

Deeltijdse Masteropleiding Stressmanagement en Re-integratiedeskundige

Schouten & Nelissen University

Langdurig arbeidsongeschikt ≠ onbehandelbaar

**Een kwalitatief onderzoek naar de mogelijkheden voor samenwerking tussen
verzekeringsarts, arbeidsdeskundige en behandelende sector bij
uitkeringsgerechtigden met langdurige arbeidsongeschiktheid door a.o.
psychische en/of moeilijk objectiveerbare klachten**

Hellen Snoek

(December 2008)

Naam: E.H. Snoek
Adres: Valkenburgerlaan 73
Woonplaats: 2771 CX Boskoop
Telefoon: 0172-210224
hellen.snoek@online.nl
hellen.snoek@uwv.nl
Cohort: MSR06-2006
Begeleider: dr. F.H.G. Marcelissen

Inhoudsopgave

Samenvatting	3
Summary.....	5
1 Probleemstelling.....	7
1.1 Aanleiding	7
1.2 Doelstelling van het onderzoek	7
1.3 Doelgroep, eenheden en kenmerken.....	8
1.4 Verslag experiment.....	8
2 Theoretische achtergrond	10
2.1 Scheiding behandeling en controle in de tijd.....	10
2.2 Noodzaak afstemming en samenwerking	11
2.3 Onderzoeken op het gebied van arbocuratieve samenwerking	12
2.4 Blinde vlek voor werk	13
2.5 Behandeling en begeleiding van de doelgroep.....	13
2.6 Privacywetgeving en visie van de patiënt.....	14
3 Opzet van het onderzoek	15
3.1 Verantwoording van de onderzoekskeuze.....	15
3.2 Analysevorm.....	15
3.3 Betrouwbaarheid en (interne en externe) geldigheid.....	15
3.4 Ethische aanvaardbaarheid en relevantie voor UWV	16
4 Methoden.....	17
4.1 Procedure	17
4.2 Respondenten.....	18
4.3 Data-analyse	18
5 Resultaten	21
5.1 Beschrijving samenwerking	21
5.2 Resultaat eerste onderzoeksvraag.....	22
5.3 Resultaat tweede onderzoeksvraag.....	24
5.3.1 Onderzoeksvraag en resultaat.....	24
5.3.2 Toelichting.....	25
6 Conclusie en discussie	29
6.1 Conclusie	29
6.2 Discussie.....	29
6.3 Aanbevelingen	32
6.3.1 Aanbevelingen voor de lange termijn.....	32
6.3.2 Aanbevelingen voor de korte termijn	32
7 Referenties	34
8 Verantwoording.....	36
Bijlage 1: Definitie van de Begrippen	37
Bijlage 2: Wettekst Artikel 28 WAO	39
Bijlage 3: Richtlijn Beheer gegevens vallend onder het medisch beroepsgeheim van de verzekeringsarts	40
Bijlage 4: Info behandelaars	42

Samenvatting

In deze thesis wordt door middel van kwalitatief onderzoek, onderzocht wat de succesfactoren zijn geweest van een experiment waarin Uitvoeringsorganisatie Werknemers Verzekeringen (UWV) samenwerkte met particuliere verzekeringsmaatschappijen en een privaat behandelbedrijf bij de behandeling van een groep langdurig arbeidsongeschikten. Tevens wordt onderzocht of de ontwikkelde werkwijze toepasbaar is binnen de reguliere werkwijze van de Nederlandse curatieve sector en de werkwijze van UWV.

Het experiment was gericht op gelijktijdige behandeling en re-integratie naar werk van een groep uitkeringsgerechtigden die al langere tijd arbeidsongeschikt werden geacht met psychische en/of moeilijk objectiveerbare klachten. Bedoeld wordt hier de uitkeringsgerechtigden met klachten als a-specifieke lage rugpijn, stressgerelateerde aandoeningen, een depressieve episode, whiplashklachten, vermoeidheidsklachten en hernia in de lage rug. Nieuw aan de methode was, behalve de multidisciplinaire behandel- en re-integratie-aanpak met en vanuit de thuissituatie, het overleg en de afstemming van het behandelbedrijf met de uitkeringsverstrekkers. Ruim 70% van de behandelde en begeleide cliënten bleek na deze interventie te zijn uitgestroomd uit de uitkering en in werk. Dit is een goed resultaat voor een groep cliënten bij wie eerdere behandeling en re-integratiebegeleiding geen resultaat had opgeleverd en die al enkele jaren volledig arbeidsongeschikt werden geacht.

Omdat Nederland een ver doorgevoerde scheiding kent van behandeling, begeleiding en controle bij ziekteverzuim wordt in het theoretische hoofdstuk aandacht besteed aan geluiden binnen de maatschappij om deze scheiding minder star te maken. Tevens worden onderzoeken naar arbocuratieve samenwerking aangehaald en wordt er een inkijkje gegeven in de omvang van de groep uitkeringsgerechtigden in het zittend bestand van het UWV, die zou kunnen vallen binnen de betreffende doelgroep.

Na literatuurstudie en analyse van de afgenomen interviews bij cliënten en actoren, betrokken bij het experiment, is een beschrijving geformuleerd van de aard van de samenwerking en de verkregen succesfactoren van zowel de behandeling als de samenwerking tussen uitkeringsverstrekker UWV en het behandelbedrijf.

Belangrijkste factor voor succes bleek de combinatie van psychische- en fysieke behandeling bij de cliënten thuis, gecombineerd met re-integratie naar werk. Ten aanzien van de *samenwerking* als succesfactor werd een zestal factoren gevonden:

- ❖ Door onderling afgestemde acties tussen behandelaars en uitkeringsverstrekkers konden weerstanden bij cliënten tegen verandering, doorbroken worden, waarmee de behandeling een groter effect had.
- ❖ Inzicht bij de uitkeringsverstrekkers inzake de fase van de behandeling en/of het begeleidingstraject naar werk, betekende, dat acties vanuit de uitkeringsverstrekker, die het herstelproces hadden kunnen schaden, konden worden voorkomen.
- ❖ Uitkeringsverstrekkers konden de stap naar werk en daarmee in veel gevallen het uiteindelijke herstel, ondersteunen en bevorderen met financiële prikkels.
- ❖ De samenwerking gaf de uitkeringsinstanties een beter inzicht in de inkomenssituatie van de cliënt, waarmee eventueel oneigenlijk gebruik van de uitkering kon worden voorkomen.
- ❖ Ook als de rol van het interventiebedrijf groot was geweest in het herstelproces en de begeleiding naar werk, bleek het noodzakelijk dat bij cliënt het gevoel achterbleef zelf de regie te hebben gehad. Dit bleek belangrijker dan tevredenheid over de ontvangen begeleiding.

- ❖ De rol van de manager die het behandelteam aanstuurt en de contacten onderhoudt met de uitkeringsverstrekkers en vooral hoe deze rol wordt ingevuld, bleek een belangrijke voorwaarde voor succes.

De beschrijving van de samenwerking en de verkregen succesfactoren zijn voorgelegd aan een aantal behandelaars en UWV-medewerkers met de vraag of deze werkwijze voor hen toepasbaar en wenselijk zou zijn bij cliënten met vergelijkbare klachten.

Uitkomst van het onderzoek was dat deze werkwijze op dit moment misschien wel wenselijk is, maar niet direct toepasbaar binnen de huidige werkwijze van behandelaars in de reguliere curatieve sector en UWV-medewerkers, daar te veel belemmeringen worden opgeworpen. De werkwijze zou alleen mogelijk zijn als de uitkeringsverstrekker als opdrachtgever voor de behandeling kan optreden. Als belemmeringen komen naar voren:

- ❖ Gebrek aan tijd van behandelaars en UWV-medewerkers (verzekeringarts en arbeidsdeskundige) binnen de reguliere werkzaamheden.
- ❖ Mogelijke schending van de privacy van de patiënt of aantasting van het beroepsgeheim, aantasting van de therapeutische relatie.
- ❖ Tegenstrijdige belangen tussen cliënt, behandelaars en uitkeringsverstrekker
- ❖ Voor behandelaars is de opdrachtgever van de behandeling leidend. Als de uitkeringsverstrekker opdrachtgever is voor de behandeling, is samenwerking en afstemming mogelijk. Als cliënt opdrachtgever is voor de behandeling is er bij de behandelaar geen noodzaak voor samenwerking.
- ❖ De behandeling op meerdere fronten (psychisch, fysiek en toeleiding naar werk) ontbreekt veelal binnen de organisatie bij reguliere behandelaars.
- ❖ Werkhervatting is vaak nog geen vast onderdeel van het behandeldoel.
- ❖ Indien wel op meerdere fronten wordt gewerkt, ontbreekt vaak een eindverantwoordelijke of (case)manager, die zowel het herstel als de werkhervatting aanstuurt en die actief samenwerkt met de uitkeringsverstrekkers.

In het laatste hoofdstuk wordt de uitkomst ter discussie gesteld en worden suggesties gedaan voor het wegnemen van deze belemmeringen. Tevens worden aanbevelingen gedaan voor aanpassing van wetgeving en/of de organisatie binnen curatieve en sociale zekerheidssector.

Voor de langere termijn wordt de wetgevende macht geadviseerd de discussie over de scheiding tussen behandeling en beoordeling binnen de sociale zekerheid te heropenen. Geadviseerd wordt de uitkeringsinstantie de mogelijkheid te bieden activiteiten in te zetten om de belastbaarheid te vergroten van arbeidsongeschikte uitkeringsgerechtigden. Tevens wordt geadviseerd een aanpassing in de arbeidsongeschiktheidswetten aan te brengen waardoor ook voor volledig arbeidsongeschikten een plicht tot werkhervatting in passend werk ontstaat.

Voor de korte termijn wordt geadviseerd vanuit het UWV te starten met een sociaal medisch team dat zich richt op vergroting van de belastbaarheid van een geselecteerde groep langdurig arbeidsongeschikten, vallend in de beschreven doelgroep. Dit team kan in samenwerking met een ziektekostenverzekeraar en een curatieve instelling een behandelunit in richten dat een vergelijkbare behandeling kan bieden als in het beschreven experiment, voor de beschreven doelgroep. Dit met het doel op termijn een hoger rendement te halen uit behandeling en re-integratie van mensen die vanwege arbeidsongeschiktheid door psychische en/of moeilijk objectieveerbare klachten een langdurig beroep doen op een arbeidsongeschiktheidsuitkering.

Summary

This paper employs qualitative analysis to evaluate factors leading to a successful outcome in returning long term sickness beneficiaries to the work-force. These factors emerged during a trial collaboration between the Institute for Employee Benefit Schemes (UWV) on the one hand, and private insurance companies and a private treatment centre on the other, in the management of a group of people who had been incapacitated for work over an extended period of time. Additionally, this paper examines the methodologies developed during the trial in order to determine their suitability for use in mainstream curative medicine in the Netherlands and/or within the UWV.

The aim of the trial was simultaneous treatment and reintegration into the labour market for a group of benefit claimants who had been declared partially or fully incapacitated for work in the long term due to mental health issues and/or illnesses which are difficult to identify objectively. For example beneficiaries studied had conditions such as non-specific low back pain, stress induced symptoms, an episode of depression, symptoms from whiplash, and chronic fatigue symptoms. New aspects of this methodology include a multidisciplinary approach to treatment and labour reintegration, centred around the client's home setting, as well as communication and alignment between treatment centre and benefit provider. After intervention, over 70% of participating clients had re-entered the workforce and no longer needed a benefit. For a group of clients for whom previous attempts at treatment and reintegration had been unsuccessful, and who for years had been considered to be entirely incapacitated for work, this is certainly a satisfactory outcome.

In the Netherlands, treatment, training and monitoring of employees on sick leave is highly segregated. For this reason, a theory chapter deals with new societal impulses to relax this separation and describes research into cooperative efforts in curative treatment for employees. The UWV's benefit claimant population is also discussed, identifying those clients for whom this methodology might best be suited.

After doing background research and analysing interviews held with clients and other involved parties, we formulated a description of the collaborative efforts made and the success factors achieved, both in terms of treatment itself and in the collaboration between the benefit provider UWV and the treatment centre.

The most important factor for successful results turned out to be the cooperative method combining home bases physical-psychological treatment with reintegration into the workforce. We identified six elements that contributed tot the success of a cooperative approach:

- ❖ Alignment of the approaches of health service providers and benefit providers ameliorated clients' resistance to change, which led to treatments being more successful;
- ❖ Due to greater awareness of a client's course of treatment and/or progress in reintegration activities, the benefit provider was able to avoid taking actions which could be potentially damaging to the client's recovery process;
- ❖ Benefit providers were able to use financial incentives to stimulate and support both reintegration and recovery;
- ❖ A cooperative approach gave benefit providers more insight into clients' incomes, so that potential misuse of benefits could be prevented;
- ❖ Even when major intervention took place to promote recovery and reintegration into the workforce, it remained essential that the client retained the impression of being in control of the process. This proved even more important than the client's satisfaction with the intervention itself;

- ❖ The manner in which the treatment team's manager directed the actions of the team and communicated with the benefit provider emerged as an essential success factor.

We presented a description of both the collaboration and the resulting factors for success to a number of health care providers and UWV caseworkers, asking whether this methodology would be appropriate and desirable for their own use with clients with similar health issues. As a result, we learned that although such collaboration may be desirable, due to the way health care providers in the curative sector and UWV caseworkers currently organize their work, it would not be possible; in fact it could only be achieved if the benefit provider were to supervise and direct the process of treatment. A number of limiting factors were identified:

- ❖ Insufficient time available to health care workers and UWV case workers (both medical advisers and occupational health advisers);
- ❖ Problems relating to patient privacy and doctor-patient confidentiality and erosion of the strictly curative role of medical personnel;
- ❖ Conflicts of interest between clients, health care providers and benefit providers;
- ❖ For health care providers, it is important to consider which party has requested a medical intervention. If this is the benefit provider, then cooperation and alignment are possible. However, if the client independently seeks out medical intervention, there is no need for a health care provider to cooperate with other parties;
- ❖ In mainstream health care, there is seldom a multifaceted approach which addresses mental and physical health and reintegration coaching at the same time;
- ❖ Reintegration into the workforce has not yet become a mainstay in treatment goals;
- ❖ When a multifaceted approach is taken, it is often unclear who will bear responsibility for end results; therefore a case manager is needed who can direct both recovery and reintegration and collaborate actively with the benefit provider.

The final chapter includes a discussion of results as well as suggestions for removing the limiting factors as described above. There are also recommendations for possible changes to legislation and/or the organization of curative medicine and social insurance structures. Taken together, these will hopefully lead to better results in treatment and reintegration into work for people with mental and/or physical health problems which are difficult to identify objectively, and who have been dependent on incapacity benefit over an extended period of time.

1 Probleemstelling

1.1 Aanleiding

In mijn functie van arbeidsdeskundige bij het UWV voer ik arbeidsgeschiktheidsbeoordelingen en re-integratieadviezen uit voor uitkeringgerechtigden met zowel fysieke als psychische klachten. De afgelopen jaren heeft mij het meerdere keren verbaasd dat er cliënten langdurig arbeidsongeschikt kunnen blijven met klachten waar veel andere werknemers al na relatief korte tijd van zijn hersteld. Regelmatig verzuchtte ik binnensmonds: "Als deze cliënt nu eens goed behandeld was dan waren er meer functies te duiden geweest en daarmee meer mogelijkheden voor re-integratie naar werk". Een stil verwijt dus naar de behandelende sector. Vanuit de behandelende sector blijkt echter wel eens verzucht te worden "Als ze zijn/haar uitkering nou eens introkken, dan kwam cliënt misschien eens in beweging". De cliënt zelf lijkt echter de dupe, want die is in veel gevallen ongelukkig met de eigen situatie.

In 2006 kreeg ik de mogelijkheid als arbeidsdeskundige mee te werken aan een project waarbij cliënten met psychische en/of moeilijk objectiveerbare klachten in deze categorie nader onder de loep werden genomen. Als bleek dat de betreffende personen nog mogelijkheden voor herstel hadden, werd een traject aangeboden. Niet sec een re-integratietraject maar een aanpak waarbij behandeling van de klachten en toeleiding naar werk gecombineerd werden. Hierbij werd ook nog eens de thuisomgeving intensief betrokken. Bij ongeveer 70% van de behandelde cliënten leidde deze aanpak tot uitstroom uit de arbeidsongeschiktheidsuitkering en, belangrijker, tot hervatting in werk. Dit is een hoog percentage voor een groep waarbij eerdere behandeling en re-integratiebegeleiding geen of onvoldoende effect had.

In januari 2008 is het verslag van dit project of experiment afgerond en aangeboden aan mede-opdrachtgever UWV. De vraag rijst dan, althans bij mij, wat in dit project de succesfactoren zijn geweest en of die ook binnen reguliere werkwijzen van UWV en curatieve sector toepasbaar zijn op andere uitkeringsgerechtigden met vergelijkbare klachten?

1.2 Doelstelling van het onderzoek

Doel van het hier voorgestelde onderzoek is, met de verkregen kennis vanuit het experiment, onderzoeken wat nu exact de succesfactoren zijn geweest in de aanpak en dan met name in de beschreven samenwerking. Dit met als doel duidelijkheid te krijgen over hoe de samenwerking tussen verzekeringsarts en arbeidsdeskundige met de reguliere behandelende sector kan worden verbeterd en wat je er mee kunt bereiken, voor wat de beschreven doelgroep betreft. Het streven is deze cliëntendoelgroep beter belastbaar te maken voor arbeid. Hoe zou de samenwerking kunnen verlopen en welke factoren zijn van belang? Afgeleid doel is het bereiken van, of tenminste werken aan een rechtvaardige, effectieve, efficiënte en kostenbesparende uitvoering van de sociale zekerheid.

