



*Sterk naar Werk*

# Sterk naar Werk werkt!

De resultaten van een zorginnovatieproject

Dag van de Arbeid en Gezondheid 2010



2  
Frans Nijhuis licht toe



4  
De resultaten op een rij



10  
Een business case voor  
Sterk naar Werk

## Frans Nijhuis, voorzitter van de adviesraad van Sterk naar Werk: “Participatie in de eerste lijn werkt”

Frans Nijhuis

Bij de opening van de Dag van de Arbeid en Gezondheid (DAG) op 1 oktober 2010, waaraan zo'n honderd mensen deelnamen, lichtte Frans Nijhuis, voorzitter van de adviesraad van Sterk naar Werk, de onderzoeksresultaten van de pilots toe. Hij tekende daarbij aan dat het project vrij kort gelopen heeft, en dat er vele leerpunten te benoemen zijn. Maar zijn overall conclusie luidde: “Participatie in de eerste lijn werkt!”

“Sterk naar Werk heeft een voorgeschiedenis”, zo vertelde Nijhuis bij de opening van de DAG. “De patiënt verdwaalde tussen de vele mensen die hem raad en adviezen gaven. Hij kreeg van alle kanten te horen wat hij moest doen. In dit project hebben we de werkende weer centraal gesteld, zodat hij zijn eigen participatie weer vorm kon gaan geven.”

Arbeid en gezondheid hebben een complexe interactie met elkaar. “Arbeid wordt vaak gezien als gezondheidsbedreigend, maar het is ook gezondheidsbevorderend. Het is juist vaak een middel om gezond te worden en te blijven. Objectieve gezondheid zegt weinig over de participatie. Helaas voelt de werkende met gezondheidsklachten zich vaak overgeleverd aan de zorg en geeft te vaak zijn regie uit handen.”

Sterk naar Werk is een interventieproject met als doel dat de werkende meer controle krijgt over de eigen gezondheid en de eigen arbeidsparticipatie. *“Teruggeven van de autonomie gaat niet vanzelf, dat moet iemand leren. Het vergroten van de controle over het eigen herstel- en re-integratieproces bevordert een betere en duurzame participatie.* Daarbij is het uitgangspunt dat het bevorderen van empowerment een zaak is van de professional en van de cliënt. Het empoweren van cliënten en het leren omgaan met empowerende cliënten staat centraal. Het versterken van ‘(arbeids)participatie’ in de eerste lijn is in dit project vorm gegeven in vijftien innovatieve pilots in diverse regio's. Hierin zijn vooral gezondheidscentra gaan samenwerken met bedrijfsartsen en arbeidsdeskundigen.”

### Resultaten

Uit het onderzoek van afdeling Eerstelijns geneeskunde van het UMC Sint Radboud in Nijmegen naar deze pilots blijkt dat de doelgroep voor 93 procent uit werkenden bestaat, 85 procent in loondienst is en 15 procent een uitkering heeft. Ten opzichte van één referentiegroep van een grote arbodienst, is het opvallend dat er beduidend meer mannen in het project zaten, meer alleenstaanden en de doelgroep een lager opleidingsniveau had. Verder is er geen verschil ontdekt in de overige kenmerken, zoals leeftijd of het aantal kinderen.

Andere opvallende kenmerken waren dat de cliënten in het project vaker problemen hadden op het werk, vaker behoefte hadden om weerbaar en mondig te worden en vaker beter wilden leren omgaan met stress en werkdruk. Zo'n 57 procent verzuimt, tegenover 75 procent van de vergelijkingsgroep van een arbodienst. Wel duurt in 50 procent van de gevallen het verzuim langer dan zes weken. De cliënten hebben tevens vaker langduriger en meer gezondheidsproblemen tegelijk.

Nijhuis noemde enkele opvallende resultaten. Cliënten vertoonden vier maanden na het eerste spreekuur een significant hogere mate van empowerment. De doorverwijzingen vonden vooral plaats bij cliënten met vragen over (arbeids)participatie, die relatief weinig weerbaar en mondig zijn. De cliënten bleken tevreden over de adviezen van de bedrijfsarts of arbeidsdeskundige in de eerste lijn.

Kanttekeningen zijn er ook. De verschillen tussen de regio's in de mate van succes bleek vrij groot. Het aantal doorverwijzingen is betrekkelijk klein. Ook blijkt het lastig te zijn om huisartsen te betrekken bij empowerment. Het merendeel van de cliëntcontacten bleef beperkt tot een of twee gesprekken. Het beoogde ‘olievlekeffect’ is uitgebleven, vooral omdat de projectduur te kort was. Hoewel het per definitie moeilijk is dergelijke innovaties te borgen is het nog niet gelukt te zorgen voor de structurele borging van initiatieven in financiële zin. Ondanks vele contacten met ziektekostenverzekeraars en gemeenten.

### Aanbevelingen

Nijhuis verwoordde op basis van het onderzoek op drie vlakken aanbevelingen. *In de praktijk dient bij de start als bindend selectie criterium te zijn dat huisartsen (mede-)initiatiefnemers moeten zijn van toekomstige projecten.* Ook moet een startsubsidie voor de periode van ten minste twee jaar gegarandeerd zijn. De projectleiding van de pilot dient bij een medewerker van het gezondheidscentrum te liggen. De professionals moeten niet inzetten op eenmalige cliëntcontacten, maar op meerdere contacten. De directe toegang tot het spreekuur van een bedrijfsarts of arbeidsdeskundige moet gegarandeerd zijn en de begeleidende groep cliënten zou door de bedrijfsarts of arbeidsdeskundige langer gevolgd moeten worden.

Wat betreft vervolgonderzoek luiden de aanbevelingen: ga na hoe huisartsen in spreekuurcontacten aandacht kunnen besteden aan arbeid. Onderzoek of hulp van ervaren adviseurs of onderhandelaars het verschil kan maken en onderzoek hoe spreekuurcontacten van bedrijfsartsen en anderen verlopen. Verken ten slotte de mogelijkheid tot een gecontroleerde en gerandomiseerde effectstudie. Het derde vlak betreft de opleidingen, waarover ook een aantal aanbevelingen is gedaan. Er moet in de huisartsenopleidingen aandacht komen voor arbeidsgerelateerde klachten en mondigheid. Via geaccrediteerde nascholing ook over zzp'ers, wao'ers, vrijwilligers, mantelzorgers en studenten. Ten slotte moet er aandacht komen voor stereotiepe verwachtingen van artsen en andere hulpverleners rond empowerment en zelfregie.

### Doorgaan

Sterk naar Werk gaat zeker door, daar liet Nijhuis geen twijfel over bestaan. Tijdens deze dag wordt ook een ‘Toolbox voor participatie en gezondheid’ gepresenteerd onder andere als service aan de organisaties in de eerste lijn. Er komt een door- en ontwikkeltraject voor Sterk naar Werk ter verdere onderbouwing en effectmeting van de ontwikkelde tools. En wat Nijhuis betreft moet de projectgroep zich nog eens buigen over een nadere invulling van de businesscase met een realistisch verdienmodel.

