

ARBEIDSGERELATEERDE ZORG IN DE EERSTE LIJN

Datum >
11 mei 2021

TNO innovation
for life

> Rapportage vallend onder het
subsidieprogramma “Werk(en)
is gezond” van ZonMw

ARBEIDSGERELATEERDE ZORG IN DE EERSTE LIJN

Datum	11 mei 2021
Auteurs	Lennart van der Zwaan Marloes van der Klauw Merel In der Maur Joost van Genabeek
Met medewerking van:	Tessa ten Boer (SHIFD; Huisartsenpraktijk De Bie & Kock, Deurne) Bart Dollekens (Radboud UMC / SGBO) Joost van der Gulden (Radboud UMC / SGBO) Mascha Hendriks (SHIFD) Rogier Jaspers (Huisartsenpraktijk Thermion, Lent) Kees de Kock (Radboud UMC / SHIFD; Huisartsenpraktijk De Bie & Kock, Deurne) Marc Loeffen (Fysiotherapie Thermion, Lent) Antoinette Oomen (AKC) Marloes van Rossum (Huisartsenpraktijk Thermion, Lent) Nannette de Schepper (Oefentherapie Cesar De Lint, Thermion, Lent) Henk Schers (Radboud UMC / Huisartsenpraktijk Thermion, Lent) Theo van Winkel (AKC) Margreet Xavier (AWVN)
Projectnummer	060.27564
Rapportnummer	TNO 2021 R10724
Contact TNO	Joost van Genabeek
Telefoon	+31888665277
E-mail	Joost.vangenabeek@TNO.nl

Samenvatting

Veel werkenden kampen met gezondheidsklachten die verband houden met hun werk. Zij bezoeken vaak al in een vroeg stadium hun huisarts of een andere eerstelijns zorgprofessional, omdat deze beter toegankelijk zijn of meer vertrouwen genieten dan professionals in de bedrijfsgezondheidszorg. Bovendien hebben ZZP'ers, evenals een groeiende groep werkenden met een lage sociaal-economische positie (SEP), geen of beperkte toegang tot bedrijfsgezondheidszorg, of maken daar weinig tot geen gebruik van. Echter, vaak blijken eerstelijns zorgprofessionals onvoldoende te zijn toegerust om de aandacht bij gezondheid én bij werk te leggen.

In dit project hebben TNO, Gezondheidscentrum Thermion, Radboud UMC en werkgeversvereniging AWWN daarom in de praktijk een nieuwe interventie van arbeidsgerelateerde zorg in de eerste lijn ontwikkeld, geïmplementeerd en geëvalueerd. Deze interventie is bedoeld om de **kwaliteit van de zorg voor werkenden te verbeteren vanuit de eerste lijn**. Het doel van de interventie is het voorkomen of beperken van arbeidsgerelateerd ziekteverzuim en het bevorderen van de inzetbaarheid van werkenden.

In de **ontwikkelingsfase** van het project is samen met een werkgroep van eerstelijns professionals van Thermion de interventie ontwikkeld bestaande uit drie componenten: (1) vroegtijdige signalering van werkgerelateerde gezondheidsklachten door eerstelijns zorgprofessionals, aan de hand van een gevalideerd gespreksprotocol; (2) behandeling van werkgerelateerde gezondheidsklachten door de huisarts en andere eerstelijns professionals; en (3) multidisciplinaire behandeling door samenwerking met, of verwijzing naar, professionals in de bedrijfsgezondheidszorg. Er is tevens de mogelijkheid gecreëerd om een 'in house' bedrijfsarts of arbeidsdeskundige te consulteren, die los van een werkgever, (publieke) verzekeraar of gemeente kan adviseren en spreekuur houdt op het gezondheidscentrum.

Tijdens de **implementatiefase** blijkt de waargenomen urgentie bij eerstelijns professionals en de mogelijkheid zorginnovaties toe te passen in de eerstelijns praktijk bevorderend te werken. De toegevoegde waarde van vroegsignalering en consultatie van een bedrijfsarts of arbeidsdeskundige blijkt met name bij patiënten met een lage SEP, een onzekere arbeidsrelatie en/of mentale of psychische klachten. De patiënten zijn enthousiast over de aanpak en voelen zij zich gehoord. De onafhankelijkheid van de bedrijfsarts en arbeidsdeskundige worden hiervoor als belangrijkste redenen genoemd. Niettemin blijken weinig patiënten in de praktijk doorverwezen te worden naar de arbeidskundige of bedrijfsarts. Dit komt omdat bij Thermion een relatief kleine groep patiënten met bovengenoemde kenmerken ingeschreven staat. Het gering aantal doorverwijzingen heeft de waargenomen urgentie van arbeidsgerelateerde zorg in de eerste lijn gedurende het project afgezwakt. Belemmeringen voor het implementeren van de interventie betreffen de onbekendheid van eerstelijns professionals met het werkveld van de arbeidsdeskundige, de tijdsinvestering en het ontbreken van structurele financiering. Ook de potentiële wrijving tussen de bedrijfsarts of arbeidsdeskundige in de eerste lijn enerzijds, en de bedrijfsarts via de werkgever anderzijds wordt als barrière gezien.

In de **uitrolfase** van het project is de interventie, met een paar kleine aanpassingen, toegepast in een huisartsenpraktijk in Deurne. Het kleine aantal betrokken zorgprofessionals in deze praktijk heeft de implementatie van de interventie makkelijker gemaakt. Mede omdat bij deze huisartsenpraktijk relatief veel patiënten met een lagere SEP ingeschreven staan, is er een grote behoefte aan doorverwijzing naar en consultatie van een bedrijfsarts of arbeidsdeskundige. Met name de arbeidsdeskundige blijkt van grote toegevoegde waarde te zijn voor adviezen over rechtspositie en sociale zekerheid. De casuïstiekbesprekingen hebben ondersteunend gewerkt om de complementaire rol van arbeidsdeskundige scheper in beeld te krijgen bij de huisartsen.

Borging van arbeidsgelateerde kennis en multidisciplinaire samenwerking heeft kans van slagen als de (tijds)belasting van huisartsen beperkt blijft, ervan uitgaande dat aanvullende structurele financiering achterwege zal blijven. De Praktijk Ondersteuner Huisarts (POH) zou onderdelen van de arbeidsgelateerde zorg kunnen overnemen van de huisarts. De borging roept daarmee zowel een informatie- en opleidingsvraag op als een financieringsvraag. Werkgevers in dit onderzoek zien in de eerste lijn graag een coachende ondersteuning van de patiënt om met diens werkgever en bedrijfsarts in open gesprek te gaan. Zorgdomein kan ondersteunen in het contact tussen bedrijfsartsen en huisartsen.

Inhoudsopgave

Samenvatting.....	1
1 Arbeidsgerelateerde zorg in de eerste lijn	5
1.1 Project aandacht voor arbeid in eerstelijnszorg	6
1.2 Opzet onderzoek	7
1.3 Leeswijzer	8
2 Ontwikkeling van de interventie	9
2.1 Kenmerken van de interventie	9
2.2 Doelgroep	12
2.3 Bevorderende en belemmerende factoren bij de ontwikkeling	13
3 Implementatie van de interventie	17
3.1 Bevorderende en belemmerende factoren bij de implementatie	17
3.2 De opbrengsten van de interventie voor werknemers	21
3.3 Uitrol en implementatie in Deurne	23
3.4 Borging	26
4 Conclusies en aanbevelingen	29
4.1 Conclusie	29
4.2 Aanbevelingen	29
Literatuur	32

1 Arbeidsgerelateerde zorg in de eerste lijn

Gezondheidsklachten kunnen mensen belemmeren in het verrichten van hun werk. Wanneer hier sprake van is, is het van belang snel adequate hulp te bieden om (langdurige) uitval en productieverliezen te voorkomen. Arbeidsgerelateerde zorg speelt hierin een essentiële rol. Onder arbeidsgerelateerde zorg verstaan we in deze rapportage zorg voor alle werkenden of werkzoekenden die erop gericht is hun arbeidsparticipatie duurzaam te behouden. Hierbij gaat het naast bedrijfsgezondheidszorg (voorkomen van beroepsziekten, bedrijfsongevallen en verzuim van werknemers) ook over reguliere gezondheidszorg.

De arbeidsgerelateerde zorg heeft sinds decennia te kampen met een aantal hardnekkige problemen. Er is veel bekend over de aard en oorzaken van deze problemen. Dit blijkt uit de indrukwekkende hoeveelheid onderzoeksrapporten en adviezen (1 - 5). Maar een echte oplossing van deze problemen is tot heden uitgebleven.

Wat is er aan de hand?

Hoewel werkenden het recht hebben om op ieder moment een bedrijfsarts te consulteren, zien zij deze vaak pas voor het eerst na meerdere weken van ziekteverzuim. Vaak komt het pas na zes weken tot een eerste bezoek als de bedrijfsarts een probleemanalyse moet maken in het kader van de Wet Verbetering Poortwachter. Deze late consultatie leidt er vaak toe dat kostbare tijd verloren gaat om in een vroeg stadium verzuim te voorkomen of te beperken (4, 5). In de eerste weken van het verzuim zou namelijk al gewerkt kunnen worden aan herstel, het geven van advies over preventie en het doorvoeren van bijvoorbeeld werkplekaanpassingen die het mogelijk maken dat een werknemer aan het werk blijft of het werk eerder hervat. Bovendien is er een steeds groter wordende groep werkenden die niet of nauwelijks toegang heeft tot een bedrijfsarts of niet weet hoe deze te benaderen (4, 5). Denk hierbij aan zelfstandigen zonder personeel (ZZP'ers), werkenden in het klein-MBK, of flexwerkers. Daarbij speelt mee dat er een tekort is aan bedrijfsartsen als gevolg van de tekortschietende instroom in de opleiding. Tot slot is er een groep werkenden die de onafhankelijkheid van de bedrijfsartsen in twijfel trekt (5). Dit alles zorgt ervoor dat een goede aansluiting tussen werkenden en passende werkgerelateerde zorg ontbreekt.

Daar staat tegenover dat veel werkenden met arbeidsgerelateerde gezondheidsklachten al in een vroeg stadium hun huisarts of een andere eerste of tweedelijns zorgprofessional bezoeken, omdat deze beter toegankelijk zijn of meer vertrouwen genieten. Maar deze reguliere zorgaanbieders (huisartsen, maar ook klinisch werkende specialisten) blijken vaak onvoldoende alert op de relatie tussen een gezondheidsklacht of aandoening en het werk en schromen in veel gevallen om contact op te nemen met de bedrijfsarts van de patiënt (1, 4, 6).

Werknemers en zelfstandigen zonder personeel (ZZP'ers) met een lage sociaaleconomische positie (SEP) vormen een speciale groep van aandacht. Werkenden met een lage SEP zijn relatief minder gezond, werken vaker in ongezonde arbeidsomstandigheden, lopen een groter risico op psychische en lichamelijke gezondheidsklachten en op ongevallen op het werk (7, 8). Het gevolg is dat zij een hoger risico hebben op verzuim en vaker een chronische beroepsziekte oplopen dan werkenden met een hogere SEP.

Bovendien hebben veel werkenden met een lage SEP geen of beperkte toegang tot bedrijfsgezondheidszorg, of maken daar weinig tot geen gebruik van. Het organiseren van goede arbeidsgerelateerde zorg is daarom bij uitstek van belang voor deze groep.

Om langdurige uitval uit het werk te voorkomen, wordt vaak gewezen op de rol van huisartsen en andere professionals in de eerstelijns gezondheidszorg (5, 6, 9). Zij zouden bij uitstek in de gelegenheid zijn om in een vroeg stadium een inschatting te maken van de mate waarin een gezondheidsklacht verband houdt met het werk en kunnen zo nodig hun advies en behandeling hierop aanpassen. Concreet zouden zij de volgende taken kunnen uitvoeren: (1) gezondheidsrisico's van werkenden objectiveren; (2) arbeidsgerelateerde gezondheidsklachten signaleren; en (3) behandelingen organiseren in afstemming met de bedrijfsgezondheidszorg (10).