Het UWV is opdrachtgever. Voor het UWV is behalve het hierboven genoemde gewenst, dat op grond van te trekken conclusies, aanbevelingen gedaan worden, ten aanzien van de invulling van door de Gezondheidsraad geadviseerde 3B richtlijnen (zie hoofdstuk 2).

Centrale vraagstelling

De open onderzoeksvraag, heb ik als volgt geformuleerd:

- 1) Wat zijn, in het beschreven experiment, de factoren geweest in de samenwerking tussen verzekeringsarts en arbeidsdeskundige van het UWV en het behandelende bedrijf Embas en verzekeringsmaatschappij Allianz, die gezorgd hebben dat de belastbaarheid van cliënten is toegenomen en de uitstroom uit de uitkering en naar werk, vergroot werd?
- 2) Is deze vorm van samenwerking toepasbaar en wenselijk bij cliënten met vergelijkbare klachten bij behandeling in het reguliere behandelcircuit?

Afgeleide vragen zijn:

- 1 Hoe zag deze samenwerking er uit?
- 2 Wat waren de knelpunten bij samenwerking?
- 3 Welke momenten van contact waren cruciaal?
- 4 Hadden de resultaten ook behaald kunnen worden zonder samenwerking tussen de partijen?
- 5 Zijn er situaties te noemen waarin samenwerking een averechts effect heeft.

1.3 Doelgroep, eenheden en kenmerken

De eenheden waarover in dit onderzoek een uitspraak gedaan zal worden zijn:

Uitkeringsgerechtigden met een (al of niet ingetrokken) WIA/WAO of WAZ-uitkering, lijdend aan chronische psychische en/of moeilijk objectiveerbare klachten, waarvan tijdens een behandel- of re-integratietraject sprake is geweest van samenwerking tussen verzekeraars en behandelaars en die behandeld en begeleid zijn door het bedrijf Embas Health Resolutions. Bedoeld wordt hier de uitkeringsgerechtigden met klachten als a-specifieke lage rugpijn, stressgerelateerde aandoeningen, een depressieve episode, whiplashklachten, vermoeidheidsklachten en hernia in de lage rug.

Het kenmerk waar dit onderzoek zich met name op richt is de samenwerking tussen behandelaars en Uitvoeringsorganisatie Werknemers Verzekeringen (UWV). Voor een definitie van dit begrip zie bijlage 1.

1.4 Verslag experiment

Begin 2008 is een samenwerkingsproject tussen UWV en enkele particuliere verzekeraars afgerond dat zich richtte op het diagnosticeren, behandelen en re-integreren van langdurig arbeidsongeschikten. Deze arbeidsongeschikten ontvingen bij de start van het project van beide instanties een uitkering. Geselecteerd werd een groep cliënten bij wie in theorie sprake was van een medische situatie met herstelpotentieel maar waarbij in de praktijk de situatie nog steeds uitzichtloos leek. Cliënten die binnen de selectie vielen kenden whiplashklachten, vermoeidheidsklachten, depressieve klachten en anderszins klachten, die in veel gevallen binnen 2 jaar, al of niet na behandeling, zijn verminderd of verdwenen. Bij de geselecteerde cliënten was, ondanks eerdere behandeling en re-integratie begeleiding, dit herstel nog niet ingezet of was stagnatie opgetreden. Afhankelijk van de uitkomst van de diagnosefase werd, parallel aan elkaar, een behandel- en re-integratietraject ingezet. Dit betekende een verschil met de gebruikelijke re-integratietrajecten die door het UWV worden ingezet die zich primair richten op re-integratie naar werk en niet op behandeling van de klachten.

UWV en de Verzekeraar gaven voor het totaal van diagnostiek, behandeling en re-integratie naar werk, opdracht aan het bedrijf Embas Health Resolutions (verder Embas). Dit bedrijf baseerde hun aanpak op een door de McMaster Universiteit in Hamilton, in de jaren 1980 tot 1999, ontwikkelde werkwijze. Deze werkwijze wordt vooral in Engeland en Canada actief toegepast bij arbeidsongeschikten met chronische klachten. Embas had naar dit concept

haar organisatie ingericht met een multidisciplinair team dat bestond uit een casemanager, arts, psycholoog, fysiotherapeut, financieel specialist en job coach. Cliënten werden door deze teamleden thuis bezocht, onderzocht, behandeld en begeleid. Er werd niet alleen contact gelegd met cliënt zelf, maar tevens met personen in de omgeving van cliënt zoals familie, huisarts en eventuele andere behandelaars, (ex) werkgever, belastingdienst, bank en uitkeringsinstanties. Gedachte hierbij was dat de aanzet voor verandering het best binnen de thuisbasis van cliënt gestart kan worden.

Vanuit het UWV beoordeelden een vaste arbeidsdeskundige en verzekeringsarts de onderzoeksbevindingen en behandelvoorstellen van Embas en werd gedurende het traject gezamenlijk nageacht en afgestemd over te maken stappen in de begeleiding van cliënt. Het gezamenlijke doel was uitstroom uit de uitkering en instroom naar werk. Mijn rol in het geheel was die van arbeidsdeskundige (sinds april 2006) en het leveren van een bijdrage aan het eindverslag.

Uit het “ Verslag Samenwerking UWV, particuliere verzekeraars en Embas Health Resolutions” van T. Schonagen, H. Snoek, J.P. van Maarschalkerweerd en A. Lommen (2008) blijkt de aanpak het volgende resultaat te hebben gehad:

Van 73 geselecteerde cliënten met volledige of bijna volledige WAO of WAZ-uitkering, werden 50 cliënten toegelaten tot het behandeltraject. Uiteindelijk zijn 34 personen, na of tijdens het traject, bij herbeoordeling van de mate van arbeidsongeschiktheid, volledig arbeidsgeschikt geacht en 4 personen behielden een gedeeltelijke arbeidsongeschiktheidsklasse. Bij 34 cliënten leidde het traject tot werkhervatting. Ten tijde van het schrijven van het projectverslag waren nog 13 cliënten in behandeling en begeleiding. Het slagingspercentage ten aanzien van uitstroom uit de uitkering komt daarmee op 70%, wat gezien de doelgroep een hoog percentage is.

De schrijvers van het stuk hebben berekend wat, bij het doorlopen van de uitkeringen tot de 65^{ste} verjaardag van deze cliënten, de kosten voor sociale zekerheid zouden zijn geweest en schatten dit in op 5,5 miljoen euro.

2 Theoretische achtergrond

Dit onderzoek richt zich op de samenwerking tussen verzekeringsgeneeskundige en arbeidsdeskundige met de behandelende sector. Wat is er bekend in de literatuur over samenwerking tussen deze groepen professionals? Middels literatuuronderzoek is getracht inzicht te krijgen in de redenen die ten grondslag liggen aan de huidige werkwijze binnen sociale zekerheid en curatieve sector als het gaat om de samenwerking ten behoeve van het herstel van cliënten. Hierbij ben ik tot een verdeling in zes paragrafen gekomen.

- ❖ De eerste paragraaf geeft de ontwikkelingen binnen Nederland weer en de beschreven taken voor de verzekeringsgeneeskundige en de arbeidsdeskundige.
- ❖ De tweede paragraaf beschrijft de noodzaak voor samenwerking volgens de Gezondheidsraad.
- ❖ De derde paragraaf bespreekt onderzoeksuitkomsten naar de samenwerking tussen bedrijfsarts en behandelende sector.
- ❖ De vierde paragraaf beschrijft de vermeende blinde vlek bij behandelaars voor werkgerelateerde problemen.
- ❖ In de vijfde paragraaf zoek ik in de literatuur naar de meest gewenste behandelmethode voor de gekozen doelgroep.
- ❖ Tenslotte volgt enige informatie over de geheimhoudingsplicht en het perspectief van de cliënt.

2.1 Scheiding behandeling en controle in de tijd

Nederland kent een ver doorgevoerde scheiding van behandeling, begeleiding en controle bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Wetsvoorstellen waarin zowel ziektekosten als loonderving werden geregeld, stuitte in Nederland al vanaf begin 20^{ste} eeuw op politieke verdeeldheid en weerstand van de medische beroepsgroep. In Nederland zijn daardoor aparte wetten tot stand gekomen voor ziektekosten en de compensatie voor loonderving en de wijze waarop deze wetten uitgevoerd dienen te worden. De sector die patiënten en daarmee ook zieke werknemers behandelt naar herstel, heeft in de uitvoering van deze wetten geen rol.

Uit het onderzoek van de Gezondheidsraad; “Beoordelen, behandelen, begeleiden” (2005), blijkt dat de ver doorgevoerde scheiding in Nederland tussen verzekeringsgeneeskundige, bedrijfsgeneeskundige en curatieve sector steeds meer als een probleem wordt ervaren. De commissie van de Gezondheidsraad stelde vast dat er wel aanzetten zijn tot afstemming en samenwerking tussen bedrijfsgeneeskunde en curatieve disciplines. Tussen verzekeringsgeneeskunde en curatieve disciplines waren deze aanzetten er nog niet.

De aanzetten tot samenwerking tussen bedrijfsarts en behandelende sector zijn beschreven door P.C. Buijs (2001) in het drieluik over de geschiedenis van arbocuratieve samenwerking. In 2002 is een leidraad opgesteld voor huisarts en bedrijfsarts voor de sociaal-medische begeleiding van arbeidsverzuim. Voor verzekeringsgeneeskunde zijn deze stappen nog niet gezet. Knelpunt hierbij is dat de taak van de verzekeringsarts zich over het algemeen vooral richt op claimbeoordeling en controle. De begeleidende taak bij ziekteverzuim is bij de bedrijfsarts gelegd. Voor deze knip is binnen het Nederlandse Sociale Verzekeringsbestel bewust gekozen.

De noodzaak tot begeleiding van cliënten bij ziekte en (al of niet gelijktijdig) naar werk, houdt in veel gevallen echter niet na twee jaar op, als inmiddels een arbeidsongeschiktheidsuitkering is toegekend en de bedrijfsarts uit beeld verdwijnt. In het professioneel Statuut Verzekeringsartsen (2003) is dan ook onder andere als taak voor deze beroepsgroep beschreven: “advisering en respectievelijk begeleiding bij maatregelen die behoud, herstel of bevordering van gezondheidstoestand c.q. arbeidsgeschiktheid beogen.”

Door de nadruk die de laatste jaren is gelegd op claimbeoordeling, lijkt deze begeleidende taak wat naar de achtergrond te zijn verschoven. Er blijkt dan ook niet of nauwelijks onderzoek te zijn verricht naar samenwerking tussen verzekeringsartsen en behandelende sector bij het bevorderen van de gezondheid van langdurige arbeidsongeschikten. De onderzoeken voor en door verzekeringsartsen hebben zich tot nu toe voornamelijk gericht op het al of niet opvragen van informatie bij de huisarts ten behoeve van de claimbeoordeling (N.A. van Berkel en T. Njoo, 2001) en een onderzoek naar de schriftelijke communicatie tussen de verzekeringsarts en de huisarts (K.C.B. Bakker en S.E. Molenaar Schaefer, 2000).

Onderzoeken naar de samenwerking tussen arbeidsdeskundigen en de behandelende sector zijn in het geheel niet gevonden. Waarschijnlijk omdat de arbeidsdeskundige binnen zijn takenpakket niet geacht wordt mee te werken aan het vergroten van de belastbaarheid van arbeidsongeschikten. In het Professioneel Statuut Arbeidsdeskundigen (UWV) wordt dit niet genoemd als mogelijke taak van een arbeidsdeskundige.

2.2 Noodzaak afstemming en samenwerking

In hoofdstuk 6.1. van het onderzoeksrapport van de Gezondheidsraad (2005) wordt beschreven dat *“slechts een klein percentage van alle ziekmeldingen leidt tot twee jaar aaneengesloten ziekteverzuim en een aanvraag tot een arbeidsongeschiktheidsuitkering. Indien zulk langdurig verzuim zich voordoet, is er in de regel iets bijzonders aan de hand.”* En verder:

“Opvallend is dat een groot deel van de huidige instroom in arbeidsongeschiktheidsregelingen toe te schrijven is aan veelvoorkomende aandoeningen waarvan verreweg de meeste mensen ruim binnen twee jaar geheel herstellen...”. Het gaat dan om aandoeningen als specifieke lage rugpijn, stressgerelateerde aandoeningen zoals spanningsklachten, overspanning en burnout, een depressieve episode en hernia in de lage rug.

De commissie van de Gezondheidsraad constateert dat, voor die personen die de twee jaar ziekte overschrijden met genoemde aandoeningen, een zorgvuldige reconstructie van de individuele geschiedenis van begeleiding, behandeling, herstel en stagnatie, gedurende de eerste twee ziektejaren, ook bij voortschrijdend wetenschappelijk onderzoek, een cruciaal onderdeel blijft van arbeidsongeschiktheidsbeoordelingen ná de poortwachertoets en daarmee ná de eerste twee jaar van ziekte.

De commissie beargumenteert waarom zij vindt dat beoordeling, behandeling en begeleiding met elkaar zijn verweven. Zo noemt zij de noodzaak van intercollegiaal overleg als de begeleidende (bedrijfs)arts signaleert dat het herstel stagneert en dat goede behandelingsmogelijkheden worden gemist, maar ook als de behandelend arts merkt dat de begeleider zijn therapeutisch beleid doorkruist of dat het oordeel van de bedrijfs- of verzekeringsarts strijdig is met zijn eigen oordeel en adviezen.

De commissie acht beoordeling relevant voor behandeling want; *“Voor de behandelend arts is het van belang zich te realiseren dat de patiënt kan denken dat vasthouden aan klachten en inactiviteit in zijn belang is. Al of niet bewuste en reële verwachtingen van ‘secundaire ziekte winst’ kunnen de effectiviteit van de behandeling negatief beïnvloeden.”* Zij stelt dat beoordeling deel uitmaakt van begeleiding omdat aan het einde van twee jaar ziekte de re-integratie inspanningen door het UWV worden beoordeeld en ook tussendoor het aanvragen van een deskundigenoordeel mogelijk is. Ook noemt zij als argument voor samenwerking dat behandeling en begeleiding relevant zijn voor beoordeling: *“Adviezen van de behandelend arts kunnen een belangrijke rol spelen in de onderhandeling tussen patiënt en beoordelaar die de arbeidsgeschiktheidsbeoordeling in de praktijk vaak is”*. Ook schrijft zij: *“De verzekeringsarts zal moeten proberen te achterhalen of de kans op herstel van functioneren in arbeid van meet af aan gering is geweest of dat ergens in het herstelproces stagnatie is opgetreden. De oorzaken van het uitblijven van herstel zal hij moeten trachten te*

identificeren. Mede op grond hiervan zal hij zich een oordeel moeten vormen over de resterende kansen op herstel, al of niet met behulp van een interventie.”

De commissie beveelt daarom aan om zogenaamde 3B richtlijnen te ontwikkelen, waarbij de drie B's staan voor beoordeling, behandeling en begeleiding. De richtlijnen moeten het karakter hebben van overkoepelende (moeder) richtlijnen die op termijn de specifieke richtlijnen van de verschillende disciplines (verzekeringsgeneeskunde, bedrijfsgeneeskunde, curatieve sector) overbodig maken. Hiertoe zijn de laatste jaren enkele verzekeringsgeneeskundige protocollen opgesteld als hulpmiddel voor verzekeringsgeneeskundigen om herstel- en re-integratie-inspanningen te evalueren en te achterhalen waarom herstel is uitgebleven.

2.3 Onderzoeken op het gebied van arbocuratieve samenwerking

Omdat er, met in acht nemen van de nodige verschillen, ook parallellen zijn te trekken als het gaat om verzekeringsartsen en bedrijfsartsen in hun samenwerking met de curatieve sector, noem ik, naast eerder genoemde artikelen van P. Buijs hier enkele uitkomsten van onderzoeken en opvallende publicaties ten aanzien van de samenwerking tussen bedrijfsartsen en de curatieve sector.

Uit het drieluik over de geschiedenis van arbocuratieve samenwerking (P.C. Buijs, 2001) blijkt dat deze een lange aanloop kent. Het in 1998 opgestelde convenant tussen LHV (Landelijke Huisartsen Vereniging) en NVAB (Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde) vormde hiervoor een belangrijke stap. Een belangrijke voorwaarde voor het convenant bleek het feit dat door de NVAB-ledenvergadering afstand werd genomen van claimbeoordeling- en controletaken door de bedrijfsarts. Hiermee schaarden de bedrijfsartsen zich aan dezelfde zijde van de scheiding tussen behandeling en begeleiding enerzijds en controle anderzijds, als de behandelaars. Toch bleek dit convenant nog niet te leiden tot een optimale samenwerking tussen bedrijfsarts en huisarts bij het begeleiden van werknemers met gezondheidsproblemen.

In een onderzoek naar het gezamenlijk managen van werknemers die 3 à 4 maanden waren uitgevallen met lage rugklachten (Anema, Van der Giezen, Buijs en Van Mechelen (2002) bleek in slechts 19 % van de gevallen overleg te zijn geweest tussen de bedrijfsarts en de behandelende sector. Opvallend hierbij was dat het in bijna alle gevallen ging om het opvragen van informatie en niet om het afstemmen van de begeleiding (*“In only 19 % of the patients was there (sic) communication between OP and treating physician. Communication almost always entailed an exchange of information, and less frequently an attempt to harmonise the management policy.”*) Uit dit onderzoek bleek ook dat van de bedrijfsartsen, die de behandeling als niet adequaat beoordeelden, slechts een klein deel contact zocht met deze behandelaars of in discussie ging over de aanpak.

