blijf ik buiten. Maar dan je vervolgens als samenleving een taak hebt om die mensen die anders buiten de boot vallen, op de een of andere manier een plek te geven, dat is voor mij volstrekt helder. En daar maak ik me dan ook heel druk over, ook binnen de AWWN verband. Wij hebben op dit moment rondom inclusie een collega of 10 die daar vreselijk druk mee is, ook in allerlei regio's en als je dan een aansluitmogelijkheid vindt. Als jullie ene KAG iets meer over een van die regio's willen weten, in arnhem nijmegen zit er zo'n club. Dat zijn werkgevers die bij elkaar komen, en die zeggen, zij zijn op de een of andere manier bereid, die gunfactor zit daar dus is. en vervolgens is het dan aan degene, aan die KAG, als jij wil, en de vraag is of deze mevrouw of meneer dat kan dan moeten we het op deze manier gaan aanpassen. Niet in wet- en regelgeving, maar als iemand beperkingen heeft en lange pauzes moeten houden is deze machine ongeschikt, maar die machine zou heel goed kunnen. Of een combinatie van die machine en deze administratieve taken, snap je wat ik bedoel. Dus je hebt iemand nodig die in dat bedrijf zelf, snapt wat er in dat bedrijf gebeurt en zeggen nou hier liggen allerlei losse eindjes en mogelijkheden en ik ken die mevrouw Jansen en die kan dit dus die zou hier inpassen. Dus we moeten van 1x100 naar 100x1.

M: Oke dus u zegt er moet een netwerk komen of meer netwerken, zodat mensen meer weten en meer begrip kunnen opbrengen.

P: Ja dat zag je dus ook bij dat politiek ontbijt van die HR medewerker van die juridische firma. Prima voorbeeld. Ik neem regelmatig mijn collega mee die taaislijmziekte heeft. Ze is groot, ze heeft vreselijk mooie grote ogen, nou wie zou haar nou geen werk willen geven. Nou iedereen zegt nou ik, nou

ik zeg toch zij heeft er heel lang, zij heeft er 3 jaar over gedaan voordat ze ons gevonden had. Dus klaarblijkelijk, dat is wat er gebeurd. We organiseren bijvoorbeeld bijeenkomsten voor mensen met een zichtbeperking. Dan komen ze in contact, dan krijgen mensen een bril op met een heel klein puntje in het midden. En dan zeggen wij als je nou weet dat iemand dit heeft wat zou je dan binnen jou bedrijf nog kunnen doen? Dan is er altijd wel een werkgever die zegt, nou die zou dit of dat kunnen en dan zeggen wij mogen we iemand langssturen?

M: Oke dus de menselijke factor.

P: De vraag is niet wat iemand niet kan, maar wat die wel kan en wat kan die toevoegen aan mijn bedrijf. En daar zit de continuïteit ook in, want anders is het gewoon, dat doen ze bijvoorbeeld hier want zij geven een werkplek van 3 jaar en dan moet je weer weg, maar dan begint de ellende weer opnieuw. Dus wat moet ik nou hier doen om te zorgen dat iemand langer dan 3 jaar bij iemand blijft. Dat is de kunst en dat is de continuïteit dat ik bedoelde. Ik zal je een aantal van die voorbeelden sturen, we hebben een website waar we die voorbeelden ook sparen. Dus uiteindelijk zeg ik het gaat niet over oncologie, het gaat over de gunfactor en hoe kun je werkgevers nou bewegen en het perspectief bieden. We hebben ook een aantal van die argumenten op een rijtje staan die werkgevers helpen. Maar voor een oncologiepatient zou ik ze dan ook niet weten, want dé oncologiepatient zal ongetwijfeld ook niet bestaan.

M: Oke dus u heeft met de zorg niet van doen?

P: Nee

M: Oke, helder, erg bedankt

P: Mocht het nog leiden tot vragen dan hoor ik het wel.

Interview transcript NVAB, Marlo van den Kieboom, projectleider arbocuratieve zorg en bedrijfsarts

(Na uitleg)

M: U weet nu dus wat het project inhoudt en de richtlijnen van de nvab zijn erop ingericht maar daar wordt weinig mee gedaan zegt u. vindt u dat het probleem er nog steeds is? Zijn de knelpunten belangrijk?

K: Ik ben zelf projectleider van het project arbocuratieve samenwerkingen, dus wij hebben subsidie vanuit SZW, dat is tweeledig, het ene punt is het arbeid in richtlijnen te gaan borgen. Dat doet mijn collega Karel Hulshof. Dus richtlijnen die niet van ons zijn, andere specialismen om daar arbeid in mee te nemen, dat gebeurt bij de huisartsen, dat is afgesproken dat gebeurt nu standaard. Maar bij de specialisten nog niet, niet iedere specialist die richtlijnen ontwikkelt neemt daar arbeid mee. Wat ik ook begreep van Desiree vorige week, het kankeroverlevingssymposium. Is dat het Radboud arbeid als behandeldoel heeft gesteld, maar dat zou ook gaan betekenen dat arbeid in de richtlijnen moet komen van specialisten, want als het niet in de richtlijn staat en zij handelen conform richtlijnen, kun je natuurlijk als ziekenhuis dat wel als behandeldoel hebben maar dan moet je zo iemand zoals nu die KAG die die vertaling kunnen maken van die klinische zetting van de curatieve gezondheidszorg naar de bedrijfsgezondheidszorg. En ik denk niet dat je dat kunt redden met een specialist met een nascholing van 4 uur over arbeid als bedrijfsgeneeskunde een 4 jarige specialisatie is. dus daar, zij

maken mooi die link tussen die 2 en die is uniek. Dus daar is het dan redelijk geregeld maar in de rest van nederland is dat zelden geborgd. Dus dan is het probleem er nog wel, en dan kunnen wij als bedrijfsartsen het wel in onze richtlijnen opnemen, zoals overleg met behandelaar. Ik ben nu al een week bezig om in overleg te komen met een revalidatiearts, ik heb dus een medewerker, ik ben bedrijfsarts, ik werk 2 dagen als bedrijfsarts. En er is een mevrouw die heeft rugklachten en krijgt revalidatie, en op de revalidatie wordt gezegd het is beter dat u deze 4 maanden van het traject even stopt met werken. Ik heb haar net met allerlei moeite in passend werk gekregen bij haar eigen werkgever en zij geeft het advies het is beter als u even niet werkt, want u moet eerst aan uw herstel gaan werken en dan weer gaan werken. Nee want dan is ze 4 maanden uit het werk, en dan zegt die werkgever weetje.. Nou dat krijg ik niet voor elkaar, die bel ik en bellen niet terug. en als ik dan overleg wil dan moet ik eerst een schriftelijke machtiging van betrokkenen en specifieke vraagstelling, dus daar worden barrières opgetrokken, dus dat belang is nog niet duidelijk. En ik wil afstemmen want misschien hebben zij een hele goeie reden om het bij deze mevrouw anders te doen, of misschien hebben zij arbeid niet als behandeldoel, zou ook kunnen, maar daar wil ik het wel graag over hebben, want het is als bedrijfsarts heel moeilijk. Dus dan kan je in onze richtlijnen wel zeggen ga dan in overleg met de behandelaars maar dat is heel moeilijk en dat is nog heel vaak van ons naar hun en niet andersom en dat zou een winst zijn. Wat je nu ziet in het radboud, daar zitten KAG in het behandelteam en zij maken er onderdeel vanuit. Dus als die vraag komt, wordt ie opgepakt, maar dat is wel een unieke situatie.

M: hmmm dus dat is belangrijk. En u zei bij de huisartsen gebeurt het nu wel? Of staat het in de richtlijnen?

K: Bij de huisartsen hebben we nu een module ontwikkelt, dus als zij een richtlijn herzien of een nieuwe ontwikkelen wordt er altijd gekeken of gezocht in de search naar arbeid en wat het belang is voor die richtlijn en arbeid en of daar dus iets.. de laatste is bijvoorbeeld over spanning en burn out, daar zit echt een hele grote module arbeid in. Die mensen komen op spreekuur bij de huisarts dat ze overspannen zijn door hun werk. Dus daar zit een hele grote module in, daar is ook een pin gemaakt, dat is een e-health module, daar zit ook arbeid in, dus daar zie je echt, dat is redelijk nieuw, daar komt die heel aardig in. Maar bij specialisten zit die er niet in.

M: En houden die huisartsen zich wel aan de richtlijnen?

K: Nee natuurlijk niet, die zijn niet beter dan de specialisten. We hebben van 12.00-12.30 een overleg van huisartsen, zorgdomein en nvab. Zorgdomein is webapplicatie waarmee contactsysteem met die huisartsen met het idee dat het makkelijker gaat. Ik ben nu dus maar op zoek naar die revalidatiearts, daar kom ik niet langs die secretaresse en weet ik wat veel, bij de zorgdomein, dat is een applicatie daar kan ik de huisarts zoeken en zeggen ik ben een collega, we hebben een gezamenlijke patient en ik zou graag overleggen, dan heb je die stap alvast genomen. Dus dan gaan we kijken of het daarmee makkelijker gaat. Dus die huisartsen zijn er best ver mee. Die huisartsen hebben thuisarts.nl, website en daar wordt ook al heel veel gelinkt, dus als je zoekt overspannen en burn out staat er ook bij ik ben overspannen en ik werk en daar wordt ook een link naar onze richtlijnen gestuurd. Daar wordt ook een link gelegd dus daar zijn we ook heel erg mee bezig dus met die huisartsen loopt dat best wel dingen bezig. Ook bezig met specialisten, het koronel instituut is het mens en arbeid van het AMC en Karel is 1 dag hoogleraar daar en die hebben bij mens en arbeid ook een aantal specialisten, die werken 1 dag daar en die proberen ook die link te leggen. Dus ja ik vind het belangrijk want de

helft van de tijd ben ik daarmee bezig. Karel doet dus vanuit de richtlijnen en ik probeer het met andere materialen dan richtlijnen, dus workflowsheets, overleggen, nascholing dat soort dingen.

M: Oke dus om overal draagvlak te creëren, aandacht en communicatie?

K: Ja, nou elkaar kennen en elkaar toegevoegde waarden kunnen zien. Wat Desiree en Theo is gelukt, in teams kunnen laten zien hoe belangrijk het is, voor die patient dat die aandacht er is en dat je niet alleen zegt weet ik niet ligt niet op mijn vlak, maar dat je ze kan ondersteunen daar zelfstandig de goede kant op kunnen wijzen dat ze het zelf op kunnen pakken om dat soort dingen te doen.

M: Oke, vindt u dat zorg voor arbeid dan een goede oplossing is voor het probleem?

K: Nee het is een manier, want daar zitten ook weer knelpunten aan ik denk dat zorg voor arbeid de oplossing van zorg voor arbeid zou zijn is dat. In ieder geval dan hebben we het over de gezondheidszorg; dat iedereen zich bewust is dat arbeid in een mensenleven heel belangrijk is. We zeggen altijd er is maar 1 gezondheid. Je hebt geen klinische en bedrijfsgeneeskundige gezondheid, dat is 1 gezondheid. Iemand komt met zijn rugklachten thuis, daar komt hij in de problemen en komt op zijn werk in de problemen en als je zegt daar moet ie op zijn werk behandeld worden en als ie ergens anders komt moet hij ergens anders behandeld worden; dat gaat niet werken, dat wordt heel ingewikkeld. En als die specialist die hem daar behandelt ook nog denkt god misschien werkt ie ook nog, is dat ook nog een probleem, dus als we connecties kunnen leggen. Weten we met allerlei evidence dat dat beter werkt, nouja dat is waarschijnlijk al lang. Je weet dat dat bewezen effectief is. Dus om goeie zorg te leveren moet je arbeid meenemen.

M: Oke dus iedereen zou het mee moeten nemen.

K: Ja, daar zijn we natuurlijk al jaren mee bezig om dat proberen te doen, maargoed het is nog wat weerbarstig, en dit is natuurlijk een heel mooi initiatief om dat te realiseren.

M: Is het dan meer een snelle oplossing, dus een inrichting van de zorg die daar nu op inspeelt.

K: Ja, maar dat kan in het Radboud maar de vraag is of dat ook per direct geprojecteerd kan worden, het is natuurlijk ook een universitair ziekenhuis. Maar kan dat geprojecteerd worden naar een perifeer ziekenhuis of een ander academisch ziekenhuis. Want als zij een andere financieringsstructuur hebben dan werkt het weer niet. Maargoed daar zul jij mee bezig gaan of dat kan.

M: Ja, mijn volgende vraag is welke bezwaren ziet u, maar die heeft u dan al genoemd.

K: Ja en ik vind, maar dat is geen bezwaar, want het zou alleen maar mooi zijn als het lukt, maar het enige bezwaar dat ik kan bedenken. Maar daarvan hebben Theo en Desiree aangegeven dat zij dat niet zo zien, is dat bezwaar van bedrijfsartsen zou kunnen zijn is dat het een specialisme wordt eraan toegevoegd. We hebben KAGs die in de derde lijn werken. Die dus specialisten zijn op het gebied van arbeid. Desiree en Theo gaven aan, nee we zijn niet de specialist op het niveau van arbeid, maar we maken deel uit van het zorgteam, en we zijn dan bedrijfsartsen met ervaring dus we weten waar het over gaat. Maar de bedrijfsarts, als die patient er een heeft, die blijft leading. Dus we geven vanuit het zorgteam een advies, terwijl KAG, kun je zeg maar raadplegen op een issue. Dan krijg je weer advies terug als bedrijfsarts en dan kun je weer verder. Dus dat is een andere constructie, snap je een beetje wat ik bedoel? En die bedrijfsartsen, wij vinden dat die bedrijfsartsen wel centraal moeten

blijven staan in hun rol dan, dus zij de zorg en wij richting arbeid en dat zij die linking pin kunnen zijn tussen die twee, maar niet dat ze het gaan overnemen, want dan wordt het een bedreiging voor bedrijfsartsen. Want je wil niet dat jij, dat het kwijtgaat, dat jij jou link met de werkgever kwijtraakt. En theo en desiree gaven aan, dat is helemaal niet de bedoeling. Wij gaan, als er een bedrijfsarts is, gaan we helemaal niet met die werkgever overleggen, dan pikken we het op voor die werkenden die geen bedrijfsarts of arbodienst hebben, maar we pikken het niet op voor diegene. Dus je moet geen competitie gaan plegen met die bedrijfsartsen.

M: Nee oke, maar wel daar zijn voor diegene zonder bedrijfsarts.