De aanpak van arbeidsgerelateerde gezondheidsproblemen in de eerstelijnszorg vraagt om specifieke kennis over het arbeidsdomein, die niet vanzelfsprekend aanwezig is bij eerstelijns professionals. In hun toekomstvisie (5) schetste de SER drie (organisatie)vormen van arbeidsgerelateerde zorg die een mogelijke oplossing vormen voor de gesignaleerde knelpunten: (1) arbeidsgerelateerde zorg via interne arbodiensten; (2) arbeidsgerelateerde zorg via branche of sector; en (3) arbeidsgerelateerde zorg via de huisarts of andere eerstelijns zorgprofessionals. Het doel van dit project is het onderzoeken van de haalbaarheid van deze laatste organisatievorm (arbeidsgerelateerde zorg in de eerste lijn).

1.1 Project aandacht voor arbeid in eerstelijnszorg

In het voorjaar van 2018 zijn de samenwerkingspartners TNO, Radboud UMC, het Arbeidskundig Kennis Centrum (AKC), werkgeversvereniging AWWN en gezondheidscentrum Thermion gestart met dit project om een interventie voor arbeidsgerelateerde eerstelijnszorg te ontwikkelen, te implementeren en te evalueren. Het doel van de interventie is het voorkomen of beperken van arbeidsgerelateerd ziekteverzuim en het bevorderen van de inzetbaarheid van werkenden (10).

Het project, vallend onder het subsidieprogramma "Werk(en) is gezond" van ZonMw, beoogt de volgende onderzoeksvragen te beantwoorden:

1. Wat zijn de kenmerken van een eerstelijns interventie gericht op het verbeteren van de gezondheid van werknemers door rekening te houden met hun werkcontext?
2. Welke factoren faciliteren of belemmeren de ontwikkeling van deze interventie.
3. Welke factoren faciliteren of belemmeren de succesvolle implementatie van de interventie in een eerstelijns gezondheidscentrum in de regio Nijmegen op het niveau van interventievoorziening, doelgroep, werkcontext en financieel belanghebbenden?
4. Wat zijn de resultaten van de implementatie van de interventie in termen van gezondheid en werkbaarheid van werknemers met een lage SEP?
5. Wat zijn aanbevelingen en randvoorwaarden voor het succesvol implementeren van de interventie in andere eerstelijns gezondheidscentra in Nederland?

Hiertoe is in eerste instantie samengewerkt met Academisch gezondheidscentrum Thermion in Lent, waar de interventie, samen met een werkgroep van professionals is ontwikkeld (eerste fase) en geïmplementeerd (tweede fase).

Ten behoeve van onderzoek naar uitrol en implementatie in andere gezondheidscentra in Nederland, is de interventie in een derde fase geïmplementeerd en geëvalueerd in een huisartsenpraktijk in Deurne (zie figuur 1).



Figuur 1. Tijdslijn project

THERMION – Het gezondheidscentrum is een academische praktijk en heeft uitgebreide ervaring in het doen van wetenschappelijk onderzoek. De praktijk heeft 25 vaste medewerkers waarvan 8 huisartsen en een bestand van ruim 11.000 patiënten. Binnen het centrum werkt de huisartspraktijk samen met de volgende zorgaanbieders: apotheek, kinder- en volwassenen psychologen, fysio- en oefentherapie, verloskundigen, diëtisten, wijkverpleegkundigen, logopedisten, oedeemtherapeut, podotherapie, podoloog, tandarts en het sociaal wijkteam.

DEURNE – Huisartsenpraktijk C.P. de Bie en C.A. de Kock is een kleinschalige praktijk bestaande uit 10 medewerkers waarvan 3 huisartsen. De Huisartsenpraktijk is aangesloten bij de Stichting Huisartsen Innovatie Facilitering Deurne (SHIFD). Een van de huisartsen, Kees de Kock, promoveerde in 2020 op de rol van de huisarts bij werkgerelateerde problemen en mogelijkheden om deze rol te versterken.

Het project wordt aangestuurd door een projectgroep bestaande uit TNO, Radboud UMC, AWWN, Thermion en de betrokken bedrijfsarts (via SGBO Radboud UMC) en de arbeidsdeskundigen (via AKC). Voor de ontwikkeling en implementatie van de interventie binnen Thermion is een werkgroep samengesteld (zie 2.3). Een adviescommissie is samengesteld bestaande TNO, Radboud UMC, Thermion, twee werkgevers, NHG, NVAB, FNV, ZZP-NL, AKC en VGZ, met als taak om te reflecteren op, en te adviseren over de brede uitrol en implementatie van de interventie.

1.2 Opzet onderzoek

In dit onderzoek is gekozen voor een actiegericht onderzoeksdesign. Actieonderzoek is een vorm van pragmatisch evaluatieonderzoek waarin onderzoek, praktijkgebruik, reflectie en bijstelling cyclisch plaatsvinden (11-14). Dit houdt in dat niet alleen het proces van ontwikkeling of innovatie wordt gemonitord (traditionele procesevaluatie), maar dat tussentijdse evaluaties bijdragen aan een continue ontwikkelingscyclus waarmee de interventie of de implementatiestrategie kan worden aangepast (15-17). De wendbaarheid neemt toe en daarmee wordt de kans op succesvolle implementatie vergroot.

In de praktijk is ieder meetmoment het begin geweest van een feedbackloop waarin gegevens zijn verzameld en geanalyseerd, resultaten zijn teruggekoppeld en wijzigingen in opzet en uitvoering van de interventie zijn doorgevoerd. Hiertoe zijn o.a. werkgroepen en multidisciplinaire Overleggen (MDO's) georganiseerd, vragenlijsten uitgestuurd naar patiënten, patiënten geïnterviewd en is er een focusgroep met werkgevers geraadpleegd. Ook de notulen van de adviescommissie en projectgroep zijn gebruikt ten behoeve van het onderzoek.

De procesevaluatie in dit onderzoek is opgezet aan de hand van het geconsolideerde kader voor implementatieonderzoek (18). Dit raamwerk is bijzonder geschikt voor dit onderzoek, omdat het specifiek is ontwikkeld voor de implementatie van zorginterventies. In het verleden is dit raamwerk met succes toegepast (19-20), hetgeen wijst op modelvaliditeit. Het raamwerk bestaat uit de volgende vijf domeinen waarmee barrières en bevorderende factoren voor implementatie kunnen worden geïdentificeerd:

1. **Kenmerken van de interventie**, waaronder de complexiteit, de aanpasbaarheid aan de context, en de perceptie van belanghebbenden over het belang van de interventie;
2. **Externe organisatie**, waaronder overheidsbeleid en (inzicht in) belangen van stakeholders;
3. **Interne organisatie** waaronder de complexiteit van de organisatie, organisatiecultuur, en implementatieklimaat;
4. **Kenmerken van stakeholders**, waaronder kennis en overtuiging in relatie tot de interventie en het stadium van gedragsverandering;
5. **Kenmerken van het implementatieproces**, waaronder planning van de interventie en participatie van de stakeholders.

Om inzicht te krijgen in voornoemde domeinen, is op verschillende momenten zowel kwantitatieve als kwalitatieve data verzameld op het niveau van de professionals (interviews, verslagen werkgroep bijeenkomsten, vragenlijst), patiënten (vragenlijsten en interviews), werkgevers (focusgroep) en bredere stakeholders (adviescommissie, netwerkbijeenkomsten).

1.3 Leeswijzer

In het tweede hoofdstuk gaan we in op de eerstelijns interventie zoals die in fase 1 ontwikkeld is en beantwoorden we onderzoeksvraag 1 en 2. In hoofdstuk 3 evalueren we vervolgens de implementatie en resultaten van de interventie in de praktijk, waarmee we antwoord geven op onderzoeksvraag 3, 4 en 5. We sluiten dit rapport af met een conclusie en aanbevelingen.

2 Ontwikkeling van de interventie

In dit hoofdstuk gaan we in op de eerstelijns interventie zoals die in fase 1 ontwikkeld is samen met de werkgroep in Thermion. We beschrijven de interventie en het uitvoeringsproces in de eerste lijn (2.1), de doelgroep (2.2) en de bevorderende en belemmerende factoren bij de ontwikkeling van deze interventie (2.3)

In de afgelopen jaren is er veel geëxperimenteerd met vormen van arbeidsgelateerde zorg in de eerste lijn (21-25). Er zijn specifieke interventies ontwikkeld voor vroegsignalering en arbocuratieve behandeling en samenwerking (26). Deze interventies zijn elk afzonderlijk wetenschappelijk onderzocht op effectiviteit en voor toepassing toegankelijk gemaakt in richtlijnen en protocollen. Zo blijkt uit literatuuronderzoek dat **vroege opsporing** van gezondheidsproblemen consequent de preventie van ernstigere gezondheid bevordert en ziekteverzuim vermindert (26, 27). Bekend is dat **huisartsen** en eerstelijns professionals zich in een geschikte positie bevinden voor vroegtijdige opsporing, preventie en behandeling van werkgerelateerde gezondheidsproblemen, omdat werknemers de huisarts eerder en vaker raadplegen dan bedrijfsartsen of arbeidsdeskundigen (3, 28, 29). Daarnaast zijn er aanwijzingen uit wetenschappelijk onderzoek dat **multidisciplinaire behandeling** van werkgerelateerde gezondheidsklachten bijdraagt aan baanbehoud en werkhervatting (26, 27, 30).

De interventie in dit project bouwt voort op de bestaande kennis door deze drie componenten (vroegsignalering, behandeling in de eerste lijn, multidisciplinaire behandeling) in één interventie te combineren (10). Omdat de betrokkenheid van gemotiveerde professionals een cruciale factor is waarmee de kans van slagen op succesvolle implementatie toeneemt, is in dit project gekozen voor een participatieve aanpak. In een participatieve aanpak dragen professionals actief bij aan het ontwikkelen van een interventie. In de voorbereidende fase van het project is samen met een betrokken werkgroep bestaande uit een huisarts, een fysiotherapeut, twee arbeidsdeskundigen, een oefentherapeut Cesar, een psycholoog, een bedrijfsarts en een praktijkmanager, de interventie vormgegeven op basis van de drie genoemde componenten. De belangrijkste voorwaarde in het ontwikkelproces is de praktische toepasbaarheid van de interventie geweest. Met andere woorden, de interventie moet op een eenvoudige manier inpasbaar zijn in de bestaande manier van werken binnen de eerste lijn.