Na de presentatie van de resultaten van Sterk naar Werk werd een filmpje vertoond van de pilot in Ruurlo. In dat filmpje

## Ruurlo: arbozorg en zelfregie voor mkb en zzp'ers samen met de eerste lijn

*In de regio Ruurlo heeft een zelfstandig bedrijfsarts zich in samenwerking met huisartsen in Ruurlo, Borculo, Lochem en Vorden gericht op de doelgroep mkb en zelfstandigen zonder personeel (zzp'ers). De dienstverlening betrof het bieden van arbozorg en verzuimbegeleiding voor mkb en zzp'ers, waarbij preventie, zelfregie en de betrokkenheid van de levenspartner (in bijzonder bij zzp'ers) een belangrijke rol speelt.*

*In de praktijk blijkt dat meerdere mkb-bedrijven nog geen contract voor arbodienstverlening hebben afgesloten of zoeken naar alternatieven voor arbodiensten. Maatwerk is voor hen essentieel en zelfstandige bedrijfsartsen kunnen die zorg verlenen.*

*Structurele arbozorg voor zzp'ers bestaat in Nederland nog niet en producten die gericht zijn op gezondheidsbescherming en -bevordering en duurzame arbeidsparticipatie voor deze doelgroep zijn dun gezaaid. De passie van de zzp'er kan leiden tot onderschatting van een aantal risico's in het werk en privé, verlies aan controle over het leven en uiteindelijk ziekte, gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid, verminderd levensgeluk en faillissement. Herkennen en beheersen van deze risico's, arbozorg op maat en de kunst van zelfregie is winstgevend. Het draagt bij aan gezondheid en levensgeluk en levert geld op, doordat de productiviteit en continuïteit van de onderneming positief worden beïnvloed.*

### Resultaten van de pilot Ruurlo in 2009 – 2010

*De meerwaarde is onder andere in beeld gebracht met een SROI-ratio die in Ruurlo uitkwam op 1,18, hetgeen betekent dat iedere geïnvesteerde euro 1,18 euro oplevert. De cliënten hebben de individuele zorg als zeer nuttig en positief ervaren. Iemand die tijd voor hen neemt en gerichte adviezen geeft waar ze praktisch*

vertelde een overspannen werknemer hoe hij langzaam weer grip probeert te krijgen op zijn eigen leven en arbeid. Frans Nijhuis reageerde: “Ik denk dat huisartsen vooral gericht zijn op de klachten, maar zich nauwelijks afvragen wat dit betekent voor het werk. Steeds is de vraag weer voor wie Sterk naar Werk zoden aan de dijk zet? Juist voor mensen die wat verstrikt raken in de eigen aandoening is het belangrijk na te denken over de manier waarop ze kunnen blijven participeren. Als je werk verzuimt, hoe lang gaat dat duren? Is het goed voor je? Die vragen zijn nooit onderzocht, maar het moet juist wel een issue zijn in het herstel.”

*wat mee kunnen. Ook het feit dat ze een zelfstandig bedrijfsarts kunnen spreken wordt als een voordeel beschouwd. Dit wordt ook door de eerste lijnsprofessionals zo gezien. In de meeste gevallen geeft men aan dat men voldoende middelen aangereikt heeft gekregen in één gesprek en zijn vervolgsessies niet nodig gebleken. De deelnemende huisartsen hebben ook aangegeven de meerwaarde te zien van een bedrijfsarts in de eerste lijn en geven tevens aan dat hun kennis met betrekking tot arbeid en gezondheid is toegenomen. Ook gaven de huisartsen aan dat ze meer patiënten (voor zover in loondienst) naar hun eigen bedrijfsarts doorverwezen, wat een positief bijeffect is.*

*Hoewel veel aan promotie was gedaan bedroeg de instroom 30 patiënten, waarvan 10 zzp'ers. In totaal zijn 43 gesprekken gevoerd, waarvan sommigen met levenspartner. Met enkele mkb-bedrijven werd een contract voor arbodienstverlening afgesloten. Uit individuele consulten en diverse gesprekken met zzp'ers, evenals uit feedback van presentaties aan enkele zzp-kringen, blijkt men interesse te hebben in deze nieuwe dienstverlening. Een zelfstandig bedrijfsarts als mede-ondernemer die diensten verleent aan andere ondernemers wordt door velen als een sterk verkoopargument beschouwd. Dit geldt ook voor kleine mkb-bedrijven. Positionering in een (betrouwbare) eerste lijnsgezondheidspraktijk versterkt deze opinie, evenals samenwerking met ZBA-netwerk, een landelijk netwerk van zelfstandige bedrijfsartsen, waardoor de reikwijdte van dit initiatief potentieel groter is.*

### Vervolg en financiering

*Een bedrijfsplan is geschreven om dit project te continueren. Behalve bijscholing voor huisartsen, zal er meer nadruk worden gelegd op workshops en trainingen over arbozorg, verzuimbegeleiding, preventieve maatregelen en zelfregie voor zzp'ers en mkb. Inkomsten- en ziektekostenverzekeraars zouden potentiële financiers kunnen zijn. Nieuwe initiatieven bij Menzis met betrekking tot een mogelijke collectieve AOV voor zzp'ers zijn hoopgevend en gunstig voor de inzet van zelfstandige bedrijfsartsen.*

## Onderzoeksresultaten op een rij

**Twee jaar is het zorgvernieuwingsproject Sterk naar Werk gevolgd door Joost van der Gulden, Wouter van Suylekom en Nathalie Donders, onderzoekers bij de afdeling Eerstelijns geneeskunde van het UMC Sint Radboud in Nijmegen. Het onderzoek is inmiddels afgerond. Hier volgt een samenvatting van de belangrijkste bevindingen.**

Sterk naar Werk kreeg vorm in vijftien regionale initiatieven, verspreid over Nederland. De evaluatie was met name gericht op de vraag of de belangrijkste intenties van Sterk naar Werk bereikt zijn. Die komen neer op meer aandacht voor het bevorderen van mondigheid en zelfregie (empowerment) in de begeleiding en behandeling van cliënten, meer aandacht voor de factor participatie en voor herstel van dagelijks functioneren in de eerstelijnszorg en structurele borging van de initiatieven. De onderzoekers hebben de organisatie, de professionals, de cliënten, de kosten en baten onder de loep genomen.

### Organisatie

In de voorbereidingsfase blijkt het een groot voordeel te zijn als het initiatief tot deelname vanuit het gezondheidscentrum komt en de huisartsen vanaf het begin betrokken zijn. Een bedrijfsarts of arbeidsdeskundige die zelf het initiatief neemt om een project op te zetten en een gezondheidscentrum moet zoeken om mee te doen, begint op achterstand. Het duurt dan langer voor er een goed projectplan ligt, onder meer omdat de initiatiefnemer veel werk alleen moet doen en eerst draagvlak in het gezondheidscentrum moet worden verkregen.

In de implementatiefase komen sneller ook verwijzingen tot stand wanneer de huisartsen (en zo mogelijk ook andere eerstelijns professionals) vanaf het begin betrokken zijn bij het Sterk naar Werk-initiatief. Ook is gebleken dat de gezondheidscentra met het grootste aantal verwijzingen regio's zijn waar de huisartsen nauw betrokken waren bij de start van Sterk naar Werk.