K: Maar die brug tussen die twee, ja dan is het een aanvulling, laat ik het zo zeggen. Dus als je zegt wat zie je als bezwaar; dat die rol zodanig wordt dan die reguliere bedrijfsarts die in dat bedrijf zit, de regie kwijt kan raken. Maar dat was niet de bedoeling van theo en desiree, zo zien zij dat niet. Want er zijn ook KAG, ook BACOs, die hun expertise advies geven. Dus die schakel je in als expert, maar die zitten niet in het behandelteam. Dus het mooie vind ik, als het in het behandelteam zit en het onder de reguliere zorg gaat vallen. Dat het gewoon ja reguliere zorg is.

M: Oke en wat is volgens u het belang voor een oplossing voor dit probleem voor de maatschappij als geheel?

K: het levert ons, naar mijn gevoel de maatschappij, het levert de patient wat op. Als je het hebt over goede zorg, dat is dat je als arts toch wil leveren, dat goede zorg, zeker vanuit de bedrijfsartsen visie niet kan zonder arbeid daarin te betrekken. Daarnaast weten we dat als je het wel betreft, dat het een positief resultaat heeft op het herstel van de ziekte, maar dus ook op het herstel in werk. En dat levert de maatschappij natuurlijk veel minder uitval en verzuimkosten. Dat levert werkgevers wat op, maar natuurlijk de BV nederland ook wat op. Dus als je dat werk, daar is veel efficiënter. Ten eerste, gaan we niet dubbelen, wat we nu heel veel doen vind ik. Dus dat eerst de huisarts iemand ziet en die verwijst hem dan vervolgens naar mij als het werkgerelateerd is. Nou dat is prima, maar vervolgens gaat die ook weer terug naar die huisarts, dus we gaan dubbele dingen zien. Wat we heel veel zien, is dat bijvoorbeeld iemand begeleid wordt en zegt nou ik ben nu met dat revalidatietraject, wat we nog wel eens zien is dat vanuit de werkgever of de bedrijfsarts dan een eigen traject wordt gestart. Omdat ze zeggen als werk niet meegenomen wordt dan pakken we wel een ander traject. En als de patient zegt ik wil graag aan het werk blijven en daar krijgt het geen aandacht, dan zien we vaak nog dat er een tweede traject gestart wordt. Dus dan heb je gewoon dubbele kosten, dus en die werkgever heeft kosten en dan de verzekeraar. Dus ook daar, die efficiëntieslag wordt daar niet gemaakt. Dus ook in die zorgkosten, we zijn heel erg bang dat het toename geeft aan de zorgkosten, dus als het gefinancierd gaat worden. Ik denk dat dat niet zo is. want ik denk dat als je arbeid meeneemt dat iemand sneller herstelt en iemand minder zorgkosten heeft daardoor.

M: Ja dus ook bij de zorgkosten, nu is natuurlijk het probleem dat ze zeggen de kosten liggen bij de zorg en de opbrengsten bij het werk.

K: maar dat is niet zo, er zijn ook genoeg onderzoeken die aantonen dat ook zorgkosten verminderen als je arbeid betreft. Er zijn er natuurlijk een heleboel, ZonMw heeft ook allemaal trajecten gefinancierd waarbij die arbocuratieve samenwerking werd bekeken en ook gekeken naar return on investment en dat soort dingen en die komen er allemaal positief uit. En we weten gewoon dat als iemand thuis zit, dat die daar niet beter van wordt en op het moment dat je die weer kan laten participeren,

aangepast of whatever, dat je ziet dat ook de zorgkosten de zorg gewoon afneemt. Mensen die thuis zitten in de WW, hebben veel meer zorgkosten, dan mensen die werken. En dat heeft, kun je zeggen heeft te maken met dat die ziek zijn of een beperking hebben en daarom komen ze in de WW, voor mij heeft het er ook mee te maken dat als je ze niet passend laat werken dat ze er op een gegeven moment uitvallen, dus als je zorgt dat ze kunnen blijven werken vallen ze er niet uit. De vraag is van werkgevers, want die moeten bereid zijn dan een beetje te schuiven, in taken aan te passen of dat soort dingen. En dan zie je dat het volgens mij ook in de zorgkosten zal schelen.

M: Oke, en wanneer is het dan in uw ogen succesvol? Hoe zouden we dat bijvoorbeeld kunnen meten? De kosten de kwaliteit van leven?

K: Ik zou eerder zeggen dat we naar de kwaliteit, maarja ik ben een arts he dus ik zou zeggen het moet om kwaliteit van leven gaan. Ja patienten kunnen volgen of kunnen meten, dus patienten die wel begeleid zijn en niet begeleid zijn, er zijn genoeg instrumenten om kwaliteit van leven te meten, of workability, er zijn van die testen dat je kunt testen hoe iemands werkvermogen is, hoe die daarin staat. Of dat toe of afneemt bijvoorbeeld. Daar zou je ook nog naar kunnen kijken, maar ik denk dat het meeste gaat of die patient ervaart of die goeie zorg heeft gekregen en of die beter in staat is zich nu gezonder te voelen als werk wel meegenomen is. en kwaliteit is natuurlijk tegenwoordig heel breed, niet alleen de afwezigheid van een ziekte, maar hoe je kunt functioneren in de maatschappij, eventueel met een ziekte.

M: Oke en wat is dan het belang hiervan voor de NVAB?

K: wij zijn de beroepsvereniging voor de bedrijfsgeneeskunde, voor die bedrijfsgeneeskunde is het belangrijk dat wij weten dat als arbeid onderdeel gaat uitmaken van de zorg, dat wij daar ook beter op aan kunnen sluiten. Ook onze richtlijnen, waar het allemaal wel instaat, dat we die veel beter tot uitvoering kunnen brengen. Dus dat daar een paar hickups, wil niet zeggen dat ze ze allemaal gaan volgen, maar stel dat diegene die daar wel fanatiek mee bezig zijn. Bijvoorbeeld het voorbeeld dat ik nu geef, dat het makkelijker is in contact te treden met mijn curatieve collega's. Mijn patient wordt hier niet gelukkig van, de een zegt je moet aan het werk blijven en de ander zegt dat ze moet stoppen en zij weet nu weet wat ze moet doen, wat beter en handig voor haar is. die gaat twijfelen, dat is ook het belang van de bedrijfsgeneeskunde, het leveren van goede zorg. En dit levert voor mijn gevoel, twijfel voor haar op en geen goeie zorg. Ken jij het recent onderzoek van de KNMG, over arbeidsgerelateerde zorg?

M: Ja daar gaat het over de arbeidsarts in de eerstelijns.

K: Ja daar noemen ze het arbeidsarts. Wij hebben daarvan gezegd, dat is een bedrijfsarts die nou toevallig ergens anders werkt. Zoals wat theo en desiree nu doen, dat zijn bedrijfsartsen maar ze werken nu in een andere setting. Zoals je als bedrijfsarts in een bedrijf kunt werken of arbodienst of weet ik veel wat, maar dat je dus ook bij een huisarts kan werken, en dan heet het arbeidsarts. Dat is onze visie erop maar het hoeft geen nieuw specialisme te worden zegmaar.

M: Oke maar dus wel dat het in de eerstelijns komt?

K: Ja dat is met name het rapport van de KNMG, en dat is met name voor diegene die geen werkgever hebben, want dan heb je een arbodienst. Maar als ZZPer of wat dan ook, ik weet niet of jij nu in dienst bent? Waarschijnlijk niet? Maar je bent wel werkend, en waar kun jij naartoe als je vastloopt

met klachten. Dat zijn die werkenden, dan zou je kunnen zeggen daar moet wat voor in die eerstelijns komen, of in die tweedelijns als je hierover zorg hebt. Want hier zit die in de tweedelijns maar in de eerstelijns zit die ook nog niet natuurlijk. ZonMw heeft een heleboel projecten gehad waarbij bedrijfsartsen gekoppeld waren aan huisartsenpraktijk, die hield daar dan spreekuur. Eigenlijk is dat wat nu ook loopt in Nijmegen, dt thermion, TNO, dat gaat over arbeid in de eerstelijns. Voor werkenden.

M: Mijn volgende vraag is wat ervoor nodig is om dit geïmplementeerd te krijgen, maar daar bent u dus al mee bezig?

K: Ja, we zijn al, zijn we al heel lang mee bezig op allerlei manieren.

M: Waar moet volgens u de financiering vandaan komen, dat heeft u al een beetje verteld.

K: Het hoeft van mij niet alleen uit de zorg, zeker niet. Waar we nu tegenaan lopen is dat als het niet door de zorg verzekerd wordt en een specialist denkt daar wel aan en ik vraag mijn collega-bedrijfsarts eens om een consult. Dat is niet gefinancierd. Bijv de richtlijn werkgerelateerd astma bij longartsen, daar staat een verwijzing in dat als het werkgerelateerd astma is dat er een werkomgevingsonderzoek moet worden gedaan, anders weet je niet wat de stoffen zijn waaraan iemand wordt blootgesteld. Dat mag best door de werkgever worden betaald, vind ik dat onderzoek. Komt niet in de richtlijn, omdat zorginstituut zegt, we doen alleen gefinancierde zorg, en dit is niet gefinancierd dus het wordt niet opgenomen in de richtlijn. Dan weten we dus dat dat werkt, veel beter dan al die medicijnen geven omdat mensen nog steeds worden blootgesteld aan die stof, maar het komt niet in de richtlijn. Dus zo'n longarts, als die zijn patient al wel zou willen verwijzen, en dan moet die patient zeggen zit het in mijn zorgpolis, nee daar zit het niet in, ja dan loopt het dus vast. Dus waar het uit gefinancierd moet worden, dat maakt denk ik niet zo heel veel uit, als het maar duidelijk is hoe het loopt. En nu stagneert het daarop of gebeurt het helemaal niet, omdat niemand meer weet hoe het moet. En op het moment dat er gedeeltes wel gefinancierd worden is het ook duidelijk, kan het ook veel beter meegenomen worden in een behandelplan. Want in een ziekenhuis, neem je niet iets mee in een behandelplan wat niet gefinancierd is, dus dan loopt dat vast. Dus waar de financiering vandaan moet komen, ik denk dat het beste is dat werkgevers, bijvoorbeeld zo'n werkplekonderzoek. Zij dienen toch op zijn minst volgens de arbo wet een minimum contract te hebben, daarin staat dat die bedrijfsarts toegang moet hebben tot die werkplek en dat indien er werkgerelateerde risico's zijn, dat er een risicoinventarisatie moet worden gemaakt. En dat daaruit werkplekonderzoeken moet kunnen gebeuren. Dat ligt eigenlijk wel vast, maar dat gebeurt gewoon niet. En zo'n specialist in een ziekenhuis, longarts, oncoloog weet dat echt allemaal niet, en een werknemer weet dat niet. Dus dat komt nergens, dus dat kan die werkgever best financieren, dat vind ik geen probleem. Als hij bijvoorbeeld naar zo'n BACO moet, bij de oncologie, dat is ook niet gefinancierd, dus dan vindt zo'n specialist dat misschien wel belangrijk, en al zit die BACO misschien wel in het ziekenhuis, dan moet toch op een of andere manier financiering geregeld worden. Daar heeft die oncoloog echt geen in het spreekuur met team tijd voor om allemaal uit te zoeken. Dus van waaruit dat maakt niet zoveel uit, sommige dingen echt vanuit de zorg, als arbeid deel uitmaakt van het behandelplan hoort het uit de zorg. Maar er zijn echt heel veel situaties waarbij dat niet zo is. als er iemand blootgesteld wordt aan stof en de informatie moet vanuit dat werk komen, dan hoeft dat niet vanuit de zorgverzekering te komen.

M: Oke, zijn er nog samenwerkingsverbanden met andere organisaties die belangrijk kunnen zijn in deze situatie?

K: haha 300, zoiets. Heel veel.

M: En daar heeft de NVAB allemaal contact mee?

K: wij zitten, dit is wel een van de knelpunten, afgelopen donderdag was dus het symposium over kankeroverleving. Desiree was erbij aanwezig, zij gaf daar een workshop. Een van die dingen, ze had het heel leuk gedaan. Regio's verdeeld, allemaal soorten specialismen, en daar werd gezegd hoe zou je nou beter samenwerking kunnen zoeken, hoe raak je bekender met elkaar. Al die samenwerkingsverbanden die er wel zijn hoe breng je die nou in kaart. Ik zat bij het landelijk stukje, met kanker.nl, tegenkracht, return, allerlei organisaties die allemaal bezig zijn met kanker, eigen website eigen inhoud. Hoe kan je dit nou beter linken op een of andere manier. Jullie zijn bezig in het radboud, van alles in het AMC dat weet ik, en van allerlei andere dingen in het land. Hoe breng je dat nou allemaal bij elkaar. Dus vanuit mijn project hebben we 4 onderdelen, kanker en werk, psychische klachten, infectieziekte en longziekten. En van die 4, daar hebben we nu subsidie voor, zijn we gelinkt met allerlei patientenverenigingen, initiatieven die er al lopen. Maar dat blijft allemaal wel in mijn hoofd ook. Ik heb de projecten overgenomen van een collega, dus het zat eerst in haar hoofd en het zit nu in mijn hoofd. Maar hoe ontsluit je dat nou van iedereen. En dat is wel een issue. We hebben met allerlei partijen contact, maar het is niet goed ontsloten, gestroomlijnd. Dus ook als jullie dit dadelijk hebben en als je het dan ontsluit, wie gaat er dan naar op zoek en onder wiens aandacht komt het dan, wie maakt gebruik van die good practices die er zijn. Dus we hebben allerlei links die je je maar kan bedenken, dus met name ook met het AMC, Coronel, die zijn met dezelfde dingen mee bezig.

M: Ja het is zeker een hot topic.

K: Ja gelukkig, daar zijn wij heeel blij om, dus ik heb de laatste tijd heel veel van dit soort interviews. Dat is voor ons als bedrijfsartsen wel, wij noemen het arbocuratieve samenwerking, de vraag is of dat de goede benaming is, dat is dus de arbo en de curatie. En ik wil richting bedrijfsgeneeskunde en curatie, maar het was altijd 90% -95% arbo en 5% curatie en we zien nu langzaam aan, dat die wat gaan draaien. Dus dat nu ook de curatie er steeds meer aandacht voor gaat hebben. En dus ook het AMC, er zijn dus nu 3 specialisten aangetrokken, 2 cardiologen en een orthopeed. Ook vanuit hun specialismen, hoe kunnen we verder en hoe kunnen we dat onder de aandacht krijgen van die specialisten dat soort dingen. Dus dan krijg ik weer een vraag; we zijn een app aan het ontwikkelen vanuit orthopedie over hand- en polsklachten. Kunnen we in die app arbeid erin doen, en hoe zouden we dat kunnen doen. Dus van allerlei kanten komen vragen, radboud is bezig met Lime, Q koorts. Wij hebben bijvoorbeeld richtlijn Lime, en huisartsen en specialisten hebben richtlijn, hoe breng je dat nou samen? Maar dus je ziet dan wel dat het gelukkig steeds meer vanuit de curatie, daar zijn wij blij mee.