2.1 Kenmerken van de interventie

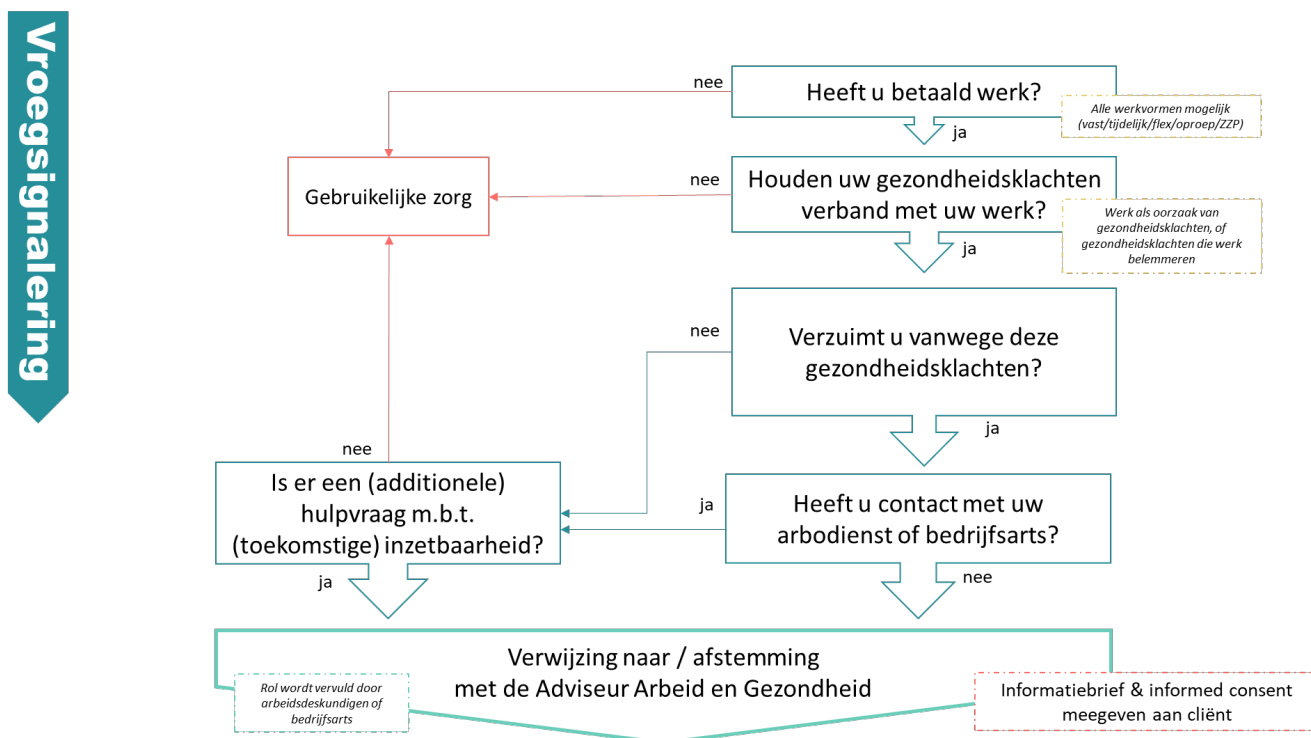
Op basis van voornoemde kaders is een interventie ontwikkeld die bestaat uit drie componenten: (1) vroegtijdige signalering van werkgerelateerde gezondheidsklachten door eerstelijns zorgprofessionals; (2) behandeling van werkgerelateerde gezondheidsklachten door de huisarts en andere eerstelijns professionals; en (3) multidisciplinaire behandeling door samenwerking met, of verwijzing naar een onafhankelijke bedrijfsarts of arbeidsdeskundige.

(1) Voor **vroegtijdige signalering** van arbeidsgelateerde gezondheidsklachten is een evidence-based protocol beschikbaar, waarmee huisartsen en overige eerstelijns professionals tijdens een kort consult de ernst van arbeidsgelateerde gezondheidsrisico's kunnen inschatten (31).

Dit oorspronkelijke protocol bevat de volgende vijf basisvragen: (1) heeft de patiënt betaald werk? (2) Verzuimt de patiënt? (3) Heeft de patiënt in het verleden verzuimd? (4) Verwacht de werknemers langdurig verzuim? (5) Is er contact met de bedrijfsarts? Waarbij het ontbreken van contact met de bedrijfsarts aanleiding is om verwijzing naar de bedrijfsarts met de patiënt te bespreken.

Na discussie met de werkgroep zijn vraag 3 en 4 uit het oorspronkelijke stroomschema van Dijk en anderen (31) ingedikt tot één vraag (verzuimt u momenteel of heeft u in het verleden verzuimd?) en is een extra vraag toegevoegd om in kaart te brengen of de patiënt een (additionele) hulpvraag heeft ten aanzien van zijn/haar inzetbaarheid (zie figuur 2). De reden voor het invoegen van de laatste vraag is dat de professionals uit de werkgroep in Thermion de aanpak ook van waarde achten voor werkenden die al contact hebben met hun bedrijfsarts, alsmede voor werkenden die nog niet verzuimen, indien er bij deze patiënten vragen zijn ten aanzien van hun (toekomstige) inzetbaarheid. Het concreet maken van de hulpvraag samen met de patiënt wordt bovendien als een belangrijke schakel gezien voor een succesvolle verwijzing.

Op advies van de werkgroep zijn de aangepaste basisvragen geïmplementeerd in het Huisarts Informatie Systeem (HIS). Bij ieder consult met een patiënt is de huisarts aan de vragen herinnerd via een pop-up in het systeem. Daar de paramedici van het gezondheidscentrum niet met het HIS werken, hebben zij de beslisboom als herinnering opgehangen in hun spreekkamer. De werkgroep heeft samen met TNO een procesflow ontwikkeld in de vorm van een beslisboom met daarin de verschillende activiteiten. Deze procesflow is weergegeven in figuur 2.



Figuur 2. Procesflow protocol vroegtijdige signalering

(2) **preventie en/of behandeling** van werkgerelateerde gezondheidsklachten in de eerste lijn vormt het eerste aandachtspunt van de aanpak. Om te voorkomen dat patiënten onnodig worden doorverwezen naar de bedrijfsarts of arbeidsdeskundige is het gebruik van bestaande NHG-richtlijnen voor preventie en/of behandeling van werkgerelateerde gezondheidsklachten in de eerste lijn onder de aandacht gebracht bij de eerstelijns professionals. Om zich te kunnen voorbereiden op mogelijke veel voorkomende typen van arbeidsgerelateerde klachten, hebben professionals van Thermion informatie verzameld over alle patiënten/werknemers die in het jaar voor de start van het project hun huisarts hebben geraadpleegd. Hieruit is gebleken dat het vaakst melding is gemaakt van psychische klachten (vermoeidheid, burn-out, depressieve klachten en angststoornissen) of klachten aan het bewegingsapparaat (met name lage rugpijn). Voor behandeling van dit soort gezondheidsklachten bestaan passende NHG-richtlijnen met gedetailleerde informatie en mogelijke stappen die genomen kunnen worden met betrekking tot de (al dan niet medische) behandeling van de betreffende klacht.

(3) **Multidisciplinaire behandeling** binnen het eerstelijns gezondheidscentrum is vaak gewenst omdat bij de behandeling van arbeidsgerelateerde klachten vaak verschillende professionals betrokken zijn. Speciaal voor dit projecten zijn daartoe een bedrijfsarts en twee arbeidsdeskundigen beschikbaar gesteld door respectievelijk SGBU Radboud UMC en AKC. Zorgprofessionals hebben gedurende het project de mogelijkheid gekregen om de patiënt door te verwijzen naar deze zogenaamde 'in house' bedrijfsarts of arbeidsdeskundige, die los van een werkgever, verzekeraar of gemeente kan adviseren en spreekuur houdt op het gezondheidscentrum. Hierdoor ontstaat tevens de laagdrempelige mogelijkheid voor professionele consultatie tussen professionals uit de eerste lijn en de bedrijfszorg. De keuze voor consultatie van de bedrijfsarts dan wel de arbeidsdeskundige is afhankelijk gesteld van de hulpvraag van de patiënt: patiënten met medische casuïstiek of een arbeidsconflict worden in de regel doorverwezen naar de bedrijfsarts, patiënten met vragen over inzetbaarheid en sociale wetgeving worden in de regel doorverwezen naar de arbeidsdeskundige.

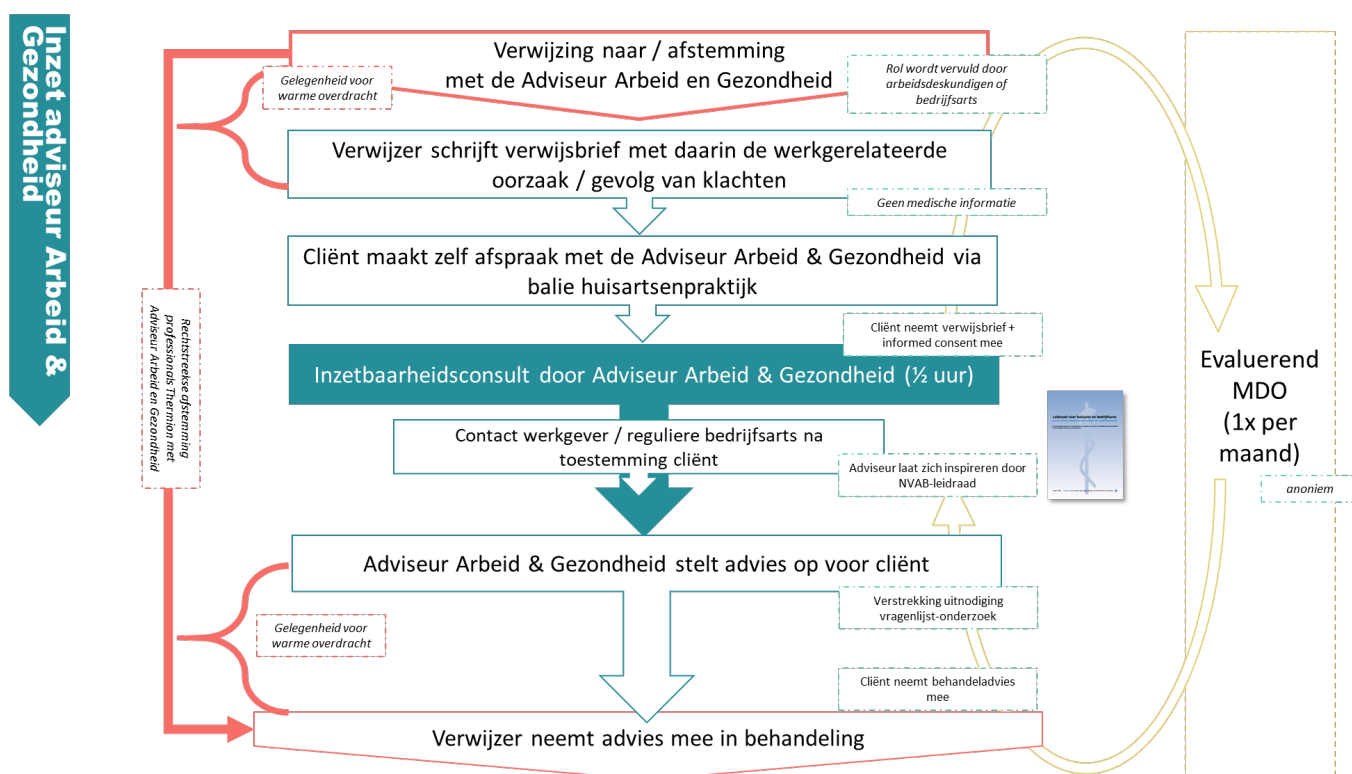
De bedrijfsarts, dan wel de arbeidsdeskundige heeft een drieledige **adviserende taak** gekregen: (1) beoordelen hoe de gezondheidsklachten gerelateerd zijn aan het werk en wat de oplossing kan zijn (bijvoorbeeld door het opstellen van een inzetbaarheidsprofiel); (2) overleg voeren met de betrokken eerstelijns professionals en met vertegenwoordigers van het werk (bedrijfsarts, leidinggevende van een bedrijf of primaire opdrachtgever zoals verzekeraar of gemeente) over de inzetbaarheid van de patiënt en (3) adviseren en coachen van de eerstelijns professionals en vertegenwoordigers van het werk (bedrijfsarts, leidinggevende van bedrijf of primaire opdrachtgever) over de inzetbaarheid van de patiënt, uitgaande van de **eigen regie van de patiënt** (10). Hiernaast kan de patiënt bij de arbeidsdeskundige terecht voor antwoorden op vragen omtrent zijn of haar uitkering en inkomen uit loondienstverband of flex-werk. De daadwerkelijke behandelende rol blijft hierbij bij de eerste lijn.

Naast het operationaliseren van de drie interventie-componenten, heeft de werkgroep afspraken gemaakt over **verwijzing, afstemming en terugkoppeling**. Patiënten kunnen doorverwezen worden met een verwijsbrief van de eerstelijns professional. Deze verwijsbrief dient informatie te bevatten over de werkgerelateerde oorzaak van de klacht en het gevolg van de klachten. Er is voor gezorgd dat er geen medisch-inhoudelijke informatie overgedragen wordt, vanwege de niet-medische rol van een arbeidsdeskundige. De patiënt maakt vervolgens zelf een afspraak met de bedrijfsarts of arbeidsdeskundige voor een inzetbaarheidsconsult van een half uur tot een uur via de assistent van de huisarts.