Het onderzoeksrapport Arbocuratieve samenwerking van J. van der Burg, A. van der Beek en F. Schellevis (2003) noemt de volgende knelpunten in arbocuratieve samenwerking vanuit het perspectief van de huisarts;

- ❖ Onbekendheid met de persoon van de bedrijfsarts
- ❖ Het ontbreken van open communicatie
- ❖ Het feit dat de huisarts (en andere behandelaars) geen vergoeding krijgen voor het met elkaar overleggen over een patiënt
- ❖ Het geen tijd hebben voor het geven van informatie of het leggen van contact
- ❖ Het (in het verleden) ontbreken van richtlijnen voor arbocuratieve samenwerking
- ❖ Het moeten geven van toestemming voor onderling contact door de patiënt.

Nauta en Von Grumbkow (2001) voorspelden in hun onderzoek “Samenwerking en vertrouwen tussen huisartsen en bedrijfsartsen”, uitgaande van de sociale identiteitstheorie

dat het vertrouwen van huisartsen in het eigen werk altijd hoger zal zijn dan in het werk van bedrijfsartsen, omdat zij deze groep lager op de sociale ladder vinden staan.

Ook de samenwerking tussen bedrijfsartsen en curatieve sector is dus nog niet optimaal. Tijdens het congres "Samen werken zonder grenzen", op 14 november 2008 gehouden in de Hogeschool Rotterdam klaagde een aanwezige huisarts in de wandelgangen dat de samenwerking tussen bedrijfsarts en huisarts alleen maar minder is geworden, sinds 1 juli 2005 een werkgever niet meer de verplichting heeft een arbodienst in te schakelen voor een zieke werknemer.

2.4 Blinde vlek voor werk

Een veel gehoorde klacht bij sociale verzekeraars en re-integratiebedrijven is dat behandelaars geen oog zouden hebben voor de werksituatie van hun patiënten en voor werkgerelateerde klachten. Tijdens het in de vorige paragraaf genoemde congres werden vooroordelen over de verschillende beroepsgroepen geuit waarbij de behandelend psychologen gekscherend in de hoek van de "wereldvreemde autisten" werden geplaatst die geen oog hadden voor praktische zaken als werk en werksituaties. Dit is wel heel cru gezegd. De vooroordelen ten aanzien van de behandelende sector en hun blinde vlek voor werkgerelateerde problemen is echter ook terug te vinden in wetenschappelijk onderzoek. Uit een onderzoek van P. Buijs, F. van Dijk, M. Evers J. van der Klink en H. Anema(2007) bleek dat bedrijfsartsen de medische sector verweten onvoldoende oog te hebben voor werk en werkgerelateerde problemen bij patiënten. Verrassend genoeg bleek de afgelopen jaren dat "de blinde vlek voor werk" niet alleen gold voor de Nederlandse curatieve sector met de hiervoor beschreven scheiding tussen behandeling en controle. Een citaat uit laatst genoemde publicatie: *"However, many GPs seem to have a Blind Spot for workrelatedness, also outside The Netherlands"*. De "Blind spot for Work in General Health care" blijkt een ernstig 'global problem' te zijn, zoals te lezen is in de "position paper" van P. Buijs voor minister De Geus en staatssecretaris Hoogervorst in 2003. Komende jaren kunnen we hier nog verder onderzoek over verwachten. Nederland blijkt nu zelfs voorop te lopen in zowel agendering als oplossingsrichtingen van het probleem. Mogelijk kan het onderzoek beschreven in deze thesis daar ook een steentje aan bijdragen.

2.5 Behandeling en begeleiding van de doelgroep

Uit de UWV kwartaalverkenning 2007-II blijkt, dat in het zittend bestand van arbeidsongeschikten binnen het UWV, bij 44% de aanleiding voor arbeidsongeschiktheid gelegen is in psychische problematiek. Bij 38 % is de aanleiding voor arbeidsongeschiktheid gelegen in aandoeningen van het bewegingsstelsel. Binnen deze twee hoofdgroepen voeren aandoeningen van rug/nek en (temporale) depressiviteit de boventoon. Andere belangrijke diagnosegroepen zijn burnout/overspannenheid, stress/spanningsklachten, gewrichtsaandoeningen en RSI(-achtige) ziektebeelden. Samen omvatten deze zes groepen circa 60 % van het re-integratiepotentieel zittend bestand.

In 2008 heeft het kabinet 165 miljoen euro geïnvesteerd in het vergroten van participatie. Met deze investering wilde het kabinet meer mensen aan betaald werk krijgen. Met de afronding van de wettelijke herbeoordelingen na de stelselwijziging in 2004 en de geringe instroom in de WIA lijkt er meer ruimte te komen om ook het zittend bestand van langdurige arbeidsongeschikten aan een nader onderzoek te onderwerpen.

Welke mogelijkheden staan nog open voor de behandeling en begeleiding van deze groep cliënten uit het zittend bestand van het UWV? Binnen het beschreven experiment werd de doelgroep behandeld vanuit verschillende (medische) disciplines.

Navraag bij het Trimbos-instituut en TNO leerde dat er geen publicaties zijn van onderzoeken waaruit onomstotelijk de zin of onzin van multi-disciplinaire behandeling bij somatoforme klachten is bewezen. In 2009 komt de richtlijn somatoforme klachten uit. Het gaat hierbij om somatisch onvoldoende verklaarbare klachten zoals CVS, fibromyalgie, burnout etc. Volgens een wetenschappelijk medewerker van het Trimbosinstituut zal in deze richtlijn echter geen specifieke aandacht gegeven worden aan multi-disciplinaire samenwerking. De analyse op basis van de behandeling is nog niet gepubliceerd op het moment van dit schrijven, zodat de conclusies niet verwerkt kunnen worden in deze thesis.

In de door de Gezondheidsraad opgestelde verzekeringsgeneeskundige protocollen wordt voor verschillende ziektebeelden de gewenste behandelaanpak beschreven. Zo adviseren zij voor overspanning, activerende en structurerende begeleiding door huisarts en bedrijfsarts. Voor angststoornissen wordt cognitieve gedragstherapie (eventueel met exposure) geadviseerd, eventueel gecombineerd met antidepressiva. Als behandeling voor chronische vermoeidheidsklachten zou cognitieve therapie zijn aangewezen volgens het model van de 'instandhoudende factoren'. Alleen voor de depressieve stoornis adviseert de Gezondheidsraad een gecombineerde aanpak van medicatie-toediening, kort durende psychotherapie, fysieke training en "problem solving" therapie.

Ten aanzien van de locatie voor behandeling is door A.Cott, H. Anchel, W.M. Goldberg, M. Fabich en W. Parkinson (1990) het verschil onderzocht tussen een groep cliënten met chronische pijnklachten die vanuit huis werd behandeld en een groep vergelijkbare cliënten die buiten hun leefomgeving in een behandelinstituut werd behandeld. De groep die vanuit huis werd behandeld had nadien minder klachten en was beter uitgestroomd naar werk dan de groep die buiten hun leefomgeving was behandeld. Ook kende de eerste groep minder terugval in klachten. Deze cliënten hadden de aangeleerde vaardigheden en gedragsverandering direct kunnen toepassen en integreren in hun dagelijks leven.

2.6 Privacywetgeving en visie van de patiënt

Het informatie uitwisselen over patiënten en hun behandeling vormt een maatschappelijk gevoelig punt. Dit is recent (november 2008) weer duidelijk geworden door de onrust en discussie die ontstond ten aanzien van de informatieverstrekking over het elektronisch patiëntendossier. Het patiënten- en consumentenplatform Zorgbelang Zuid-Holland heeft hierover het standpunt ingenomen dat een elektronisch patiëntendossier wel wenselijk is, maar de patiënt zou de regie moeten voeren in dit dossier.

De Wet Bescherming persoonsgegevens (WBP) en de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) regelt rechten van patiënten. Elke hulpverlener is wettelijk verplicht tot geheimhouding, het beroepsgeheim genoemd. De hulpverlener is verplicht tot geheimhouding van alle gegevens die hem of haar zijn toevertrouwd. Het gaat hierbij niet alleen om medische gegevens. Deze geheimhoudingsplicht mag en kan doorbroken worden met toestemming van de patiënt. Daarnaast kan een hulpverlener verplicht worden gegevens over een patiënt te verstrekken op grond van een wettelijk voorschrift, bijvoorbeeld als er gevaar dreigt voor anderen. Het is mogelijk anderen, zoals andere behandelaars, te machtigen voor het opvragen van informatie.

F. van den Heuvel, R. Steenbreek en P.C. Buijs (2006) ondervonden in een onderzoek waarbij de zorgverlening door bedrijfsarts en huisarts vanuit de kant van de patiënt werd onderzocht, dat de patiënt meestal niet weet of bedrijfsarts en huisarts onderling contact hebben gehad. *"Ze hebben er meestal geen probleem mee als hun bedrijfsarts en huisarts toegang krijgen tot hun elektronisch patiëntendossier, mits ze daarvoor toestemming hebben gegeven."* Conclusie van dit onderzoek was dat werknemers (patiënten) bij verzuim een prominentere rol van zowel hun huisarts als bedrijfsarts willen dan nu het geval is.

3 Opzet van het onderzoek

In dit hoofdstuk wordt beschreven voor welke methode van onderzoek is gekozen en waarom.

3.1 Verantwoording van de onderzoekskeuze

In dit onderzoek heb ik gekozen voor kwalitatief onderzoek, omdat de centrale vraagstelling het noodzakelijk maakt exploratief onderzoek te verrichten naar processen, verbanden en visies die hebben meegespeeld bij de cliënten en overige spelers binnen het uitgevoerde experiment. Van belang is de onderliggende factoren naar boven te krijgen die bij deze aanpak een rol speelden. Dit geldt ook voor de tweede onderzoeksvraag waarbij het van belang is bij de behandelaars redenen naar boven te halen waarom de beschreven werkwijze wel of niet door hen toe te passen zou zijn. Mijn verwachting was dat kwantitatief onderzoek de beweegredenen voor bepaalde keuzen van behandelaars onvoldoende inzichtelijk zou maken en de informatie daardoor weinig bruikbaar zou worden waar kwalitatief onderzoek deze mogelijkheid wel bood.

3.2 Analysevorm

Voor de uitvoering van dit kwalitatieve onderzoek is gekozen voor de werkwijze zoals is beschreven door D.B. Baarda, M.P.M de Goede en J. Teunissen (2000) in het boek *Kwalitatief onderzoek, Praktische handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Zij beschrijven op schematische wijze welke stappen gezet kunnen worden in het proces van kwalitatief onderzoek. Deze stappen zijn door mij gevolgd waarbij regelmatig weer teruggegrepen werd naar de stap van het dataverzamelen, na het analyseren van gegevens. Volgens deze werkwijze is het van belang een logboek bij te houden van alle ondernomen activiteiten, beslissingen en de motivatie voor de betreffende beslissingen. Baarda c.s. beschrijven 8 analysestappen. Achtereenvolgens zijn dit:

Analysestap 1: Informatie selecteren op relevantie

Analysestap 2: relevante tekst opsplitsen in fragmenten

Analysestap 3: het labelen

Analysestap 4: het ordenen en reduceren van de labels

Analysestap 5: het vaststellen van de geldigheid van de labeling

Analysestap 6: het definiëren van de kernlabels

Analysestap 7: het vaststellen van de intersubjectiviteit

Analysestap 8: het beantwoorden van de probleemstelling

Deze werkwijze is grotendeels gevolgd, zoals beschreven wordt in hoofdstuk Methoden.

3.3 Betrouwbaarheid en (interne en externe) geldigheid

Het risico dat ik (omdat ik in enkele gevallen zelf een rol heb gespeeld in de betreffende trajecten) mogelijk een te subjectieve kijk heb op het geheel, heb ik getracht op meerdere manieren te voorkomen. Voor het formuleren van een beschrijving van de samenwerking en het formuleren van de succesfactoren heb ik interviews afgenomen bij andere actoren c.q. participanten binnen het project. De formulering na de eerste interviews is een tweede keer aan twee medeparticipanten voorgelegd met als doel de opgestelde theorie te weerleggen. Als ik zelf betrokken was geweest bij een traject werd of geen interview afgenomen bij de betreffende cliënt of het interview werd door een collega afgenomen.

Omdat de interviews zijn opgenomen, kan achteraf worden getoetst in hoeverre mijn vraagstelling al of niet suggestief was. De verkregen theorie is nogmaals, in de laatste fase tijdens de laatste interviews met behandelaars, getracht onderuit te halen. Om de intersubjectiviteit vast te stellen is na analyse van de afgenomen interviews ten behoeve van de tweede onderzoeksvraag, een collega gezocht en gevonden die als co-onderzoeker op wilde treden.

3.4 Ethische aanvaardbaarheid en relevantie voor UWV

Overwogen is of dit onderzoek mogelijk nadelig kan zijn voor mensen of organisaties. Ik heb geen nadelen kunnen ontdekken ten aanzien van personen en organisaties inzake een mogelijke gewenste of ongewenste uitkomst van dit onderzoek. De volgende overweging ligt hieraan ten grondslag. Voor cliënten met een arbeidsongeschiktheidsuitkering die snel behandeld en gere-integreerd willen worden kan dit onderzoek een voordeel zijn. Voor uitkeringsgerechtigden die geen belang hebben bij effectieve behandeling en snelle re-integratie kan de uitkomst van dit onderzoek nadelig zijn. Er bestaat echter geen ethische en maatschappelijke behoefte deze doelgroep tevreden te houden. De verzamelde informatie is volledig geanonimiseerd. De documentenverzameling en de antwoorden op de gestelde interviewvragen zijn geregistreerd op genummerde lijsten c.q. mappen zonder n.a.w-gegevens of burgerservicenummer.

Mogelijk dat de betrokken professionals de uitkomst als nadelig voor hun werkwijze ervaren of zich juist gesterkt zullen voelen in hun overtuiging in de noodzaak herstelgedrag te monitoren. Voor de directie of raad van bestuur van het UWV kan de uitkomst aanleiding zijn de samenwerking met de behandelende sector verder uit te werken, zoals voorgesteld door de Gezondheidsraad, of het onderwerp bewust te laten rusten.

De uitkomst van het onderzoek is relevant voor de kwalitatieve uitvoering van de arbeidsongeschiktheidswetten door het UWV. De uitkomst kan daarnaast niet alleen zinvol zijn voor de uitvoering van het UWV maar tevens voor de werkgevers die het eigen risicodragerschap voor de WGA ter hand hebben genomen en de mogelijkheid hebben interventies in te zetten voor werknemers gedurende de eerste tien jaar van arbeidsongeschiktheid.

4 Methoden

In dit hoofdstuk wordt de gekozen methode stap voor stap beschreven.

4.1 Procedure

De uiteindelijke uitvoering van het onderzoek kent een kleine afwijking van de oorspronkelijke opzet. Zoals dat bij kwalitatief onderzoek gebruikelijk is, werd al doende gekozen voor de meest gewenste vervolgstap. Het onderzoek heeft uiteindelijk de volgende stappen gekend:

- Stap 1 Drie cliënten telefonisch geïnterviewd met een succesvol afgerond traject in het beschreven experiment en 2 actoren geïnterviewd die binnen het experiment te maken hebben gehad met deze cliënten.
- Stap 2 De interviews en het verslag van het experiment gelabeld en geanalyseerd en een theorie geformuleerd inzake de verkregen succesfactoren.
- Stap 3 Twee cliënten, bij wie het traject niet direct tot werk heeft geleid, geïnterviewd.
- Stap 4 De geformuleerde theorie in de vorm van 5 succesfactoren voorgelegd aan twee actoren binnen het project om te trachten de verkregen theorie in twijfel te trekken.
- Stap 5 De interviews geanalyseerd en de formulering van de succesfactoren aangepast.
- Stap 6 Focused interviews afgenomen bij negen behandelaars, een arbeidsdeskundige en een verzekeringsarts, die voorafgaand aan het gesprek een beschrijving hebben gelezen over de werkwijze en de samenwerking in het experiment.
- Stap 7 De interviews gelabeld en geanalyseerd.
- Stap 8 Twee behandelaars geïnterviewd die bij het experiment betrokken zijn geweest en deze bevraagd op de verkregen informatie van de behandelaars uit het reguliere circuit. Hen tevens gevraagd de verkregen conclusies uit de eerste onderzoeksvraag te weerleggen.
- Stap 9 De interviews gelabeld en geanalyseerd.
- Stap 10 Een tweede onderzoeker ingeschakeld om de interviews te analyseren met als doel de intersubjectiviteit te vergroten. De beiden uitkomsten zijn naast elkaar gelegd waarna de verschillen en overeenkomsten zijn besproken.
- Stap 10 Een eindanalyse van het totaal gemaakt en de onderzoeksvraag beantwoord.

4.2 Respondenten

Er zijn totaal 20 interviews afgenomen.

Hiervan zijn 2 collega-participanten van het experiment 2 maal geïnterviewd, voor en na de formulering van de theorie. De formulering van de verkregen succesfactoren dient beschouwd te worden als de opgestelde theorie.

Er zijn 5 cliënten geïnterviewd, waarvan het gesprek, in tegenstelling tot de overige interviews, bewust niet is opgenomen op de voicerecorder, om hun privacy nog meer te waarborgen.