M: Maar er zou dus een meer overkoepelend iets komen?

K: Ja, er is, RIVM heeft opdracht gekregen voor een 'toekomst arbeidsgerelateerde zorg' TAS en in dat platform wordt gepoogd alle stakeholders bij elkaar te brengen. SZW financiert dat en een van die dingen die daar werd gezegd, die orthopeed die pas bij het AMC aangesloten is, maar als ik ga zoeken naar arbeid en curatie in mijn vak, er is niet 1 platform. SZW probeert het via het arboportaal te doen. Daar staat van alles op, ook over chronisch ziek en werk, maar zo'n orthopeed gaat niet op het arbo portaal zoeken. Maar er is dan geen link vanuit hun richtlijnen dat dan weer ergens linkt. Een collega van mij is in opleiding tot bedrijfsarts en zij heeft heel veel gedaan, ook in het platform

Parkinson. En zij wil kijken, zij is in contact met het AMC met een cardioloog. Zouden we iets kunnen met zo'n platform, dan heb je het over netwerkgeneeskunde, dat is het tegenwoordig toch wel. We hebben nu wel ongeveer het gevoel, ik, dat er nu zoveel is dat we nu niet iets nieuws moeten gaan ontwikkelen maar wat er is, te ontsluiten. Ideeën en ervaringen zijn er genoeg, alleen het zit overal en daardoor kunnen we niet genoeg gebruik maken van de kennis die er al is opgedaan. En wat jij nu zoekt. Ik heb vorige week zo'n gesprek gehad met SZW, volgende week een gesprek met VWS over dit onderwerp. Dus je ziet dat iedereen er wel mee bezig is, maar niemand weet van elkaar dat we er mee bezig zijn, en weten dus ook niet wat eruit komt en kunnen het dus ook niet gebruiken. Dat is wel, ik ben er bijna een jaar mee bezig, dus ik denk we moeten echt niet opnieuw. Als ik nu zie hoeveel instrumenten er zijn al, om dingen, die arbocuratieve samenwerking goed te laten verlopen; richtlijnen, roadmaps, consultkaarten verzijn het maar allemaal, maar of degene die ze nodig heeft weet ze niet te vinden. En we weten van elkaar nog niet dat ze er zijn, dus iedere keer zie ik; oh is er dat en dat?

M: Oke, heel inefficiënt dus?

K: Ja dat denk ik wel. Maar wie gaat dat ooit een keer bij elkaar zoeken he, dat is de vraag. Wij hebben nog steeds die opdracht vanuit de SZW, dus wij gaan toch kijken of we vanuit de NVAB iets kunnen doen. Wij willen nu campagnegericht gaan werken. En we krijgen bijv, we zijn bezig met taakdelegatie, maar tweede campagne wordt kanker en werk. En daar willen we kijken ook hoe kunnen we alles beter linken, dus bijv zo'n symposium. Dus wat wij hebben gedaan vanuit de NVAB is van SZW met die arbocuratieve samenwerking is dat we dat op zijn minst ergens kunnen plaatsen en kunnen gaan ontsluiten. Maar we weten nog niet hoe we dat moeten gaan doen en daar missen we dan waarschijnlijk ook veel, maar dat dat misschien een begin is. Want wij kunnen als beroepsvereniging, wij worden gefinancierd door de contributie van de leden. Dus wij hebben helemaal niet de middelen of zo'n groot platform, daar moet echt financiering komen vanuit.. van SZW krijgen we financiering, maar daar is dit een van 1/18^e van of zoiets van een budget van 150.000 euro voor 2 jaar, dus dat wordt 'm ook niet. En dat zal dadelijk denk ik ook voor het Radboud zijn als er bijvoorbeeld een orthopeed bijkomt, kunnen die iets gaan vinden. Het zou zonde zijn als het alleen het radboud bleef.

M: Ja, dat is weer een volgende stap

K: Dat is weer een volgende stap inderdaad.

M: dan weet ik nu een heleboel, dan zou ik graag wat samenvattende vragen willen stellen. Kunt u op een schaal van 1-10 aangeven hoe belangrijk het probleem is.

K: het probleem binnen, ik zit wel eens te denken nou probleem, moet je eens naar ughanda gaan bijvoorbeeld, daar hebben ze problemen. Maar in NL, denk ik dat, het is best een groot probleem. Dus ik denk dat ik het wel een 7 of een 8 zou geven in de zorg. En dan vind ik bedrijfsgeneeskundige zorg en curatieve zorg gewoon, voor de patient. Zorg voor de patient, zorg zoals die zou moeten zijn. Dan vind ik het een knelpunt ja.

M: en hoe zinvol vindt u zorg voor arbeid als oplossing hiervoor?

K: Nou voor mij is het, omdat ik er heel sterk inzit, een van de vele projecten en dus ik vind het zeker zinvol en met name als het gelinkt kan worden aan andere. Op een schaal van 1-10 een 6, dit project op zichzelf.

M: en hoe haalbaar acht u het dat het project onderdeel wordt van de reguliere zorg.

K: Nou daar zie ik een 5je, gezien de ervaringen ben ik bang dat dat toch nog wel een issue gaat worden. Het zou heel mooi zijn, maar of het lukt, dat weet ik niet.

M: Oke, en in welke mate bent u bereid en gemotiveerd om uw invloed aan te wenden om dit te realiseren?

K: nou dat is 2 dagen van mijn werk, dus daar ben ik wel een 9 toe bereid om daarin te investeren natuurlijk binnen de mogelijkheden die we hebben, natuurlijk. Het is een van onze core businesses, dus ja.

M: En staat u dan positief of negatief tegenover dit project?

K: Heel positief, jazeker, ik denk dat het een heel mooi project is, jazeker

M: Oke, dat waren mijn vragen, heel erg bedankt, dan weet ik voor nu genoeg.

K: Oke en ik zou graag op de hoogte gehouden worden, ik vind het leuk om te weten hoe het vordert. En natuurlijk wil ik mijn inbreng daarin inbrengen, als wij dat kunnen zullen we dat doen.

M: Goed om te horen, bedankt.

Interview transcript Patiëntenfederatie Nederland, Jeannette van Zee, projectleider arbeidsparticipatie

(na uitleg)

M: Ik heb vaker teruggehoord dat er veel projecten bezig zijn met arbeidsgerelateerde zorg en dat er veel informatie is, maar dat er geen centrale plek is daarvoor. En dat u daarmee bezig bent.

J: Ja dat klopt.

M: Dus ik wilde graag wat vragen stellen over deze zorginnovatie zorg voor arbeid en hoe u hier tegenover staat.

J: Oke

M: Herkent u vanuit uw werk het geschetste probleem?

J: Nou ik hoor natuurlijk wel wat en dingen en eigenlijk ook vooral van allerlei belangenorganisaties en mensen die in het veld bezig zijn, heel veel. Wat ik wel merk is dat arbeid gewoon niet op de kaart staat bij zorgverleners, niet meteen, het wisselt wel per persoon. Ik sprak laatst een gynaecoloog en die zei, ik vraag altijd wat iemand voor werk doet. Maar ik hoor ook heel vaak dat er niet naar gevraagd wordt en ik denk dat het wel heel belangrijk is. En dan gaat het niet alleen om specialistische hulp, maar volgens mij ook eerstelijns hulp. Waar het ook belangrijk is dat je kijkt naar wat zijn de werkactiviteiten van iemand, want het kan ook betekenen dat je een andere behandeling doet. Dus ik vind dat belangrijk ja.

M: Oke, en wat vindt u dan van de zorginnovatie zorg voor arbeid als oplossing hiervoor?

J: Ja dat het in het Radboud is gedaan en dat er veel over wordt verteld, dat vind ik echt heel goed klinken. Ik heb toen ook het voorbeeld gehoord van die student rechten die borstkanker bleek te hebben en dat de chemokuur rondom haar examen werden gepland. Dat zijn natuurlijk hele mooie voorbeelden. En wat ik dan wel hoor is, ik was afgelopen donderdag op een bijeenkomst en daar waren zij ook en daar hadden ze ook weer andere voorbeelden, en dat is natuurlijk hartstikke mooi. Ik hoor ook wel dat als mensen jong zijn, dan wordt er nog heel veel op dit onderwerp gedaan maar als mensen ouder worden wordt er niet meer zoveel aan gedaan. Maar als mensen eind 50 zijn, lijkt dat onderdeel bij zorgverleners minder belangrijk te worden ofzo, tenminste dat heb ik begrepen. Iemand zei; ja dat is altijd bij jonge mensen, dan wordt er veel meer energie in gestoken.

M: Ja, dat is dus niet de bedoeling van de zorginnovatie, dat is voor alle werkenden.

J: Ja dat had ik al begrepen ja.

M: wat zijn dan de verwachtingen van de KAG in het behandelteam van u, wat denkt u dat dat zal toevoegen?

J: Nouja wat ik begreep ook afgelopen donderdag, kijk een zorgverlener weet natuurlijk niet zoveel over arbeid, en arbeidsomstandigheden en reïntegratie en al die regels en waar mensen terecht kunnen. En dat is wel iets wat mensen ook veel stress kan bezorgen. En als je daar iemand bij hebt, zowel bij de zorg kant en aan de werk kant, kan zo'n arbeidsdeskundige helpen. En dat is het goede daarvan, zij kunnen ook met instanties bellen voor een patient en ze kunnen helpen om te kijken wat iemand nodig heeft en welke behandeling aansluit bij het werk dat iemand doet. Dus dat vind ik twee kanten opgaan.

M: Oke, en ziet u hier dan ook het belang van in voor de maatschappij als geheel?

J: Dat is een heel holistische vraag. Maar ik denk dat iedereen er beter van wordt, laat ik het daar op houden. Ja.

M: Oke, en ziet u ook negatieve kanten of bezwaren zoals de zorginnovatie nu is ingericht?

J: Ik weet te weinig van hoe het project in elkaar zit nu om dat te weten, die details hoor ik niet. Kijk elke keer als ik hier de verhalen over hoor, dan wordt natuurlijk heel erg benadrukt wat hier de goeie kanten van zijn. Wat ik wel heel erg zie is dat het heel moeilijk is om het te financieren. Ook bij het politiek ontbijt en die bijeenkomst afgelopen donderdag. Wat je wel zegt; als je kijkt waar moet je geld vandaan halen, dan is dat niet iets dat bij het VWS vandaan moet komen, tenminste dat zegt de SG, maar eerder van de zorgverzekeraars. En dat is natuurlijk nog een hele strijd, kijk in mijn ogen is het een goed project. Alleen het is heel lastig om dit gefinancierd te krijgen.

M: Ja en u zegt dus het is maar een gedeelte want u zegt dus ook dat het in de eerstelijns al op arbeid gericht moet zijn?

J: Ja, ja ik denk dat sowieso altijd gevraagd moet worden wat voor werk iemand doet, al is het alleen maar zo dat je ook ziek kan worden van je werk. Kijk als iemand bijvoorbeeld hoest en bij een bakkerij werkt dat kan hele andere oorzaken hebben dan als iemand in een hele gezonde omgeving werkt qua lucht. Dus dan ga je ook naar andere oorzaken kijken, dus ik denk dat dat heel erg belangrijk is. Dat geldt ook voor een fysiotherapeut, als hij iemand krijgt met bepaalde problemen, rugproblemen

bijvoorbeeld, dat kan ook door het werk veroorzaakt worden, als je dat negeert, ja dan heeft die behandeling ook niet zoveel zin. Dus ik denk dat het sowieso belangrijk is.

M: Oke, en wat vindt u dan van zorg voor arbeid, wanneer zouden we kunnen zeggen dat het succesvol is, hoe zouden we kunnen meten, dat u zou kunnen zeggen dat het succesvol is?

J: Dat is heel lastig he. Kijk veel dingen worden zegmaar de toegevoegde waarde wordt berekend in geld, en ik ben van de betekenis-economie. De betekenis-economie is dat je niet alleen maar kijkt naar wat voor winst het financieel oplevert, maar dat je ook kijkt naar wat voor winst het oplevert voor mens, maatschappij en planeet. En ik denk dat als je kan bewijzen dat je financieel, dus kan zien dat je bijvoorbeeld dat mensen kunnen blijven werken, dan kan je uitrekenen hoeveel bespaard dat aan uitkeringen waar mensen anders in terecht zouden zijn gekomen. Dat is gewoon de financiële kant. Dat zou heel mooi zijn als je dat kan hardmaken. Maar daarnaast kan je ook kijken naar de kwaliteit van leven die mensen ervaren. En als je daarmee ook verschillende groepen naast elkaar kan zetten met een goed onderzoeksdesign, waarbij mensen die niet die arbeidsondersteuning hebben gekregen versus mensen die dat wel hebben gekregen om te kijken om de verschillen daarin. Dan zou je daar misschien ook nog iets van bewijs kunnen uithalen.

M: Oke dus dan zouden we ze dus moeten volgen.

J: ja en een onderscheid maken tussen mensen die wel zo begeleid zijn en die niet zo begeleid zijn, als je voldoende grootte doelgroepen/onderzoeksgroepen hebt, dan ga je ervanuit dat je gemiddeld dezelfde uitgangssituatie hebt en dan kan je daarna kijken of mensen op domein arbeid en andere gebieden tevredener zijn en of ze minder vaak in een uitkeringssituatie zitten.

M: Oke, en wat is dan het belang van een oplossing voor de problemen voor de patientenfederatie?

J: nou, wij proberen natuurlijk een centraal informatiepunt in te richten, maar dat heeft ook als doel om zoveel mogelijk uitval te voorkomen, wij zeggen als mensen uitvallen uit het arbeidsproces. Dan is het heel moeilijk om weer terug te komen en arbeid is gewoon meer dan geld verdienen, mensen voelen zich beter, hebben bepaalde structuur, sociale omgeving en noem maar op. Dus wij zien dat als heel belangrijk, dat mensen hun baan houden. Alhoewel, een baan die bij hun situatie past ook, want kijk, en dat is ook een beetje een persoonlijk ding. Je kunt wel gaan duwen op wat mensen niet meer kunnen, maar je kan ook gaan kijken naar wat mensen nog wel kunnen. En dan kan je bijvoorbeeld door bijscholing, of een andersoortige baan of aanpassing van een baan het zo te creëren dat mensen wel goed functioneren. En dat is wel iets waar wij ons hard voor willen maken.