Tijdens dit consult wordt de situatie van de patiënt in kaart gebracht en gekoppeld aan een inzetbaarheidsprofiel. De bedrijfsarts of arbeidsdeskundige stelt een advies op voor de patiënt waarmee de patiënt terugkeert naar zijn of haar verwijzer. Privacy van patiënten kunnen hierdoor geborgd worden omdat de patiënt zelf de regie heeft bij het overdragen van informatie tussen professionals.

Een maandelijks terugkerend multidisciplinair overleg (MDO) biedt de mogelijkheid om te reflecteren op het proces en aanpassingen door te voeren ter bevordering van succesvolle implementatie. Hiernaast biedt het MDO ruimte voor casuïstiekbespreking, waardoor eerstelijns professionals, de bedrijfsarts en de arbeidsdeskundige meer inzicht krijgen in elkaars expertise.

Het verwijzproces is weergegeven in figuur 3.



Figuur 3. Het verwijzproces

2.2 Doelgroep

De aanvankelijk beoogde doelgroep omvat werkenden (zelfstandigen en werknemers in loondienst) met werkgerelateerde gezondheidsklachten en een lage sociaaleconomische positie. In de praktijk blijkt het selecteren van patiënten met een lage economische positie op enkele praktische bezwaren te stuiten. Omdat een eenduidige maat om de sociaaleconomische positie van mensen te typeren ontbreekt (32, 33), wordt over het algemeen uitgegaan van een combinatie van opleidingsniveau, werkkenmerken en inkomen (34, 35).

Deze patiëntkenmerken worden echter niet systematisch geregistreerd binnen de eerstelijns gezondheidszorg en het uitvragen van deze factoren tijdens een consult is vanwege de administratiedruk en privacy waarborging van patiënten onwenselijk. Bovendien vinden zorgprofessionals het onterecht om een deel van de patiënten uit te sluiten van de interventie, terwijl het includeren van al hun patiënten juist de mogelijkheid biedt versneld ervaring op te doen met de interventie door een hoger aantal inclusies. In de ontwikkelfase van het project is daarom afgesproken om de doelgroep te verruimen naar alle patiënten ongeacht SEP, en achteraf te evalueren in hoeverre de deelnemers aan het onderzoek inderdaad patiënten met een lage SEP blijken te zijn.

2.3 Bevorderende en belemmerende factoren bij de ontwikkeling

In deze paragraaf beschrijven we de bevorderende en belemmerende factoren bij de ontwikkeling van de interventie aan de hand van de elementen van het evaluatiekader (18). Deze bevorderende en belemmerende factoren hebben we opgehaald in interviews uitgevoerd tijdens de werkgroep bijeenkomsten ten behoeve van de ontwikkeling van de interventie.

Allereerst is er een werkgroep samengesteld in samenspraak met de praktijkmanager, bestaande uit een huisarts, een fysiotherapeut, een oefentherapeut Cesar, een psycholoog, twee arbeidsdeskundigen, een bedrijfsarts en de praktijkmanager zelf. Alvorens de werkgroep samen te brengen, zijn eerst individuele interviews gehouden met deze professionals om zicht te krijgen op het ervaren belang van de interventie, de afzonderlijke interventie-elementen en de praktische operationalisatie van de interventie. Aanvankelijk heeft ook een Praktijk Ondersteuner Huisarts (POH) Somatiek deel uitgemaakt van de werkgroep. Zij is later afgehaakt omdat de interventie weinig meerwaarde heeft voor haar patiënten waarvan de meeste niet (meer) werken. Onderzoekers van TNO hebben de werkgroep van professionals ondersteund bij de ontwikkeling van de interventie door het geven van advies, het uitwerken van onderdelen van de aanpak en door een procesevaluatie uit te voeren.

De werkgroep is twee keer bij elkaar gekomen om concrete werkafspraken te maken over het verloop van de interventie en het proces, passend in de huidige werkwijze van de professionals. Het resultaat van deze werkgroepen is het proces zoals weergegeven in figuur 2 en 3. Doordat er binnen het gezondheidscentrum veel ervaring is met zorginnovatie in relatie tot onderzoek, zijn deze werkgroepen zeer voorspoedig verlopen en is er snel en efficiënt toegewerkt naar een praktisch voorstel voor de interventie en het implementatieproces. Door de lerende houding van de werkgroepleden is het niet nodig geweest om de interventie op voorhand uit te werken voor alle mogelijke patiëntcasussen en scenario's. Besloten is om met een contourenplan 1.0 te starten en dit gaandeweg aan te passen op basis van de ervaringen in de praktijk en de behoeftes van de doorverwezen patiënten. Tabel 1 geeft een overzicht van de bevorderende en belemmerende factoren bij de ontwikkeling van de interventie.

“De samenwerking tussen huisarts en arbodeskundige kan beter, we kunnen van elkaar leren.”

“Meer samenwerking [tussen huisarts en bedrijfsarts] creëert beeld voor patiënt dat ze vertrouwen kunnen krijgen in de bedrijfsarts.”

“Arbeidsgerelateerde problemen komen eerder aan het licht, mensen worden sneller behandeld en kunnen eerder weer naar werk. Dat bespaart kosten in de zorg en bij de werkgever en zorgt voor tevreden patiënten.”

“Als mensen in behandeling zijn, heb je het al snel over arbeid. Mensen vinden het een moeilijk traject: wat moet ik nou, wat kan ik nou, wat is er voor mij geregeld. En ik weet dat eigenlijk niet. Ik ben daar ook niet voor opgeleid. We kunnen mensen wel verwijzen (arboarts, arbeidsdeskundige, vertrouwenspersoon). Het zou heel fijn zijn als die hulp geboden kan worden.”

Tabel 1. Bevorderende en belemmerende factoren bij ontwikkeling van de interventie

	Bevorderende factoren	Belemmerende factoren
Kenmerken van de interventie	<ul style="list-style-type: none"> • Het belang van de interventie voor patiënten wordt erkend. • De interventie elementen worden als relatief simpel ervaren en zijn een kleine aanpassing van hoe men al werkt. • De vroegsignaleringsvragen bieden concreet houvast om te bepalen of iemand wel of niet verwezen moet worden. • De vragen voor vroegsignalering kunnen eenvoudig in het HIS van huisartsen worden toegevoegd. • De behoefte van patiënten aan een onafhankelijke professional die ook juist over rechten en plichten van arbeid kan adviseren wordt erkend door de eerstelijns professionals. 	<ul style="list-style-type: none"> • Er is geen centraal patiëntendossier binnen Thermion waar alle professionals mee kunnen en mogen werken, waardoor documentatie versnipperd. • Bekostiging van de bedrijfsarts en arbeidsdeskundigen is in dit project geborgd, maar voor de langere termijn niet. • Patiënten zijn zich mogelijk niet altijd bewust dat hun klachten verband houden met werk. Het vroegsignaleringsinstrument vangt dit niet af.
Externe organisatie	<ul style="list-style-type: none"> • De noodzaak voor betere arbocuratieve samenwerking is duidelijk en wordt binnen de werkgroep erkent. • De professionals zijn gewend samen te werken met andere disciplines en organisaties en zien veel opschalingsmogelijkheden binnen en buiten Thermion. 	<ul style="list-style-type: none"> • Er wordt meermaals potentie gezien van het aanhaken van het sociaal domein, echter dit ligt buiten de scope van het huidige project van werkenden.

	Bevorderende factoren	Belemmerende factoren
Interne organisatie	<ul style="list-style-type: none"> • Thermion heeft veel ervaring met zorginnovatie in relatie tot onderzoek. • Binnen Thermion is er makkelijk contact en uitwisseling tussen de huisartsen en paramedici. • Het absorptievermogen binnen het gezondheidscentrum is hoog, waardoor de werkgroep snel tot stand is gekomen. • De werkgroep bestaat uit verschillende disciplines waardoor het een breed draagvlak genereert. • Werkgroepleden fungeren als ambassadeurs naar hun collega's. • De werkgroep staat open voor een lerende aanpak waarbij begonnen wordt met een versie 1.0 interventie die gaandeweg aangescherpt wordt. • Presentaties van de interventie tijdens een lunchbijeenkomst voor het hele gezondheidscentrum zijn behulpzaam bij het betrekken van professionals buiten de werkgroep. 	<ul style="list-style-type: none"> • Er lopen binnen Thermion meerdere vernieuwings-, en onderzoeksprojecten tegelijk waardoor aandacht verdeeld moet worden. • Er is slechts beperkt tijd voor onderling overleg tussen professionals.
Kenmerken van de Stakeholders	<ul style="list-style-type: none"> • De beoogde meerwaarde voor de patiënt is een belangrijke drijfveer voor professionals om de interventie uit te proberen. • Wetenschappelijke onderbouwing is prettig, maar de pilot zelf is noodzakelijk om de meerwaarde te zien. • De mogelijkheid tot verwijzing creëert een aanleiding voor de professional in de eerste lijn om de patiënt naar werkgerelateerde problematiek te vragen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Niet alle beoogde leden van de werkgroep nemen deel aan de ontwikkelfase van het project, o.a. door tijdgebrek en gebrek aan gepercipieerde noodzaak.
Kenmerken van het implementatieproces	<ul style="list-style-type: none"> • De praktijkmanager werkt ondersteunend in het faciliteren van de ontwikkelfase. • Het samenstellen van een kleine multidisciplinaire werkgroep werkt bevorderend bij de ontwikkeling van de interventie. • De participatieve ontwikkelfase maakt dat de interventie aangepast kan worden aan de manier van werken binnen Thermion. 	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitatie door derden is nodig om de ontwikkeling van de interventie te begeleiden.

	Bevorderende factoren	Belemmerende factoren
	<ul style="list-style-type: none"> • Doordat de interventie slechts een beperkte aanpassing betreft van de reguliere werkwijze, is het onderzoek niet-WMO plichtig en kan vrij snel gestart worden met de implementatie- en onderzoeksfase. 	

3 Implementatie van de interventie

In dit hoofdstuk gaan we in op de implementatie van de interventie. We beschrijven de belemmerende en bevorderende factoren van de implementatie in Thermion (3.1) en de opbrengsten van de interventie voor werknemers (3.2). Vervolgens vergelijken we deze inzichten met de inzichten uit de implementatie van de interventie in Deurne (3.3) en evalueren we de randvoorwaarden voor borging (3.4).

3.1 Bevorderende en belemmerende factoren bij de implementatie

Het is mogelijk geweest om vrij snel na de ontwikkelfase te starten met de implementatie. Dat de interventie en de onderzoeksaanpak niet vallen onder de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen (WMO), heeft daarbij geholpen. Tijdens een startbijeenkomst met alle professionals van het gezondheidscentrum, is de aanpak van de interventie gepresenteerd en hebben de bedrijfsarts en een van de arbeidsdeskundigen toegelicht hoe ze van meerwaarde kunnen zijn in de eerste lijn. Vervolgens zijn de huisartsen, fysiotherapeuten, oefentherapeut Cesar en Psychologen de aanpak gaan toepassen tijdens de spreekuren en hebben zij patiënten doorverwezen naar de bedrijfsarts en de arbeidsdeskundigen.

Tijdens de implementatiefase is de werkgroep enkele keren bij elkaar gekomen in een multidisciplinair overleg (MDO) om, samen met de onderzoekers, te reflecteren op de inclusie, het interventieproces en de tussentijdse inzichten en op basis daarvan eventuele aanpassing aan de uitvoering van de interventie te bespreken. In tabel 2 zijn de bevorderende en belemmerende factoren bij implementatie weergegeven op basis van de inzichten van het MDO, aanvullende interviews onder professionals en een afsluitende vragenlijst. We lichten een aantal van deze factoren toe.