Er zijn 7 behandelaars geïnterviewd die niet betrokken zijn geweest bij het experiment. De behandelaars bestonden uit een huisarts, twee fysiotherapeuten, vier psychologen.

Er zijn 2 behandelaars geïnterviewd die wel betrokken zijn geweest bij het experiment (een fysiotherapeut en een psycholoog).

Daarnaast zijn een (staf)verzekeringsarts en een (staf)arbeidsdeskundige geïnterviewd om de reguliere werkwijze binnen het UWV te kunnen belichten.

Alle respondenten stellen prijs op anonimisering van de onderzoeksgegevens. Verdere informatie over de respondenten zal daarom hier niet gegeven worden.

4.3 Data-analyse

Omdat er op meerdere momenten in het onderzoek een analyse is gemaakt van de verzamelde informatie beschrijf ik dit per analysemoment.

Analyse bij stap 2

In de eerste ronde werd informatie verzameld vanuit 3 interviews met cliënten, actoren in het experiment en het verslag over het experiment. De tekstfragmenten vanuit deze 3 bronnen zijn gelabeld door gebruik te maken van gekleurde markeerstiften. Gekozen werd voor de labels: "succesfactoren", "knelpunten" en "samenwerking" omdat de gedachte was dat de inhoud van deze tekstfragmenten het best een antwoord kon geven op de eerste onderzoeksvraag. De drie labels zijn door mij daarbij ook gedefinieerd.

De definitie van "een succesvol afgerond traject" is daarbij:

Het afnemen of geheel wegvallen van ziekte, gebrek of klachten en/of het volledig verwerven van eigen inkomen. Onder deze definitie valt niet een hoge klanttevredenheid van de cliënt zelf over het ontvangen behandel/re-integratietraject.

De definitie van knelpunten in deze analyse:

Stagnerende factoren in de behandeling of begeleiding naar herstel en re-integratie naar werk op individueel gebied en knelpunten in het landelijk invoeren van de ontwikkelde werkwijze.

Samenwerking

Hiervoor neem ik de definitie die ik al in het onderzoeksvoorstel heb opgenomen onder de kop definitie van de begrippen. Samenwerking is, voor wat betreft dit onderzoek, het gemeenschappelijk aan een zelfde taak werken, met het zelfde doel voor ogen. De definitie van samenwerking voor dit onderzoek betreft het gemeenschappelijk, door uitkerende sector en behandelende sector werken aan een optimale, effectieve behandeling van klachten en re-integratie naar betaald werk van uitkeringsgerechtigden met o.a. psychische problematiek.

Per label is hierop een beschrijving gemaakt van de relevante tekstfragmenten en een beschrijving van de aard van de samenwerking. Deze is weer geïnterpreteerd en verwerkt in een eerste poging om de succesfactoren van het experiment te beschrijven waarbij een afweging gemaakt kon worden tussen de succesfactoren en de knelpunten. Bij deze eerste

analyse werden 5 factoren gevonden en betrof het een ruwe versie van wat in hoofdstuk 5 van deze thesis is beschreven.

Analyse bij stap 5

De tekst waarin de samenwerking wordt beschreven en de tekst waarin tot een theorie wordt gekomen over de succesfactoren van de aanpak en de beschreven samenwerking is voorgelegd aan twee actoren uit het project in een tweede interview. Hen werd gevraagd een poging te doen deze theorie te weerleggen. Deze werd door beide personen niet weerlegd maar wel aangevuld en verder genuanceerd. Deze zelfde informatie werd in stap 8 ook voorgelegd aan twee behandelaars uit het experiment. Ook hen werd gevraagd de geformuleerde theorie te weerleggen vanuit hun eigen referentiekader. Hierbij is het tot een zesde belangrijke factor gekomen, omdat zij de rol en bijdrage van de door hen genoemde 'casemanager' expliciet aandroegen als succesfactor. Deze personen werden pas op een later moment in het project bevroegd, omdat zij eveneens geïnterviewd werden ten behoeve van de tweede onderzoeksvraag.

Analyse bij stap 7

Na het uitschrijven van alle interviews en het meerdere keren doorlezen, is in eerste instantie per interview een overzicht gemaakt van opmerkelijke uitspraken. Hierna is gekozen voor de volgende labels:

- ❖ Opdrachtgever behandeling
- ❖ Privacy/beroepsgeheim
- ❖ Weerstand tegen verandering
- ❖ Verschillende belangen
- ❖ Wel samenwerken als cliënt dat wil
- ❖ Multidisciplinaire behandeling voor deze doelgroep
- ❖ Leefomgeving erbij betrekken
- ❖ Tijdgebrek
- ❖ Meerwaarde samenwerking

Dit is in een datamatrix verwerkt waarbij de respondenten op de rijen zijn gesitueerd (horizontaal) en de benoemde labels de kolommen vormden. In de vakken werden tekstfragmenten gezet die onder het betreffende label geschaard konden worden. Omdat de datamatrix hierdoor aan omvang sterk toenam, nam de leesbaarheid af. Daarom is een tweede datamatrix gemaakt, waarbij in de kolommen werd geturfd, of het betreffende label of item door die betreffende respondent was genoemd of belangrijk werd geacht.

Hierdoor kon eenvoudig een rangorde aangebracht worden in (naar het oordeel van de respondenten) belangrijke en minder belangrijke items.

Omdat de behandelaars waren gevraagd of de beschreven werkwijze voor hen toepasbaar zou kunnen zijn, was een strikt antwoord van ja of nee onvoldoende om tot een duidelijk beeld te komen van de motivatie voor deze keuze. De overwegingen die aangedragen werden en de antwoorden op de gestelde vragen in het interview toonden in vrijwel alle gevallen de knelpunten die zouden (kunnen) spelen bij invoering van deze werkwijze. Zodoende is in hoofdstuk 5 voor de uiteindelijk beschrijvingsvorm "belemmeringen" gekozen.

Analyse bij stap 9

De analyse van de laatste twee interviews, twee behandelaars van Embas, betrof zowel de eerste als de tweede onderzoeksvraag. Omdat zij zowel de werkwijze binnen het experiment kenden als de reguliere werkwijze in de curatieve sector konden zij gerichter bevroegd worden op de belemmeringen dan wel mogelijkheden. Hun antwoorden zijn eveneens verwerkt in de matrix zoals beschreven bij stap 7.

Analyse bij stap 10

Om de intersubjectiviteit vast te kunnen stellen is een collega gezocht en gevonden die op wilde treden als co-onderzoeker ten aanzien van de tweede onderzoeksvraag. Hij ontving de

vraagstelling, de informatie die aan de behandelaars was voorgelegd en de schriftelijke uitwerking van alle interviews. Hij vond als belangrijkste items:

- ❖ samenwerking behandelaar-UWV
- ❖ privacy van de patiënt
- ❖ knelpunten bij onvoldoende compliance
- ❖ scheiding behandeling-beoordeling
- ❖ informatieverstrekking aan UWV
- ❖ taak behandelaar (wat wel melden en wat niet):

Deze formuleringen wijken iets af van de formuleringen die ik had gekozen maar komen op inhoud grotendeels overeen. Onze conclusies bleken overeen te komen. Alleen over de vraag of het wenselijk was de beschreven samenwerkingsvorm te integreren in reguliere werkwijzen hebben wij nader van gedachte gewisseld. Wij concludeerden dat hierop geen eenduidig antwoord kwam daar een deel van de geïnterviewden wel en een deel geen nadere samenwerking wenselijk achtte.

5 Resultaten

In dit onderzoek is een antwoord gezocht op twee onderzoeksvragen. De resultaten zullen in dit hoofdstuk daarom per onderzoeksvraag beschreven worden. Aan de basis ligt de verkregen duidelijkheid over de aard van de samenwerking. Daar wordt in dit hoofdstuk dan ook mee begonnen.

5.1 Beschrijving samenwerking

Wat hield de samenwerking nu precies in binnen de beschreven proef? Omdat dit de eerste vraag was die leefde bij het Kenniscentrum binnen het UWV, volgt hiervan een beschrijving vanuit de verschillende visies van de geïnterviewden en vanuit mijn eigen ervaring. Hierbij is tevens gebruik gemaakt van het “Verslag samenwerking UWV, particuliere verzekeraars en Embas Health Resolutions.” Dit verslag is op dezelfde wijze als de uitgewerkte interviews “gelabeld”.

De samenwerking met het behandel/re-integratiebedrijf kende een intensiever karakter dan de samenwerking of de overlegmomenten met overige door UWV gecontracteerde re-integratiebedrijven of reguliere behandelaars uit bijvoorbeeld de geestelijke gezondheidszorg. Na tekening van de machtiging door cliënt voor het uitwisselen van informatie, bracht de casemanager, in de rol van zorgmanager van het bedrijf, bijna wekelijks in telefonisch overleg de bijzonderheden in behandeltrajecten over aan de vaste contact-arbeidsdeskundige van het UWV. Het ging hierbij *niet* om privacy-gevoelige informatie, zoals door cliënt besproken met de psycholoog, maar om informatie over de fase van de behandeling en de signalering van eventuele knelpunten.

Indien de weerstanden bij cliënten tegen verandering volledig door de behandelaars opgevangen konden worden was er geen interventie door arts of arbeidsdeskundige nodig. Deze hadden dan in het geheel geen contact met de cliënt. Wel konden zij een tijdige herbeoordeling of andere actie in gang zetten om te voorkomen dat cliënt in ongewenste situaties zou komen, waarin bijvoorbeeld uitkering terugbetaald moest worden of anderszins tijd en energie gestopt moest worden in het communiceren met de uitkeringsinstantie, ten koste van het proces naar herstel of re-integratie naar werk.

Indien het behandelteam opliep tegen cliënten die weigerden zich te laten onderzoeken of te laten behandelen, werd vanuit het UWV cliënt gewezen op zijn/haar behandelverplichtingen (artikel 28 WAO) waarmee duidelijk werd gemaakt dat het traject niet vrijblijvend was en dat de uitkering verplichtingen kent. Indien cliënt alsnog weigerde werd, op instigatie van de arbeidsdeskundige of verzekeringsarts, een maatregel op de uitkering toegepast wat inhield dat tijdelijk een lagere of geen uitkering werd uitbetaald. Dit overigens na toepassing van de noodzakelijke hoor en wederhoor.

Als cliënt met zijn behandelteam tot de conclusie kwam dat behandeling niet (langer) noodzakelijk was en er ook geen sprake meer was van beperkingen, werd cliënt geadviseerd zich in verbinding te stellen met het UWV. Gelijktijdig werden de arts en arbeidsdeskundige geïnformeerd dat zij een verzoek om contact van cliënt konden verwachten. Met elkaar werd nagedacht over de beste (financiële) oplossing voor cliënt. Hierbij bleven UWV en verzekeringsmaatschappij de bevoegdheid over hun eigen beslissingen houden en onderzocht iedere partij de mogelijkheden binnen de eigen organisatie om cliënt verder te stimuleren de stap naar de arbeidsmarkt te zetten. Voor de verzekeringsmaatschappij kon dat zijn het onderhandelen over een coulanceregeling, waarbij cliënt een geldbedrag

meekrijgt. Voor UWV kon dat betekenen het creëren van een uitlooptermijn of juist het direct uitvoeren van een herbeoordeling. Hierin bleef het van belang dat voor de cliënt zelf keuzemogelijkheden werden gelaten om het gevoel over te houden het herstel en de re-integratie naar werk vooral aan eigen inzet te danken te hebben.

5.2 Resultaat eerste onderzoeksvraag

Onderzoeksvraag

De eerste onderzoeksvraag was:

Wat zijn, in het beschreven experiment, de factoren geweest in de samenwerking tussen verzekeringsarts en arbeidsdeskundige van het UWV en het behandelende bedrijf Embas en verzekeringsmaatschappij Allianz, die gezorgd hebben dat de belastbaarheid van cliënten is toegenomen en de uitstroom uit de uitkering en naar werk, vergroot werd?

Resultaat

De belangrijkste succesfactor is volgens de geïnterviewde cliënten en behandelaars de specifieke aanpak van het behandelbedrijf. Men doelt hier dan op de combinatie van psychische behandeling, fysieke behandeling en het werken naar een (nieuwe) inkomensbron, vanuit de woon- en leefsituatie van de cliënt zelf. Doordat de behandelaars naar de cliënt toekwamen had een eventuele ziekmelding geen invloed op het traject en de behandelaars konden kennis nemen van de thuissituatie van de cliënt. Hierin speelde alleen de samenwerking tussen de professionals binnen het multidisciplinaire behandelteam een rol. De cliënten die met goed resultaat behandeld zijn en daadwerkelijk werk hebben gevonden noemen de twee opdrachtgevers en mogelijke samenwerking tussen deze opdrachtgevers, niet als succesfactor, maar geven aan geen hinder te hebben ondervonden van samenwerking tussen hun beide inkomensverstrekkers en hun behandelaar.

Overige voorwaarden voor succes van de behandelaanpak:

Bij de cliënten moet sprake zijn van :

- ❖ psychische en/of moeilijk objectiveerbare klachten (cliënt moet dus binnen de doelgroep vallen anders kan ook voor een andere aanpak gekozen worden)
- ❖ uitzicht op verbetering van de situatie na behandeling
- ❖ daadwerkelijk te creëren perspectief op werk (op basis van leeftijd en verstandelijke vermogens) na of parallel aan vermindering van de klachten.
- ❖ het meekrijgen van de medische- en leefomgeving rond cliënt oftewel het betrekken van de familie in de veranderingen die de behandeling teweeg brengt.

Als we verder inzoomen op het begrip *samenwerking* als succesfactor kunnen we de volgende punten noemen:

1 Doorbreken van weerstanden

De belangrijkste factor die door samenwerking werd verkregen bleek het doorbreken van weerstanden bij cliënten tegen behandeling en verandering van hun inmiddels vertrouwde leefwijze. Eén van de geïnterviewden had dit achteraf bij zichzelf opgemerkt: *“Ik zat er eerst helemaal niet op te wachten”* en *“De drie behandelaars praten ook veel met elkaar, zodat je ook niet kunt ontvluchten.”*

2 Voorkomen van acties die het traject schaden

Tweede belangrijke factor betrof de bekendheid van verzekeringsarts en arbeidsdeskundige met de werkwijze van de betreffende behandelaar en de fase van de betreffende cliënt binnen de behandeling waardoor acties door het UWV inzake het inkomen, die het proces hadden kunnen schaden, voorkomen konden worden. Een citaat uit een interview met een cliënt: *“Daar (samenwerking tussen opdrachtgevers) heb ik eigenlijk niets van gemerkt. Ik kreeg later pas gesprekken met een verzekeringsarts en arbeidsdeskundige van het UWV. Het was wel prettig te merken dat zij op dezelfde lijn zaten. Maar het was ook fijn open met hen te kunnen praten over Embas.”*

3 Financiële prikkels

Derde belangrijke factor was, dat op het moment dat cliënt de stap naar werk kon maken deze door UWV en of verzekeraar ondersteund kon worden door bepaalde financiële prikkels of tegemoetkomingen als duwtje in de rug om cliënt te ondersteunen in zijn besluit weer te gaan werken. Denk hierbij voor wat de verzekeringsmaatschappij betreft aan de coulance regeling. Voor wat het UWV betreft liggen de financiële prikkels in voorlichting over terugvalmogelijkheden, medische herbeoordeling op het moment dat de klachten daadwerkelijk zijn verminderd, ruimte voor cliënt om zichzelf arbeidsgeschikt te melden, mogelijkheden om met cliënt een afbouw- of overgangperiode af te spreken of het toepassen van een maatregel als cliënt onvoldoende meewerkt aan behandeling en/of re-integratie. Eén van de geïnterviewden van het behandelbedrijf formuleerde het als volgt; *“Je kunt stimulerende financiële prikkels geven omdat je ze wegneemt of juist geeft. Vaak is het juist zorgen dat die terugvalmogelijkheid er niet is, zodat er geen weg terug is. Voor deze categorie mensen, die al 6 jaar arbeidsongeschikt zijn en zich ingegraven hebben in hun situatie, zorgen de terugvalmogelijkheden er voor dat ze kunnen blijven vermijden. Hierdoor krijg je niet het gewenste herstel. Je moet daarom de terugvalmogelijkheid op een bepaald moment afsluiten.*

4 invulling geven aan meldingsplicht

Vierde belangrijke factor was dat binnen het behandelteam iemand zicht had op de financiële en inkomenssituatie van de cliënt en cliënt wees op zijn/haar meldingsplicht naar de uitkeringsinstanties als bleek dat informatie achtergehouden werd. Hiermee werd de kans op oneigenlijk gebruik van de uitkering verkleind en hiermee werd voorkomen dat cliënt op een later moment werd verrast met een terugvordering van teveel betaalde uitkering. De keuze om de uitkeringsinstanties van nieuwe of inkomensfactoren op de hoogte te brengen bleef overigens bij de cliënt. Door de behandelaar werd hier wel enige druk op uitgeoefend. Een citaat uit het eerst afgenomen interview: *“Zij (cliënte) gaf dat (inkomen) niet op. Wij hebben gezegd: “Dit kan zo niet langer. Hier willen wij niet aan meewerken. Dit moet je gaan melden. Maar verwacht dan wel die en die reactie” “*

5 Gevoel van eigen regie

Vijfde belangrijke factor bleek het feit dat bij cliënt het gevoel moet achterblijven zelf op cruciale momenten beslissingsmogelijkheden te hebben inzake zijn werkhervatting. Tevredenheid over het gevolgde traject en het betreffende behandel/re-integratiebedrijf is géén voorwaarde. Voor de cliënt ligt de succesfactor niet in de aanpak van het interventiebedrijf of de samenwerking tussen partijen, maar in zijn/haar eigen keuzes op een bepaald moment. Hierbij horen tevens de keuzemogelijkheden die door de uitkeringsinstanties werden geboden (formele herkeuring, afbouw uitkering, bezwaarprocedure, arbeidsgeschikt-melding en bij verzekeringsmaatschappij de coulanceregeling). Een geïnterviewde cliënt verwoordde het als volgt: *“De mooiste brief die ik in mijn leven kon schrijven was dat ik me weer beter kon melden bij het UWV”*. Een cliënt die ontevreden was over de aanpak van het bedrijf vertelde ten aanzien van de eigen inzet wel: *“Ik heb de verzekeringsmaatschappij zelf voorgesteld mijn premie af te kopen. Ik verwachtte op dat moment binnen 2 maanden aan het werk te zijn en als ik binnen een half jaar weer uitgevallen was, had de verzekering mijn uitkering weer moeten betalen. Ik moet*

zeggen dat die directeur van Embas daar wel een goede rol in heeft gespeeld. Die heeft enigszins bemiddeld daarin ”.