M: Ja dat is inderdaad heel belangrijk. En hoe denkt u dat dit geïmplementeerd zou kunnen worden, dat hiernaar gekeken wordt?

J: Ja dat vind ik dus heel lastig, dat is nog een onderwerp, kijk wij als patientenfederatie nog niet zo lang bezig met arbeid, dus wij zijn nog niet zo lang bezig met deze problematiek. Kijk ik ben nu bezig met informatiepunt en daardoor kom ik tegen problematiek tegen. En ik denk dat zo'n project als zorg voor arbeid echt heel goed is en ik denk ook dat door de huidige arbeidsmarkt dat er veel meer arbeid is, en ook omdat mensen langer doorwerken, dat het vaker voor zal komen dat mensen chronisch ziek worden terwijl die aan het werk is. dus daar zie ik heel erg het belang. Maar hoe we dit voor elkaar krijgen en hoe we financiering en dat soort dingen. Het is ook heel erg draagvlak creëren bij heel veel partijen.

M: Oke dus het moet bij meer mensen bekend worden?

J: Ja meer bekendheid.

M: U had het net al over de financiering. Wat zijn uw gedachtes over waar dat vandaan moet komen?

J: Ja dat vind ik heel erg lastig, want ik zit met hetzelfde probleem met mijn eigen project. Dat ik wel, ik heb wel subsidie, maar op een gegeven moment houdt de subsidie op en dan wil ik wel duurzaam blijven bestaan. Maar het is heel erg moeilijk om geld te krijgen voor dit soort projecten. Dus ik vind het gewoon een hele moeilijke puzzel, dus ik heb daar niet meteen een antwoord op. Maar ik kan wel, wat er dus gezegd werd afgelopen donderdag, als je kan aantonen dat mensen sneller, als de behandeling goed aansluit op het werk en als je mensen ook begeleid in dat werk, als je kan aantonen dat mensen daarmee sneller weer, ook genezen, dan kan je natuurlijk wel bij die zorgverzekeraars terecht, maar dan moet je wel bewijs hebben dat het ook die zorgkosten drukt. Als ik kan bewijzen dat je daardoor minder zorgkosten hebt, dan kan je daar terecht. Maar als je daar alleen nog maar een vermoeden van hebt, dan is het heel lastig.

M: Wat denkt u dan over de haalbaarheid hiervan dat het onderdeel wordt van de reguliere zorg?

J: Je moet kijken voor wie levert het toegevoegde waarde, dat doe ik ook met mijn project, je moet kijken voor wie levert het geld op en voor wie levert het op een andere manier waarde op. Als je kan bewijzen dat dat is voor verschillende partijen, dan kan je bij die partijen terecht voor dat geld. Het belangrijke van het project is dat je ook kan aantonen wat het oplevert voor wie, dat is wel cruciaal. Want ik heb ook in die zaal gezeten dat het verteld wordt, en dan kan iedereen alleen maar zeggen wat een goed project. Maar ik heb vaker dingen gedaan die iedereen heel goed vond, maar en dat het dan toch heel moeilijk is om daar geld voor te krijgen. En als je geen geld hebt, dan houdt het gewoon op te bestaan, dus het is heel belangrijk om het in beeld te krijgen wat het oplevert en voor wie. Dan moet je goed in kaart zien te krijgen, en dan zou die haalbaarheid er zijn.

M: Welke rol zou de patientenfederatie hierbij spelen?

J: Ja het enige dat we kunnen zeggen is wij ondersteunen dit en wij zien de meerwaarde ervan. En we kunnen natuurlijk ook zoals nu, als je zegt, we zitten bij oncologie, parkinson en cva en dan neem ik aan dat je ook bij die partijen NFK, Parkinson, hart, of iets dergelijks, ik weet niet CVA, hersenletsel.nl of zo'n organisatie waar dat speelt natuurlijk, dat je daar ook deze vragen stelt. Dat is onze achterban, dat zijn onze leden en waar ik naar kijk is heel erg meer ziekteoverstijgend, dat doet de patientenfederatie, die kijkt niet naar een speciale aandoening. Zoals ik nu kijk dat als je bij een arts komt, wat heel vaak gevraagd wordt, bijv bij werknemers als die een ziekte krijgt, wat betekent dat nou voor die ziekte, ik wil wat meer weten over die ziekte en dan zeg ik; je hoeft niks te weten over die ziekte maar je moet weten wat de gevolgen zijn voor het werk wat die persoon doet. Dus iemand wordt vermoeid of, je hoeft helemaal niet te weten of wat voor stofje in de hersens mist of wat er misgaat in de overdracht naar de spieren of wat dan ook, dat maakt helemaal niet uit, maar het gaat erom, wat voor problemen ervaart die persoon op zijn werk en hoe kan je dat voorkomen of welke ondersteuning kan je bieden om dat probleem minder te maken. Bijv als je hersenletsel zet dat je niet iemand in een kantoortuin neerzet, omdat iemand problemen heeft met geluid en concentratie. Dat kan je iemand niet aandoen want dan valt diegene uit, dus ik ben meer ziekteoverstijgend bezig

en wat zijn de overeenkomsten bij al die aandoeningen die in iemands achterban vertegenwoordigd zijn.

M: En gaat u dan in gesprek met die werkgevers of hoe gaat die communicatie?

J: Nou ik zit sowieso in allerlei, in mijn netwerk zitten zowel ook de sociale partners, dus zo heb ik met Piet Vessies gesproken, nou dat is 1 van mijn contacten, hij is van een werkgeversorganisatie, ik heb ook contact met VNO-NCW, ik heb ook contact met FNV, weet je al die partijen die hierover gaan, daar heb ik contact mee, met bedrijfsartsen, verzekeringsartsen, revalidatieartsen, ik probeer dit onderwerp gewoon goed op de kaart te krijgen. Om ook te horen wat er speelt en het belang van die chronisch zieke werkenden goed te vertegenwoordigen.

M: Oke dus dat daar meer begrip wordt gecreeerd zodat zij ook weten hoe ze moeten handelen?

J: Ja waar wij voor staan is; kijk goed naar wat mensen wel kunnen en staar je niet blind op wat ze niet kunnen als mensen ziek zijn. Dat is een ding en kijk waar je mensen kan ondersteunen zodat ze kunnen blijven werken.

M: Oke en dan is zorg voor arbeid een manier om dat ook voor elkaar te krijgen?

J: Ja want daar zit ook een stukje bemiddeling in.

M: ja dat klopt, want zij kunnen natuurlijk ook in gesprek met de werkgever bijvoorbeeld.

J: Ja inderdaad, of eens meegaan om te kijken hoe die omgeving eruit ziet en of er iets in aangepast kan worden. Ik zie daar ook mogelijkheden. Ik weet niet of die KAG dat moet doen maar je kunt je wel voorstellen dat er een team ontstaat.

M: Ja zij verwijzen inderdaad door naar een jobcoach bijvoorbeeld.

J: Ja

M: Oke dus dan is het een soort onderdeel?

J: Ja.

M: Oke, wat zouden die specifieke patiëntenverenigingen zoals NFK die u noemde betekenen, zouden zij zich hier ook nog voor inzetten, ook voor dit project specifiek?

J: Nou zij ondersteunen dit alleen maar, voor zover ik weet staan zij hier heel erg achter, zij zijn er ook bij betrokken.

M: Dus zij zouden ook een bijdrage kunnen leveren aan het realiseren van deze innovatie en dat het onderdeel wordt van de reguliere zorg.

J: Ja maar al deze partijen hebben geen geld. Maar die kun je inzetten voor, om het draagvlak te verhogen. En zij hebben allemaal ook een netwerk. Dus daar, je moet bij deze partijen niet denken aan geld, dus je moet niet denken aan financiële middelen.

M: Nee ik denk dat het daar in de eerste instantie ook niet om gaat en dat draagvlak in het begin het belangrijkste is. Dan zou ik graag nog wat samenvattende vragen willen stellen om het allemaal even

op een hoop te vegen. Kunt u aangeven hoe belangrijk het besproken probleem is op een schaal van 1 tot 10.

J: Nou ik vind het wel belangrijk, maar wat ik ook nog wel vind is dat waar wij mee bezig zijn is ook de werknemer heel bewust te maken, dus daar kunnen we ook nog bij helpen, om de werknemer heel bewust te maken en ook zelf het onderwerp arbeid onder de aandacht te brengen bij de zorgverleners. Dus ook dat je de regie bij de chronisch zieken legt en dat is ook iets wat wij proberen te doen en het gesprek aan te gaan met de werkgever en uit kan leggen wat hij nodig heeft en waar die mee geholpen kan worden.

M: Oke en hoe doen jullie dat?

J: onder andere door te kijken welke tools er al voor zijn ontwikkeld, die tools staan in onze kennisbank en daar kunnen mensen in kijken, maar ze kunnen ook bellen naar het nationale zorgnummer en daar worden ze gewezen op die tools. En daarmee kunnen ze zelf informatie verzamelen.

Je moet op de een of andere manier de neuzen dezelfde kant op krijgen, ik heb nu het verzoek om mee te denken aan een opleidingsdag voor bedrijfsartsen en verzekeringsartsen, en het onderwerp gaat over vermoeidheid. En dan kun je ook dit soort dingen weer onder de aandacht brengen, het gaat erom dat je iedereen bewust maakt en dat het zo vanzelfsprekend gaat worden dat iedereen op die manier gaat werken en echt gaat denken in kansen, hoe kunnen we het voor de persoon die ziek is beter maken, dat de kwaliteit van leven van die persoon verbeterd en dat dat de insteek wordt en dat het niet wordt van iemand heeft een aandoening en dit zijn de symptomen, hoe kunnen we dat oplossen. Dat het veel minder het probleem oplossend gezien wordt als je kijkt naar kwaal en dat veel meer de hele mens bekeken wordt. En dat is een ontwikkeling die ik overal wel zie, alleen dat is nog niet doorgedrongen in de dagelijkse praktijk van zorgverleners, werkgevers, en opleidingen. Dus daar moet nog heel veel werk gebeuren, maar ik geloof wel dat het een onderwerp is wat nu op dit moment aandacht heeft. Dus ik denk ook wel dat het kan gaan gebeuren, maar voordat het echt helemaal geïntegreerd is in de dagelijkse manier van werken en doen dan ben je weer heel veel jaren verder. Maar als we allemaal, de chronisch zieken, werkgevers, zorgverleners bewust maken en ze allemaal hun verantwoordelijkheid nemen dan zijn we al heel ver. En ik krijg wel de indruk dat het steeds meer op de kaart komt de staan. dat het klimaat goed is voor dit onderwerp.

En dan hoe belangrijk is het? Ik denk een 8 want het moet niet alleen van zorgverleners maar ook van andere partijen komen dus daarom een 8 en geen 10.

M: Oke en hoe zinvol vindt u dan zorg voor arbeid voor de oplossing van de problematiek?

J: Nou ik denk wel dat het een hele goeie oplossing is, in mijn ogen wel een 10, maar ik denk wel dat het heel ver van de realiteit is. Want ik ben laatst ook in een ziekenhuis geweest, kleine operatie. Opereren alleen op dinsdag dan werk ik, dan moet ik er om 12 uur zijn en ik wordt om 17 geholpen, en al nuchter zijn. En dan vraag ik waarom moet ik er dan al zijn; omdat sommige mensen niet nuchter zijn. Het is helemaal niet klantvriendelijk, en als je zegt kan ik niet 's avonds langskomen, dat kan niet dan is het ziekenhuis op slot. Dus er is echt nog zoveel te veranderen, dus het is echt heel mooi, maar voordat het echt goed in elkaar zit dan moet er nog zoveel veranderen. Vooralsnog moet iedereen dansen rondom de zorg en wordt er te weinig gedanst rondom de patient. En dat is nog een hele hele lange weg.

M: Oke want mijn volgende vraag was hoe haalbaar acht u dat het onderdeel wordt van de reguliere zorg?

J: Nouja niet, laag haalbaar, ik zeg lastig qua geld en qua systemen die er zijn, ik denk dat het haalbaar is op de lange termijn, maar op korte termijn een 3 ofzo. Op kleine schaal wel, maar niet echt helemaal in de zorg doordrongen.

M: in welke mate bent u met patientenfederatie gemotiveerd om uw invloed aan te wenden om dit te realiseren?

J: Nou ik ben niet zo met lobby bezig in principe, maar ik zit wel in netwerken en daar praat ik mee en daar praat ik op de manier waarop ik met jou praat dus ik ben wel heel erg betrokken en ik krijg ook wel mensen mee. Maar als patientenfederatie zijn we op dit moment nog niet zo bezig met de lobby dus dat is ook vrij laag. Kijk ik ben persoonlijk wel heel erg betrokken, maar mijn project is dat centrale punt met de informatie om dat voor elkaar te krijgen, dat is mijn doel en dat moet over 2 jaar klaar zijn, dat is mijn doel en ik werk 2 dagen in de week. Maar in de marge pak ik wel invloed mee. Maar het is geen, het hoort niet bij mijn taken.

M: Oke en staat u dan nu na alles besproken te hebben positief of negatief tegenover het project?

J: ja positief.

M: Oke, dat waren mijn vragen. Het is duidelijk, ik weet voor nu genoeg.

J: je mag me ook altijd bellen hoor als je nog iets wil weten.

M: dat is heel fijn, ik zou u op de hoogte houden.

J: Ik vind het sowieso interessant om op te hoogte te blijven van je onderzoek en ik hoop dus dat je ook gaat praten met parkinson en NFK. Al die organisaties zijn met arbeid bezig en ook hun achterban. Dus het is ook heel belangrijk dat je met hun contact opneemt. Zal ik zeker doen als stakeholders.

M: Heel erg bedankt.

Interview transcript VNO-NCW & MKB Nederland, Anthony Stigter, secretaris algemeen economisch beleid en gezondheidszorg

(Slecht geluid over de telefoon)

(Na uitleg)

M: Herkent u vanuit uw werk de geschetste problemen?