Een terugkerend onderwerp van gesprek in de MDO's betreft het geringe aantal patiënten dat doorverwezen is naar de bedrijfsarts of arbeidsdeskundige. Hiervoor zijn verschillende oorzaken aan te wijzen. Zo is gebleken, ondanks de startbijeenkomst en communicatie door de werkgroepleden, dat niet alle professionals goed zijn **aangehaakt** (d.w.z. op de hoogte en betrokken zijn) bij de interventie en het onderzoek. Door middel van aanvullende communicatie in nieuwsbrieven, een lunchbijeenkomst en tijdens werkoverleggen is geprobeerd de kennis en betrokkenheid te vergroten. Ook is er bij de eerstelijns professionals **onbekendheid** met het vakgebied van met name de arbeidsdeskundige, waardoor zij het lastig vinden in te schatten wat de meerwaarde van de doorverwijzing kan zijn. In de werkgroep is hier bij stilgestaan. Er zijn inloopmomenten georganiseerd om de eerstelijns professionals in de gelegenheid te stellen nader kennis te maken met de bedrijfsarts en de arbeidsdeskundigen. In de praktijk hebben veel patiënten met werkgerelateerde klachten al contact met hun **reguliere bedrijfsartsen** (via hun eigen werkgever). Hierdoor wordt, volgens de betrokken zorgprofessionals, een interne verwijzing naar de eerstelijns professionals overbodig. Er is bovendien enige vrees bij eerstelijns professionals voor wrijving tussen de patiënt en diens werkgever wanneer een patiënt zonder dit met zijn werkgevers besproken te hebben naar bedrijfsarts of arbeidsdeskundige in het gezondheidscentrum gaat. Men twijfelt bovendien over de toegevoegde waarde voor werkgevers van de inzet van een bedrijfsarts of arbeidsdeskundige in de eerste lijn. Bij deze bevindingen moet de kanttekening worden geplaatst dat de meeste patiënten met werk ook daadwerkelijk toegang hebben tot een bedrijfsarts van het werk en dat de patiëntenpopulatie van Thermion een relatief hoge SEP heeft (zie ook 3.2).

“De ervaring in onze (psychologen)praktijk is dat de meeste cliënten die bij ons in behandeling zijn en bij wie sprake is van een arbeidsgerelateerd probleem al contact hebben met een bedrijfsarts via hun werk. Vandaar dat wij weinig tot niet doorverwijzen.” (psycholoog)

“Ik heb afgelopen dinsdag nog even in ons team nagevraagd wat maakt dat er vanuit onze praktijk geen aanmeldingen geweest zijn. het blijkt ook een kwestie van vaker op de agenda zetten [...] want er bleken toch wel cliënten te zijn die we kunnen verwijzen.” (psycholoog)

“Voor mij als huisarts vind ik het lastig om mij er teveel in te mengen. Dan wordt mijn rol als huisarts toch anders. Ik heb geen flauw idee hoe het op de arbeidsvloer gaat. Dat is niet mijn expertise.” (huisarts)

“Ik weet vaak ook niet welke arbodienst erbij betrokken is.” (huisarts)

“Ik vind het [de interventie] wel heel veel inspanning voor een kleine doelgroep. Als je dat zou afwegen, vraag of [het] de moeite loont. Inspanning: elke week spreekuurplekken vrij, ruimten vrij. Dat is ingewikkeld. Eigen plek binnen bijvoorbeeld een gezondheidscentrum (als eigen discipline) heeft het wel toegevoegde waarde.” (huisarts)

“Ik heb redelijk wat mensen doorverwezen en het contact met de bedrijfsarts of arbeidsdeskundige verloopt goed. Over het algemeen dus positief al zijn de vragen in het HIS soms wel frustrerend. Als van tevoren duidelijk is dat er geen werkgerelateerde component speelt is het irritant dat ik niet om de vragen heen kan!” (huisarts)

“Ik heb relatief weinig mensen verwezen omdat de mensen die het betrof een eigen bedrijfsarts hadden. Uiteindelijk heb ik één persoon daadwerkelijk doorverwezen maar die is niet gegaan omdat bleek dat ook hij naar zijn eigen bedrijfsarts is gegaan.” (huisarts)

Terwijl de eerstelijns professionals tijdens de ontwikkelfase zich onomwonden hebben uitgesproken over de noodzaak en **toegevoegde waarde** van de interventie, zijn zij zich tijdens de implementatiefase ambivalenter gaan uitlaten.

Positief zijn zij gebleven over de interventie als het gaat over het werkgerelateerde perspectief en het vroegtijdig opsporen van klachten. De interventie heeft in dit opzicht meerwaarde voor de patiënt en de interne samenwerking. Het **vroegsignaleringsinstrument** in het HIS helpt met name de huisartsen om bewust te worden van de werkgerelateerdheid van klachten. Het dwingende karakter van de pop-up, hoewel soms ook irritant, helpt om hier blijvend scherp op te zijn. Ook de **korte lijnen** tussen professionals, de onafhankelijke positie van de bedrijfsarts en arbeidsdeskundige in het gezondheidscentrum en de mogelijkheid om naast signaleren ook daadwerkelijk te kunnen **doorverwijzen**, worden als meerwaarde gezien van de aanpak. De eerstelijns professionals horen positieve reacties terug van patiënten die doorverwezen zijn. Patiënten voelen zich **gehoord** en serieus genomen met hun klachten. De doorverwijzing leidt er soms toe dat de huisarts meer tijd overhoudt voor een gesprek over de gezondheidsklachten zelf, in plaats van de aanleiding ervan. Ook ervaren professionals dat een aantal patiënten behoefte heeft aan een second opinion over wat hun rechten en plichten zijn ten aanzien van hun werkgever. De bedrijfsarts en vooral de **arbeidsdeskundige** zijn hiervoor van toegevoegde waarde.

De interventie heeft volgens de professionals veel toegevoegde waarde voor patiënten die nu **geen of moeilijke toegang** hebben tot een reguliere bedrijfsarts zoals mensen in de bijstand, WW, ZW, WAJONG, zelfstandigen, uitzendkrachten, studenten en vrijwilligers. Deze groep blijkt in het gezondheidscentrum echter vrij klein (zie 3.2). Ook zien zij toegevoegde waarde voor de groep werkenden met **mentale of psychische klachten**. Voor de eerstelijns professionals is het duiden van deze klachten vaak ingewikkeld en stellen nog al eens ten onrechte een burn-out vast. Expertise vanuit de arbeidsgelateerde zorg kan bij diagnose en behandeling van mentale en psychische klachten van aanvullende waarde zijn. Minder noodzaak zien de professionals in het doorverwijzen van patiënten naar de bedrijfsarts of arbeidsdeskundige binnen het gezondheidscentrum die al terecht kunnen bij een bedrijfsarts van het werk. De zorg is voor deze werkenden al goed georganiseerd.

“Ik had verwacht dat er meer gebruik van gemaakt zou worden. Dit is mijns inziens ook een signaal dat de zorg die nu wordt geleverd adequaat is.”

“Ik denk de snelle toegankelijkheid [van meerwaarde is]. En ik denk de korte lijnen. En het gevoel van onafhankelijkheid, en daarmee bedoel ik dat als de arbozorg in de eerste lijn zit en niet bij het bedrijf.”
(fysiotherapeut)

“Het onderwerp [werk] heeft veel meer plaats gekregen in de behandeling. Er komen andere zorgvragen, steeds veel meer de persoonlijke situatie. Dit past daar heel goed in. Je kunt heel concreet uitvragen. En je kunt er ook iets mee. Dat is belangrijk ... Ik kijk nu meer naar de persoon op het werk.” (fysiotherapeut)

“In een regulier consult is vaak al snel duidelijk wat het probleem is. Vroegsignalering helpt hierbij niet, het biedt wel een kapstok om de juiste vragen te stellen.” (huisarts)

Tabel 2. Bevorderende en belemmerende factoren bij implementatie

Aspecten van aanpak	Bevorderende factoren	Belemmerende factoren
Kenmerken van de interventie	Communicatie	
	<ul style="list-style-type: none"> • Direct contact en korte lijnen binnen het gezondheidscentrum. • Duidelijke communicatie naar alle zorgverleners. 	<ul style="list-style-type: none"> • Het ontbreken van een landelijk patiëntendossier. • Het kost (niet declarabele) extra tijd om deel te nemen aan bijeenkomsten en MDO. • Het project is mogelijk te beperkt onder de aandacht gebracht om te bekijken • Privacywetgeving maakt het lastig om af te stemmen tussen medici, paramedici en arbeidsdeskundigen.
	Vroegsignalering	
	<ul style="list-style-type: none"> • Werkgerelateerde klachten worden zichtbaar voor ziekmelding. • Pop-up is helpend om scherp te blijven op werkgerelateerde klachten. • Wetende dat er een concrete verwijsmogelijkheid is helpt om arbeidsgelateerde klachten ter sprake te brengen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Vaak overbodig, werkgerelateerde klachten komen vanzelf wel aan bod, aldus professionals. • Pop-up wordt na enige tijd hinderlijk.
Behandeling in de eerste lijn		
<ul style="list-style-type: none"> • Directe verwijzing, patiënt kan direct afspraak maken bij de balie. • Warme overdracht, vertrouwen van patiënt groter. • Onafhankelijkheid van de bedrijfsarts / arbeidsdeskundige binnen eerste lijn • Duidelijk aanspreekpunt, vaste spreekuurtijden. • Patiënten zijn enthousiast en voelen zich gehoord. De onafhankelijkheid van de bedrijfsarts en arbeidsdeskundige wordt als belangrijkste reden genoemd. 	<ul style="list-style-type: none"> • De meerwaarde wordt niet door iedereen gezien. • Beperkte planningsmogelijkheden (dagdeel per 2 weken). • Het wordt als ongemakkelijk ervaren dat reguliere bedrijfsarts van patiënten in dit project gepasseerd wordt door de bedrijfsarts binnen het gezondheidscentrum. 	
Samenwerking		
<ul style="list-style-type: none"> • Enthousiasme, warme kennismaking, benaderbaarheid. • Arbeidsdeskundige meerwaarde van kennis over inzetbaarheid en sociale wetgeving buiten het medische domein. 	<ul style="list-style-type: none"> • Onbekendheid met de expertise van de arbeidsdeskundige. • Enige onduidelijkheid over de rolverdeling tussen de bedrijfsarts en arbeidsdeskundige. 	

Aspecten van aanpak	Bevorderende factoren	Belemmerende factoren
		<ul style="list-style-type: none"> • Kennismakingsmogelijkheid met arbeidsdeskundige en bedrijfsarts is niet of nauwelijks benut.
	Terugkoppeling	
	<ul style="list-style-type: none"> • Schriftelijke terugkoppeling is prettig, zit ook en leereffect aan. • Arbeidsdeskundige en bedrijfsarts leveren heldere rapportage. 	<ul style="list-style-type: none"> • Soms wordt de terugkoppeling gemist.
Externe organisatie	<ul style="list-style-type: none"> • Ruimte voor pilot • Mogelijkheid om meer disciplines binnen en buiten het gezondheidscentrum aan te sluiten bij de interventie (o.a. verloskundige, sociaal wijkteam, ander gezondheidscentrum). • Er is veel interesse om op te schalen naar een ander gezondheidscentrum in de regio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Weinig patiënten uit de beoogde doelgroep (lage SEP) staan ingeschreven bij het gezondheidscentrum. • Ontbreken van structurele financiering uit de zorgverzekering. • Verwijzing met goede overdracht kost wel extra tijd.
Interne organisatie	<ul style="list-style-type: none"> • Laagdrempelige inloop bij de bedrijfsarts en arbeidsdeskundige vergemakkelijkt de warme overdracht en/of professionele consultatie. • Direct contact verbetert de samenwerking. • Vergrote kennis na startbijeenkomst en info per mail. 	<ul style="list-style-type: none"> • Er lopen binnen het gezondheidscentrum veel verschillende vernieuwingstrajecten die concurreren om implementatie bij de achterban van de betrokken werkgroep. • Ontbreken van aansluiting POH-GGZ bij de interventie.
Kenmerken van stakeholders	<ul style="list-style-type: none"> • Vertrouwen dat de huidige zorg goed genoeg georganiseerd is voor werkenden. 	<ul style="list-style-type: none"> • Onbekendheid van elkaars werkveld. • Gepercipieerde waarde van de interventie neemt af doordat de vraag klein blijkt te zijn.
Kenmerken van het implementatieproces	<ul style="list-style-type: none"> • De interventie is geïmplementeerd aan de hand van een duidelijk stroomschema waarin alle stappen van het proces zijn weergegeven. • Adaptief vermogen om oplossingen te vinden om de implementatie van de interventie te verbeteren. • Vaker agenderen en communiceren verhoogt de bekendheid. 	<ul style="list-style-type: none"> • Het kost tijd en terugkerende aandacht om een nieuwe routine eigen te maken. • Kleine patiëntengroep binnen het gezondheidscentrum voor wie de aanpak meerwaarde heeft.