Veel gezondheidscentra die meededen aan Sterk naar Werk zagen de komst van een bedrijfsarts of arbeidsdeskundige als waardevol, omdat deze de tijd en de vakinhoudelijke kennis heeft om cliënten met gezondheidsgerelateerde vragen rond arbeid of een andere participatieproblematiek adequaat te helpen. In de meeste regio's blijkt een (ruim) deel van de externe organisatorische taken bij de bedrijfsarts of arbeidsdeskundige te zijn gelegd. Voor een vervolgproject lijkt het kansrijk om meer contact te zoeken met andere disciplines in de eerste lijn. Veel cliënten met chronische gezondheidsproblematiek hebben ook contact met een psycholoog, fysiotherapeut, ergotherapeut of met de praktijkondersteuner. Deze professionals zouden dus ook cliënten kunnen doorverwijzen.

### Professionals

Alle professionals die meededen zijn gemotiveerd en betrokken. De meesten zeggen meer tijd in Sterk naar Werk te hebben gestoken dan op voorhand was verwacht.

De empowermenttraining wordt als een goede aanvulling gezien op bestaande competenties en werkervaring. Deelname aan Sterk naar Werk heeft bij de huisartsen tot een leereffect geleid. Uit de interviews blijkt dat zij leren van de terugkoppeling van de bedrijfsarts of arbeidsdeskundige. Deze positieve ervaringen dragen ertoe bij dat bij een vergelijkbare casus sneller tot doorverwijzing wordt besloten. Ook zeggen ze beter in staat te zijn om zelf vragen van patiënten of (arbeids) participatie te beantwoorden doordat ze meer kennis hebben opgedaan over arbeidsgebonden problematiek en sociale wet- en regelgeving.

Het aantal verwijzingen in de Sterk naar Werk-regio's varieert per pilot aanzienlijk. Het totale aantal verwijzingen lijkt niet groot wanneer dit wordt afgezet tegen het totale aantal spreekuurcontacten van de huisartsen en de beschikbare capaciteit van de bedrijfsartsen en arbeidsdeskundigen (één of twee dagdelen per week). In Noordwijk bijvoorbeeld blijkt dat de bedrijfsarts in 2009 minder dan 1 procent van de cliëntcontacten in het gezondheidscentrum verzorgde. Het heeft duidelijk tijd nodig voordat doorverwijzingen plaatsvinden. Ook zou een direct contact tussen werkende en de arbeidsadviseur het totaal aantal contacten groter kunnen laten zijn.

Het aantal doorverwijzingen naar de arbeidsdeskundige blijkt lager te zijn dan dat naar de bedrijfsarts. Een verklaring hiervoor is dat de huisartsen de bedrijfsartsen elkaar misschien meer vertrouwen en waarderen door andere contacten in kader van de arbocuratieve samenwerking. Waarschijnlijk speelt ook mee dat de bedrijfsarts een medicus is en dezelfde vaktaal en gedragscodes deelt.

### Cliënten

Van de Sterk naar Werk-clieënten had 90 procent betaald werk; 85 procent werkte in loondienst. Ongeveer een kwart gaf aan ook vrijwilligerswerk of mantelzorg te verrichten. Van de Sterk naar Werk-clieënten had 15 procent een uitkering, tegen 6 procent van de referentiegroep van de arbodienst. **De huisartsen selecteren in die zin goed dat ze vooral minder weerbare cliënten verwijzen die hulp zoeken bij het oplossen van problemen op het werk, bij weerbaar en mondig worden en bij het beter leren omgaan met stress en werkdruk.** Het lijkt erop dat veel huisartsen eerder herkennen dat een man problemen heeft rond arbeid of inkomen, of er eerder toe komen om mannen door te verwijzen. Dit is opmerkelijk omdat vrouwen vaker het spreekuur van de huisarts bezoeken en gemiddeld genomen meer problemen hebben om hun werk vol te houden. De huisarts lijkt ook nog een blinde vlek te hebben als het gaat om zzp'ers, wao'ers die weer aan het werk willen, vrijwilligers, mantelzorgers, studenten et cetera die relatief weinig worden doorverwezen. Wat opvalt is dat de cliënten van Sterk naar Werk bij de nulmeting significant minder mondig en weerbaar zijn dan

de cliënten van de arbodienst. Bij de vervolgmeting blijkt dat dit verschil belangrijk is ingelopen. Na vier maanden signaleert een meerderheid van de cliënten een afname van de gezondheidsproblematiek. Meer dan de helft van de cliënten die met gezondheidsproblemen worstelden, schrijven ten minste 50 procent van de verbetering toe aan de interventie van de bedrijfsarts of arbeidsdeskundige in de eerste lijn.

### Kosten en baten

De professionals die de Social Return On Investment hebben uitgevoerd geven aan dat hiermee meer tijd gemoeid was dan verwacht. Ze vonden het echter wel een waardevolle oefening om beter in beeld te krijgen welke *stakeholders* zijn betrokken bij een project als Sterk naar Werk. Onderzoekster Van Dijk, die de SROI's heeft geanalyseerd, adviseert goed af te bakenen op welke doelgroepen de pilot zich richt. Een regio die focust op een specifieke groep kan de meerwaarde beter aantonen en kan ook duidelijker maken welke *stakeholders* belang hebben bij de interventie. Uit de SROI-analyse blijkt volgens de pilots dat de meeste harde kostenbesparingen terecht komen bij de werkgever of de verzuimverzekeraar van de cliënt. Van Dijk meent echter dat deze twee *stakeholders* waarschijnlijk geen geschikte financiers zijn omdat zij de onafhankelijkheid van de dienstverlening van de bedrijfsarts en arbeidsdeskundige in de eerste lijn niet kunnen waarborgen. Bovendien betalen ze al voor contact met de bedrijfsarts bij de arbodienst.

### Conclusies

De bedrijfsartsen en arbeidsdeskundigen die werkzaam zijn in het kader van Sterk naar Werk hebben veel

geïnvesteed in het bevorderen van mondigheid en zelfregie. Dit heeft aantoonbare resultaten opgeleverd: uit het vragenlijstonderzoek blijkt dat de cliënten die hun spreekuur bezochten vier maanden na het eerste contact significant hoger scoorden op de vragen over empowerment dan wel op de vragen over hun toekomstmogelijkheden en kans op werk.

De nieuwe manier van werken werkt, zeggen de onderzoekers. Binnen de meeste gezondheidscentra is de nieuwe aanpak vooral toevertrouwd aan de bedrijfsarts of arbeidsdeskundige. **Het projectjaar lijkt te kort te zijn om ook de andere disciplines wezenlijk anders te laten gaan werken. Een gewenst geachte 'olievlekeffect' is nog uitgebleven omdat het als project nog te weinig tijd heeft gehad om het gehele gezondheidscentrum mee te krijgen in deze innovatie.**

De borging van de initiatieven in financiële zin loopt nog, maar heeft tot dusver niet geleid tot een structurele voortzetting. Er zijn wel enkele pilots verlengd. Ook daarvoor lijkt meer tijd nodig te zijn. Verder is helder geworden dat professionals in de eerste lijn tijd en ondersteuning nodig hebben om een geloofwaardig businessplan te schrijven en om geld te werven voor een vervolg van Sterk naar Werk. De onderzoekers hopen van harte dat de nu opgedane ervaringen en nieuwe praktijk kan worden behouden en in een of andere vorm zal worden voortgezet.