Zoals één van de geïnterviewde personen vanuit het behandelbedrijf formuleerde: “Het is waar, mensen moeten wel een gevoel van eigenwaarde behouden. Voor ons is het ook een mogelijkheid mensen een ontsnappingsmogelijkheid te bieden, zonder gezichtsverlies. Mensen denken dan, ik draai ze nog even een loer, of ik heb er toch nog even een deal uitgehaald. Belangrijk om daarmee met geheven hoofd het toneel te verlaten.”

6 Belang inzet zorgmanager

Zesde factor tenslotte bleek het belang van casemanager of zorgmanager. Om de behandelaars vrije armslag te geven liep de communicatie met UWV/verzekeraar via één aangewezen persoon. Deze persoon werd bij het betreffende bedrijf casemanager genoemd maar droeg zowel de eindverantwoordelijkheid voor het behalen van het gestelde doel als de verantwoordelijkheid voor de behandel eenheid. Deze persoon dient te beschikken over voldoende mandaat en oplossend denkvermogen. Een behandelaar uit het betreffende team beschreef het nut van de verschillende rollen die de behandelaars van het team hadden maar ook “...dat maakt het zo fijn dat er een casemanager is die die zaken gaat bespreken met de cliënt als er iets gaat gebeuren richting werk of herstel. Dat ik daar als psycholoog niets in hoeft te doen.”

5.3 Resultaat tweede onderzoeksvraag

5.3.1 Onderzoeksvraag en resultaat

De tweede onderzoeksvraag was:

Is deze vorm van samenwerking toepasbaar en wenselijk bij cliënten met vergelijkbare klachten bij behandeling in het reguliere behandelcircuit?

Resultaat

Nee, deze vorm van samenwerking is (vooralsnog) niet toepasbaar bij cliënten met vergelijkbare klachten bij behandeling in het reguliere behandelcircuit, waar de cliënt opdrachtgever is voor de behandeling. Alle geïnterviewde behandelaars die binnen deze sector werken, werpen belemmeringen op die eerst verwijderd dienen te worden voor dit mogelijk is. Hieronder worden deze belemmeringen nader uitgewerkt.

Over de vraag of samenwerking wenselijk is, zijn de meningen onder de geïnterviewde behandelaars verdeeld. Indien de werkgever of uitkeringsinstantie als opdrachtgever voor de behandeling optreedt, zien de geïnterviewden geen of minder belemmeringen voor samenwerking en zien zij ook meer voordelen.

Als belemmeringen voor samenwerking worden genoemd:

- ❖ Gebrek aan tijd
- ❖ Mogelijke schending van de privacy van de patiënt of aantasting van het beroepsgeheim, aantasting van de therapeutische relatie.
- ❖ Tegenstrijdige belangen
- ❖ Opdrachtgeverschap leidend
- ❖ De behandeling op meerdere fronten (psychische, fysiek en toeleiding naar werk) ontbreekt veelal binnen de organisatie bij reguliere behandelaars.
- ❖ Werkhervatting geen vast onderdeel van behandel doel
- ❖ Het ontbreken van een eindverantwoordelijke of casemanager indien wel op meerdere fronten wordt gewerkt.

5.3.2 Toelichting

Gebrek aan tijd

De geïnterviewde behandelaars, van psycholoog tot huisarts, zien als belangrijk knelpunt het tijdsbeslag dat intensieve samenwerking en dus overleg tussen partijen, doet op hun dagelijkse agenda. Een psycholoog verwoordde het aldus; *“Samenwerking heeft geen prioriteit. Als er maar zoveel mogelijk gesprekken gevoerd kunnen worden die declarabel zijn”*. Ook vanuit de kant van de verzekeringsarts vanuit het UWV wordt dit als knelpunt genoemd; *“Wij leggen de mogelijkheden vast in een FML en daar hebben we onze handen vol aan, en het monitoren van herstelgedrag, daar komen we onvoldoende aan toe”*. Een behandelaar die zowel in de beschreven werkwijze als de reguliere behandelsector heeft gewerkt zegt: *“...Om vanuit de thuissituatie iemand te behandelen. En de omgeving daarin te betrekken. Dat is bijna niet haalbaar binnen de reguliere setting. Je hebt dan wel een team, maar veel minder tijd en mogelijkheden om dat hele communicatiestuk ook goed te doen.”*

Mogelijke schending van de privacy van de patiënt of aantasting van het beroepsgeheim van de behandelaar

Met name de geïnterviewde psychologen die de cliënt als opdrachtgever hebben, zijn huiverig voor het verstrekken van informatie aan (sociale)verzekeraars en het rechtstreeks in overleg treden met UWV. Een psycholoog omschreef het als volgt: *“Ik heb formeel wel toestemming om UWV te berichten over de behandeling. Maar ik heb ook een beroepsgeheim en alles wat de patiënt mij toevertrouwt in het kader van zijn behandeling moet ik voor mij houden.”*

Bij de vraag aan een behandelaar wat deze zou antwoorden als hem door een verzekeringsarts gevraagd zou worden of de betreffende cliënt nu wel heeft meegewerkt aan de behandeling: *“Dan zou ik daar geen antwoord op geven. De enige informatie die ik zou geven is de informatie die cliënt wil. Ik zal dan de waarheid zeggen, althans mijn indruk geven. En de cliënt zal dit vaak niet willen dus meestal komt het er op neer dat ik niks zeg.”* Maar ook de behandelaars die in het betreffende project hadden gewerkt gaven aan nooit info door te geven aan het UWV als cliënt het daar niet meer eens was. Zij zeiden over het eventueel schenden van de privacy van de cliënt: *“Maar dat doen wij dus ook niet. Want wij hebben evaluatiemomenten. Daarin laten wij zien wat wij omschrijven. Cliënt mag daar dingen in veranderen. Als wij daar echt niet met elkaar uitkomen mag cliënt daar een verhaaltje aan toevoegen, hoe hij of zij het vindt...”* Een andere behandelaar uit het project zegt: *“Maar dat stemden wij onderling af. Wij stuurden niet zomaar informatie door naar de verzekeringsmaatschappij en UWV. Daar vroegen we eerst altijd wel toestemming voor. Zolang je alles in overleg doet met de cliënt zou het geen probleem moeten zijn.”*

Over het algemeen was men het er over eens dat alle informatie waar cliënt toestemming voor geeft, doorgecommuniceerd mag worden. Er bestond echter ook angst voor beschadiging van de therapeutische relatie. Zo was er een behandelaar die er de voorkeur aan gaf in het geheel niet in contact te komen met het UWV. *“Wat ik heel ingewikkeld vindt, dat geldt niet alleen voor UWV maar ook voor andere instanties, dat het door de behandeling heen kan fietsen.Mensen kunnen mij daarin iets kwalijk nemen of van de buurvrouw weten, bij haar heeft u gezegd dat ze zo ziek is en bij mij heeft u dat niet gezegd. Daar wil ik helemaal uitblijven, net als mijn collega's. Je kunt daarmee de werkrelatie positief of negatief beïnvloeden.”* Een andere opmerking: *“We hebben heel redelijke maar ook heel onredelijke patiënten. Juist in de communicatie met UWV, wat bij heel veel mensen met klachten heel veel stress en paniek oproept. Je hebt zo makkelijk een conflict daarover, over wat je wel of niet gezegd hebt, dat je daar voorzichtig van wordt.”*

Tegenstrijdige belangen

Door alle geïnterviewde behandelaars wordt genoemd dat er cliënten zijn die andere belangen hebben dan hun behandelaar of het UWV, wat problemen kan geven bij de samenwerking. Een psycholoog formuleerde dit als volgt: *“Het (samenwerken) is niet onmogelijk maar wel lastig. Het is heel vaak zo dat de patiënt en jullie een tegenstrijdig belang hebben. Ik snap dat, jullie willen mensen zo snel mogelijk aan het werk hebben. Die patiënt is daar soms heel bang voor en ziet dat soms helemaal niet zitten en heeft een ander belang. Ik wil daar geen partij in kiezen en in die situatie is het heel ingewikkeld.”*

Een andere uitspraak van deze psycholoog: *“Ik merk eigenlijk dat ik het best kan samenwerken met het UWV als het over de mensen gaat die er het slechts aan toe zijn. Dan is het zo duidelijk dat erop termijn niets te behalen is op werkgebied, dat je dan sneller met de neuzen 1 kant op staat. Of de mensen die graag aan het werk willen. Daar tussen zit een categorie die heel lastig is.”*

Een andere behandelaar deed de uitspraak; *“De cliënt heeft te weinig een probleem. Als hij thuis zit en zijn salaris wordt gewoon doorbetaald heeft hij vaak te weinig een echt probleem. Mensen komen in beweging als ze een probleem krijgen...”* En verder: *“Een groot deel van het WAO-bestand bestaat uit mensen die het absoluut gezien hebben. Dat ken ik vanuit mijn vak maar al te goed. Sommige afgebrande hulpverleners lukte het, die kregen dan een aandoening, om via de WAO er uit te komen.”*

Opdrachtgeverschap leidend

Het merendeel van de behandelaars ziet, voor wat betreft de samenwerking met UWV, een verschil als het gaat om het opdrachtgeverschap. Twee van de negen behandelaars zien geen verschil maar zij hebben ook geen ervaring met een andere opdrachtgever dan cliënt zelf. Denk bij een andere opdrachtgever voor behandeling aan rechtspersonen als UWV, Arbodienst, verzekeringsmaatschappij of werkgever. Als cliënt de hulpvraag heeft gedaan, staat wat hen betreft de werkgever of uitkeringsinstantie op een afstand. Als UWV of een andere instantie opdrachtgever is voor de behandeling van de betreffende cliënt, verwacht deze een terugkoppeling over de voortgang in de behandeling. Het verslag van de behandeling gaat dan, met toestemming van cliënt, naar de opdrachtgever. Met de opdrachtgever wordt rechtstreeks contact gezocht als de behandelaar tot de conclusie komt dat verlenging van het traject nodig is. Op dat moment ontstaat er eerder een vorm van samenwerking.

Zo noemde een behandelaar die gewend is aan opdrachten vanuit het UWV, als suggestie voor verbetering van de samenwerking, het opstellen van een lijst met namen en telefoonnummers van verzekeringsartsen met wie contact opgenomen kan worden bij vragen en behoefte aan overleg. Een behoefte die bij de geïnterviewde behandelaars die alleen met cliënten als opdrachtgever werken, in het geheel niet bestond. De scheiding tussen deze twee aanpakken lijkt overeen te komen met de scheiding die in de vraagstelling van deze thesis al is gemaakt. Het reguliere behandelcircuit staat dan voor de behandelaars die de cliënt zelf als opdrachtgever zien.

De behandeling op meerdere fronten (psychisch, fysiek en toeleiding naar werk) ontbreekt veelal binnen de organisatie bij reguliere behandelaars

De geïnterviewde behandelaars in het reguliere behandelcircuit kenden ook binnen de behandeling zelf geen nauwe samenwerking tussen psycholoog, fysiotherapeut en jobcoach of werktoeleider. De organisatie van de curatieve sector is hier in veel gevallen niet op ingericht waardoor de psycholoog zich beperkt tot behandeling binnen regelmatig terugkerende gesprekken. Een letterlijk inzicht in de woning van cliënt of anderszins in zijn leefsituatie ontbreekt.

De twee geïnterviewde behandelaars die hebben gewerkt binnen het beschreven project geven aan de communicatie over de behandeling en de afstemming over de te nemen stappen, te missen binnen het reguliere behandelcircuit. Zij achten dit noodzakelijk voor de beschreven doelgroep. Een geïnterviewde behandelaar uit het reguliere proces bleek wel bij een bepaalde doelgroep een vorm van multidisciplinaire behandeling op te zetten: *“Binnen*

de fysiotherapiepraktijk zijn we bezig met de doelgroep depressieve patiënten om een product in de ketenzorg weg te zetten. Bij depressie bijv. niet alleen bewegingstherapie maar ook begeleiding, psycholoog en dat kleinschalig, in een vorm van samenwerking.” Deze behandelaar overwoog echter niet om een re-integratiebureau of begeleider naar werk op te nemen in dit samenwerkingsteam.

Werkhervatting geen vast onderdeel van behandeldoel

In veel gevallen wordt “terugkeer in werk of maatschappelijke taken” niet expliciet opgenomen in het behandeldoel. Alleen als de cliënt dit zelf tot doel stelt wordt dit opgenomen in het behandelplan. “Als de opdracht van cliënt werkhervatting is, ik wil graag dit of dat kunnen... Daar beantwoorden we dan aan. We trainen dat stuk weer terug.” Een psycholoog neemt soms wel hervatting in werk in het behandeldoel op want “voor sommige mensen is het heel goed. Die worden er niet beter van om thuis te zitten.” Deze behandelaar kiest dan niet voor samenwerking met het re-integratieonderdeel van het UWV maar verwijst naar een re-integratiebedrijf dat gelieerd is aan de instelling, “of naar de directieve deeltijd, wat een intensieve behandeling is van 3 dagen. Die hele behandeling is er op gericht die dagstructuur weer zelf over te nemen door weer aan het werk te gaan of weer vrijwilligerswerk te doen. Dat is minder dwingend dan een uitkeringsinstantie”

Het ontbreken van een eindverantwoordelijke of casemanager indien wel op meerdere fronten wordt gewerkt

Ook als wel behandeling (en re-integratie) in de vorm van multidisciplinaire behandeling wordt aangeboden, eventueel in een samenwerking tussen verschillende praktijken, ontbreekt in veel gevallen een persoon die de visie van het totale team overziet, de eindverantwoordelijkheid draagt voor het gezamenlijke behandel- en re-integratiedoel en als spreekbuis kan optreden voor UWV. Zo noemt één van de behandelaars: “...Deze werkwijze lijkt mij moeilijk in de reguliere setting....met name de goede afstemming met verzekeraar en UWV. Dit zou op zich goed te managen moeten zijn, als daar iemand binnen het team is die die rol op zich kan nemen.” Door enkele geïnterviewde behandelaars wordt de rol van de huisarts als casemanager gezien maar daarover wordt door een fysiotherapeut opgemerkt: “Maar ook die moeten er dan wel zo op gespist zijn en op een andere manier denken dan behandelen”. Een geïnterviewde huisarts zou de rol best op zich willen nemen maar geeft aan op dit moment vaak niet over voldoende informatie te beschikken. Er vindt al wel elektronische uitwisseling met ziekenhuizen plaats maar vanuit de GGZ komt nooit spontaan informatie naar de huisarts over de vorderingen of stagnatie in de behandeling. Er komt over het algemeen wel een eindverslag na afloop van de behandeling. Vanuit het UWV komt er over individuele cliënten eveneens geen informatie naar de huisarts; “We krijgen van hen alleen vragen en geen informatie. Ik zou wel info willen krijgen over het herstel tot werken, de vorderingen in werk. Dan kun je er op inhaken als iemand weer op het spreekuur komt.”

Wenselijkheid van samenwerking

De meeste geïnterviewde behandelaars zagen onder bepaalde voorwaarden wel een meerwaarde in samenwerking. De therapeut die tijdens het interview van mening was dat samenwerking tussen UWV en behandelaars niet bijdraagt aan het doorbreken van weerstanden bij cliënten om weer aan het werk te gaan noemde wel: “De keren dat ik tot een goed overleg ben gekomen (met de uitkeringsverstrekker) ging het over; Hoe kunnen we iets voor deze man of vrouw vinden in een andere sector waar hij wel beter kan functioneren. Kunnen jullie dan zorgen dat hij tijdelijk een aanvulling op zijn salaris krijgt? Dat vind ik reële gesprekken. Gewoon een praktische oplossing zoeken waardoor hij (de cliënt) niet meer die “verhalen” op hoeft te hangen.”