3.2 De opbrengsten van de interventie voor werknemers

Op basis van de HIS-data over de vroegsignaleringsvragen van de interventie weten we dat in de interventieperiode van 2018 tot 2019 in totaal 4.411 patiënten van Thermion betaald werk hebben. Van hen rapporteren 1.134 werknemers klachten die verband houden met het werk en 484 van deze groep verzuimt op het moment van contact.

Het aandeel dat contact heeft met een arbodienst beperkt zich tot 215. Uiteindelijk heeft een klein aantal van de naar de bedrijfsarts dan wel arbeidsdeskundige doorverwezen patiënten deelgenomen aan het vragenlijstonderzoek (N=15), een tweede vragenlijst ingevuld (N=7) en meegewerkt aan aanvullende interviews (N= 6)

Doelgroep - Werknemers en zelfstandigen zonder personeel (ZZP'ers) met een lage sociaaleconomische positie (SEP) zijn een groep van aandacht in het huidige project. Ondanks dat lage sociaal economische positie niet één onderzoeksmaat kent (32, 33), zien we op basis van opleidingsniveau en werkkenmerken (34, 35) dat de patiënten die binnen Thermion zijn doorverwezen vaker een hogere sociaal economische positie genieten. Een groot deel is hoger opgeleid, in (vaste) loondienst, en heeft in principe toegang tot een eigen bedrijfsarts.

Werk en Gezondheid – Het werk van de doorverwezen patiënten kenmerkt zich hoofdzakelijk als mentaal belastend. Een deel van de deelnemers maakt zich bovendien zorgen over het behoud van hun baan. Hoewel het merendeel van de patiënten een goede gezondheid ervaart, is er bij allen sprake van recentelijk of actueel ziekteverzuim. Een deel heeft contact met de bedrijfsarts van het bedrijf of een arbeidsdeskundige van de uitkeringsorganisatie naar aanleiding van dit verzuim.

De klachten op grond waarvan zij zijn doorverwezen naar de bedrijfsarts of arbeidsdeskundige binnen Thermion betreffen o.a. vermoeidheid, psychische klachten, conflicten op het werk, alsmede buik-, rug en nekklachten. Meestal zijn deze klachten het gevolg van het werk. Ook blijkt dat het werk in meer of mindere mate door de klachten wordt bemoeilijkt.

Interventie – Gemiddeld geven de deelnemers het consult met de bedrijfsarts of arbeidsdeskundige binnen Thermion een 7.7. Meer dan de helft geeft het consult zelfs een 8 of hoger. De deskundigheid van de professional, het luistervermogen en de onafhankelijkheid van de professional worden genoemd als reden voor de hoge waardering. Patiënten voelen zich op hun gemak gesteld, gesteund en serieus genomen. Een meerderheid geeft bovendien aan dat zij liever naar de bedrijfsarts of arbeidsdeskundige in Thermion gaan dan naar de arbodienst van de eigen werkgever. De belangrijkste reden die zij hiervoor geven is dat de bedrijfsarts en arbeidsdeskundigen van Thermion zich onafhankelijker opstellen ten aanzien van de werkgever of uitkeringsorganisatie.

Tijdens de consulten komen o.a. de volgende thema's aan de orde: lichamelijke klachten in relatie tot werk, problemen met de leidinggevende, werkgever en/of ondergeschikte, werkdruk, werkstress en mentale klachten, voorkomen van, en omgaan met gezondheidsklachten door het werk, werk-privé situatie, en inkomen en werkzekerheid. Ongeveer de helft van de deelnemers zou graag nog eens een consult hebben met de bedrijfsarts of arbeidsdeskundige in Thermion.

Impact – Patiënten geven aan zich door het gesprek met de bedrijfsarts of arbeidsdeskundige binnen Thermion beter geïnformeerd te voelen, inzicht te hebben in de vervolgstappen, beter op de hoogte te zijn van de rechten en plichten en daarnaast beter in staat te zijn om grenzen aan te geven. Het gesprek heeft echter weinig uitwerking gehad op ervaren klachten, de invulling van het werk, werk-privé balans of gesprekken met leidinggevende.

Een aantal patiënten geeft aan dat één consult onvoldoende is om de klachten en complexe werksituatie op te lossen en dat het waarschijnlijk geholpen zou hebben als de bedrijfsarts van Thermion contact had opgenomen met de werkgever om af te stemmen over de implementatie van het advies.

“Het serieus nemen van mijn klachten, mij niet onder druk gezet voelen, onafhankelijk oordeel/gesprek. Ik voel me beter voorbereid op het gesprek met UWV, ik heb uitleg gekregen over mijn rechten en plichten. Eigenlijk zou dit prettige gesprek eerder plaats moeten vinden in het ziekteproces, het heeft me erg ondersteund.”

“Heeft heel duidelijk de stand van zaken met huidige wetgeving uitgelegd. Hij had een bepaalde zorg op dat moment weggehaald. Om even met een onafhankelijke arts een gesprek te voeren was fijn.”

“Wat het mij heeft opgeleverd, een fijn gesprek, dat de rechten en plichten werden uitgelegd, dat heeft ze duidelijk aangegeven wat de werkgever wel en niet kan doen.”

“Zat in een langdurend ziektewetproject. Ik denk dat je er meer aan zal hebben als je in een korter traject zit. In een langer durende procedure is je werkgever erg belangrijk. Ik weet niet of de bedrijfsarts in het gezondheidscentrum hiervoor geschikt zou zijn.”

3.3 Uitrol en implementatie in Deurne

Ter beantwoording van de vraag naar de aanbevelingen en randvoorwaarden voor het succesvol implementeren van de interventie in andere eerstelijns gezondheidscentra in Nederland, is de interventie zoals ontwikkeld binnen gezondheidscentrum Thermion begin 2020 uitgerold in een huisartsenpraktijk in Deurne. Deze uitrol is voor het onderzoek extra interessant omdat de populatie van deze huisartsenpraktijk lager geschoold is dan die van Thermion en daarmee beter aansluit bij de beoogde doelgroep van de interventie. Alle aangesloten huisartsenpraktijken van de Stichting Huisartsen Innovatie Facilitering Deurne (SHIFD) zijn gevraagd om te participeren in het onderzoek. Uiteindelijk heeft één praktijk besloten daadwerkelijk mee te doen. Redenen die huisartsen geven om niet mee te doen hebben te maken met de beperkte gelegenheid om vragen ter sprake te brengen tijdens de gesprekken en de (niet vergoede) extra tijdsinvestering die van hen gevraagd wordt voor deelname aan het project.

In een eerste bijeenkomst met twee huisartsen, een praktijkondersteuner, de bedrijfsarts en een arbeidsdeskundige (beide namen ook deel aan de pilot in Thermion) en twee onderzoekers zijn werkafspraken gemaakt over de uitvoering van de interventie. Hierbij is het interventieprotocol zoals ontwikkeld in Thermion uitgangspunt genomen, en licht aangepast aan de werkwijze in de praktijk in Deurne.

De aanpassingen hebben vooral betrekking op digitale infrastructuur:

- › De toepassing van het vroegsignaleringsinstrument via een fysieke blocnote op het bureau van de huisarts, in plaats van HIS.
- › Het beroep van iedere patiënt in de werkende leeftijd is in het HIS genoteerd in een episode die steeds in beeld blijft.
- › Verwijzing en terugkoppeling via een fysiek postvakje in de praktijk, in plaats van via digitale systemen.

Het interventieprotocol blijkt verder zeer goed toepasbaar in Deurne, op basis waarvan verwacht kan worden dat de aanpak ook goed te implementeren zou kunnen zijn in andere gezondheidscentra.

Tijdens de eerste bijeenkomst is daarnaast stilgestaan bij het complementaire werkkterrein van de arbeidsdeskundige en de bedrijfsarts, waarbij de bedrijfsarts zich bezig houdt met de medisch inhoudelijke kant van arbeidsgerelateerde zorg en de arbeidsdeskundige zich richt op belasting/belastbaarheidsvraagstukken en sociale wetgeving. De verwachting is dat in Deurne de huisarts met name naar de arbeidsdeskundige zal verwijzen. Er wordt afgesproken dat er maandelijks geëvalueerd zal worden in de praktijk, en dat er op de dagen dat de arbeidsdeskundige spreekuur houdt in de praktijk ook gelegenheid is voor warme overdracht.

Het uitbreken van de corona-pandemie is een barrière gebleken voor de uiteindelijke implementatie van de interventie, waardoor de aanvankelijke interventieperiode enkele keren is verlengd. De blocnote met vroegsignaleringsvragen is voor zo'n 46 patiënten ingevuld. Het betreft met name patiënten met een praktisch beroep. Zij hebben veelal gezondheidsklachten die niet direct verband houden met werk en verzuimen weinig. Maar ze hebben wel veel vragen over sociale wetgeving en werkzekerheid. Met de eerstelijns professionals vindt een drietal evaluatiemomenten plaats, waarvan één over casuïstiek, een evaluerend overleg en een eindevaluatie. De bevorderende en belemmerende factoren van de implementatie in Deurne, ten opzichte van Thermion, zijn ingevuld in tabel 3. We lichten er een aantal toe:

Allereerst is de doelgroep binnen deze huisartsenpraktijk in Deurne beter passend bij de beoogde doelgroep van de interventie, te weten patiënten met een **lage SEP en/of beperkte toegang** tot reguliere arbozorg. Meerdere patiënten hebben een *blue collar* beroep zoals orderpicker, schilder of autotechnicus. Daarnaast wordt door de meesten aangegeven dat ze nog geen contact hebben opgenomen met de arbodienst of een bedrijfsarts.

Ook draagt de **kleinschalige praktijk**, ten opzichte van gezondheidscentrum Thermion, en de **aanjagende** rol van één van de huisartsen die gespecialiseerd is in werkgerelateerde klachten in de huisartsen praktijk bij aan de succesvolle toepassing van de interventie. Ten derde komt bij de implementatie in Deurne de toegevoegde waarde van de **arbeidsdeskundige** sterker naar voren, mede doordat de patiëntengroep in Deurne vaker een hulpvraag heeft in relatie tot baanonzekerheid.

De toegevoegde waarde betreft onder andere:

- › Kennis van sociale wetgeving, arbeidsverhoudingen, arbeidsrelaties en arbeidsrecht.
- › Onafhankelijkheid ten opzichte van UWV en gemeente voor niet-werkenden.
- › Het kunnen overzien van de gevolgen van ziekte voor werk en (tijdelijke) contracten.
- › Ontlasten van de huisarts in spreekuren ten aanzien van niet-medische complexe problematiek.
- › De arbeidsdeskundige zorgt ervoor dat mensen zelf regie houden.

Casuïstiekbespreking tussen de huisarts en de arbeidsdeskundige zorgt bovendien voor beter begrip van de toegevoegde waarde van de arbeidsdeskundige, ook voor patiënten die niet verwezen zijn maar waar de arbeidsdeskundige wel een rol van betekenis heeft kunnen spelen.