A: Jazeker, helaas wel moet ik zeggen. Misschien nog even een aanvulling hierop, dat heb ik toen ook in het SER advies uitgebreid uitgeschreven. Misschien sowieso goed, vaak zijn er hele hoge verwachtingen wat het bedrijfsleven allemaal kan doen, maar de realiteit is dat het overgrote deel van het bedrijfsleven is midden en klein bedrijf en heeft in het beste geval een HRM'er en in de meeste gevallen gewoon überhaupt geen HRM afdeling, wel een verplicht contract met een arbodienst. En je kunt omgekeerd van een leidinggevende ook niet verwachten dat hij al de ins en outs van een ziekte kent inclusief wat er op het werk zou moeten gebeuren om iemand in staat te stellen om zijn werk

goed te kunnen doen, daar heb ik toen in het SER advies ook de nadruk op gelegd, dat was ook het centrale thema. Dat welke chronische ziekte je ook hebt, dat je de juiste informatie hebt over wat je met je leidinggevende moet bespreken om in staat te zijn om je werk te kunnen blijven doen. En dan zien we ook dat patientenverenigingen daar ook hele gerichte vragenlijsten en onderbouwingen voor hebben en andere juist weer helemaal niet. Dus daar hebben we toen ook gezegd in termen van informantevoorziening valt een hele wereld te winnen. En daarbij hebben we ook geconstateerd, want dat was nog een hele discussie *vakbeweging?*, want die redeneert dat iedere werknemer zijn arbo arts kent en vanzelfsprekend bij een arbo arts komt, terwijl de realiteit volgens mij een hele andere is. Wat je nu al ziet dat heel veel medische problemen of door mensen zelf, bijvoorbeeld door de bedrijfsarts worden bekeken of dat mensen bij de huisarts in de eerstelijns terecht komen en in sommige gevallen bij de arbo arts maar er zijn vele wegen die naar Rome leiden, maar het gaat erom dat mensen de goede informatie vinden zodat mensen weer in staat zijn om het werk te kunnen hebben. Dus er zijn vele andere wegen dan het gesprek naar de arboarts, waar ook het gesprek gevoerd zou kunnen worden over 'hoe kan ik mijn werk weer hervatten. En het derde wat ons dan opvalt is dat als je al kijkt naar de informatie die er nu beschikbaar is dan zie je heel vaak dat het heel erg op het medische gericht is. Maar juist niet op de werkhervatting, dus bijvoorbeeld met het nederlandse huisartsen genootschap, die thuisarts.nl beheert en thuisarts heeft bijna 100.000 bezoekers per dag. Wij zouden heel graag zien dat afhankelijk van of je astma of diabetes of wat hebt en het liefst ook het werk dat je doet, dat je daar praktische informatie kan vinden van als je je werk weer wil hervatten van let op hier dit en dit en dit zijn gesprekken, apps of tools hierbij kan helpen. Dus dat is wat we hebben voor veel mensen met een chronische aandoening misschien wel nog een belangrijkere vraag dan herstellen, want wat is er nodig om mijn werk weer te gaan doen en wat moet ik praktisch in gang zetten. Dus daar valt volgens mij ook een wereld in te winnen. En wat je nog zegt over arbeid als medicijn, heb jij wel eens met Lex Burdof van het erasmusUMC contact gehad?

M: Nee

A: Want we hebben met hem vrij intensief contact gehad, omdat hij deskundige is op dit gebied en voor het SER advies hebben wij veel gesprekken met hem gehouden. Hij heeft zelf veel voorbeelden en zegt: ~het gaat niet om herstellen, maar wat is er voor nodig om mijn werk weer te kunnen doen~. Hij vertelt ook dat in die kijkt of er een toetsenbord moet worden vervangen. Dus dat is in nederland nog regelmatig gescheiden met alle moeilijkheden van dien. Maar waar hij ons ook op heeft gewezen is als het gaat als arbeid als medicijn. Is dat het hebben van werk an sich al een heel groot effect op de leefstijl en op de levensverwachting heeft. Dus hij heeft voor ons al een reken-sommetje gemaakt. Als je bijv de arbeidsdeelname van laagopgeleide net zo hoog maakt als die van hoogopgeleide, dan kun je het verschil in levensverwachting al met 2 jaar verminderen. Dus het hebben van werk, kan in de ingewikkelde relatie tussen werk en gezondheid kan 2 kanten uitwerken, maar het hebben van werk heeft dus zelf al een enorm positief effect op de gezondheid en via de leefstijl ook een positief effect op de levensverwachting. Hij heeft ook onderzoek gedaan naar ... in rotterdam die aan het werk worden geholpen naar ... die minder gezondheidszorgkosten gebruiken, omdat zij minder GGZ zorg nodig hebben. Dus werk als medicijn staat ook bij ons op het lijstje en dat gaat ook over mensen die nu niet aan het werk zijn, maar dat wel zouden willen, en wat een heleboel voordelen met zich meebrengt.

M: Ja dat klopt inderdaad. Daarom wordt nu de KAG aan het begin van het traject, dus stel iemand met een CVA, die KAG is er gelijk bij betrokken en gaan ze kijken of die persoon aan het werk kan blijven en of er iets aangepast kan worden bij de werkgever waar deze momenteel aan het werk is, zodat dit kan helpen in het begin van de ziekte. Ik zag ook in het opinieblad forum een artikel; help mijn medewerker heeft een chronische ziekte wat nu? Daar staan tips in hoe die werknemer aan het werk te houden. Wordt er gebruik gemaakt van die tips of zie je dat nog weinig terug?

A: Nou als ik een verwachting mag doen, want het zijn altijd hele grote verwachtingen wat wij allemaal moeten doen met onze leden, alleen de realiteit is dat de meeste ondernemers vooral willen ondernemen en daarnaast misschien een goede werkgever zijn, maar ik heb bijna niet de illusie dat met alle informatie en brochures dat mensen dat toch niet aannemen anders dan dat er acuut iets speelt en mensen gaan zoeken. En we zien altijd wel dat met de MKB dat sommige belangensorganisaties waar het HRM .. waar ook veel praktische vragen komen. Dus de brancheorganisatie kan soms ook een nuttige rol vervullen om het bedrijf even op het goede spoor te helpen en te zeggen let hierop of kijk hier naar, dus dat gebeurt in de praktijk ook wel. Maar ik zou geen overspannen hoge verwachtingen hebben over hoe alle werkgevers in Nederland informatie zouden krijgen over hoe chronisch zieken aan het werk kunnen worden geholpen. Kijk in grote bedrijven is het een heel ander verhaal, want daar heb je grote professionele HRM afdelingen, die als er specifieke problemen spelen adviseren wat er nodig is, maargoed het overgrote deel van het bedrijfsleven is MKB, en die heeft die luxe niet.

M: En wat vindt u dan van de zorginnovatie zoals ik die beschreven heb als oplossing hiervan?

A: Nouja het werk, of terugkeer hiervan als behandeldoel of als medicijn klinkt mij als muziek in de oren. Ik zou alleen oppassen om alle ballen op de arbeidsgeneeskundige begeleiding te houden. Laten we misschien even een uitstapje maken; misschien weet je dat instituut GAK die heeft het AMC een heel groot onderzoeksbudget gegeven over chronisch zieken aan het werk. Sylvie Vermeulen is daar de projectleider van, ken je haar?

M: Nee

A: Anders kan ik jou even de contactgegevens doorsturen, misschien sowieso goed om even te horen wat daar uit hun onderzoek gekomen is en wat zij nog gaan doen. Zij hebben daar een heel groot traject en ik zit daar in de begeleidingscommissie. Ik zit daar met 20 beroepsgroepen, sociaal geneeskundige en arbeidsdeskundige en die zitten allemaal met elkaar te bekvechten over wie patienten mogen helpen. Ik zit daar een beetje met een onterechte bril te zeggen dat het ons een rotzorg zou zijn wie er patienten het best kunnen helpen met weer aan het werk helpen, alleen wij constateren dat er vele smaken zijn. Het zal ons een rotzorg zijn wie iemand nou goed helpt, als iemand nou maar de goeie informatie krijgt. Dus het gaat om het toespitsen op deze beroepsgroep zou dit of dat moeten doen, er zitten soms ook allerlei belangen vanuit de beroepsvereniging achter of beelden over wat de arboarts wel of niet zou moeten doen, terwijl de praktijk toch echt een hele andere is. Dus wij zijn er erg voor om vooral meer empirisch te kijken. Waar vinden mensen/werkenden met een chronisch aandoening nu een informatie en hoe kun je de informatievoorziening dan up to date maken zodat zij daar vinden wat zij nodig hebben.

M: Oke, het zou heel fijn zijn als ik de contact gegevens zou kunnen krijgen. En wat bedoelt u met dat het niet allemaal op de arbeidsgeneeskundige begeleiding te gooien?

A: Nou dat mensen dus niet moeten discussieren over wie de patient zou mogen helpen, en ik stoor mij daar mateloos aan. Want wat ik zei, wij constateren dat in het ene geval de huisarts een prima adviseur zou zijn en in het andere geval helpen mensen zichzelf met bijv via de eerstelijnszorg en vervolgens de arbo arts. Het is allemaal naast elkaar mogelijk, maar het is wel noodzakelijk dat je de goeie en medisch verantwoorde informatie vindt over waar je op moet letten als je weer aan het werk wil gaan of als je je werk wil blijven doen en wat je eventueel op je werk aangepast moet hebben om dat op een goeie manier te kunnen doen. En dus ook te zorgen dat je de goeie dingen met je leidinggevende kunt bespreken. Dus als je het hebt over empoweren van de werkenden, daar valt een grote wereld in te winnen. En dan helpt het om vooral ook te kijken waar zoeken mensen nu hun informatie en hoe kun je die informatie verbeteren. Dus dat is breder dan het spoor van alleen arbeidsgeneeskundige begeleiding, dat is ook relevant, maar dat is niet het enige.

M: Ja, oke, daarvoor is nu ook die KAG om die brug te slaan tussen arbeid en gezondheid, en de patient aan te sturen wanneer hij of zij moet gaan praten met de arts of werkgever en wat zij daar moeten aangeven, dus zij helpen ook bij die empowerment.

A: Want jij noemde aan het begin casussen?

M: Kanker, Parkinson en CVA patienten

A: Oke, misschien zou het aardig voor het onderzoek zijn, om vooral vanuit die casussen te kijken waar vinden die mensen hun informatie en vinden ze ook de goeie informatie en kun je daar een verbetering in aanbrengen.

M: Ja dat zou inderdaad goed zijn voor verder onderzoek. Op dit moment kijken we vooral naar de inrichting van de innovatie, of dat goed is ingericht en of daar draagvlak voor is. Maar wat nu blijkt is dat mensen het allemaal niet zo goed weten. Als je bijv kijkt naar CVA patienten, zij hebben dan net een herseninfarct gehad, dus daar moeten ze mee dealen. En daar komt dan ook nog het stukje arbeid bij. Dus zij weten niet goed wat ze moeten doen en zitten echt een beetje met hun handen in het haar. En dan komen ze dus op het spreekuur van een KAG en die gaat stap voor stap uitleggen welke acties ze kunnen ondernemen. In de praktijk blijkt dat ze daar niet van op de hoogte zijn en dat ze enigzins verloren zijn en niet weten waar ze informatie zouden kunnen vinden.

A: Oke

M: Daarbij helpt nu dus een KAG met het opstellen van een plan, zodat ze weten wat hun mogelijkheden zijn en wat ze zelf daarvoor moeten doen en hoe ze geholpen kunnen worden. Als ik dit zo beschrijf, wat zijn daar dan uw verwachtingen van?

A: Nou volgens mij is het belangrijkste dat de werkenden zelf op tijd de goede informatie of doorverwijzingen vindt. Juist ook om weer te kunnen werken alles weer vindt wat nodig is. Maar dat kan dus ook zijn dat iemand op thuisarts.nl al vindt wat hij nodig heeft. Dus het hoeft niet allemaal via de arbeidsdeskundige begeleiding te zijn, of arbo dienst of huisarts. En sowieso helpt, dat is het achterliggende discussiepunt dat we met de nvab hebben. Dat thuisarts is gebaseerd op de wetenschappelijke richtlijnen van huisartsen, maar daar zitten vaak de arbeidsgerelateerde aspecten niet in. En in de nvab richtlijnen is dat natuurlijk wel, maar die hebben hun informatie dan weer niet bij elkaar neergezet. Dus wij zeggen zorg dat je in ieder geval dat je in de wetenschappelijke richtlijnen wat er

nodig is om beter te worden maar ook wat er nodig is om je werk weer te kunnen hervatten, waarbij het ook heel veel uitmaakt of je .. werk doet of een bus bestuurt.

M: Oke, dus u zegt de informatie moet beschikbaar zijn en dan maakt het niet uit wie erbij helpt.

A: Ja wij constateren dat als je kijkt naar de rolverdeling, daar hebben wij met Lex Durlof ook gesprekken over gehad ook nav het SER advies. Als je kijkt naar nederlandse context, dan zie ik dat VWS en SZW of andere departementen in Den Haag af en toe een knikje geven om danwel met het instituut voor bewegingsziekte op te richten om kennis te verzamelen of dan weer een beroepsvereniging of patientenvereniging een mooie profieldruk te laten maken met de tips en de do's en de dont's. Terwijl als je naar scandinavische landen kijkt, bijvoorbeeld Finland. Daar is gewoon een instituut voor occupational health, waar ze hebben afgesproken dat alle kennis en ontwikkeling in gezondheid daar wordt gebundeld en alle kennisvragen die we hebben. Daar kunnen we daarvoor terecht. Dus mijn voorzichtige indruk is dat het in scandinavische landen, als je kijkt naar finland het beter geregeld is dan hier in nederland. Dus dat hebben wij ook al aan de ... toegeschreven, maar ... Nu heeft de patientenfederatie natuurlijk wel geld gekregen om een landelijk informatiepunt te maken, maarja dat is natuurlijk nog wel hele zwakke afspiegeling van hoe dat in scandinavische landen is geregeld. Dus wij zitten nu ook te kijken hoe we dat goed geregeld krijgen.

M: Wanneer is het dan succesvol is uw ogen? Wat zouden de uitkomstmaten moeten zijn dat het dan succesvol is?