Deze behandelaar gelooft namelijk: “...waar het uiteindelijk op neer komt is dat ze het werk niet meer zien zitten en iets anders willen doen....Om een inkomen te houden moeten ze aan een mythe vasthouden waar ze overigens zelf in geloven. Als je er voor zorgt dat ze dat verhaal niet meer op hoeven te hangen, omdat je naar een andere oplossing gaat zoeken

dan help je ze ook. Als je daar in het overleg met controleartsen regelingen voor kunt treffen, dan vind ik dat wel heel constructief"

De overige geïnterviewde behandelaars oordeelden wat minder scherp en achtten samenwerking wenselijk als de cliënt hier expliciet om zou vragen. Vanuit hun eigen professe bestond die behoefte er niet. De geïnterviewde behandelaars zien vooral een mogelijkheid voor samenwerking als de gesprekken in volledige openheid met de cliënt erbij worden gevoerd. *"Wat zou er op tegen zijn om ook cliënt bij dit gesprek te hebben?"*

Belangrijk in deze gesprekken zijn volgens deze therapeut; *"Benadrukken een gezamenlijk doel te hebben met en voor cliënt"*

Ten aanzien van samenwerking tussen de verschillende behandel disciplines lijkt de behoefte bij behandelaars groter. Eén van de geïnterviewde fysiotherapeuten gaf aan; *"Afstemming met huisarts, specialist, werkveld, behandelaar, psycholoog zou voor mij absoluut een verbetering geven, dan heb je een md-team op afstand..... Zo krijg je een verbetering van de kwaliteit van de behandeling, een multidisciplinaire behandeling op afstand maar veel helderder."*

6 Conclusie en discussie

Dit laatste hoofdstuk begint met een korte conclusie van deze thesis. Daarna volgt een discussie naar aanleiding van de verkregen resultaten. Tenslotte worden suggesties gedaan voor het invoeren of verbeteren van het monitoren op herstel en herstelgedrag.

6.1 Conclusie

Uit het gevonden resultaat naar het onderzoek van de eerste onderzoeksvraag is nu duidelijk wat de succesfactoren zijn geweest bij de behandeling en begeleiding van een groep langdurig arbeidsongeschikten met psychische en/of moeilijk objectieveerbare klachten. Mensen die in veel gevallen al een behandeling in het reguliere circuit achter de rug hadden, waarbij zij zelf opdrachtgever waren voor de behandeling, maar hier onvoldoende baat bij hebben gehad of zelf onvoldoende in staat of bereid waren veranderingen aan te brengen in hun situatie.

Uit het gevonden resultaat naar het onderzoek van de tweede onderzoeksvraag is gebleken dat binnen de reguliere behandeling en de reguliere claimbeoordeling bij UWV een dergelijke werkwijze, volgens de ‘Embass-aanpak’, nog niet mogelijk is. Er worden althans te veel belemmeringen opgeworpen door, met name, geïnterviewde behandelaars. De aanpak is wel te realiseren als de uitkeringsverstrekker opdrachtgever is van de behandeling c.q. begeleiding van de arbeidsongeschikte en medewerkers aanwijst, zoals een verzekeringsgeneeskundige en een arbeidsdeskundige, die een gerichte opdracht hebben tot samenwerking met een multidisciplinair werkend behandelbedrijf.

6.2 Discussie

We kunnen het houden bij deze resultaten en deze groep langdurige arbeidsongeschikten laten voor wat zij zijn. Een aantal cliënten zal blijven shoppen in het hulpverlenercircuit, een aantal van hen berust in de situatie die in ieder geval enige stabiliteit op inkomensgebied en klachtenbeleving oplevert. In het belang van een gezonde economie en het optimaal inzetten van arbeidspotentieel kunnen we echter ook de discussie aangaan en bezien hoe de belemmeringen weg te nemen om voor een grote groep langdurige arbeidsongeschikten tot een vergelijkbare aanpak te komen als in het beschreven experiment.

Voortzetting “Embass” werkwijze

Het resultaat in dit onderzoek lijkt in eerste instantie te pleiten voor voortzetting van de ontwikkelde werkwijze in het beschreven experiment. De betreffende aanpak heeft echter, ondanks het behaalde succes, geen vervolg gekregen binnen de Uitvoeringsorganisatie Werknemers Verzekeringen met particuliere verzekeringsmaatschappijen. Hiervoor is een viertal redenen aan te wijzen.

1

Particuliere verzekeringsmaatschappijen hechten aan het voorkomen van imagoschade een groter belang dan het op individueel niveau behandelen en re-integreren van cliënten die daar sterke weerstand tegen voelen.

2

Anno 2008 blijkt de tijd niet rijp voor een samenwerkingsslag op het hoogste niveau tussen UWV en particuliere verzekeringsmaatschappijen vanwege concurrentie op de markt van uitkeringen bij arbeidsongeschiktheid.

3

Binnen het huidige politieke klimaat bestaat niet de bereidheid het oplossen van arbeidsongeschiktheidsproblemen uit de grote geldstroom te financieren. Daar de kosten van

een gecombineerd behandel- en re-integratietraject hoger liggen dan de maximale toegestane bedragen voor een individueel re-integratietraject (IRO) is er voor UWV op dit moment geen mogelijkheid dit als enige partij te financieren.

4

De Nederlandse staat als opdrachtgever van het UWV legt de prioriteit bij de beoordeling van de claim ten aanzien van arbeidsongeschiktheid waarbij kwantiteit vooropstaat. Voor het werken aan de vergroting van de belastbaarheid van individuele uitkeringsgerechtigden is geen opdracht gegeven. Daarmee ligt er geen taak bij het UWV om de belastbaarheid van cliënten te helpen vergroten.

Voor het voortzetten van de ontwikkelde werkwijze binnen het experiment ontbreekt derhalve de noodzakelijke basis en bereidheid. Indien verzekeringsmaatschappijen alsnog overtuigd kunnen worden van de meerwaarde die het hun cliënten op kan leveren in combinatie met een besparing op de uit te keren verzekeringsgelden, zou voor de groep cliënten met een aanvullende verzekering, de werkwijze alsnog ingevoerd kunnen worden. Hiermee blijft de aanpak echter voor een grote groep uitkeringsgerechtigden uit de beschreven doelgroep buiten bereik. Zij ontberen een aanvulling op het maximale dagloon van WAO, WAZ of WIA.

“Embass-werkwijze” integreren in reguliere werkwijze

In hoeverre is het mogelijk de aanpak van het beschreven experiment te volgen bij cliënten uit de beschreven doelgroep en deze uit de reguliere financieringsbronnen te bekostigen? Een belangrijke voorwaarde voor succes blijkt het feit dat UWV (mede) opdrachtgever dient te zijn voor de behandeling. Ontbreekt dit opdrachtgeverschap en is cliënt zelf opdrachtgever dan is er voor de behandelaar geen belang in overleg te treden met de uitkeringsverstrekkers of cliënt aan te moedigen dit te doen.

Bovendien kent de reguliere behandelsector voor de genoemde doelgroep niet een zo volledig multidisciplinair team, dat vanuit de thuissituatie van cliënt werkt, zoals gold in het beschreven experiment. Er zijn al wel meerdere samenwerkingsverbanden met re-integratiebedrijven of dagactiviteitencentra om de betreffende cliënt aan een dag/nachtstructuur te helpen, maar een intensieve samenwerking, met een gerichte begeleiding naar betaald werk, ontbreekt.

Een oplossing zou kunnen zijn het in samenspraak met ziektekostenverzekeraars oprichten van landelijk werkende units, vergelijkbaar met de bezetting binnen het experiment. Een andere mogelijkheid is vanuit UWV-regiokantoren daartoe aangewezen sociaal-medische teams, contact te laten leggen met instellingen in de regio, die een vergelijkbare werkwijze kennen als in het experiment. Aan deze teams kan de opdracht gegeven worden te onderzoeken, hoe deze werkwijze te integreren in de behandeling van een daartoe geselecteerde groep cliënten.

Samenwerking tussen behandelaars en UWV

Ondanks de terughoudendheid van de geïnterviewden kunnen we discussiëren over de wenselijkheid van samenwerking tussen UWV en behandelaars. In dit onderzoek is niet in kwantitatief opzicht de behoefte gepeild bij verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen aan samenwerking met de curatieve sector. In de praktijk merk ik echter dat het onderwerp (nog) weinig leeft binnen deze twee beroepsgroepen, waarmee ik die collega's voor wie dat wel geldt niet te kort wil doen. Alleen binnen de klantgroep Arborol Ziektewet worden interventies ingezet om de belastbaarheid van cliënten te vergroten. Een eerste gedachte vanuit het referentiekader van de UWV-medewerker kan zijn: “Laat de cliënt zich in alle rust behandelen tot hij of zij het werk weer aan kan! En als de persoon nooit meer in staat wordt geacht tot werken dan laten we de uitkering toch gewoon doorlopen! Hoe groot is die categorie nou helemaal?”

Nou, vrij groot dus. Volgens de UWV kwartaalverkenning gaat het om 60% van het re-integratiepotentieel zittend bestand, zoals ik al beschreef in hoofdstuk 2. We hebben het hier niet over de categorie mensen die wèl na korte tijd van behandeling effect ervaren in hun

klachten of functioneren en de draad weer op kunnen pakken. We hebben het over de groep mensen die al jaren uit het arbeidsproces is of nog maar gedeeltelijk werkt. Zou samenwerking toch nog meerwaarde kunnen hebben? Enkele punten die pleiten voor samenwerking, voor zowel behandelaars, uitkeringsverstrekker(s), cliënten/patiënten en overheid:

Curatieve sector:

Eén van de belemmeringen die door behandelaars worden genoemd voor samenwerking is het feit van de tegenstrijdige belangen. Zij merken dat cliënten vaak andere belangen hebben dan zo spoedig mogelijk of op termijn weer hun eigen inkomen genereren. Je zou dit echter ook als belangrijk punt kunnen zien dat pleit vóór een (intensievere) samenwerking, omdat er dan blijkbaar een arbeidsgerelateerd probleem of een motivatieprobleem meespeelt. Ook het feit dat bij behandelaars steeds meer het besef komt dat in het behandeldoel het hervatten in werk of maatschappelijke taken noodzakelijk is, zet de deur naar samenwerking open. Bij het doorbreken van weerstanden tot verandering kan de angst om inkomensverlies voor stagnatie zorgen. De behandelaar kan juist baat hebben bij een goede samenwerking met UWV om te werken aan het financiële probleem van cliënt en daarmee het uiteindelijke behandeldoel behalen.

Uitkeringsverstrekkers:

Voor uitkeringsverstrekkers lijkt samenwerking het minst voordeel op te leveren daar minder claimbeoordelingen en minder arbeidsongeschiktheidsuitkeringen verlies aan werk oplevert. Bovendien kan de organisatie, tijdens de fase waarin de cliënt nog veel weerstand ervaart tegen behandeling, veel negatieve reacties krijgen van deze uitkeringsgerechtigden. Dit levert in veel gevallen weer een slechte pers en een negatief imago op. Het voordeel kan echter liggen in het vergroten van de betrokkenheid van de medewerkers, zoals verzekeringsgeneeskundigen en arbeidsdeskundigen, bij processen van herstel, belastbaarheidsvergroting en re-integratie van uitkeringsgerechtigden. Het kan hen het gevoel geven meer vat te hebben op de doelgroep en een nuttiger en effectievere bijdrage te leveren aan de uitstroom naar werk, dan bij alleen het uitvoeren van de claimbeoordeling of het inkopen van re-integratiebegeleiding. Als de organisatie na verloop van tijd kan aantonen dat de speciale aanpak de uitstroom vergroot kan dit uiteindelijk wel leiden tot imagoverbetering.

Cliënten/patiënten:

Voor arbeidsongeschikten kan samenwerking tussen uitkeringsverstrekker en behandelaar een gunstig effect hebben op de behandeling en hervatting in werk, zoals uit het beschreven project bleek. Hiermee kunnen individuele uitkeringsgerechtigden hun voordeel doen en de financiële prikkels en middelen die hen worden aangereikt op het juiste moment benutten. Cliënten die in het huidige systeem, al of niet moedwillig, een (mogelijk) effectieve behandeling vermijden of tegenwerken, zullen daartoe minder in staat zijn, als er veelvuldig afstemming is tussen alle partijen. De belemmeringen die de privacywetgeving zouden opwerpen kunnen grotendeels voorkomen worden door cliënten steeds weer toestemming te vragen voor uitwisseling van informatie.

Overheid:

Voor de Nederlandse samenleving is het van belang dat, met de verdergaande vergrijzing, al het aanwezige arbeidspotentieel wordt benut. Verder is het van belang zowel de kosten voor (geestelijke) behandeling als de kosten van sociale zekerheid, waar mogelijk, te verlagen door effectievere werkwijzen. Bij uitkeringsgerechtigden met een hoog maatmanloon kan een uitkering nog steeds alleen verlaagd of ingetrokken worden bij het wegvallen van de beperkingen of het hervatten in werk met een vergelijkbaar inkomen. De gewijzigde schattingscriteria in 2004 hebben voor arbeidsongeschikten, die voor hun uitval een goed salaris genoten en daarna geen verbetering kenden in hun (psychische) klachten, geen of weinig verandering opgeleverd in de uitkerings situatie. Bovendien kent de wettekst

(bijvoorbeeld artikel 28 WAO) geen verplichting voor (volledig) arbeidsongeschikten om passend werk te aanvaarden of een re-integratietraject te starten. Een effectievere behandeling en begeleiding van deze categorie mensen kan uitkeringskosten besparen.

6.3 Aanbevelingen

Om tot een vergelijkbare aanpak te kunnen komen als beschreven in het experiment zal in de organisatie van zowel curatieve sector als uitkeringsinstantie wat veranderd moeten worden. Tevens is er een verandering nodig op het politieke vlak. Hierbij wil ik enkele suggesties doen die mogelijk een aanzet kunnen geven tot verdere ontwikkeling of verder nadenken:

6.3.1 Aanbevelingen voor de lange termijn

Bij de wetgevende macht kan de discussie heropend worden of de scheiding binnen Nederland tussen behandeling in de medische sector en beoordeling in de sociale zekerheidssector, ook in de toekomst gehandhaafd moet blijven. Onderzocht kan worden voor welke doelgroepen of ziektebeelden de scheiding tussen behandeling en beoordeling ongewenste effecten oplevert. Tevens kan de wettelijke basis gelegd worden om het mogelijk te maken een uitvoeringsorganisatie voor werknemersverzekeringen, opdrachtgever te laten zijn voor de behandeling van een specifieke groep cliënten. Bovendien kan een politieke discussie geopend worden over de vraag: "Gaan we de reserve aan uitkeringsgelden alleen besteden aan de financiering van uitkeringen, of gaan we deze tevens besteden aan het vergroten van de belastbaarheid van uitkeringsgerechtigden?" Last but not least kan overwogen worden de arbeidsongeschiktheidswetten, net als de Werkloosheidswet, te voorzien van een artikel waarin de verplichting tot het aanvaarden van passend werk is opgenomen. Hierbij kan eventueel een onderscheid gemaakt worden in uitkeringsgerechtigden die medisch en uitkeringsgerechtigden die arbeidsdeskundig 80-100 % arbeidsongeschikt zijn te achten. Een cliënt die arbeidsdeskundig 80-100% arbeidsongeschikt is, is in basis nog wel belastbaar met enige arbeid. Een wettelijke verplichting voor (volledig) arbeidsongeschikten om een re-integratietraject aan te gaan of passend werk te aanvaarden geeft de uitkeringsverstrekker instrumenten in handen om cliënten uit de beschreven doelgroep te stimuleren tot verdere behandeling en re-integratie naar werk. Dit alles met als doel de uiteindelijke uitkeringskosten te verminderen en het arbeidspotentieel te vergroten.

6.3.2 Aanbevelingen voor de korte termijn

Voor een enigszins vergelijkbare werkwijze zoals in het beschreven project is uitgevoerd, kunnen voorbereidende stappen worden genomen. Hierbij enige suggesties:

Sociaal medische teams per regio

Binnen de front-office regio's van het UWV kunnen sociaal medische teams aangewezen worden, bestaande uit een verzekeringsarts en arbeidsdeskundige, die affiniteit hebben met het monitoren van herstelgedrag en hiervoor ook daadwerkelijk tijd en de opdracht krijgen.

Selecteren doelgroep op basis van diagnosecode

Op basis van diagnosecodes kan per regiokantoor een selectie gemaakt worden van cliënten met een WAO-, WAZ- of WIA-uitkering, waarbij de verwachting is dat nog sprake is van herstellend potentieel en die in de beschreven doelgroep vallen. Op de verkregen selectie kunnen vervolgsselecties worden toegepast op bijvoorbeeld leeftijd, maatmanloon, kosten/baten-afweging, aard van eerdere behandelingen etc.

Opdrachtverstrekking

Het sociaal medisch team van het UWV moet hierop de mogelijkheid krijgen, met toestemming van de cliënt, een diagnoseonderzoek uit te laten voeren bij een curatieve instelling in de regio, die kan voldoen aan de regels van de multidisciplinaire aanpak, inclusief begeleiding naar werk en het betrekken van de thuissituatie bij verandering. Na een diagnosefase kan in overleg tussen de twee teams besloten worden al of niet te starten met een behandel- annex re-integratietraject. De rol van opdrachtgever dient hier niet gezien te worden als de partij die alles bepaalt in de betreffende behandeling. De leidende rol is weggelegd voor een aan te stellen manager binnen of boven het behandelende team. Het feit dat (het sociaal medisch team van) het UWV opdrachtgever wordt, waarborgt vooral het gezamenlijke behandeldoel, dat zich dient te richten op terugkeer in het arbeidsproces.