Tabel 3. Bevorderende en belemmerende factoren van de implementatie in Deurne, ten opzichte van Thermion

	Bevorderende factoren	Belemmerende factoren
Kenmerken van de interventie	<ul style="list-style-type: none"> • Invullen van de vroegsignaleringsvragen via een blocnote gaat makkelijk en maakt bewust. • Zichtbaarheid van de arbeidsdeskundige in de praktijk helpt om aandacht te hebben voor problemen rondom rechtspositie en sociale zekerheid van patiënten. • Aanwezigheid zorgt tevens voor laagdrempelige professionele consultatie binnen de praktijk. • Terugkoppeling is informatief. • Interventie ontzorgt de huisarts bij het aanpakken van een veel voorkomende hulpvraag waar de huisarts lastig mee uit de voeten kan. 	<ul style="list-style-type: none"> • Het standaard HIS faciliteert niet om werk van patiënt te noteren. • Huisarts moet patiënt helpen om hulpvraag te uiten of formuleren, waarvoor vaak in het standaard spreekuur geen tijd is.
Externe organisatie	<ul style="list-style-type: none"> • Er is in Deurne een grotere groep patiënten voor wie de interventie relevant is (lage SEP, geen toegang tot bedrijfsarts). • Door de plaatsing in de eerste lijn is er in beginsel al sprake van samenwerking, waar dat met een externe bedrijfsarts niet het geval is. 	<ul style="list-style-type: none"> • Het vroegsignaleringsinstrument sluit niet-werkenden uit, terwijl er bij die patiëntengroep een grote hulpvraag is over uitkeringen, re-integratie en rechten en plichten.
Interne organisatie	<ul style="list-style-type: none"> • De kleine praktijk maakt dat de interventie relatief makkelijk te implementeren en te organiseren is. 	

	Bevorderende factoren	Belemmerende factoren
	<ul style="list-style-type: none"> • Persoonlijke afstemming, warme overdracht en simpele papieren terugkoppeling maakt het proces makkelijker t.o.v. Thermion. 	
Kenmerken van de Stakeholders	<ul style="list-style-type: none"> • Een van de huisartsen is gepromoveerd op het thema arbocuratieve zorg, brengt hiermee veel kennis in en fungeert bovendien als pleitbezorger van de interventie binnen de praktijk. 	
Kenmerken van het implementatieproces	<ul style="list-style-type: none"> • Casuïstiekbespreking helpt om de complementaire rol van arbeidsdeskundige scherper in zicht te krijgen. • De Corona-pandemie, het toenemend baanverlies en de toenemende gezondheidsrisico's maken arbeidsgerelateerde kennis in de eerste lijn mogelijk nog relevanter. 	

3.4 Borging

Een belangrijk vraagstuk dat besproken is tijdens de implementatie fase bij Thermion in Lent, de uitrol in Deurne en tijdens de adviescommissiebijeenkomsten, is de borging van de interventie. Voor de vroegsignaleringsvragen geldt dat deze redelijk eenvoudig geborgd kunnen worden in het HIS. Voor de borging van aandacht voor arbeid in de eerste lijn lijkt het van belang om patiënten bij inschrijving te vragen naar hun werk en werkomstandigheden en dit in het HIS te documenteren. De registratie daarvan helpt huisartsen en andere professionals in de eerste lijn om relaties tussen gezondheid en werk eerder te signaleren.

De borging van de inzet van een bedrijfsarts of arbeidsdeskundige vanuit de eerste lijn roept met name een **financieringsvraag** op, aangezien er geen structurele financiering voor beschikbaar is. Eén van de suggesties die uit het huidige onderzoek naar voren is gekomen is om de eerstelijns arbeidsgerelateerde zorg onder te brengen onder het taakgebied van de Praktijk Ondersteuner Huisarts (POH). Dit zou de POH-GGZ of POH Somatiek kunnen zijn, die al goed ingevoerd zijn in de eerste lijn en waar grote kansen liggen, aangezien zowel bij chronische aandoeningen als bij psychische problemen de aandacht voor werk vaak evident is. Maar het zou ook een nieuwe discipline kunnen zijn, zoals een **POH Participatie**, die binnen een gezondheidscentra goed op de hoogte is van de participatiemogelijkheden van een patiënt en zo bij arbeidsgerelateerde klachten goed in staat is om advies in te winnen bij bijvoorbeeld de werkgever, UWV of de gemeente. Hiermee zou ook een groeiende groep ZZP'ers en mensen zonder toegang tot een bedrijfsarts beter geholpen kunnen worden en wordt tevens een centraal aanspreekpunt geboden voor arbeidsgerelateerde zorg in de eerste lijn voor zowel werkenden als niet werkenden, met de verbinding naar werkgevers,

arbo-diensten en sociaal domein. Een kloppend verdienmodel voor het borgen van aandacht voor arbeid in de eerste lijn via de POH zou huisartsen kunnen aanmoedigen de implementatie te organiseren via de bestaande structuren van de eerstelijns gezondheidszorg en hen tegelijkertijd tijdswinst opleveren in spreekuren. Een deel van de patiënten van Thermion geeft bovendien aan bereid te zijn om voor het consult van de bedrijfsarts of arbeidsdeskundige te betalen. Voor de werkenden met een lage SEP zal evenwel een financiële regeling getroffen moeten worden omdat hun mogelijkheden en bereidheid tot zo'n eigen bijdrage klein zijn.

De borging van arbeidsgerelateerde kennis door de POH in de eerste lijn draagt bovendien potentieel bij aan laagdrempelige professionele consultatie binnen een gezondheids- of huisartsenpraktijk. In **opleiding en nascholing** van huisartsen en POH'ers zou de kennis ten aanzien van de verschillende vakgebieden en hun expertise geborgd kunnen worden zodat ze goed weten welke verwijzingsmogelijkheden er zijn binnen het huidige stelsel. Zorgdomein, een online platform voor digitaal contact tussen zorgverleners, kan een rol spelen in de **vindbaarheid** van huisartsen en bedrijfsartsen. Een aandachtspunt hierbij is echter dat de advisering door een arbeidsdeskundige, die in het huidige project duidelijk complementair is gebleken aan de eerstelijnszorg, niet **vrij toegankelijk** is in het huidige stelsel.

“De aanpak is zeker van meerwaarde voor zowel de patiënt als de dokter. Ik hoop dat we dit aanbod kunnen continueren en ben benieuwd naar financieringsmogelijkheden.” (huisarts)

“In de toekomst zie ik wel dat dat toegevoegde waar de kan hebben. De gesprekstijd op het spreekuur kan worden ingekort worden, omdat die thema's niet aan de orde hoeven te komen. En het zijn wel hele prangende vragen. De geest is dan heel druk bezet met sociale zekerheid en niet met gezondheid.” (huisarts)

Ook werkgevers in de focusgroep zien meerwaarde van de borging van arbeidsgerelateerde kennis in de eerste lijn. De opvatting leeft bij werkgevers dat werknemers bij gezondheidsklachten sowieso eerst naar hun huisarts moeten gaan, alvorens de bedrijfsarts te raadplegen. De vrees van sommige huisartsen in Thermion dat er wrijving kan ontstaan met het bedrijf van de patiënt als de reguliere bedrijfsarts in eerste instantie wordt gepasseerd, onderkennen werkgevers in het huidige onderzoek dus niet.

Wel zijn de betrokken werkgevers van mening dat een bedrijfsarts én in de eerste lijn, én via de werkgever de relatie tussen werkgever, werknemer en bedrijfsarts ingewikkelder maakt. Tegelijkertijd ervaren zij dat huisartsen vaak onvoldoende expertise hebben om een werknemer te adviseren op het gebied van werk en om die reden vaak terugvallen op het advies om het “even wat rustiger aan te doen”. Zo'n advies roept vaak vragen op bij de werkgever en de bedrijfsarts over wat wel en niet mag en hoe lang de lagere belasting of het verzuim moet duren. Werknemers voelen zich vaak genoodzaakt om het advies van de huisarts te verdedigen, omdat dit niet altijd overgenomen wordt door de bedrijfsarts en er vaak geen direct contact is tussen de huisarts en de bedrijfsarts.

De relatie tussen bedrijfsarts en werknemer kent hierdoor vaak een valse start, aldus de werkgevers. Bovendien heeft de bedrijfsarts via de werkgever meer kennis over de bedrijfsspecifieke situatie en voorziet deze ook de werkgever van terugkoppeling en advies. Dit is voor de betrokken werkgevers een belangrijk argument om de begeleiding van werknemers te houden bij de bedrijfsarts van het bedrijf en niet over te laten aan de eerstelijns gezondheidszorg.

De eerstelijns gezondheidszorg, bijvoorbeeld POH of iemand met een arbeidsdeskundige achtergrond, kan echter volgens de werkgevers een belangrijke schakelrol vervullen tussen de werknemer, de werkgever en diens bedrijfsarts en arbodienst, door (1) te focussen op preventie en vroegsignalering; (2) het **coachen van de patiënt om het open gesprek** aan te gaan met zijn/haar leidinggevende of bedrijfsarts; (3) de patiënt te informeren over de mogelijkheden voor doorverwijzing; en (4) **consultatie met de bedrijfsarts** via de werkgever.

“Het gaat echt om communicatie. Dat is het allerbelangrijkste dat je nodig hebt om te zorgen dat werkgevers, werknemers, huisartsen en bedrijfsartsen het gemakkelijker krijgen. Ook heldere communicatie richting werknemers: wat doet een huisarts en een bedrijfsarts? Iedereen is er om te helpen, ieder op zijn eigen vakgebied.” (werkgever)

4 Conclusies en aanbevelingen

4.1 Conclusie

In het huidige project zien we vanuit verschillende invalshoeken meerwaarde voor arbeidsgerelateerde kennis in de eerste lijn, met name voor patiënten met een lage SEP, een onzekere arbeidsrelatie en/of mentale of psychische klachten. De interventie die in dit project is ontwikkeld en geïmplementeerd draagt bij aan een vroegtijdige en meer gestructureerde signalering van klachten die verband houden met werk en aan bewustwording bij eerstelijns professionals over de relatie tussen werk en gezondheid. De mogelijkheid om binnen de eerstelijns gezondheidszorg een bedrijfsarts of een arbeidsdeskundige te consulteren is van waarde voor zowel patiënten als voor eerstelijns professionals. Patiënten zijn enthousiast en voelen zich gehoord. Zij waarderen de onafhankelijkheid van de bedrijfsarts en arbeidsdeskundige. Voor de eerstelijns professionals, met name de huisarts, ontlast de verwijzing naar een bedrijfsarts of arbeidsdeskundige het spreekuur. Vooral de arbeidsdeskundige is complementair aan de bestaande expertise in de eerste lijn vanwege de kennis die deze inbrengt over sociale wetgeving en de rechten en plichten van werkenden.

De implementatie van de interventie is bevorderd door gepercipieerde urgentie bij eerstelijns professionals en de mogelijkheid die zij hebben zorginnovaties toe te passen in de praktijk van de eerstelijns gezondheidszorg. Ook het relatief eenvoudig toe te passen protocol voor vroegsignalering en de mogelijkheden om de interventie aan te passen aan praktijk, hebben bijgedragen aan de voorspoedige implementatie. Het kort-cyclisch evalueren heeft ondersteunend gewerkt voor de ontwikkeling en implementatie van de interventie. Belemmeringen voor het implementeren van de interventie zijn de onbekendheid van eerstelijns professionals met het werkveld van de arbeidsdeskundige, de tijdsinvestering en het ontbreken van structurele financiering. Ook de potentiële wrijving tussen de bedrijfsarts of arbeidsdeskundige in de eerste lijn met de professionals van de werkgever of verzekeraar, wordt als mogelijke barrière gezien. De borging van de interventie is gebaat bij arbeidsgerelateerde kennis en multidisciplinaire samenwerking binnen de eerstelijns gezondheidszorg, met een sterkere rol van de POH.

4.2 Aanbevelingen

We besluiten dit rapport met enkele aanbevelingen:

- › Voor het bevorderen van aandacht voor arbeid in de eerste lijn is het **vastleggen van het werk** van de patiënt in het patiëntendossier van het HIS een eerste stap. Dit kan door op een inschrijfformulier of tijdens een intake expliciet te vragen naar het werk (sector, dienstverband) van de patiënt. Ook kunnen eerstelijns professionals zichzelf aanleren om met regelmaat te vragen naar het werk en daarvan een aantekening te maken in het dossier (d.m.v. een episode in HIS). Op deze wijze kan werk vaker een onderwerp van gesprek worden in de spreekkamer en onder de aandacht blijven van de zorgprofessional.