**Een exemplaar van het volledige onderzoeksrapport is te bestellen via [www.weldergroep.nl](http://www.weldergroep.nl).**





Ella Vogelaar

## Reacties op resultaten van het onderzoek

# “Arbeid moet het kernbegrip zijn”

**De presentatie van de resultaten van het onderzoek naar Sterk naar Werk door Frans Nijhuis leverde veel positieve reacties op. Voorzitter van de NVAB Pieter Rodenburg benadrukte dat participatie een kernbegrip moet worden in de zorg. Ella Vogelaar, voorzitter van de Raad van Toezicht van kenniscentrum Welder, constateerde verheugd dat er een bijzondere groep wordt bereikt via Sterk naar Werk. Hoogleraar Public Health Guus Schrijvers stelde: “Sterk naar Werk werkt, zorg er nu voor dat we ook zeker weten dat het helpt”.**

Pieter Rodenburg stelde in zijn reactie op de onderzoeksresultaten dat in een groot deel van de bedrijven de afstand tussen bedrijfsartsen en werknemers te groot geworden is. “Het mooie van het project Sterk naar Werk is dat het heeft aangetoond dat als het contact tussen werknemer en bedrijfsarts vrijwillig is, de resultaten beter zijn. Duidelijk is ook geworden dat voor een bedrijfsarts de tijd per consult voldoende is om een cliënt op weg te helpen. En het is altijd goed om een missie te hebben: alle huisartsen, of breder de eerste lijn, moeten in de toekomst met (arbeids)participatie aan de slag.” Ella Vogelaar zag de meerwaarde van Sterk naar Werk terug in de ‘andere doelgroep’ die via dit project is bereikt. “Het zijn mensen die niet automatisch de bedrijfsarts tegenkomen. Tegelijkertijd toont het project aan dat de factor arbeid nauwelijks op het netvlies van de eerste lijn staat. Dat is een kwestie van lange adem. Het begin hiermee is nu gemaakt door deze *pilot* met Sterk naar Werk, nu moeten we op een creatieve manier zoeken naar vervolgstappen. Het is belangrijk dat we hierover met (zorg)verzekeraars en gemeentes afspraken maken.”

### Duurzaam herstel

Guus Schrijvers loofde het onderzoeksrapport, hij noemde het een “heel goed methodologisch stuk”. Hij zag ook het innoverende karakter van Sterk naar Werk bevestigd in de resultaten. “Mijn eerste vraag bij het lezen was: werkt het? Ja, het werkt, dat is voor mij nu heel duidelijk. Je bereikt met Sterk naar Werk andere mensen, en je bereikt ze eerder. Nu willen we weten of het ook helpt.”

Schrijvers hakte deze vraag in stukjes. Is de klant tevreden, wat vinden de hulpverleners er zelf van en is het te financieren? “We moeten nu starten met Sterk naar Werk als een onderzoeksprogramma. Want nu is de fase aangebroken om aan te tonen dat het helpt.” Hij tekende aan dat hij in deze *pilot* de betrokkenheid van

de arbodiensten mist. “Ziekenhuizen moeten 3 procent van hun inkomsten investeren in innovatie. Ik vind dat dit ook voor de grote arbodiensten zou moeten gelden en dat daarmee een dergelijke innovatie gefinancierd kan worden.”

Achmea Vitale was als grote arbodienst betrokken bij Sterk naar Werk. Alexander Korbee, chief medical officer bij deze verzekeraar: “We hebben met groot plezier deelgenomen en meegefinancierd aan dit project!” Hij stelde dat voor Achmea maatschappelijk verantwoord ondernemen (MVO) belangrijk is. “Je zou Sterk naar Werk ook als MVO kunnen beschouwen en dat willen we verankeren in het beleid en daarmee in de organisaties. Sterk naar Werk is waardevol, omdat het baanbrekend is voor de toekomst. Dat is belangrijk, want het betekent minder zorgkosten, minder verzuimkosten en een betere en snellere re-integratie.” Korbee noemde arbeid een belangrijke factor in het genezingsproces. “De maatschappij als geheel heeft er belang bij dat zorg en participatie bij elkaar komen. Werken is een vorm van medicijn, het kan de basis zijn voor duurzaam herstel en heeft met name te maken met de empowerment.” Daarnaast pleitte hij voor niet alleen een SROI [Social Return On Investment; red.], maar ook een ROI: wat levert het financieel op? “Is Sterk naar Werk een goedkopere oplossing? Dat lijkt wel zo te zijn. Doordat de bedrijfsarts onafhankelijk is, voelt de cliënt zich sneller thuis. Daarmee kan verzuim beter voorkomen worden.”

### Ingewikkelde trajecten

Iemand uit de zaal wilde weten of er ook psychologen bij het project betrokken waren. Schrijvers stelde dat bij die beroepsgroep nog te weinig besef bestaat van de relatie tussen psyche en arbeid. “Daarom juist is empowerment ook voor psychologen heel belangrijk”, reageerde dezelfde persoon. Jeanette Hemke, bedrijfsarts van Achmea Vitale, die een van de succesvolle projecten in Noordwijk leidde, stelde dat in haar eerstelijnspraktijk veel



overleg is met een psycholoog. “Ik wil graag participeren binnen een multidisciplinair zorgaanbod. Belangrijk als je kiest voor een integrale aanpak.”

Over de financiering van het vervolg van Sterk naar Werk merkte projectleider Kerst Zwart op dat er nu naar verschillende geledingen wordt gekeken: zowel de zorg- en inkomensverzekeraars als de gemeenten. “Het regelen van financiering is een ingewikkeld traject.” “Het is belangrijk dat we gezamenlijk optrekken, meer onderzoek doen en resultaten hard maken. Ik wil daar mijn bijdrage aanleveren, merkte Korbee op. Schrijvers: “Het vergt nogal wat om te bewijzen dat ‘het helpt’. Ook belangrijk is hoe je dit thema hoger op de agenda

Guus Schrijvers



krijgt?” Rodenburg meende dat het initiatief uit de sector zelf moet komen, inclusief de arbodiensten, om onderzoek uit te kunnen voeren. Jeroen Crasborn van directeur Innovatie van Agis tekende daarbij aan: **“We zien dat bij de coalities met gemeenten de factor arbeid nog te weinig is geborgd. We moeten daarom de ambities op een haalbaar niveau brengen. Mijn advies is om voorlopig door te gaan met de activiteiten in de gezondheidscentra die echt graag willen, financiering zal dan vanzelf wel volgen.”**

## Noordwijk: participatie in de geïntegreerde 1e lijn, de eerstelijns bedrijfsarts

Huisartsen in Gezondheidscentrum Wantveld verwijzen al jaren cliënten met gezondheidsklachten in relatie met werk door naar een op het gezondheidscentrum aanwezige bedrijfsarts. Er is inmiddels een goede praktijk van doorverwijzen ontstaan en een gezamenlijke benadering voor het bevorderen van zelfregie van de cliënt ontwikkeld.

### Resultaten van de pilot Noordwijk in 2009 - 2010

In totaal zijn in de betreffende periode 116 cliënten bereikt. Gebleken is dat door de specifieke aandacht voor het functioneren van de cliënt en specifieke kennis over de (werk)situatie, het zelfmanagement van de cliënt werd vergroot. Van specifieke groepen cliënten, zoals met spanningsklachten, blijkt de mate van zelfvertrouwen en zelfmanagement vaak laag te zijn. Ook ontbreekt bij de medewerkers van GC Wantveld de kennis over rechten en plichten richting werkgever en/of eigen bedrijfsarts. De bedrijfsarts van de werkgever bleek men vaak als bedreigend te ervaren. De eerste lijnsbedrijfsarts in GC Wantveld is een laagdrempelige, onafhankelijke en toegankelijke zorgverlener gebleken, met een goede kennis van werk om de cliënt te begeleiden, te informeren en inzicht te geven en zo het zelfmanagement te verhogen.