A: Dat is een goede en brede vraag. Uiteindelijk is het doel natuurlijk om ervoor te zorgen dat die best grote groep van mensen met een chronische aandoening aan het werk kan blijven en ook aan het werk kan komen, waar dat nodig is en dat vooral de werkenden zelf dan ook de goede informatie daarvoor vindt en ook in zijn omgeving, in dit geval op de werkvloer van zijn leidinggevende krijgt wat hij daarvoor nodig heeft. Goede ondersteuning krijgt om alles te doen wat nodig is. Maar dat is heel lastig om in algemene termen te zeggen wat dat dan zou moeten zijn. En dan helpt het dus als er in de reguliere zorg in de richtijnen aandacht is voor de werkgeversaspecten en omgekeerd.

M: Oke, en wat is volgens jou het belang voor de maatschappij voor een oplossing voor de problemen waar we het over gehad hebben?

A: nou het maatschappelijke belang heb ik ook in het SER advies opgeschreven. We constateren dat als je kijkt naar de arbeidsdeelname van mensen met gezondheidsproblemen dan is er best wel een kloof in arbeidsdeelname in vergelijking met mensen die gezond zijn. En die kloof is groter in vergelijking met andere landen waar we ons graag mee vergelijken. En omgekeerd hebben liggen er een aantal studies, waarvan 1 recent uitgevoerd in opdracht van VWS, die laat zien dat als je goed inzet op digitaal ondersteuning voor zelfmanagement bij chronisch zieken dat je met gemak 3/4/5 miljard aan maatschappelijke baten realiseert, en niet zozeer in kosten voor de zorg, maar vóóral in een hoge arbeidsdeelname en minder uitval in ziekteverzuim en in arbeidsongeschiktheid. Dus het maatschappelijke belang en het belang ook voor werkgevers en werknemers en mijn vermoeden is dat hoe het in nederland is georganiseerd is dat er nog een hele wereld in te winnen valt. Dus al het onderzoek dat dat kan onderbouwen en hier aanbevelingen in kan doen omarmen we van harte.

M: Oke en wat is dan nog het belang voor MKB nederland hiervan?

A: Bovenaan het lijstje waar bedrijven last van hebben is vooral de lange doorbetaling bij ziekte van 2 jaar die echt buitensporig lang is. Die is vooral gemaakt om werkgevers te stimuleren om werk te maken van ziekteverzuim. Maar de maatschappelijke prijs die je daarvoor betaalt is dat je eigenlijk selectie op gezondheid stimuleert. Dus als je MKB bakker bent met 3 werknemers en 1 daarvan wordt ziek en zelfs nog een 2^e kan betekenen dat je zaak failliet gaat. Dus ziekteverzuim en lange doorbetaling bij ziekte staat helemaal bovenaan het lijstje als je aan ondernemers vraagt waarom zij 's nachts wakker liggen van het werkgevers vak. En omgekeerd, wat je ook ziet bij MKB is dat je leidinggevende ook gewoon warme werkgevers zijn die graag hebben dat hun werknemers met goed herstel aan het werk kunnen komen en er alles aan willen doen wat daarvoor nodig is. maar vaak ook weer niet de tools of informatie hebben om de aanpassing doen die daarvoor nodig is.

M: En kan een KAG daar aan kunnen bijdragen volgens u?

A: Ik vermoed van wel.

Heb jij de SNS visie gezien op hun toekomstvisie, zij hebben dit ook wel op hun wensenlijstje staan. dus het is geen onderdeel. Dat zal ik je opsturen. Van de federatie medisch specialisten, om heel eerlijk te zijn, het staat niet bovenaan hun wensenlijstje, dat is natuurlijk nog een beetje het probleem als je vanuit de reguliere zorg kijkt. Het is al een heel zwaar beroep van arts zijn en er worden al zoveel wensen gelegd op het bordje van de arts. Als je hun dan ook nog vraagt om systematisch aandacht te hebben voor de factor arbeid dan is dat toch vaak het kind van de rekening. Dus dat is de andere kant van het spectrum. Dus het zou denk ik, als je een stap terug doet, maar ik weet niet of dat kan in jullie onderzoek? Als je gewoon meer systematisch beschrijft hoe mensen het nu met bepaalde aandoeningen zoeken en hoe zij goed geholpen kunnen worden. Dus als je ze de informatie kan laten zien dan kan je zeggen de grote winst zit 'm dus om mensen op dit moment hier naartoe te verwijzen of met deze beroepsgroep in contact te brengen, maar dat is nog steeds wel de vraag hoe je dat dan voor elkaar krijgt.

M: Dat is inderdaad ook de vraag. Maar als genoeg mensen het belangrijk vinden en er draagvlak voor is dat dat de eerste stap is. Dan heb ik nog een vraag over de financiering van een KAG. Waar denk jij dat die vandaan moet komen? Zorgverzekeraars/ werkgevers?

A: het hangt er een beetje vanaf. Ik vermoedt dat nu in de meeste gevallen het een investering van de individuele werkgever zou kunnen zijn. Maar goed als er een heel groot maatschappelijk belang is zou je ook gewoon kunnen kijken; moet dat niet uit publieke middelen worden gefinancierd? Het enige waar we aarzelig naar zijn, als je kijkt naar het potje van de zorgverzekeraar. Als je kijkt wat allemaal al bij zorgverzekeraars wordt gedeclareerd wat verzuim moet tegengaan. Als je het andersom zegt, iedere werkgever betaalt al 300 euro aan inkomensafhankelijke zorgpremie aan zorgverzekeraars per werkende, dus dat is best een groot bedrag dus daar zijn we ook alert op dat als je daar met de beste bedoelingen weer wensen bij de zorgverzekeraar neerlegt dat die rekening weer verder oploopt.

M: Is een optie dan ook om beide te betrekken bij de financiering?

A: De eerste vraag zou moeten zijn dat we weten over welk bedrag we het hebben als je het goed zou willen regelen. En wie heeft er voordeel van. Wie heeft financiële voordelen van de investering

die je dan doet want dan heb je daarna ook een logische discussie over als je het dan wil, als het een goede investering is, wat is dan logisch voor de financiering ervan, maar dan wel in die volgorde.

M: Oke, dus dan zou eerst bekend moeten zijn wat de kosten en baten zijn en waar die liggen.

A: Ja

M: Oke en kan MKB Nederland nog iets betekenen voor de realisatie ervan?

A: Nou als jullie verder zijn met het onderzoek ben ik sowieso wel geïnteresseerd in de resultaten en aanbevelingen, dus hou me ajb op de hoogte. En als het gaat om de aanbevelingen of wij die kunnen ondersteunen. Want wij zijn belangenbehartiger voor het MKB. Dan zouden we kunnen aangeven dit zouden we graag willen en dat ondersteunen we van harte. Nog mooier is het als we dat kunnen communiceren naar onze sociale partners van dit ondersteunen wij van harte en dat maakt het ook krachtiger richting het kabinet. Dus dan helpt het wel om ook gewoon goed te kijken naar het advies en dan kun je het ook zo opschrijven dat het ook in het verlengde van het SER advies ligt.

M: Zijn er dan nog andere belangrijke stakeholders die hiermee te maken hebben, naast dat je al KNMG noemde?

A: patientenfederatie, Jeanette van Zee, dat is het goede adres. Lex Burdof is dus de grote expert waar wij vaak gebruik van maken. En kijk laat ik het anders zeggen, ons gaat de dingen om de gezondheidszorg is dat door de hele digitalisering dat ze zeggen dat de zorg zoals we die kennen ingrijpend op de schop gaat. En digitalisering faciliteert vooral ook zelfmanagement, dus wij zien heel veel kansen voor digitaal ondersteunde gezondheidszorg, waarbij mensen zichzelf helpen en minder afhankelijk worden gemaakt van allerlei professionals of van de werkgever of van de zorgverzekeraar. Dus ik zou ook nadrukkelijk kijken naar kansen van digitalisering zoals presentatie wat ik gestuurd heb. En dat klinkt misschien abstract, maar thuisarts is een prachtig voorbeeld, als je met een overzichtelijke website waar je richtlijnen, als je daar in 3 jaar tijd 12% van de huisarts minder kan voordat die website er was. Hoe is prachtig voorbeeld van hoe je kunt laten zien dat als je mensen goed informeert ze minder afhankelijk worden van in dit geval de huisarts.

M: Daar hebben we nog niks mee gedaan, dat zal ik meenemen. En als we het dan nu weer hebben over de KAG, sta je daar dan positief of negatief tegenover? Moeten we ons daarop richten of moet het van andere vlakken komen zoals digitalisering en informatievoorzieningen?

A: Ik vind het lastig om te zeggen we zijn voor of we zijn tegen, kijk als het helpt dan ben ik voor. Alleen de voorliggende vraag is: hoe vinden mensen nu hun informatie en hoe past deze beroepsgroep daar dan in. Omgekeerd als je volgens mij kijkt vanuit die Scandinavische ervaring, maar dan spreek ik Lex Burdof na, leert het wel dat arbeidsgerelateerde zorg en reguliere zorg zoals we dat in Nederland hebben gescheiden, als je al vanuit het ziekenhuis iemand even goed meekijkt, eventueel in een behandelteam en kijkt wat er op het werk nodig is wil je als patient weer aan het werk kunnen komen, dat lijkt me hartstikke nuttig en moeten we vooral ook doen. Of het in alle gevallen nuttig is dat is weer een andere vraag en het vervelende van deze discussie is vinden wij zelf, of je dan ook weer een hele stelseldiscussie krijgt van moeten we dan het hele onderscheid tussen reguliere en arbeidsgerelateerde zorg afschaffen. Daar hebben we een heel gedoe over, dus wij proberen die stelseldiscussie een beetje te vermijden. Maar die hangt hier wel boven de markt. Maar ik heb hier wel het

vermoeden dat in scandinavische landen het wat dat betreft beter geregeld en georganiseerd hebben dan het in nederland is.

M: Oke dat is duidelijk, dan samenvattende vragen: Kan je aangeven hoe belangrijk het probleem is op een schaal van 1 tot 10

A: Vanuit het werkgeversperspectief: 6

M: Hoe zinvol KAG op schaal van 1 -10

A: dan zou ik zeggen een 7, maar dus niet in alle gevallen, alleen waar het nuttig is.

M: hoe haalbaar dat de zorginnovatie onderdeel wordt van de reguliere zorg?

A: 3

M: in welke mate bereid invloed aan te wenden om dit te realiseren

A: daar geef ik nog geen antwoord op, dan zou ik eerst de resultaten willen zien, maar mijn praktische tip zou zijn om bij dit soort onderzoeken, want daarom zitten wij ook in de begeleidingscommissie van het AMC onderzoek. Het kan handig zijn om te kijken hoe het is op te nemen. Want dan kan je ook met stakeholders met elkaar bespreken om te kijken wat vinden we ervan en dan kun je hierin ook de vervolgstappen opnemen.

M: Waarin opnemen, je viel weg?

A: begeleiding... als we het onderzoek hebben afgerond dat je in gesprek kan met ons wat vinden we van de aanbevelingen die eruit komen en zijn we bereid om onze schouders eronder te zetten. En misschien helpt het ook nog wel om te kijken hoe het in andere landen geregeld is en misschien helpt het wel om nog kort te beschrijven hoe ze en in finland hebben gedaan en zo hebben we het in nederland ook gedaan, dat kan misschien je casus versterken. Ik zou dan proberen te vermijden dat je de discussie krijgt over andere stelsels, maar misschien is daar in de wetenschappelijke literatuur ook wel goeie onderbouwing voor de toegevoegde waarde als je het op die manier organiseert.

M: Oke, dan ga ik daarmee aan de slag. Dat waren mijn vragen, bedankt.

Interview transcript SER, Eva Buwalda, beleidsmedewerker Directie Sociale Zaken

(na uitleg)

M: Ik zou dus graag wat vragen willen stellen over deze zorginnovatie.

E: Nou ik gaf je al aan dat ik niet zeker weet of ik alle vragen kan beantwoorden, maar dan zal ik ze noteren en even aan een collega voorleggen, brand maar los en dan kijk ik even wat ik daarover kan zeggen.

M: Fijn, mijn eerste vraag is of u vanuit uw werk de geschetste problemen herkent?

E: Het probleem dat gaat over de aansluiting tussen arbeids- en curatieve zorg? Dat is iets wat ik helemaal herken en wat we ook duidelijk in de SER rapporten schetsen, dat de samenwerking er onvol-

doende is en dat daar dus meer aan gedaan zou moeten worden om die samenwerking wel mogelijk te maken. Het probleem is wel, natuurlijk hoe je dat dan doet, wie er verantwoordelijk is en hoe je dat dan uitvoert. Dat is natuurlijk niet zo heel erg makkelijk, maar wat bij de SER aan de orde is, is dat er überhaupt veel discussie is tussen werkgevers en werknemers over bijvoorbeeld de positie van de bedrijfsarts en bijv vragen als; wat vertel je überhaupt wel en niet als je een diagnose krijgt. Dus in hoeverre deel je dat met je werkgever en hoeverre laat je die afstemming tussen je behandelaar en werkgever laat je dat toe. Want je hebt ook, waar met name de vakbonden op hameren, is de privacy, waar je als werknemer toch recht op hebt. Daar staan ze gewoon heel erg voor in nog steeds. Maar an sich dat knelpunt, dat die afstemming er nog onvoldoende is en dat daarnaast nog over hoe dat te verbeteren, dat ken ik absoluut ja, dat is echt wel een belangrijkpunt ja, ook in de SER adviezen.

M: Ja, want daar zijn inderdaad een heleboel dingen al in opgeschreven, worden daar al stappen in gemaakt?

E: even nadenken hoor, ik weet daar niet zo heel veel over, ik weet dat er wel stappen gezet worden, maar dat is op zich buiten onze blik. We hebben natuurlijk zeker in het laatste advies van 2016 hebben we dat punt duidelijk benoemd, en wie, welke actoren er een rol in zouden hebben. Ik hoor ook wel over verscheidene initiatieven, daar is een initiatief wat op de conferentie werd gepresenteerd een goed voorbeeld van. Maar het is duidelijk dat het nog geen gemeengoed is, niet gewoon of gebruikelijk en dat het ook nog niet zo in ingecorporeerd van zowel artsen en werkgevers om die verbinding te leggen. Het is natuurlijk lastig hoe dat wel zou moeten, maar wat we bijv vaak gezegd hebben is; werk zou een vast onderdeel moeten vormen van een behandelplan wat je met je arts bespreekt. En een arts zou dat dus ook moeten leren al vanuit de opleiding dat ze zich daarmee bezig houden. En dat gebeurt natuurlijk al wel, maar dat ligt dan een beetje aan de arts. En de ervaring daarvan, en dat is dus nog, dat bedoel ik met dat gemeengoed, nog geen alledaagse praktijk op alle plaatsen. Dus kortgezegd, we zien wel initiatieven en daar storten we ons dan op want dat vinden we allemaal heel interessant, maar we zien ook dat het nog niet, geen gewoon is.