- › Het borgen van arbeidsgerelateerde kennis in de eerste lijn via POH dient verder uitgewerkt te worden. Hoewel de uitvoerende taken van de interventie goed passen bij het taakgebied van de POH (bijv. POH-GGZ of -Somatiek), vraagt de inzet van de POH om extra financiering waarvoor een **kloppende businesscase** op dit moment nog ontbreekt. Zorgverzekeraars beschouwen arbeidsgerelateerde zorg primair als een taak van de arbozorg van bedrijven. Bovendien dreigen lasten en baten ongelijk verdeeld te worden. De investeringen van zorgverzekeraars in de interventie zouden financiële baten opleveren voor bedrijven en uitvoeringsorganisaties van sociale zekerheid (UWV en gemeenten), zonder dat deze bijdragen in de kosten. Zorgverzekeraars zouden deze kosten kunnen verhalen op de collectieve zorgverzekeringen van deze organisaties. Maar dan is er weer het probleem dat veel patiënten niet verzekerd zijn via collectieve zorgcontracten. Tot slot leeft de opvatting dat verzuimverzekeraars nog weinig op preventie zijn gericht; arbocuratieve eerstelijnszorg biedt voor hen nog geen kloppend verdienmodel.
- › Maak van arbocuratieve samenwerking een speciaal aandachtspunt in de basis-**opleiding en nascholing van eerstelijns professionals**. Training, van met name POH, Verpleegkundig Specialist (VS) en Physician Assistants (PA) kan bijdragen aan een verhoogd kennisniveau in de eerste lijn over de relatie tussen werk en gezondheid en de noodzaak en mogelijkheid van arbocuratieve samenwerking. Belangrijk aspect van zo'n training betreft de bekendheid met het vakgebied van de bedrijfsarts en arbeidsdeskundige, welke het beste door middel van **casuïstiek** toegelicht kan worden.
- › Naast het volgen van richtlijnen in relatie tot werk bij de behandeling van patiënten, is er vooral een **coachende en informerende rol** weggelegd voor eerstelijns professionals naar patiënten over verwijzingsmogelijkheden en om het open gesprek aan te gaan met leidinggevende of bedrijfsarts. De behandeling van een werkgerelateerde gezondheidsklacht of het advies ten aanzien inzetbaarheid blijft zo primair liggen bij de bedrijfszorg, die hierin gespecialiseerd is.
- › Sinds 2020 faciliteert **Zorgdomein** het patiëntoverleg tussen bedrijfsarts en huisarts. Hiervoor is het van belang dat bedrijfsartsen zich registreren in zorgdomein om zo vindbaar te zijn voor eerstelijns professionals. Voor overleg in het kader van een behandeling van patiënt volstaat mondelinge toestemming van een patiënt, wat in zorgdomein kan worden aangegeven met een vinkje. Afstemming tussen huisarts en bedrijfsarts is met name van belang als de bedrijfsarts een ander advies geeft, er onduidelijkheid is over het ziektebeeld of over wat een werkende patiënt wel en niet kan, zo blijkt uit een pilot van het NHG, de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) en het RIVM .
- › Leg vanuit de eerste lijn niet alleen de verbinding naar bedrijfszorg, maar ook naar **gemeentelijke en sociale instanties** die uitvoering geven aan de Participatiewet en de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). Deze instanties bieden juist voor de patiëntengroep met een lage SEP, multi-problematiek en/of ZZP'ers ondersteuning bij vraagstukken over sociale zekerheid. De in ontwikkeling zijnde lokale preventieakkoorden bieden een plek om samenwerking ten behoeve van werkenden vast te leggen.

- › Het ontwikkelen van laagdrempelige **handreikingen of brochures** kan het raadplegen vergemakkelijken van informatie over verschillende vakgebieden en vergoedingen binnen de bedrijfszorg en gemeentelijke en sociale instanties voor eerstelijns professionals. Voor patiënten kan bovendien meer informatie over werk, gezondheid, rechten en plichten beschikbaar gemaakt worden op [Thuisarts.nl](https://www.thuisarts.nl).

Literatuur

1. Batenburg, R. S., Hassel, D. van, & Lee, I. van der (2012). *Knelpunten in de arbocuratieve samenwerking tussen bedrijfsartsen en de eerstelijnszorg*. Utrecht: Nivel. Verkregen via: <https://www.nivel.nl/nl/publicatie/knelpunten-de-arbocuratieve-samenwerking-tussen-bedrijfsartsen-en-de-eerstelijnszorg>.
2. KNMG (2017). *Naar een betere arbeidsgerichte medische zorg voor (potentieel) werkenden*.
3. NVAB (2010). NVAB-Ledenraadpleging, Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde.
4. Panteia (2016). *Inventarisatie van de stand van zaken arbeidsgelateerde zorg 2015*. Zoetermeer: Panteia.
5. SER (2014). *Betere zorg voor werkenden: Een visie op de toekomst van de arbeidsgelateerde zorg*. Den Haag: SER. Verkregen via: http://www.nieuwearbowet.nl/index_htm_files/toekomst-arbeidsgelateerde-zorg%202014.pdf
6. LHV, NVAB (2014). Consensus verklaring LHV, NVAB, NHG, KNMG over werk en gezondheid d.d. 13 februari 2014. Verkregen via: https://nvab-online.nl/sites/default/files/Consensusverklaring_artsenorganisaties_gezondheid__arbeid_werk_feb_2014_DEF.pdf.
7. Burdorf, A., Robroek, S. J. W., Schuring, M., Brouwer, S., van Holland, B. J., Koolhaas, W., Boot, C. R. L. (2016). *Kennisynthese werk(en) is gezond*. Rotterdam: ZonMw. Verkregen via: https://www.nvka.nl/resources/Kennisynthese_Werk_en_is_gezond_eindrapport.pdf.
8. Douwes, M., Genabeek, J. van, Bossche, S. N. J. van den, Dam, L. van, Eysink, P., Fernandez Beiro, L., ... Steenbeek, R. (2016). *Arbobalans: kwaliteit van de arbeid, effecten en maatregelen in Nederland*. Leiden: TNO. Verkregen via: <https://www.monitorarbeid.tno.nl/nl-nl/publicaties/arbobalans-2016/>
9. Kock, C. A. de (2020). The role of GPs in work-related problems. Proefschrift Radboud Universiteit Nijmegen.
10. Genabeek, J. van, Zwaan, L. van der, Niks, I., Gulden, J. van der, Schers, H. (2018). Aandacht voor arbeid in eerstelijnszorg: vroegsignalering en behandeling van arbeidsgelateerde gezondheidsklachten. *Tijdschr. Gezondheidswet*, 96, 268–271. <https://doi.org/10.1007/s12508-018-0175-5>.
11. Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1989). *Fourth generation evaluation*. Sage Publications, Inc.
12. Huebner, A. J. & Betts, S. C. (1999). Examining fourth generation evaluation: Application to positive youth development. *Evaluation*, 5(3), 340-358. doi:10.1177/13563899922209020.
13. Meyer, J. (2000). Using Qualitative Methods in Health Related Action Research. *The British Medical Journal*, 320, 178-181. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.320.7228.178>.
14. Stringer, E. T. (2007). *Action Research: A handbook for practitioners*. Newbury Park, CA: Sage.
15. Boog, B. (2007). Handelingsonderzoek of action research. *KWALON*, 12(1), 13-19.
16. Wester, F., Smaling, A., & Mulder, L. (2000). *Praktijkgericht kwalitatief onderzoek*. Bussum: Coutinho.
17. Zuiderent-Jerak, T. (2007). Preventing implementation: Exploring interventions with standardization in healthcare. *Science as Culture*, 16(3), 311-329.

18. Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, 4(50). <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50>.
19. Damschroder, L. J., & Lowery, J. C. (2013). Evaluation of a large-scale weight management program using the consolidated framework for implementation research (CFIR). *Implementation Science*, 8(51). <https://doi.org/10.1186/1748-5908-8-51>.
20. Keith, R. E., Crosson, J. C., O'Malley, A. S., Cromp, D., & Taylor, E. (2017). Using the Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) to produce actionable findings: a rapid-cycle evaluation approach to improving implementation. *Implementation Science*, 12(15).
21. Andriessen, S., Buijs, P., Genabeek, J. van (2009). *Eindevaluatie GAZ-project: Arbeidsgerichte zorgverlening in de eerstelijnszorg*. Hoofddorp: TNO.
22. Genabeek, J. van, Klauw, M. van der, Andriessen, S. (2012). *Evaluatie pilot perspectief op participatie (POPA) in Amsterdam Zuidoost*. Hoofddorp: TNO.
23. Stadhouders, N., Wees, P. van der, Jeurissen, P. (2015). *Evaluatie van adviestrajecten bij problematisch ziekteverzuim*. Celsus Academie voor Betaalbare Zorg. Verkregen via: <https://www.arboportaal.nl/documenten/publicatie/2015/09/25/evaluatie-van-adviestrajecten-bij-problematisch-ziekteverzuim>
24. Steenbeek, R., Kremer, A., Buijs, P., & Genabeek, J. van (2010). *Aandacht voor werk in de eerstelijnszorg bij patiënten met diabetes mellitus type 2*. Hoofddorp: TNO.
25. Suylekom W. H. van, Donders N. C. G. M., Gulden J. W. J. van der (2011). Sterk naar Werk – aandacht voor arbeid en empowerment in de eerste lijn. *Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, 5.
26. Buijs, P., & Dijk, F. van (2014). *Essential interventions on worker's health by primary health care*. Leiden: TNO.
27. Hoefsmit, N., Houkes, I., & Nijhuis, F. J. N. (2012). Intervention characteristics that facilitate return to work after sickness absence: a systematic literature review. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 22, 426-477.
28. Buijs, P., Heuvel, F. D. van, & Steenbeek, R. (2009). Patiënten verwachten bij ziekteverzuim een prominente rol van de huisarts. *Huisarts en Wetenschap*, 52(3), 147-151.
29. Dijk, P. C. M. van, Hogervorst, V. W. G., Buijs, P.C., Dijk, F. J. H. van (2006). The potential role of Dutch GPs in imminent long-lasting sickness absence. *European Journal of General Practice*, 12, 74-76.
30. Franche, R. L., Kimberley, C., Clarke, J., Irvin, E., Sinclair, S., Frank, J. (2005). Workplace-based return-to-work interventions: A systematic review of the quantitative literature. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15(4).
31. Dijk, P. van, Hogervorst, W., Riet, G. ter, Dijk, F. van (2008). A protocol improves GP recording of long-term sickness absence risk factors. *Occupational Medicine*, 58, 257-262.
32. Braveman, P. A., Cubbin, C., Egerter, S., Chideya, S., Marchi, K.S., & Metzler, M. (2005). Socioeconomic status in health research: One size does not fit all. *JAMA*, 294(22), 2879-2888.
33. Galobardes, B., Shaw, M., Lawlor, D. A., Lynch, J., Davey Smith, G. (2006). Indicators of socioeconomic position (part 1). *J Epidemiol Community Health*, 60(1): 7-12.
34. Berkel-van Schaik A. B. van, Tax B. (1990). *Naar een standaardoperationalisatie van sociaal-economische status voor epidemiologisch en sociaal-medisch onderzoek*. Den Haag: Ministerie van WVC.

35. Winkleby, M. A., Jatulis, D. E., Frank, E., & Fortmann, S. P. (1992). Socioeconomic status and health: how education, income, and occupation contribute to risk factors for cardiovascular disease. *American journal of public health*, 82(6), 816–820. <https://doi.org/10.2105/ajph.82.6.816>.

TNO.NL

Healthy Living

Schipholweg 77-89
2316 ZL Leiden
Postbus 3005
2301 DA Leiden

www.tno.nl

T +31 88 866 90 00
info@tno.nl

Handelsregisternummer 27376655

© 2021 TNO