### Het vervolg en de opties voor financiering

In eerste instantie was de focus gericht op cliënten met diagnose (over)spanningsklachten (ICPC codes: Neurasthenie/surmenage; problemen met werksituatie en angstig/nerveus/gespannen gevoel) en die daardoor problemen ervaren of dreigen te krijgen in hun functioneren. Het gaat om 220 consulten per jaar (2% van het totaal) binnen GC Wantveld waarbij nu de diagnose (over)spanningsklachten wordt gesteld. Op termijn kan naast deze groep ook anderen cliëntgroepen worden bereikt die belemmeringen ervaren in hun functioneren. In het bijzonder cliënten met klachten aan het bewegingsapparaat, depressieve klachten, chronische aandoeningen (zoals diabetes, hartfalen en

COPD), kanker, zwangeren en psychosomatische klachten. Het streven is om in komende jaren 250 tot 420 cliënten per jaar te gaan bereiken. Daarnaast zal worden nagegaan of ook andere dienstverleners in Noordwijk en omgeving van deze dienstverlening voor cliënten met (over)spanningsklachten gebruik willen (gaan) maken.

Gebleken is dat kosten voor verzuim of uitval hoger zijn naarmate het verzuim langer duurt. In GC Wantveld zal de link naar blijven participeren in werk al in een vroeg stadium worden gelegd. Deze vroege interventie die gebaseerd wordt op de geldende protocollen (huisartsen en bedrijfsartsen) zorgt ervoor dat er vanaf het begin de best mogelijke behandeling wordt ingezet, waarbij alle aspecten worden meegenomen op gebied van gezondheid (fysiek en psychisch), werk en privé/maatschappelijk. Verzuim of uitval worden zo tot een minimum beperkt. De verwachting is dat met de integrale benadering ook de zorgkosten kunnen worden teruggedrongen. Juist bij de groep cliënten met (over)spanningsklachten is veel winst te behalen door een tijdige preventieve aanpak zoals is aangetoond met het invoeren van het ‘protocol psychische problemen’ van de NVAB.

In GC Wantveld zal VraagWelder Toolbox (zie achterpagina) worden gepresenteerd en ten behoeve van de professionals en de cliënten op maat verder worden ontwikkeld. Naast een verwijzing door de huisarts e.a. zal aangestuurd worden op een triage-model en werkvormen waarbij cliënten zelf ook het initiatief kunnen nemen. De aanwezigheid van een bedrijfsarts en de webtool op locatie maken een vroege interventie op maat mogelijk.

Voor de financiering zal in komende maanden contact worden gelegd met de belangrijkste zorgverzekeraars in Noordwijk en omgeving, met name Zorg en Zekerheid (en mogelijk UVIT, Achmea en CZ). Daarnaast zal de gemeente Noordwijk worden benaderd voor wat betreft mensen in de thuiszorg en mantelzorgers. In een later stadium wordt overwogen om ook bedrijven in Noordwijk en omgeving in het kader van de collectieve contracten als potentiële financiële partners te gaan betrekken.

Uit de reatio

# Lagerhuisdebat over toekomst Sterk naar Werk

## “We moeten de sense of urgency stimuleren”

Yolan Koster

Het laatste onderdeel van De DAG was een discussie in de vorm van een Lagerhuisdebat aan de hand van drie stellingen. Aanzetten werden gedaan door filosoof Hein van Dongen, Arie Nieuwenhuijzen Kruseman van de KNMG, Bart Blanken van PGGM, Diana Monissen van De Friesland Zorgverzekeraar en Yolan Koster van kenniscentrum CrossOver. Ze bleken behoorlijk verschillende inzichten te hebben en konden het vaak maar met een deel van een stelling eens zijn.

### Stelling 1

*De patiënt/werkende vraagt om innovatie, maar professionals (huisartsen, psychologen, bedrijfsartsen en anderen) in de 1<sup>e</sup> lijn zijn vooral bezig met hun eigen positie en remmen daardoor innovatie.*

“Ik denk dat een professional logischerwijs vooral bezig is met zijn eigen vak, eigen tijdschriften, eigen congressen en eigen netwerken”, stelde filosoof Hein van Dongen. “Bij huisartsen komt er nog eens bij dat er constant tijdgebrek heerst. Dat er veranderingen nodig zijn, is duidelijk. We moeten toe naar een structuur waarin de verandering van onderop komen, of van de zijkant. Op dit moment komt er een beweging vanuit rechts, een tegenwind. Noem het crisis, wat boven en beneden beïnvloedt en hopelijk aanzet tot verandering. Ik hoop heel erg op een nieuwe, frisse wind die uitgaat van wat de cliënten willen.”

Arie Nieuwenhuijzen Kruseman van de KNMG was het niet eens met het eerste deel van de stelling. “Een patiënt heeft een klacht die gevolgen heeft voor zijn functioneren en wil geholpen worden. Of dat op innovatieve wijze gebeurt, is voor de patiënt niet belangrijk. Wat betreft het tweede deel van de stelling: de kritiek is dat de professional geen weet heeft van wat er werkelijk speelt, komt voor een deel door de organisatiestructuur. Het gaat niet om de vorm, maar om de inhoud. In de praktijk is dat helaas vaak omgekeerd.”

Maar moet de innovatie dan niet van buitenaf komen, van wetenschappers bijvoorbeeld, zo stelde iemand uit de zaal. Van Dongen vond van niet. “We moeten niet voor anderen gaan denken. Innovatie kan vanuit verschillende richtingen komen: van onderop, van bovenaf, van buiten.” Nieuwenhuijzen stelde dat de basisvragen onvoldoende worden gesteld. “Initiatieven als Sterk naar Werk zijn heel belangrijk om de sense of urgency te stimuleren.”

Iemand uit de zaal vond dat de professionals terug moeten naar de prikkels om weer vanuit het hart te werken. “We moeten ons bezighouden met goede professionele zorg in plaats van met productie.” Een ander uit de zaal stelde dat de veranderingen zowel vanuit de professional als van buiten gestimuleerd moet worden. Verder werd geopperd dat de overheid alle partijen bij elkaar moet brengen zodat er een win-winsituatie komt. Een arbeidsdeskundige wees erop dat haar beroepsgroep geen vanzelfsprekende partij is in de 1<sup>e</sup> lijn, maar daardoor juist veel creatieve dingen heeft bedacht. “Daarom denk ik: doe de poorten open en ga samenwerken.”