M: Oke, en wat vindt u dan van de zorginnovatie met die KAG als oplossing hiervoor?

E: Dat is wel een initiatief wat dan met heel veel belangstelling wordt bekeken. Vanuit werkgevers en werknemers wordt daar ook kritisch naar gekeken en vaak worden dan ook weer de geeikte argumenten gebruikt; wat ik net al zei, is dat werknemersorganisaties heel snel zeggen; wat betekent dat voor de privacy en voor je rechten e.d. en zo kun je vanuit de werkgeverspositie ook nog wel wat bezwaren bedenken. Maar ik heb wel de indruk dat er heel belangstellend wordt gekeken naar nieuwe initiatieven. En dat er wel, dat merk ik op die conferentie van een aantal weken geleden, dat het ook wel heel erg zoeken is, in hoeverre kun je die initiatieven duurzaam blijvend laten zijn. Dat is natuurlijk ook nog wel, omdat er bijv maar financiering is voor een bepaalde tijd. Dan is het voor eventjes leuk, en hoe succesvol ook, kan het dan toch geen doorgang vinden omdat het niet structureel wordt ingebed, of dat er geen structurele financiering voor is, dus dat is wel lastig. Ik zie nu vooral dat de belangstelling dan vooral is; wat is dat mooi wat kunnen we daarvan leren? Maar de structurele borging van dat soort initiatieven is ook nog wel een uitdaging.

M: Ja dat is inderdaad de vraag nu o.a. Dat is ook een van mijn vragen; wat uw ideeën daarover zijn, zou dat van de zorgverzekering moeten komen of ergens anders vandaan?

E: Ik vind dat moeilijk om te zeggen omdat ik daar niet zo goed inzit. Maar wat ik wel nu bijvoorbeeld zie is dat als het gaat over, een van de adviezen uit het SER advies uit 2016, was ook het inrichten van een centraal informatiepunt. Een informatiepunt waarbij zowel werkgevers als werknemers terecht kunnen voor informatie over werken met een chronische aandoening, om ook op die manier de informatievoorziening en de dialoog tussen werkgevers en werknemers te bevorderen. En daarbij zie je eigenlijk wel hetzelfde knelpunt. Dat de structurele financiering het probleem is, en dat is natuurlijk heel vaak met financiering, dat als puntje bij paaltje komt dat iedereen naar de ander kijkt. En daarbij zie je dus ook wel dat er dan, er wordt heel vaak gezegd; we moeten kijken wie er het meest belang bij heeft, het meeste winst bij heeft en die zou het moeten betalen. En in het geval van het initiatief wat jij beschrijft zou je natuurlijk ook heel goed kunnen stellen dat werkgevers een belangrijke winst en financiële winst ook, en dat je dus zou kunnen zeggen dat ze dan ook bereid zouden kunnen of moeten zijn om hierin te investeren. Maar dat is niet zo makkelijk als dat we dat nu zeggen. Enerzijds is niemand natuurlijk bereid om gelijk zijn portemonnee te trekken, anderzijds zullen werkgevers natuurlijk ook zeggen; in hoeverre weten we al wat het ons oplevert en op welke termijn? Dus ik vind het moeilijk om 1 partij aan te wijzen, of dat zorgverzekeraars zijn, dat kan ik onvoldoende beoordelen, maar je zult wel in elk geval naar creatieve oplossingen moeten zoeken, omdat het vertaalsel, van die partij heeft er winst van, dus die moet ook betalen, die is gewoon niet 1 op 1 te leggen.

M: Dus daar zou dan meer onderzoek naar gedaan moeten worden?

E: Ja, nou ik denk dat dat wel kan helpen inderdaad. We hebben daar met elkaar ook al veel over gesproken hoor, vooral met dat informatiepunt, wat kun je er dan wel aan doen. Ik denk inderdaad dat het wel heel erg zou helpen als je dat zo concreet mogelijk inzichtelijk kan maken, want dat vinden ze wel heel erg interessant. Ik denk dat bijvoorbeeld; een aantal jaar geleden is er een rapport verschenen, dat ging over de opbrengst van zelfmanagement d.m.v. eHealth toepassingen, en als je dat in de zorg invoert, hoe mensen zichzelf beter kunnen verzorgen, bijv als ze psychische klachten hebben, hoe daarmee om te gaan.

M: Dat heb ik gezien ja.

E: Zij hebben in cijfers aangetoond hoeveel dat dan oplevert. En dat merk je dan bij VNO-NCW, de werkgeversorganisatie die in de SER is vertegenwoordigd, dat is super interessant. En dat is voor hun echt iets om in handen te hebben, hier staat het, dus echt een legitimering. Dus ik kan me dat wel goed voorstellen dat dat echt zou kunnen helpen ja.

M: Dat vonden wij ook al, alleen op dit moment loopt de zorginnovatie nog niet lang genoeg, zodat we patiënten lang genoeg kunnen volgen om hier iets over te kunnen zeggen. Maar dat is inderdaad een volgende stap. Maar het is nog moeilijk te zeggen waar die baten terecht komen, het is duidelijk dat er verbetering is voor de maatschappij is zijn geheel, maar nog moeilijk om te zeggen waar de winst ligt.

E: Zeker, ik merk dat werkgevers, die wijzen inderdaad vaak naar de overheid en de ministeries omdat ze inderdaad het argument gebruiken; de samenleving in zijn geheel heeft er baat bij en je zou het ook moeten zien als een nationale verantwoordelijkheid. Daar valt natuurlijk ook wat voor te zeggen. Nouja goed, het zou inderdaad helpen om het inzichtelijk te krijgen waar dan de baten neervallen, maar dan alsnog kun je dat dan heel moeilijk vertalen in jij hebt er zoveel profijt van dus jij betaalt ook zoveel. Dat is natuurlijk lastig te zeggen.

M: Ja, want ik zeg dat wel, maar wat denkt u over het belang van deze zorginnovatie voor de maatschappij in zijn geheel, van die KAG specifiek?

E: Ja zoals het voorbeeld van Desiree Dona. Ik moet zeggen dat toen ik het, naast dat ze het op een hele mooie manier presenteerde, merkte ik ook vanuit de zaal dat het wel op heel veel belangstelling kon rekenen en dat dat wel in die zin veel mensen interesseert en ook wel belangstelling is om dat ook breder toe te passen, dus ik denk wel dat je het van dat soort initiatieven moet hebben, dat dat ook de meerwaarde kan geven.

M: Oke, en wat zou dan het belang hiervan zijn voor de SER?

E: Dat je dus ziet, ook al duurt het een aantal jaar, dat we ook vanuit werknemers en werkgevers en kroonleden bepaalde belemmeringen constateren en aanbevelingen doen, zo gericht mogelijk. Maar uiteindelijk moet het natuurlijk opgepakt worden in het land, z gezegd. Door allerlei mensen zelf, en het is heel mooi om te zien dat dat dan ook gebeurt. En als je dat dan weer terugvertaalt, is dat dan uiteindelijk ook voor onze organisatie, de werkgevers en de werknemers wel winst. Dat is natuurlijk allemaal lange termijn en wat abstracter, maar in die zin zijn wij daar natuurlijk blij mee.

M: Oke, heeft u dan nog bedenkingen over de haalbaarheid om dit onderdeel te maken van de reguliere zorg?

E: Ik denk dat de belangrijkste vraag, maar dat hebben we samen al geconstateerd, dat dat is hoe je dat structureel inbed. En structureel inbed in de organisatie en inbed in hoe het gefinancierd wordt. Maar als je dat weet te tackelen, daar een modus voor vindt, dan denk ik dat je een hele mooie oplossing te pakken hebt.

M: Ziet u dan verder nog bezwaren?

E: Daar zal ik nog even over nadenken, en als ik nog wat bedenk zal ik daar nog even bij je op terugkomen. Ik zit ook nog even met in mijn achterhoofd, zeg maar de werknemersbril en de werkgeversbril te bekijken. Nah ik denk dat we de belangrijkste bezwaren wel hebben, maar ik zal het model nog even bekijken en dan kijk ik of ik er nog iets aan toe kan voegen.

M: Oke bedankt, zou de SER een rol kunnen spelen in de realisatie ervan? Of wellicht als de cijfers van de kosten en baten er zijn?

E: Ja wellicht wel, het is wel een op zichzelf staand initiatief, het zou mooi zijn als we meerdere van dat soort initiatieven hebben of dit initiatief vanuit verschillende gezichtspunten bekeken. Dan zou het wel mooi zijn om dat nog eens naar de SER toe te halen, daar hebben we ook over gesproken op die conferentie van een aantal weken geleden, dat er meerdere goede voorbeelden werden genoemd, dat het wel mooi zou zijn om dat over een aantal jaar weer te bekijken en dan ook te bekijken; we hopen dan niet opnieuw te moeten zeggen; dit moet er nog allemaal gebeuren, maar dat je dan ook mooi terug kan kijken en daar een vervolgstap aan kan geven. Dus dat is een rol die de SER zou kunnen vervullen vanuit wat wij noemen de platformfunctie en dialoogrol. En dan kan ik me ook wel goed voorstellen; we werken vooral met initiatieven op aanvraag van 1 of meerdere ministeries, maar als er bijvoorbeeld nog toekomstige adviestrajecten lopen die raken aan dit thema, dan zou ik het wel heel mooi vinden om weer contact te hebben en dat dan ook weer als voorbeeld te laten zien.

M: Oke dat is mooi, en zijn er dan nog samenwerkingsverbanden die de SER heeft met andere stakeholders die hierin nog een bijdrage zouden kunnen leveren?

E: Nou we werken natuurlijk heel nauw samen met de ministeries, in dit geval van SZW en VWS, zij waren beide ook aanwezig op die conferentie. En daar merk je net zo goed als op de werkvloer en rondom een chronische aandoening of ziekte, dat die samenwerking tussen VWS en SZW niet altijd vanzelfsprekend is, dus daar proberen wij ook wel ons voor in te zetten, dat dat soort overkoepelende thema's samen worden gebracht tussen ministeries. Dus daar hopen we ook nog wel, ook in de toekomst, een rol in te kunnen spelen.

M: Want wat ik nu hoorde was dat ze daar nog geen harde uitspraken over durven te doen.

E: Nee, dat klopt, maar volgens mij, mijn indruk was wel dat ze belangstellend waren. Maar dat ze inderdaad ook zoiets hadden van; eens even kijken hoe dat allemaal gaat, zo een beetje.

M: Ja oke, dan zou het dus eerst echt doorgerekend moeten worden.

E: Ja dat zou inderdaad wel helpen, zeker. En ik denk ook wel dat als, maargoed dat is ook niet zo makkelijk, dan kom je een beetje bij het kip-ei verhaal. Maar dat als je ziet dat een dergelijk initiatief op meerdere plaatsen wordt uitgevoerd of uitgeprobeerd, dat kan vaak ook al helpen om dan te laten zien, dat het niet iets is wat maar op een plek gebeurt, maar wat breder gedeeld wordt.

M: Ja dat het leeft.

E: Precies.

M: Oke, wanneer is het nog meer succesvol in uw ogen, als de kosten-baten positief vallen, maar zijn er nog meer dingen die we zouden moeten meenemen waarover we dan kunnen zeggen hierdoor is het succesvol?

E: Nou dat klinkt misschien vaag en dat zijn misschien moeilijk meetbare dingen, maar waarin we in het advies ook de nadruk leggen was de vanzelfsprekendheid waarmee zowel op de werkvloer gekeken zou moeten worden naar hoe omgaan met chronische aandoeningen of een ziekte, maar ook vanuit de zorg hoe rekenschap wordt genomen met werk. Dus dat die twee actoren niet los van elkaar opereren maar. Dus als een arts tegen mij verteld je hebt die vorm van kanker en we gaan deze behandeling doen, dat het dus vanzelfsprekend is dat werk dan ook direct een bespreekpunt is. Dat is natuurlijk meer een zachtere, dat kan je moeilijk meten, maar als het op een bepaalde manier onderdeel uitmaakt van waar je met elkaar over spreekt, dat zou ik een hele mooie winst vinden, als dit initiatief daar ook een bijdrage aan levert.

M: Oke, in het rapport zag ik ook dat er een verdeeld advies was over of er een stelselaanpassing zou moeten komen.

E: Ja dat is in het rapport van 2014, dat is inderdaad, ik was daar zelf niet bij betrokken, maar wat ik ervan weet is dat werkgevers en werknemers organisaties er niet met elkaar uit konden komen. Dat heeft tot op de dag van vandaag leidt dat tot littekens. Omdat je merkt inderdaad dat het dan lastig is om een stelselwijziging voor te stellen en ook in werking te zetten. Daar wordt te veel van mening verschilt over toch wel redelijk basale zaken van zo'n stelsel en de manier waarop je dat inricht. Ik weet er te weinig over om te kunnen zeggen waar die tegenstellingen precies liggen, maar dat zou ik

wel nog aan een collega kunnen vragen als je daar meer over wil weten. Dat dat tot een verdeeld advies heeft geleid dat is helder, en dat is wel teleurstellend.

M: Waar ik vooral benieuwd naar ben is wat de argumenten zijn om het niet door te willen voeren. Weet u dat?

E: Nee, maar dat zou ik wel kunnen navragen. Dus die vraag schrijf ik even op, dat zet ik op de mail

M: Dat is heel fijn. Dan zou ik graag nog wat samenvattende vragen willen stellen. Op een schaal van 1 tot 10 wat zou u dan zeggen over hoe groot het probleem is waarvoor we deze zorginnovatie hebben ingericht?

E: Ik zou zeggen een 8.

M: En hoe zinvol vindt u dan de zorginnovatie met de KAG, als oplossing van dit probleem op een schaal van 1 tot 10.

E: Ik zou zeggen een 7.

M: Oke, en hoe haalbaar acht u dat dit onderdeel wordt van de reguliere zorg op een schaal van 1 tot 10?

E: Ik denk een 6.

M: En in welke mate bent u bereidt om uw invloed en van de SER aan te wenden om dit te realiseren?

E: een 6.

M: En hoe staat u nu tegenover deze zorginnovatie; positief of negatief.

E: Positief.

M: Oke, dat waren mijn vragen, heel erg bedankt.

Interview transcript UWV, Herman Kroneman, medisch adviseur en verzekeringsarts

(na uitleg)

M: Herkent u vanuit uw werk en positie het geschetste probleem?