(Case)manager en waarborg privacy patiënt

Voor een effectieve samenwerking en afstemming met de uitkeringsinstantie dient een multidisciplinair behandelteam een medewerker aan te wijzen die de rol van (case)manager kan vervullen. Hierbij is het wel van belang dat de betreffende manager enig sturend mandaat meekrijgt. Ook moet deze de kunst verstaan de verschillende behandelaars op 1 lijn te krijgen en een goede sparring partner zijn in het overleg met het UWV over het oplossen van inkomensproblemen. Door gebruik te maken van de (case)manager kunnen de behandelaars zich houden aan hun verplichting van het medisch geheim. Schriftelijke informatie ten behoeve van het UWV kan altijd eerst worden voorgelegd aan de cliënt alvorens deze het UWV bereikt. Het begrip casemanager is de laatste jaren echter aan devaluatie onderhevig doordat in het poortwachtersproces administratief medewerkers deze rol en functienaam kregen toebedeeld bij het verzamelen van de juiste papieren voor het re-integratieverslag. Het lijkt daarom wenselijk voor een andere benaming te kiezen.

Rolverdeling sociaal medisch team UWV

Binnen het team van het UWV kan de rol van contactpersoon en spreekbuis voor het behandelteam bij de arbeidsdeskundige gelegd worden. Indien het multidisciplinaire behandelteam niet over een (case)manager beschikt kan overwogen worden de arbeidsdeskundige als (case)manager op te laten treden.

De verzekeringsarts als claimarts kan dan op de achtergrond blijven en alleen in actie komen bij het opvragen van medische informatie, het doen van uitspraken over herstelgedrag en verder voorkomende medische zaken. De rolverdeling tussen dit tweetal dient duidelijk te zijn en de intentie tot samenwerking groot daar ook de verzekeringsarts meedenkt over oplossingen ten aanzien van behandeling en re-integratie van de betreffende cliënt.

Als het noodzakelijk is de scheiding tussen controle en begeleiding duidelijker te houden kan de arbeidsdeskundige taak in dit voorbeeld, gegeven worden aan de arbeidsdeskundige in het domein Werk in plaats van in het domein SMZ. Dit is het bedrijfsonderdeel waar de claimbeoordeling binnen het UWV plaats vindt of zal gaan vinden. Met deze bedrijfsinrichting kan aan de vereiste scheiding tussen claimbeoordeling en begeleiding voldaan worden.

Financiering

De kosten van extra tijdsbeslag of het leveren van een financiële bijdrage aan het curatieve team zal mogelijk het heikele punt worden. Hiertoe zal een goed plan voor projectfinanciering geformuleerd moeten worden. Het is aan te bevelen hiervoor ESF-subsidies aan te boren nu het thema "The blind spot for work" (zie hoofdstuk 2) ook buiten Nederland op de agenda staat. De investering kan op termijn voor een grotere uitstroom uit de uitkering zorgen en, bij het koppelen van wetenschappelijk onderzoek aan de werkwijze, bruikbare kennis opleveren voor het thema in eigen en andere Europese landen.

7 Referenties

Geraadpleegde bronnen en literatuur

- Anema, J.R., Buijs, P.C., Amstel, R.J. van, Putten, D.J. van. (2002). Leidraad voor huisarts en bedrijfsarts bij de sociaal-medische begeleiding van arbeidsverzuim. *De Huisarts en Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, maart 2002.
- Anema, J.R., Giezen, A.M. van der, Buijs, P.C., Mechelen, W. van.(2002). Ineffective disability management by doctors is an obstacle for return-to-work: a cohort study on low back pain patients sicklisted for 3-4 months. *Occupational and Environmental Medicine*;59(11),29-33.
- Anema, J.R., Jettinghoff, K., Houtman, I.L.D., Schoemaker, C.G., Buijs, P.C., Berg, R. van der (2006). Medical care of employees long-term sick listed due to mental health problems: a cohort study to describe and compare the care of the OP and GP. *Journal of Occupational Rehabilitation*,16, 41-52.
- Baarda, D.B., de Goede, M.P.M.,(2006). *Basisboek Methoden en Technieken, Handleiding voor het opzetten van kwantitatief onderzoek*. Groningen/Houten: Wolters-Noordhof
- Baarda, D.B., de Goede, M.P.M., Teunissen, J.,(2000). *Basisboek kwalitatief onderzoek, Praktische handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*, Houten, Educatieve Partners BV.
- Bakker, K.C.B., Molenaar-Schaefer, S.E.(2006). *De schriftelijke communicatie tussen de verzekeringsarts en de huisarts*, scriptie
- Berkel, N.A. van; Njoo,T.(2001). *Overleg met de behandelende sector: het effect van informatie van de behandelaar op de WAO-beoordeling, vergelijkend onderzoek tussen twee UVI's*, scriptieonderzoek opleiding arts voor arbeid en gezondheid
- Boonk, M.P.A.; Berendsen,L.; Bont, A.A. de (2000). *In de spreekkamer van de verzekeringsarts: een onderzoek naar het verzekeringsgeneeskundige deel van de WAO claimbeoordeling*.
- Buck, P.D.M. de, Amstel, R.J. van, Buijs, P.C., Maasen, J.H.W., Dijk, F.J.H van, Hazes, J.M.W., Vliet, Vlieland, T.P.M (2002). *Annals of the Rheumatic Diseases*, 61, 62-65
- Buijs, P.C. (2003). *Blind spot for work in health care: only a dutch problem?* Position paper Mr. De Geus (Dutch Minister of Social Affairs and Employment) and Mr. Hoogervorst (Dutch Minister of Health) to parliament. Hoofddorp: TNO Kwaliteit van Leven
- Buijs, P.C, Weel, A.N.H. (2005). *Blinde vlek voor arbeid in de gezondheidszorg: buitenlandse remedies voor Nederlands probleem?* Eindverslag deel I: Kennisverwerving t.b.v. het ministerie van SZW. Hoofddorp: TNO Kwaliteit van Leven,
- Buijs, P.C., Amstel, R van, Dijk, F.J. van(1999). Dutch occupational physicians and general practitioners wish to improve co-operation. *Occup Environ Med*, 56, 709-713.
- Buijs, P.C., Dijk, F.J.H. van, Evers, M., Klink, J.L. van de, Anema, J.R. (2007). Managing Work-Related Psychological Complaints by General Practitioners, in Coordination with Occupational Physicians : A Pilot Study, *Industrial Health*, 45, 37-43
- Buijs, P.C. (2001). Van verleden tot heden (deel 1): de periode tot begin jaren '90. Gebrek aan arbocuratieve afstemming jarenlang herkend maar niet erkend. *Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde* , 9, 133-8.
- Buijs, P.C. (2001). Van verleden tot heden (deel 2): 1990-1997. Groeiend bestuurlijk draagvlak voor betere arbocuratieve samenwerking. *Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde* , 9, 177-82.
- Buijs, P.C. (2001). Van verleden tot heden (deel 3): 1997-2001. De stroomversnelling van arbocuratieve initiatieven. *Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, 9, 206-11.
- Buijs, P.C. (2001). Epiloog bij het drieluik over arbocuratieve samenwerking: omzien in verwondering, vooruitzien in verwachting. *Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, 9, 253-4.

- Buijs, P.C. (2006). Dossier Gezondheidszorg & Arbeid nog niet op orde, *Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, 14,1,24
- Burg, J.C.M. van der, Beek, A. van der, Schellevis, F.G. (2003). *Arbocuratieve samenwerking anno 2001. Het perspectief van de huisarts*, uitgave van het NIVEL in 2003
- Cott, A., Anchel, H., Goldberg W.M., Fabich, M., Parkinson, W. (1990). Non-institutional treatment of chronic pain by field management: an outcome study with comparison group, *Pain*, 40,183-194
- Gaillard, A. (2006). *Stress, productiviteit en gezondheid*, Amsterdam, Uitgeverij Nieuwezijds,
- Gezondheidsraad (2005). *Beoordelen, behandelen, begeleiden, Medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid*, Den Haag
- Gezondheidsraad (2006). *Advies Verzekeringsgeneeskundige protocollen: Algemene inleiding, Overspanning, Depressieve stoornis*, Den Haag
- Gezondheidsraad (2007). *Advies Verzekeringsgeneeskundige protocollen: chronische-vermoeidheidssyndroom, Lumbosacraal radiculair syndroom*, Den Haag
- Gezondheidsraad (2007). *Advies Verzekeringsgeneeskundige protocollen: Angststoornissen, Beroerte*, Den Haag
- Heuvel, F.M.M. van den, Steenbreek, R., Buys, P.C. (2006). Werknemers wensen bij verzuim een prominentere rol van bedrijfsarts én huisarts, *TBV* 14, 7, 299-305
- Hoogduin, C.A.L., Knepper, S., Csanky, H.W. (1999). *Onderzoek bij psychische stoornissen, voor bedrijfs- en verzekeringsartsen*, Houten/Diegem Bohn Stafleu Van Loghum,
- Kenniscentrum UWV (2007). UWV Kwartaal Verkenning, 6 juli 2007, Amsterdam
- Keuzenkamp, H., Kok, L. (2002). *De sociale zekerheid uitgedokterd: de markt voor arbeidsgerichte zorg*, Amsterdam, Onderzoek in opdracht van Stichting Instituut Gak
- Laros, A.S. (2005). *Arborol door UWV: een onderzoek naar de inzet van arbeidsdeskundigen en re-integratiebedrijven bij vangnetters*, Amsterdam, scriptie vervaardigd in het kader van de opleiding tot arts voor arbeid en gezondheid
- Marlin, R.G., Anchel, H., Gibson, J.C., Goldberg, W.M., Swinton, M. (1998). *An evaluation of multidisciplinary intervention for chronic fatigue syndrome with long-term follow-up, and a comparison with untreated controls*, McMaster University, Hamilton, Ontario, Canada
- Nauta, A.P., Faddegon, H.C., (2001). *Huisarts en bedrijfsgezondheidszorg, Practicum huisartsgeneeskundige, een serie voor opleiding en nascholing*, Maarssen, Elsevier gezondheidszorg
- Poulsen-Mestrom, M.E.S., (2002) Successen in Hollandse en Brabantse samenwerkingsprojecten *Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, 10, 5, 148-150.
- Professioneel Statuut Arbeidsdeskundigen/januari 2003
- Professioneel Statuut Verzekeringartsen/september 2003
- Rood, Y.R. van, (2007). Zorgprogramma somatoforme- en aanverwante stoornissen, stepped-care richtlijnen voor evidenced-based behandeling, afd. Psychiatrie Leids Universitair Medisch Centrum
- Schaufeli, W., Bakker A., Jong, J. de, (2003). *De psychologie van arbeid en gezondheid*, Houten, Bohn Stafleu Van Loghum
- Schonagen, Th., Snoek, H., Maarschalkerweerd, J.P. van, Lommen, A. (2008). *Verslag samenwerking UWV, particuliere verzekeraars en Embas Health Resolutions bij uitkeringsgerechtigden met lang bestaande arbeidsongeschikt*. Projectverslag UWV
- Venema, A., Anema, J.R., Amstel, R.J. van, Nauta, A.P., Verbeek, J.H., Putten, D.J. van, Buijs, P.C. (2005). Samenwerking tussen huis- en bedrijfsartsen, Longitudinaal onderzoek naar aanleiding van regionale samenwerkingsprojecten, *Tijdschrift Gezondheidswet*, 83,5,286-290

8 Verantwoording

Bij het zoeken van een onderzoeksthema en het formuleren van een onderzoeksvoorstel had ik mij nog zo voorgenomen om een kwantitatief onderzoek uit te voeren. Kwantitatief onderzoek leek mij minder tijdrovend en bovendien meer serieus genomen door wetenschappelijk Nederland. Al doende bleek dat het onderwerp, samenwerking tussen UWV professionals en behandelende sector, zich toch meer leende voor kwalitatief onderzoek. De onderzoeksvragen die ik mij op dit gebied aanvankelijk stelde zouden bij kwantitatief onderzoek een mager resultaat opleveren of althans voor mij onbevredigend zijn. Zodoende heb ik, na een inspirerend overleg met Henny Mulders van het kenniscentrum van het UWV, mijn onderzoek meer gericht op explorerend, kwalitatief onderzoek.

Voor mij was het hele proces van onderzoek uitvoeren nieuw. Het uitvoeren van dit onderzoek en het schrijven van deze thesis heeft mij dan ook nieuwe kennis en ervaringen opgeleverd. Ik heb kennis genomen van de methoden om een onderzoek op te zetten en ik heb mijn zicht ook enorm kunnen verbreden door het lezen van onderzoeken die op dit vlak en op raakvlakken al gepubliceerd zijn. Ik weet nu hoe belangrijk het is om alle acties en overwegingen te noteren, hoe een tekstanalyse uit te voeren en hoe je resultaten en overwegingen te verantwoorden in een onderzoeksverslag. Hierbij ben ik veel dank verschuldigd aan Frans Marcelissen die mij afremde, stimuleerde, bekritiseerde, corrigeerde en inspireerde.

In het bijzonder wil ik verder de medewerkers bedanken van Embas Health Resolutions die met hun werk indirect hebben gezorgd voor een onderzoeksonderwerp waar ik enthousiast door werd en die bereid waren zich te laten interviewen. Bovendien zou dit onderzoek niet tot stand gekomen zijn zonder medewerking van de cliënten, collega's en behandelaren uit de reguliere sector die tijd wilden inruimen voor het geven van een interview. Vooral Theo dank ik hartelijk voor het willen optreden als co-onderzoeker en de tijd die hij daar aan besteed heeft.

Ten slotte dank ik nog mijn geliefde mannen thuis, Frans en Floris. De kritische en onbevengene blik van Frans bracht zowel twijfel als de noodzakelijke scherpte bij het afronden van deze thesis.

Boskoop, december 2008

Bijlage 1: Definitie van de Begrippen

Samenwerking

Het kenmerk van dit onderzoek is de samenwerking tussen behandelaars in de reguliere en private geestelijke gezondheidszorg en verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen van het UWV. Samenwerking is, voor wat betreft dit onderzoek, het gemeenschappelijk aan een zelfde taak werken, met het zelfde doel voor ogen. De definitie van samenwerking voor dit onderzoek betreft het gemeenschappelijk, door uitkerende sector en behandelende sector werken aan een optimale, effectieve behandeling van klachten en re-integratie naar betaald werk van uitkeringsgerechtigden met o.a. psychische problematiek.

Uitkeringsinstituut UWV

UWV staat voor Uitvoeringsorganisatie Werknemers Verzekeringen. Het uitkeringsinstituut UWV is de organisatie die in opdracht van het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid werknemersverzekeringen uitvoert.

Cliënt/Verzekerde/Uitkeringsgerechtigde

De cliënt, verzekerde en/of de uitkeringsgerechtigde is de natuurlijke persoon die, al dan niet verplicht op grond van de sociale zekerheidswetgeving, een beroep doet op de diensten van het UWV. Voor dit onderzoek kan dit nader aangeduid worden als de persoon die op basis van psychische en/of fysieke beperkingen uitkering toegekend heeft gekregen op basis van de WAO of WAZ.

Uitkeringsgerechtigden met een WIA-uitkering zijn nog niet in het onderzoek betrokken vanwege de relatief recente in werking treding van deze wet.

Voor dit onderzoek is de definitie te versmallen naar de persoon met een WAO of WAZ-uitkering, die minimaal twee jaar geleden is uitgevallen voor zijn of haar werk en op de datum van de steekproef een leeftijd heeft van tussen de 20 en 50 jaar.

Verzekeringsarts

De verzekeringsarts bij het UWV is de geregistreerde verzekeringsarts, die in opdracht van het UWV werkzaam is op het terrein van de verzekeringsgeneeskunde en uit dien hoofde geneeskundige handelingen verricht. Relevante taken van de verzekeringsarts ten aanzien van dit onderzoek:

- beoordeling van en rapportage over de gezondheidstoestand
- advisering en respectievelijk begeleiding bij maatregelen die behoud, herstel of bevordering van gezondheidstoestand.c.q. arbeidsgeschiktheid beogen.

Naast geneeskundige handelingen verricht de verzekeringsarts op grond van zijn takenpakket ook andere sociaal-geneeskundige werkzaamheden. Het betreft dan niet- individuele gezondheidszorg, zoals onderzoek of bevordering van de gezondheidstoestand van groepen.

De verzekeringsarts bepaalt onafhankelijk welke onderzoeken, al dan niet door hemzelf uit te voeren, hij nodig acht om tot een beargumenteerd oordeel te komen inzake stoornis/beperkingen/handicap, de daaruit voortvloeiende belastbaarheid en de gevolgen voor de re-integratiemogelijkheden.

De verzekeringsarts legt overeenkomstig de wettelijke voorschriften de door hem verrichte geneeskundige handelingen, bevindingen en overwegingen vast in een medisch dossier.

Verder is vastgelegd dat: een verzekeringsarts in dienstverband te maken kan krijgen met strijdige belangen tussen die van het individu (de cliënt) en die van de organisatie als uitvoerder van een wet/verzekeringsovereenkomst, het zogenoemde functioneel derdenbelang. Het gezondheidsbelang van de cliënt en daarvan met name de aandacht voor het realiseren van de re-integratiemogelijkheden, dient altijd te prevaleren boven andere belangen.

(Uit het professioneel Statuut verzekeringsartsen, september 2003)

Arbeidsdeskundige

De arbeidsdeskundige is in opdracht van de werkgever (UWV) werkzaam in de functie van arbeidsdeskundige en voldoet aan de eisen voor inschrijving bij de Stichting Register arbeidsdeskundigen (SRA), alsmede aan de eisen voor certificering zoals deze zijn opgesteld door de Stichting voor de Certificatie van Vakbekwaamheid (SKO)

Relevante taken van de arbeidsdeskundige ten aanzien van dit onderzoek:

In relatie tot de (door de verzekeringsarts) vastgestelde belastbaarheid van verzekerde, word(t)en

- De arbeidsmogelijkheden vastgesteld. Afhankelijk van de omstandigheden kunnen dit de feitelijke en/of theoretische arbeidsmogelijkheden zijn;
- De mate van arbeidsongeschiktheid vastgesteld;
- De re-integratiemogelijkheden beoordeeld van de cliënt /verzekerde;
- Afspraken over re-integratie van de cliënt gemaakt met de cliënt-verzekerde zelf en zonodig met de werkgever;
- De re-integratie-inspanningen beoordeeld (en zonodig gestimuleerd) van zowel de client-verzekerde als de werkgever.