### Stelling 2

*De maatschappelijke meerwaarde van Sterk naar Werk is evident. De zorgverzekeraars betalen de uitvoering van de 1<sup>e</sup> lijn.*

Bart Blanken van PGGM was het “zeer hartgrondig eens” met het eerste deel van de stelling. “Het is belangrijk dat iedereen zelfstandig keuzes kan maken en werk is heel belangrijk. Wat betreft het tweede deel: het is everybody's interest and nobody's concern. Je moet veel directer het belang aantonen. Een werkgever heeft er belang bij dat er minder verzuimd wordt en het plezier in het werk groot is. Wat is voor de werkgever het financieel rendement van een project als Sterk naar Werk? Maak een positieve businesscase, dan weet ik zeker dat het gaat vliegen.” Yolan Koster van kenniscentrum CrossOver beaamde dat de pilot wel heeft uitgewezen dat Sterk naar Werk evident is. “Dat heeft ook iets treurigs, want het heeft daarmee een blinde vlek aangetoond. Over de financiering ervan heb ik niet direct een antwoord. Wat ik jammer vind, is dat ik vanochtend vooral een territoriumdiscussie heb gehoord. Dat is innovatiebeperkend.”

Iemand uit de zaal wees erop dat werkgevers inderdaad belanghebbenden zijn. “De top 50 van bedrijven hebben het wel goed geregeld. Het gaat juist om de mkb'ers en zzp'ers.” Blanken stelde dat grote bedrijven die maatschappelijk verantwoord ondernemen wel bereid zijn om zo'n project te financieren. Koster zou willen dat opleidingen een normatief kader krijgen. “Dat studenten leren dat ze een cliënt met hun hele leven voor zich krijgen. De professional kan dat hele mens zijn niet opknippen.” Arie Nieuwenhuijzen pleitte voor meer gezondheidscentra waarin alle professionele disciplines aanwezig zijn, een ander financieringsstelsel en een vernieuwing in de opleidingen.

Ella Vogelaar, voorzitter van kenniscentrum Welder, zag wel wat in het plan om werkgevers bij de financiering te betrekken. “We hebben dan wel een paar voortrekkers nodig. Maar ik zou niet alleen werkgevers willen benaderen, maar ook zorg- en inkomensverzekeraars.”

### Stelling 3

*De overheid moet er zo spoedig mogelijk voor zorgen dat 'participatiezorg met zelfmanagement' in de 1<sup>e</sup> lijn wordt ingevoerd.*

“Ik denk niet dat we dit alleen bij de overheid moeten leggen, maar bij een aantal partijen”, zo reageerde Diana Monissen van De Friesland Zorgverzekeraar. “Wij als zorgverzekeraar nemen ook allerlei initiatieven. Wij willen bijvoorbeeld graag dat mensen zo lang mogelijk in hun

eigen omgeving blijven. We hebben in onze regio veel contracten afgesloten met mkb'ers, met hen gekeken naar de aard van het ziekteverzuim en een aantal pakketten bedacht die dat verzuim kunnen terugdringen. Ook hebben we afspraken gemaakt met huisartsen, fysiotherapeuten enzovoorts en proberen we zoveel mogelijk zorg op maat te regelen. Dat zijn initiatieven waar we de overheid niet bij nodig hebben.” Vanuit de zaal kwam de reactie dat de overheid wel een rol moet gaan spelen. “De overheid zou dit soort nieuwe initiatieven als Sterk naar Werk mogelijk moeten maken. Mijn indruk is dat we onder de nieuwe regering heel veel minder geld gaan krijgen voor innovatie in de zorg. We mogen hen wel aanspreken op het hele bekostigingsplaatje van Sterk naar Werk.”

### Ten slotte

Dik Hermans, lid van de adviesraad Sterk naar Werk, vatte De DAG samen en constateerde dat er positieve energie

### Verder discussiëren

De stellingen zijn terug te vinden op de website [www.mashup.skipr.nl](http://www.mashup.skipr.nl) waar Sterk naar Werk de community 'Participatie en Gezondheid' heeft gestart. Iedereen die verder wil discussiëren is welkom.

hing in de zaal. “Ik merk wel dat er nog steeds een kloof is tussen werk en zorg. In de loop der jaren ben ik een groot gelovige geworden in lokale coalities en ik denk dat die een sterke rol kunnen spelen in de toekomst van Sterk naar Werk.”

Hermans benadrukte dat er ook een verantwoordelijkheid ligt bij het projectteam. “We moeten een sluitende businesscase maken en we gaan dan ons best doen om de financiering rond te krijgen. Op een bepaald moment treedt er wel een soort metaalmoeheid op. Dat is logisch als je bij een groot aantal verzekeraars bent langs geweest, waar je wel enthousiasme ontmoet, maar toch de mededeling krijgt dat ze niet willen meefinancieren. Laten we het enthousiasme dat hier in de zaal heerst vasthouden en daarop voortbouwen.”

## Landgraaf: versterken van de participatiezorg in Landgraaf

*In de regio Landgraaf hebben huisartsen, een praktijkondersteuner huisartsenzorg GGZ (POH-GGZ) en een consulent van MEE met een bedrijfsarts samengewerkt in een gezondheidscentrum. Gezien de locatie van het gezondheidscentrum heeft de dienstverlening in de pilot zich vooral gericht op een kwetsbare doelgroep:*

- mensen met een laag inkomen en/of grote afstand tot de arbeidsmarkt;
- mensen met fysieke, psychische of psychosociale beperking;
- mantelzorgers en vrijwilligers

*De pilot sloot daarmee aan op de gedachte van een duurzame vitale regio die de 8 gemeenten in de regio Parkstad (Brunssum, Heerlen, Kerkrade, Landgraaf, Nuth, Onderbanken, Simpelveld en Voerendaal) voorstaat en biedt een aanpak voor de multifactoriële problematiek die ze in de regio constateert: krimp, laag sociaal economische status, werkloosheid, ongezonde leefstijl. Gemeenten in de regio Parkstad vinden het belangrijk dat iedereen die in de toekomst een bijdrage levert aan het participeren aan onze maatschappij het verdient om de juiste hulp en steun te krijgen. De doelgroep waarop de activiteiten van het gezondheidscentrum zich richt hebben vaardigheden zoals zelfmanagement en eigen regie nodig om meer weerbaar en vitaler te worden. Uit het onderzoek blijkt dat de aanpak werkt. Cliënten is gevraagd een rapportcijfer te geven voor vier aspecten van hun leven. De scores vertoonden vier maanden na het eerste spreekuurcontact een significante verbetering, in bijzonder wat betreft de toekomstmogelijkheden en de kans op werk. Door begeleiding wordt de complexe problematiek waarvoor mensen hulp zoeken, meer hanteerbaar.*

### Het vervolg en de opties voor financiering

*De gemeente Landgraaf heeft interesse in het vervolg omdat ze de grote groep mantelzorgers extra wil ondersteunen met zorg en begeleiding. Ook de arbodienst Licom Arbo is geïnteresseerd in het project om een structurele samenwerking met huisartsen in Parkstad te creëren. Licom Arbo is de arbodienst van Licom nv. Licom nv is een maatschappelijke onderneming die diensten verleent op het gebied van arbeidstoeleiding. Ze is de grootste sociale werkvoorzieningsorganisatie in Nederland en thans een van de grootste bedrijven in Limburg. De motivatie is enerzijds effectievere zorg aan cliënten en het verminderen van het shopgedrag en anderzijds efficiënter omgaan met de beschikbare tijd. Ze schatten in dat dit voor hen een reductie van uitvoeringskosten zou kunnen opleveren van € 50.000 per jaar.*