H: Jawel, ja ja. Dat hoor je wel vaker van mensen, met name met de aandoeningen die je noemde, dat er toch vragen zijn bij veel patienten over hoe moet dat nu verder en hoe moet ik mijn relatie op mijn werk verder oppakken. En wat zijn mijn rechten en plichten. Dat zijn bekende vragen die altijd voorkomen in een ziekteproces, wat wat langduriger is of eventueel chronisch. Ja.

M: Oke, en wat vindt u van de zorginnovatie zorg voor arbeid als oplossing hiervoor, zoals ik het beschreven heb?

H: Nou ik denk dat een stukje voorlichting naar een patient toe over de mogelijkheden, maar ook naar de werkgever van belang is grip te kweken om de arbeidssituatie op het werk, dat de werkgever

ongeveer weet wat hij kan verwachten van deze client. Hoe ziet zijn toekomstige arbeidsleven er mogelijk uit. Een aantal, dat zal niet in ieder stadium en fase van de ziekte helemaal scherp zijn, maar wanneer er een meer chronisch karakter komt van de klachten, dan zijn dat wel vragen die naar voren komen. En dat geldt denk ik ook voor een patient die wil weten; wat kan ik nou wel en wat kan ik nou niet, doe ik er verstandig aan om wel of niet het werk te hervatten. Dus in die zin zie ik zo'n second opinion van zo'n KAG, vind ik dat wel belangrijk. Dat die mogelijkheid er is voor patienten.

M: Oke en wat zijn uw verwachtingen dan van zo'n project als deze?

H: ik denk dat het kan helpen om mensen toch langer participierend bij een werkgever, bij hun eigen werkgever in dienst te houden. Want dat is natuurlijk het belang he, het stelsel zit zo in elkaar dat wanneer je je eigen werk niet meer kan doen gedurende 2 jaar, dat je dan een WIA beoordeling krijgt en een WIA uitkering aanvraag en dat daarna het dienstverband wordt ontbonden bij de werkgever. Dat is zoals het stelsel in elkaar zit. Maar bij veel ziektebeelden is het zo dat de tijd voor herstel, de tijd die nodig is om weer structureel aan werk te denken, is vaak wat langer dan 2 jaar, zeker als het complexe behandelingen geeft. En dan zou je zo'n proces van terugkeer bij de eigen werkgever al doorkruizen door het dienstverband te ontbinden bij die WIA aanvraag en dat zou jammer zijn. Dus in die zin denk ik dat het project kan beide aangaan. Een stukje begrip bij werkgever en werknemer om toch samen naar oplossingen te kijken, die ertoe lijden dat een client langer bij zijn eigen werkgever in gedeeltelijk aangepast werk kan functioneren.

M: Oke en ziet u ook obstakels of bezwaren?

H: je kunt natuurlijk niet alle problemen wegnemen, voor een werkgever zal natuurlijk van belang zijn; van hé ik moet ook via een economische bril naar mijn bedrijf kijken. En ik kan natuurlijk wel van alles willen met een patient die gemankeerd is, maar wat betekent dat voor mijn verdienmodel. Dus ik denk dat van belang is dat je als curatieve arbeidzorg, of arbeid en zorg probeert ook aandacht te hebben voor het economische aspect van dit soort patienten, waarbij je het liefst in een businesscase duidelijk zou maken dat er een positief verdienmodel aan vast zit. Ook al kunnen patienten natuurlijk maar een onderdeel van hun eigen werk doen, en ook misschien wel maar halve dagen, kunnen we misschien toch nog een nuttige bijdrage leveren voor die werkgever. Dus daar zie ik wel een belangrijk motief om vooral dat economische aspect ook mee te nemen.

M: Oke, en wanneer zou het in uw ogen succesvol zijn, wat zouden we moeten meten om te kunnen zeggen het is succesvol?

H: je zou eigenlijk natuurlijk kunnen kijken naar die drie beelden die je noemt, kanker, parkinson en CVA patienten dat je probeert te kijken of het percentage dat bij eigen werkgever blijft van de mensen die uitvalt, of dat verhoogt is, of dat dat verbeterd. Natuurlijk is het zo dat die mensen die worden ziek, vallen uit, sommige zullen gedeeltelijk hervatten. Het is natuurlijk interessant om te weten hoeveel % daarvan krijgt WIA beoordeling, zonder KAG en hoeveel % krijgt een WIA beoordeling die meedoen met het project. En wat betekent dat voor ontbinding van dienstverbanden van deze werknemers, wordt dat ook minder op den duur? En wat is het % return to work. Dat is natuurlijk ook een belangrijk eindpunt van een onderzoek. Dus via, je zou een evaluatie onderzoek, vergelijkend onderzoek met een aantal harde criteria waar je wat aan hebt, die er toe doen. Maar ik neem aan dat jullie dat ook wel gedefinieerd hebben.

M: Dat klopt inderdaad, daar hebben we al over nagedacht, maar het is nog in de beginfase, dus we hebben patiënten nog niet lang genoeg kunnen volgen, dus dat is een volgende stap.

H: Ja hoe lange intake, of hoelange observatieperiode willen jullie hebben? 1 jaar ofzo.

M: Ik geloof 4 jaar zelfs.

H: 4 jaar, ohja dat is prima

M: want wij vinden dus eigenlijk dat het onderdeel moet worden van de reguliere zorg. Welke stappen denkt u dat nodig zullen zijn om dat onderdeel te laten uitmaken van de reguliere zorg?

H: Nu maak je opeens hele grote stappen, van iets dat zich nog in een onderzoeksstadium bevindt. En de eerste stap is natuurlijk dat je moet aantonen dat het succesvol is. Op die eindpunten, en dan is de vraag hoe ga je dat verbreden en daarvoor is een aantal dingen nodig denk ik. Je zou verbreding van het aantal KAGs moeten hebben op deze drie diagnosen, en je zou denk ik bij werkgevers stukken voorlichting in de regio moeten gaan geven. Je moet bij de beroepsvereniging aankloppen. Dat zijn natuurlijk allemaal van die wegen die je moet bewandelen daarvoor. Je moet bij curatieve artsen bekend maken, regionaal dat er een KAG is die adviezen kan geven op deze vakgebieden etc. Dus dat is zegmaar implementeren voortkomend uit dit project. En daarna kun je natuurlijk als het succesvol is dit verbreden naar andere ziektebeelden toe.

M: Oke, en waar zou volgens u de financiering op dat moment vandaan moeten komen?

H: Ik denk in ieder geval zou die KAG vanuit de zorg betaald moeten worden. Ik zie dat ook als een tweedelijns specialist die onder de zorg acteert en verwijzingen die hij doet, daarvan is te overwegen, een deel zou zorg zijn als het gaat om verbeteren van functioneren, trainen en dat soort zaken. Een ander deel zal meer begeleiding op het werk zijn, daar zijn ook bepaalde voorzieningen voor, daar ligt ook een stuk van de werkgever die dat moet financieren. En daar kom je weer terug bij een positieve business case, als je inzichtelijk maakt voor een werkgever dat investeren in dit soort patiënten rendeert, dan is die natuurlijk veel sneller bereid om daarin te investeren dan dat hij niet weet wat het voor consequenties heeft.

M: Oke dus u zegt een gedeelte bij zorgverzekeraar en een gedeelte bij de werkgever.

H: Ja, dat lijkt mij redelijk. Ook omdat de eerste 2 jaar van ziekte, privaat gefinancierd wordt.

M: Oke, en wat zou volgens u het belang voor een oplossing voor de problemen voor de maatschappij in zijn geheel?

H: Waar denk ik iedereen blij van wordt is als patiënten met een aandoening toch in staat zijn om door te functioneren, om te blijven participeren. Ik denk dat dat goed is op alle fronten. Uit allemaal onderzoek is ook bekend dat het participeren, het deelnemen van patiënten aan arbeid bijvoorbeeld ook leidt tot minder zorgconsumptie, minder sociale problematiek, ze hebben het gevoel dat ze een nuttige rol hebben in de maatschappij. Dus ik denk dat dat het grote belang is. En ook dat we langzamerhand toe moeten naar een situatie waarin het normaal is dat niet iedereen normaal is op een werkplek, maar dat we ook moeten dealen met collega's die maar een klein deel van hun werk kunnen. Bij veel organisaties is dat ook al normaal, maar ik denk dat dat nog wel wat beter kan. Vaak worden patiënten toch nog wel gestigmatiseerd. Dat is een ding, en ten tweede denk ik dat het goed

is dat we meer naar een inclusieve maatschappij toe moeten, waarin patienten niet geschikt moeten worden gemaakt voor een baan, maar een situatie waarin het werk om de client heen wordt gekneed en passend wordt gemaakt op wat de patient kan. En dat laatste dat doen we eigenlijk nog wat te weinig. We hebben het vaak in het zoeken naar werk over bestaande functies en vacatures. En er zou veel meer bereidheid moeten zijn om te kijken wat kan deze patient aan voor taken en lukt het om een geschikt takenpakket voor hem samen te stellen waarin iemand kan werken.

M: Oke, en wat zou daarvoor nodig moeten zijn, voor meer bereidheid bijvoorbeeld daarvoor te creëren?

H: Voorbeelden, succesvoorbeelden communiceren, voorlichting aan werkgevers. Zet dit soort dingen in de etalage vanuit patientenverenigingen, maar ook voor werkgevers en op werkgeverscongressen. En laat op een of andere manier zien dat dit onderdeel is van maatschappelijk ondernemen. Werkgevers die zich op deze wijze profileren die moeten een waarderende plek krijgen in het geheel. Dat leidt ertoe dat meer werkgevers dit zullen gaan doen.

M: En denkt u dat dit al gebeurt?

H: Op kleine schaal gebeurt dit al, omdat wij als organisatie daar ook mee bezig zijn, hier en daar om toch te proberen om mensen met een WAJONG uitkering ergens te plaatsen die niet op een normale functie terecht kunnen, maar die wel in staat zijn om 1 of 2 taken van een functie te kunnen uitvoeren. Dus dat vraagt wel maatwerk en vraagt veel investering maar het loopt wel.

M: Oke, heeft u nog bedenkingen over de zorginnovatie zorg voor arbeid met de KAG in het behandelteam, of voorziet u problemen?

H: Nou ik denk dat het lastig zal worden om inzichtelijk te maken of het wel of niet succesvol is, dat hangt natuurlijk van de studieopzet af, ik weet niet welke eindpunten er zijn gekozen, maar je hebt nogal grote aantallen nodig denk ik om significant verschil te kunnen laten zien, en gelet op de incidentie van bijv kanker, dat is bij ons maar 1 tot 2% van de instroom van de WIA, dus dat is al heel laag denk ik dat dat lastig wordt. Dat geldt voor Parkinson ook, dus je volgt een cohort van 1 jaar, gedurende 4 jaar lang om te kijken wat er allemaal gebeurt. Dan heb je dus de instroom te pakken bijvoorbeeld in de WIA van 1 jaar, dat is niet zo groot. Dus ik denk dat jullie heel groot moeten kijken naar de evaluatie van jullie studieopzet.

M: Oke, dat nemen we mee. En kan het UWV nog een rol spelen in dit verhaal, het ondersteunen?

H: Nou wij kunnen denk ik wel laten zien wat we hebben aan instroom van kanker en parkinson in de WIA, dat kunnen wij uitdraaien als jullie dat nodig zouden hebben.

M: Dat is al goed om te weten, en bent u bereid om uw invloed in te zetten om het onderdeel uit te laten maken van de reguliere zorg?

H: Nou zeker, als het succesvol is, is het zeker verstandig om, dan moet je bedenken hoe je de aandacht van de stakeholders vraagt. Dat zou je bijvoorbeeld kunnen doen door een invitational conference, waarbij je de 3 patientengroepen uitnodigt, belangrijke werkgevers, zorgverzekeraars, UWV bijv en een paar grote arbodiensten; ARBOMed en ARBOuni bijv, dat zijn grote arbodiensten, en dan

zou je daar succesverhalen kunnen delen en eens ideeën kunnen neerleggen van hoe kunnen we hier nu mee verder.

M: Oke, u noemde er net al een aantal, maar zijn er verder nog belangrijke stakeholders waar het UWV in verbinding staat die een bijdrage zouden kunnen leveren aan het proces?

H: Nou we hebben zelf natuurlijk ook een kenniscentrum waarin we onderzoek doen. En verder, ja ik denk wel dat wij, we zouden in ieder geval kunnen participeren in zo'n conference bijvoorbeeld. En wat we ook zouden kunnen doen om te kijken, hoeveel loonsancties zijn er nu zoal op deze 3 diagnosen per jaar. Want een loonsanctie geven we als, kijk werkgever en werknemer zijn beide verplicht op reïntegratieinspanningen te doen, bij wet zijn ze dat verplicht in geval van arbeidsongeschiktheid. Gebeurt dat onvoldoende, naar het oordeel van het UWV, en dat kan zijn doordat de werkgever onvoldoende beschikbaar stelt aan bijv passend werk, of een werknemer die stelt zich onvoldoende coöperatief op. Dan zou er een loonsanctie kunnen worden opgelegd. Dan zouden we dus kunnen kijken in hoeveel gevallen is dat nou bij deze diagnose opgetreden. En dat geeft op zich weer handvatten voor werkgevers, maar ook werknemers tot verbetering.

M: Oke, ik begrijp het. Dan zou ik graag nog een aantal samenvattende vragen willen stellen. Kunt u aangeven hoe belangrijk voor u het probleem is waar we het over hebben gehad op een schaal van 1 tot 10.

H: Dan zou ik zeggen een 7

M: En hoe zinvol vindt u dan de zorginnovatie zorg voor arbeid als oplossing hiervoor op een schaal van 1 tot 10.

H: Dan zou ik denk ik ook, dan doe ik een 8.

M: Oke en hoe haalbaar acht u dat het onderdeel wordt van de reguliere zorg?

H: Dat is afhankelijk van dit project. Wat mijn inschatting is, nou ik denk een 7.

M: Oke, en in welke mate bent u bereid om uw invloed aan te wenden hiervoor?

H: Ook afhankelijk van de uitkomst van het project, maar een 8.

M: Oke, en nu we alles hebben besproken staat u dan positief of negatief tegenover dit project.

H: Ik sta er positief tegenover, ik vind het een mooi initiatief.

M: Oke, dat is goed om te weten, dan weet ik nu voldoende. Dan gaan we hiermee verder. Heel erg bedankt voor uw tijd.