Onder de verantwoordelijkheid van de arbeidsdeskundige valt o.a. dat deze:

Werkt overeenkomstig de wettelijke voorschriften en in dat kader relevante handelingen, bevindingen, overwegingen en gegevens in arbeidsdeskundige rapportages vastlegt.

Onder de vereiste kennis en vaardigheden van de arbeidsdeskundige valt dat:

De arbeidsdeskundige in staat is om in teamverband met andere disciplines samen te werken.

De arbeidsdeskundige beschikt over een grondige kennis van de verhouding tussen de belastbaarheid van een persoon en de belasting in een functie. Daarnaast heeft hij of zij relevante kennis van wetten, regelgeving, subsidieregelingen, re-integratie-instrumenten, de arbeidsmarkt en werkvoorzieningen.

Arbeidsdeskundig handelen en de daarmee samenhangende houdingsaspecten omvatten onder andere;

- Het toepassen van wet- en regelgeving op het gebied van arbeids(on)geschiktheid en re-integratie
- Het beoordelen en beïnvloeden van re-integratiemogelijkheden binnen de algemene en de gesubsidieerde arbeidsmarkt.

(Uit "Professioneel Statuut Arbeidsdeskundigen", januari 2003)

Herstelgedrag

Het gedrag van de cliënt dat gericht is op het herstel van het functioneren, privé en in de werksituatie.

Beperkingen (disability)

Vermindering of verlies van activiteiten van normale gedragingen en activiteiten als gevolg van een stoornis. Beperkingen zijn uitingen van ziekte op het niveau van de uitvoering van voor de mens normale activiteiten.

Bijlage 2: Wettekst Artikel 28 WAO

Het Uitvoeringsinstituut werknemersverzekeringen handelt overeenkomstig het bepaalde in artikel 25:

- a. indien de belanghebbende de door het Uitvoeringsinstituut werknemersverzekeringen of de door hem daartoe aangewezen deskundige krachtens artikel 24 in het belang van een behandeling of genezing of tot behoud, herstel of bevordering van de mogelijkheid tot het verrichten van arbeid en tot registratie als werkzoekende bij de Centrale organisatie werk en inkomen gegeven voorschriften zonder deugdelijke grond niet opvolgt;
- b. indien de belanghebbende zich niet, zolang als het Uitvoeringsinstituut werknemersverzekeringen of de door hem daartoe aangewezen deskundige te kennen heeft gegeven dit noodzakelijk te achten, onder geneeskundige behandeling stelt of indien hij de voorschriften van de behandelend arts niet opvolgt;
- c. indien de belanghebbende zich schuldig maakt aan gedragingen, waardoor zijn genezing wordt belemmerd of nalaat voldoende mede te werken om aanpassing aan zijn ziekte of gebrek te verkrijgen;
- d. indien de belanghebbende de controlevoorschriften, bedoeld in artikel 27, of de verplichting bedoeld in artikel 55, tweede lid, van de Wet structuur uitvoeringsorganisatie werk en inkomen, niet of niet behoorlijk is nagekomen dan wel de verplichting bedoeld in artikel 80 niet binnen de door het Uitvoeringsinstituut werknemersverzekeringen daarvoor vastgestelde termijn is nagekomen;
- e. indien de belanghebbende zijn arbeidsongeschiktheid opzettelijk heeft veroorzaakt;
- f. indien belanghebbende zich niet houdt aan de voorschriften, bedoeld in artikel 34, derde lid, artikel 34a, eerste lid, of artikel 34a, vierde lid;
- g. indien de belanghebbende zonder redelijke grond niet meewerkt aan een scholing of opleiding die door zijn werkgever of het Uitvoeringsinstituut werknemersverzekeringen uit hoofde van de uitoefening van hun taak op grond van artikel 658a, eerste lid, van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek respectievelijk artikel 30, eerste lid, onderdeel b, van de Wet structuur uitvoeringsorganisatie werk en inkomen wenselijk wordt geacht voor zijn inschakeling in de arbeid;
- h. indien de belanghebbende zonder deugdelijke grond weigert of heeft geweigerd mee te werken aan door zijn werkgever of door een door die werkgever aangewezen deskundige gegeven redelijke voorschriften of getroffen maatregelen die erop gericht zijn om de belanghebbende in staat te stellen passende arbeid te verrichten dan wel indien bij de behandeling van de aanvraag, bedoeld in artikel 34, derde lid, en bij de beoordeling als bedoeld in artikel 34a, eerste lid, blijkt dat de belanghebbende zonder deugdelijke grond onvoldoend re-integratieinspanningen heeft verricht. Voor de toepassing van dit onderdeel wordt onder werkgever mede verstaan de eigenrisicodrager, bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel h, van de Ziektewet;
- i. indien de belanghebbende zonder redelijke gronden niet meewerkt aan het opstellen van de re-integratievisie, bedoeld in artikel 30a, eerste lid, van de Wet structuur uitvoeringsorganisatie werk en inkomen, of het re-integratieplan, bedoeld in artikel 30a, derde lid, van die wet;
- j. indien de belanghebbende de verplichtingen die zijn opgenomen in de re-integratievisie, bedoeld in artikel 30a, eerste lid, van de Wet structuur uitvoeringsorganisatie werk en inkomen, of in het re-integratieplan, bedoeld in artikel 30a, derde lid, van die wet, niet of niet behoorlijk is nagekomen;
- k. indien de belanghebbende die bij deelname aan een re-integratietraject zijn re-integratieverplichtingen niet naleeft, de reden daarvan niet onmiddellijk aan het re-integratiebedrijf heeft meegedeeld.

Bijlage 3: Richtlijn Beheer gegevens vallend onder het medisch beroepsgeheim van de verzekeringsarts

Regels bij de verwerking van verzekeringsgeneeskundige gegevens

1. Geheimhouding (zie toelichting / zie uitwerking voor de praktijk)

De verzekeringsarts is onderworpen aan het medisch beroepsgeheim van artikel 88 Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg en tevens aan het verbod op gegevensverstrekking van artikel 74 Wet SUWI.

1.1 Zwijgplicht

De verzekeringsarts heeft een zwijgplicht voorzover hij niet hoeft te spreken uit een wettelijke noodzaak. Tot die wettelijke noodzaak behoort de adviesplicht.

1.2 Ontheffing door toestemming

De cliënt kan de verzekeringsarts door een uitdrukkelijke, gerichte toestemming in een bepaald geval van zijn zwijgplicht ontheffen.

2. Adviesplicht (zie toelichting / zie uitwerking voor de praktijk)

Het medisch beroepsgeheim van de verzekeringsarts wordt beperkt door het wettelijk kader van zijn sv-taak waarvan zijn plicht tot het geven van een gemotiveerd verzekeringsgeneeskundig oordeel en advies over een cliënt een essentieel onderdeel uitmaakt. De verzekeringsarts heeft een onoverdraagbare verantwoordelijkheid voor de manier waarop hij het medisch beroepsgeheim in dit spanningsveld hanteert.

3. Reikwijdte medisch beroepsgeheim (zie toelichting / zie uitwerking voor de praktijk)

Alle gegevens die de verzekeringsarts uit hoofde van de uitoefening van zijn beroep over cliënt bekend worden en de door hem bij het onderzoek gevormde visies en op basis daarvan getrokken conclusies vallen onder het medisch beroepsgeheim.

4. WGBO/geen blokkeringsrecht (zie toelichting)

De regels inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst uit boek 7 van het BW zijn van overeenkomstige toepassing bij verzekeringsgeneeskundig onderzoek en advies, echter voorzover de aard van de rechtsbetrekking waarbinnen deze beoordeling en advisering plaatsvindt of enige bij of krachtens de wet gegeven regel zich daartegen niet verzet. Artikel 7:464, tweede lid, onder b. BW handelend over het blokkeringsrecht van de *keurling* en artikel 7:457 BW handelend over het verstrekken van gegevens uit het medisch dossier aan een ander gelden niet voor de verzekeringsgeneeskundige praktijk.

5. Inwinnen informatie bij behandelende sector (zie toelichting)

De verzekeringsarts behoeft voor het inwinnen van informatie over zijn cliënt bij een behandelend arts of andere zorgverlener van cliënt, zowel voor de verstrekking van gegevens zijnerzijds bij zijn vraagstelling als voor de verstrekking van gegevens door degene die bevraagd wordt, de schriftelijke toestemming van de cliënt. De verzekeringsarts past daarbij de standaard "Communicatie met behandelaars" toe van het Tijdelijk instituut voor coördinatie en afstemming (december 1996).

6. Medisch onderzoeksverslag (zie toelichting)

De verzekeringsarts documenteert op geëigende momenten zijn onderzoek. Hij doet dit in het medisch onderzoeksverslag.

7. Verzekeringsgeneeskundige Rapportage en FML (zie toelichting)

De verzekeringsarts motiveert zijn oordeel en advies, onder weergave van de relevante gegevens, in de Verzekeringsgeneeskundige Rapportage en stelt, indien aan de orde, de Functionele Mogelijkheden Lijst op.

8. Medisch dossier (zie toelichting)

De schriftelijke of digitale weerslag van de gegevens vallend onder het medisch beroepsgeheim wordt door de verzekeringsarts bewaard in een medisch dossier.

8.1 Archivering Verzekeringsgeneeskundige Rapportage en FML

In afwijking van de hoofdregel onder punt 8 kunnen de Functionele Mogelijkheden

Lijst en de Verzekeringsgeneeskundige Rapportage ook uitsluitend in het claimdossier worden bewaard, indien zo'n dossier voor cliënt is aangelegd.

8.2 Persoonlijke werkaantekeningen

Voor persoonlijke werkaantekeningen geldt dat deze door de verzekeringsarts zo spoedig mogelijk worden uitgewerkt in het medisch onderzoeksverslag en uiterlijk tot het moment van opmaak van de Verzekeringsgeneeskundige Rapportage worden bewaard. Bewaring gebeurt in het medisch dossier in een gesloten enveloppe of, indien het dossier elektronisch wordt gevoerd, in een niet voor anderen benaderbaar onderdeel worden bewaard.

9. Beheer archief (zie toelichting)

De uitvoeringsorganisatie UWV faciliteert de archivering van medische dossiers en de uitgifte van dossiers of stukken daaruit zodanig dat de verzekeringsarts zijn verantwoordelijkheid voor het beroepsgeheim kan waarmaken. In de Regels medisch gegevensbeheer primair proces worden de afspraken nader uitgewerkt.

10. Bewaarverplichting (zie toelichting)

De verzekeringsarts is ingevolge het voor UWV geldende Basis Selectiedocument op grond van de Archiefwet 1995 gehouden de documenten in het medisch dossier te bewaren gedurende een termijn van tien jaar, te rekenen vanaf het jaar waarin de behandeling van het te beoordelen geval door UWV werd beëindigd.

Bijlage 4: Info behandelaars



Algemene informatie voor behandelaars, voorafgaand aan het interview

Inleiding

Bij aanvragen voor een WAO uitkering heeft het UWV zich in het verleden beperkt tot vaststelling van de mate van arbeidsongeschiktheid en werden bij re-integratiemogelijkheden cliënten overgedragen aan re-integratiebedrijven. Voor de beoordeling van arbeidsongeschiktheid werd informatie over de huidige medische situatie en het behandelplan, opgevraagd bij behandelaars.

Mogelijk door de scheiding die in Nederland is aangebracht tussen **behandeling** en **beoordeling** is er in het verleden vrij weinig aandacht geweest voor een optimale behandeling gericht op maximalisering van het arbeidspotentieel.

- ❖ Behandelend artsen richten zich met name op bestrijding van medische aandoeningen en het bevorderen van welbevinden van de patiënt.
- ❖ Beoordelend artsen richten zich op het huidig functioneren en de prognose hiervan, uitgaande van het verdere behandelplan en natuurlijk verloop van de aandoening(en).

De laatste jaren is er in verzekeringsgeneeskundige protocollen wel sprake van aandacht voor "herstelgedrag" van de verzekerde, maar aan dit item is tot op heden weinig praktische invulling gegeven.

Afgelopen jaren liep er een samenwerkingsproject, tussen UWV en enkele particuliere verzekeraars, waarbij gekeken werd of er bij arbeidsongeschikten, die bij beide instanties een uitkering hadden, herstelpotentieel aanwezig was. De medisch adviseur van de verzekeraar deed de eerste selectie en bekeek of er in theorie bij een cliënt sprake was van een medische situatie met herstelpotentieel.

Zo ja, dan werd een diagnosetraject, met indien mogelijk, een behandelingstraject en re-integratietraject ingezet.

UWV en de Verzekeraar gaven dan samen opdracht aan een bedrijf dat gespecialiseerd is in behandeling en re-integratie van de vastgestelde doelgroep.

Dit bedrijf werkt met een multidisciplinair team met o.a. een casemanager, arts, psycholoog, fysiotherapeut, financieel specialist en job coach. Dit team verrichtte het gehele traject van diagnostiek en behandeling. Vanuit het UWV beoordeelden hierop een vaste arbeidsdeskundige en verzekeringsarts de onderzoeksbevindingen en behandelingsvoorstellen van dit bedrijf.

Indien UWV en verzekeraar zich konden vinden in diagnostiek en behandelingsvoorstel, werd een opdracht tot behandeling en re-integratie gegeven, het traject werd verder tussentijds geëvalueerd door de betreffende medewerkers van UWV en verzekeraar.

Doelgroep

De doelgroep beperkte zich tot uitkeringsgerechtigden met

- ❖ lang bestaande arbeidsongeschiktheid (meer dan 2 jaar),
- ❖ waarvoor geen of een onvoldoende medisch objectiveerbare verklaring kon worden gevonden.

Hieronder vielen o.a. *chronisch vermoeidheidsklachten, depressie/neerslachtigheid, pijn, angstklachten, whiplashklachten.*

- ❖ Motivatie voor behandeling of re-integratie naar werk bij cliënt zelf, was geen voorwaarde bij de start van het onderzoek en later het traject. Dit in tegenstelling tot reguliere re-integratietrajecten.

Wijze van samenwerken

De samenwerking met het behandel/re-integratiebedrijf kende een intensiever karakter dan de samenwerking of de overlegmomenten met overige door UWV gecontracteerde re-integratiebedrijven of reguliere behandelaars uit bijvoorbeeld de geestelijke gezondheidszorg.

Bijna wekelijks bracht het bedrijf in telefonisch overleg de bijzonderheden in behandeltrajecten over aan de vaste contact-arbeidsdeskundige van het UWV. Het ging hierbij *niet* om privacy-gevoelige informatie, zoals door cliënt besproken met de psycholoog, maar om informatie over de fase van de behandeling en de signalering van eventuele knelpunten.

Indien de weerstanden tegen verandering volledig door de behandelaars opgevangen konden worden was er geen interventie door arts of arbeidsdeskundige nodig. Deze hadden dan in het geheel geen contact met de cliënt. Wel konden zij een tijdige herbeoordeling of andere actie in gang zetten om te voorkomen dat cliënt in ongewenste situaties zou komen, waarin bijvoorbeeld uitkering terugbetaald moest worden of anderszins tijd en energie gestopt moest worden in het communiceren met de uitkeringsinstantie, ten koste van het proces naar herstel of re-integratie naar werk.

Indien de behandelaar opliep tegen cliënten die weigerden zich te laten onderzoeken of te laten behandelen, werd vanuit het UWV cliënt gewezen op zijn/haar behandelverplichtingen (artikel 28 WAO) waarmee duidelijk werd gemaakt dat het traject niet vrijblijvend was maar ook de uitkering verplichtingen kent. Indien cliënt alsnog weigerde werd, op instigatie van de arbeidsdeskundige of verzekeringsarts, een maatregel op de uitkering toegepast wat inhield dat tijdelijk een lagere of geen uitkering werd uitbetaald. Dit overigens na de noodzakelijke hoor en wederhoor toe te passen.

Als cliënt met zijn behandelaar tot de conclusie kwam dat behandeling niet(langer) noodzakelijk was en er ook geen sprake meer was van beperkingen, werd cliënt geadviseerd zich in verbinding te stellen met het UWV. Gelijktijdig werd de arts en arbeidsdeskundige geïnformeerd dat zij een verzoek om contact van cliënt konden verwachten. Met elkaar werd nagedacht over de beste (financiële) oplossing voor cliënt. Hierbij bleven UWV en verzekeringsmaatschappij de bevoegdheid over hun eigen beslissingen houden maar onderzocht iedere partij de mogelijkheden binnen de eigen organisatie om cliënt verder te stimuleren de stap naar de arbeidsmarkt te maken. Voor de verzekeringsmaatschappij kon dat zijn het onderhandelen over een coulanceregeling, waarbij cliënt een geldbedrag meekrijgt. Voor UWV kon dat betekenen het creëren van een uitlooptermijn of juist het direct uitvoeren van een herbeoordeling. Hierin bleef het van belang dat cliënt zelf keuzemogelijkheden werden gelaten om het gevoel over te houden het herstel en de re-integratie naar werk grotendeels aan eigen inzet te danken te hebben.