*In oktober 2010 wordt gestart met structurele casuïstiekbespreking waar gezamenlijke cliënten besproken worden om tot een gezamenlijk aanpak te komen. Uiteindelijk is het de bedoeling om deze vorm van overleg en afstemming met de eerstelijns uit te breiden. De VraagWelder Toolbox van Sterk naar Werk kan hiervan een onderdeel zijn.*

*De ambitie is om 'Participatiezorg in de 1e lijn' te gaan aanbieden aan de gehele Landgraafse populatie: 24.500 mensen in de leeftijd van 19-64 jaar. In een later stadium zou deze participatiezorg voor alle 255.000 inwoners van de 8 gemeenten binnen de Parkstad regio beschikbaar worden.*

*Naast de gemeente Landgraaf zouden ook de zorgverzekeraars kunnen participeren om hierin hun preventiebeleid vorm te geven. Contacten met CZ en UVIT voor dit vervolg hebben nog niet tot resultaat geleid.*

Hein van Dongen

Stelling 1

patiënt/werk  
r profession  
rfsen e.  
un e  
va

MEDICA

Projectleider Sterk naar Werk Kerst Zwart:

## “Een businesscase voor Sterk naar Werk”

De context van het probleem, de oplossing, de aanpak, alle kosten en het verdienmodel. Dat zijn de vijf elementen die samen de businesscase vormen en waarin het vervolg van Sterk naar Werk op hoofdlijnen is beschreven. “Voor drie pilots hebben we een redelijke aanzet voor een businesscase”, zegt projectleider Kerst Zwart. “We moeten dit nog verder uitwerken. Ook willen we een haalbaar landelijk plan nog doorrekenen.”

Vijftien *pilots* hebben de afgelopen twee jaar gedraaid. “De professionals in die *pilots* hebben best zitten worstelen met de financiering”, licht Zwart toe. “Ook de praktijkuitvoering is een tijdsintensief traject: hoe pak je dit project aan, hoe krijg je iedereen enthousiast, et cetera. Al die ervaringen hebben we op hoofdlijnen onderzocht. We willen nog precies kijken hoe het project concreet in de praktijk is verlopen. Dus van de hulpvrager naar de huisarts naar de bedrijfsarts. Welke interventies zijn er gedaan? Welke acties zijn effectief gebleken? En hoeveel kost zoëts? We hebben daarvoor aanvullend onderzoeksbudget aangevraagd.”

Het hele proces in zo'n gezondheidscentrum moet eigenlijk beschreven zijn. “Als we er geld voor krijgen, gaan we dat ook doen”, zegt Zwart. “Uit onze evaluatie en gesprekken met de *pilots* hebben we nu een algemeen beeld op basis waarvan we nu een algemene methodiek hebben kunnen maken. Die moet nog concreter uitgewerkt worden en in praktijk worden uitgetest. Ook moet er meer aandacht komen voor zelfmanagement. Daarvoor hebben we de Toolbox ontwikkeld voor de professional waarmee die een werkende op weg kan helpen.”

### Kosten berekenen

Minstens drie regio's hebben nu een plan om in 2011 door te kunnen gaan: Noordwijk, Ruurlo en Landgraaf. “Het plan van Noordwijk houdt bijvoorbeeld in dat het gezondheidscentrum zich meer met mensen met overspanningsklachten gaat bezighouden. Dat is stap één. Ze hebben in kaart gebracht dat het om ruim tweehonderd mensen per jaar zal gaan. De tweede stap is dat, als ze eenmaal de juiste werkwijze hebben ontwikkeld, ze ook mensen met andere klachten kunnen gaan helpen. Een derde stap is dat ze hun specifieke activiteiten ook gaan aanbieden aan andere gezondheidscentra in de gemeente, of zelfs voor de gehele regio. Een vierde stap zou kunnen zijn dat ook werkgevers worden benaderd.”

Een fictieve voorbeeldberekening van het kostenplaatje van de eerste stap. Stel dat de mensen in de doelgroep elk twee consulten van een bedrijfsarts nodig hebben. Dan gaat het om vierhonderd uur aan spreekamergesprekken à € 100. Daarnaast willen ze ook de Toolbox (zie achterpagina) aanbieden, die zowel voor de professional als voor de hulpvrager nuttig is. Stel dat deze voor ontwikkeling op maat € 10.000 kost. Dan komt het kostenplaatje in totaal neer op € 50.000. “Als je dat weet, moet het gezondheidscentrum gaan nadenken: wie gaat dit financieren? De consulten zijn misschien te declareren bij een zorgverzekeraar. De Toolbox kan mogelijk uit een

regionaal fonds of uit een bijdrage van de gemeente worden betaald. Het is in ieder geval belangrijk om in de businesscase zowel het kostenplaatje als de financiering rond te krijgen.”

Bedenk van tevoren wat er kan gebeuren, is Zwarts advies. “Het is een intensief traject en het is knap ingewikkeld. Dat is niet voor iedereen weggelegd. Dat zie je terug in de verschillen in de *pilots*: een aantal professionals is zeer voortvarend en enthousiast aan het werk gegaan met kosten en financiering. Tot nu toe heeft echter niemand al een sluitende businesscase. Dat is zonde, de kunst is dat ze voortborduren op hetgeen ze nu al hebben bereikt. Ik vind het belangrijk dat deze initiatiefnemers hun successen boeken. Niet alleen voor henzelf, maar juist ook voor de cliënten die dreigen uit te vallen en waar ze het allemaal voor doen. We vinden het van belang dat bijvoorbeeld ook mantelzorgers op de rails blijven. We weten zeker dat het concept van Sterk naar Werk ook hen kan helpen.”

### Nobody's concern

De algemene methodiek van Sterk naar Werk wordt op dit moment nog preciezer beschreven, en het zal een landelijke uitstraling mogen hebben. Zwart: “Duidelijk moet zijn wat de eerstelijns professional kan vragen zodra iemand de spreekkamer binnenkomt. Welke handelingen volgen hierop, welke opdrachten worden gegeven aan de hulpvrager en welk advies. Er moet steeds verwezen worden naar de Toolbox, die als hulpmiddel kan dienen voor zowel de professional als diegene met klachten. Ze kunnen zelf op zoek naar meer informatie en advies van anderen. ‘Denk u dat uw klachten arbeidsgerelateerd zijn? Hoe lang denkt u dat u moet herstellen?’ Dat zijn twee van de vijf kernvragen die we in het landelijke model een belangrijke plaats geven.”

Zwart tekent hierbij aan dat het financieringsproces nog moeizaam verloopt. “Het is everybody's interest, but nobody's concern. Iedereen heeft er baat bij, maar niemand neemt de verantwoordelijkheid. Als de markt niks doet en verzekeraars blijven afwachten, is het een overweging om de overheid te vragen in het kader van preventiebeleid een piketpaaltje te slaan. Optie is ook dat alle zorgverzekeraars een klein percentage van hun budget samen in een fonds stoppen waaruit dit soort innovaties betaald kunnen gaan worden. We denken daar over na en voeren daarover nu ook een discussie via onze *community* op [www.mashup.skipr.nl](http://www.mashup.skipr.nl). Ons doel is dat onze methodiek verder ontwikkeld wordt en dat er voor meerdere jaren financiering komt waardoor we het kunnen verankeren in de eerstelijnszorg.”

## Onderzoeker Joost van der Gulden: “Misschien moet de focus minder op de huisarts”

Sterk naar Werk voorziet in een behoefte, zo heeft het rapport van Joost van der Gulden, Wouter van Sulekom en Nathalie Donders, onderzoekers bij de afdeling Eerstelijns geneeskunde van het UMC Sint Radboud in Nijmegen, aangetoond. Maar waar moeten alle initiatiefnemers rekening mee houden bij de regionale inbedding? “Huisartsen voelen zich overbelast”, zegt Van der Gulden. “Misschien moeten we minder op hen focussen.”

De onderzoekers noemen het een merkwaardige paradox: de huisartsen zijn blij met de komst van de nieuwe professional in het gezondheidscentrum omdat ze zelf niet goed toe komen aan het bespreken van maatschappelijke problemen en het helpen van hun cliënten bij het vinden van een oplossing rond participatie. Ze hopen dat een reacterende aanpak ertoe bijdraagt dat cliënten minder frequent terugkomen naar hun spreekuur. De hoge werkdruk van de huisarts staat echter een adequate signalering en verwijzing in de weg.

“Huisartsen voelen zich zelf overbelast, maar ze komen er nog steeds niet goed toe aan hun patiënten te vragen: ‘Hoe zit het op uw werk?’ Daardoor verwijzen ze te weinig door”, zegt Van der Gulden. In Noordwijk, waar het project eigenlijk al vijf jaar loopt, sturen de huisartsen minder dan 1 procent van hun cliënten naar de bedrijfsarts. “Het bestaat niet dat er maar zo weinig mensen een verwijzing nodig hebben. *Huisartsen zeggen dat ze graag een bedrijfsarts of arbeidsdeskundige in de eerste lijn willen, maar krijgen het niet voor elkaar om hun kennis en kunde optimaal te benutten.* Ik weet niet goed hoe we dit kunnen oplossen.”

Misschien is het daarom beter, oppert Van der Gulden, om meer te focussen op praktijkondersteuners die zich richten op patiënten met psychische problemen of chronische ziekten zoals diabetes. “Dat zijn gespecialiseerde verpleegkundigen die steeds vaker worden toegevoegd aan praktijken om de huisarts te ontlasten. Zij bieden een heel toegankelijke dienstverlening. De drempel is bij hen laag, ze zijn beter geëquipeerd en ze hebben meer tijd om het aspect arbeid aan te roeren.”

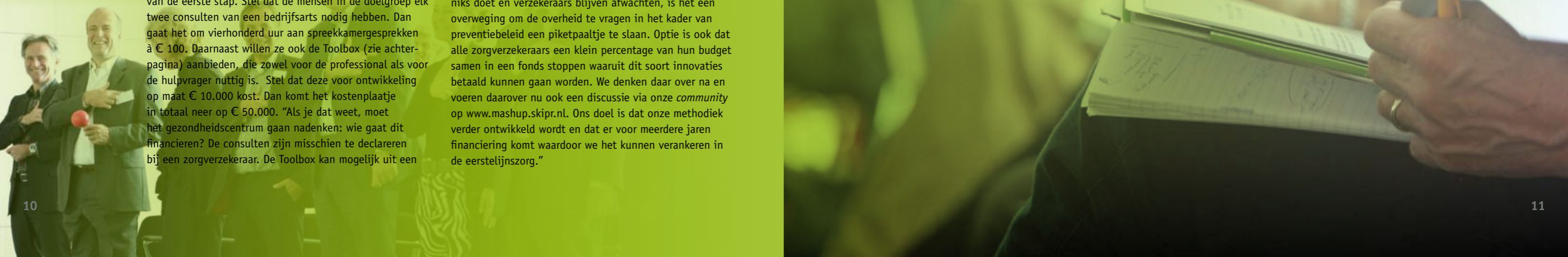
### Initiatief bij gezondheidscentrum

Praktijkondersteuners kunnen zelf veel vragen over arbeid beantwoorden. Zij zouden daarop getraind moeten worden. Datzelfde kan ook voor de psycholoog en de fysiotherapeut gelden. “In de *pilots* is het maar beperkt gelukt met deze professionals aan de praat te raken. Jammer, want zij kunnen een belangrijke rol spelen. Veel ziekteverzuim heeft te maken met de psyche of het bewegingsapparaat. Cliënten komen dan bij hen terecht. Als deze disciplines gaan verwijzen, komt er meer toestroom. Bedrijfsartsen en arbeidsdeskundigen zouden ook meer een vraagbaakfunctie kunnen krijgen. Daarnaast zouden zij meer moeten investeren om de Toolbox (zie achterpagina) in te zetten en kunnen ze meer gebruiken maken van de expertise van Welder.”

Uit het onderzoek is verder naar voren gekomen dat het essentieel is dat het initiatief voor Sterk naar Werk bij het gezondheidscentrum moet liggen. “Als iemand van buitenaf dit wil implementeren, komt het onvoldoende van de grond. Je moet kritisch nadenken of je daar nog geld in wilt stoppen? Ook als huisartsen of anderen in een gezondheidscentrum zelf deze werkwijze willen oppakken heeft het een lange adem nodig. Je moet dus sowieso meer tijd uittrekken dan één jaar, zoals nu bij de Sterk naar Werk-pilots.”



Joost van der Gulden





## Sterk naar Werk

# VraagWelder: toolbox voor participatie en gezondheid

Eerstelijns zorgverleners in een gezondheidscentrum zien regelmatig patiënten met gezondheidsklachten die te maken hebben met hun werksituatie of hun maatschappelijk functioneren. Zij kunnen echter niet altijd voldoende aandacht besteden aan werkgerelateerde gezondheidsklachten van hun patiënt. Zij hebben er simpelweg de tijd of kennis niet voor.

De VraagWelder toolbox vloeit voort uit Sterk naar Werk en biedt een basale aanpak voor 'participatiezorg'. De toolbox ondersteunt zowel eerstelijns zorgverleners als patiënten. Met de VraagWelder toolbox kunnen eerstelijns zorgverleners:

- tijdens hun spreekuur een eenvoudige aanpak hanteren, die risico's op langdurige arbeidsuitval opspoort;
- zelf meer informatie zoeken in de patiënteninformatie over werk & inkomen in relatie tot gezondheid en ziekte;
- zelf advies vragen aan de onafhankelijke adviseurs van VraagWelder over arbocuratieve zorg, werk, wet- en regelgeving, re-integratie, arbeidsongeschiktheid, uitkeringen, sociaaljuridische (on)mogelijkheden, inkomensverzekeringen, belangrijke instantie;
- hun patiënten verwijzen naar de patiënteninformatie;
- hun patiënten verwijzen naar de onafhankelijke adviseurs van VraagWelder.

Kijk voor meer informatie op [www.vraagweldertoolbox.nl](http://www.vraagweldertoolbox.nl)



[www.sterknaarwerk.info](http://www.sterknaarwerk.info)

Sterk naar Werk is een initiatief van:



Het congres De Dag 2010 is mogelijk gemaakt door bijdragen van

Stichting Instituut Gak

SZW

ZonMw



### Colofon

Tekst: Astrid van Unen

Redactie: Jeanet Lycklema, Luuk van Term en Kerst Zwart

Fotografie: Heleen Klop

Vormgeving: Second Opinion

Druk: Scholma Druk

© Welder/NVAB, oktober 2010

