

TNO-rapport

**Evaluatie pilot Perspectief op Participatie
(POPA) in Amsterdam Zuidoost**

**Behavioural and Societal
Sciences**

Polarisavenue 151
2132 JJ Hoofddorp
Postbus 718
2130 AS Hoofddorp

www.tno.nl

T +31 88 866 61 00
F +31 88 866 87 95
infodesk@tno.nl

Datum	13 februari 2012
Auteur(s)	Joost van Genabeek, Marloes van der klauw, Saskia Andriessen, Wim Zwinkels
Aantal pagina's	56 (incl. bijlagen)
Opdrachtgever	DWI Amsterdam en Agis Zorgverzekeringen
Projectnaam	Perspectief op Participatie (POPA)
Projectnummer	031.21193/01.02

Alle rechten voorbehouden.

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, foto-kopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd uitgebracht, wordt voor de rechten en verplichtingen van opdrachtgever en opdrachtnemer verwezen naar de Algemene Voorwaarden voor opdrachten aan TNO, dan wel de betreffende terzake tussen de partijen gesloten overeenkomst.

Het ter inzage geven van het TNO-rapport aan direct belang-hebbenden is toegestaan.

© 2012 TNO

Samenvatting

Inleiding

TNO heeft het evaluatieonderzoek verzorgd van de Pilot “Perspectief op Participatie” (POPA) voor cliënten van DWI in Amsterdam Noord met een grote afstand tot de arbeidsmarkt (trede 1 van de participatieladder).

Effectief bewezen aanpakken voor activering en re-integratie van deze groep zijn betrekkelijk schaars. De bestaande initiatieven om mensen met een grote afstand tot de arbeidsmarkt te activeren, verkeren nog in de fase van “trial and error”¹. De problemen van de doelgroep zijn vaak multi-causaal waardoor het lastig is om een systematische aanpak te ontwikkelen die effectief is. Meestal wordt een aanpak ontwikkeld op grond van ervaringen in de praktijk en vervolgens uitgeprobeerd om zicht te krijgen op de effectiviteit ervan door middel van monitoring en evaluatie. De pilots die de afgelopen jaren voor de cliënten op trede 1 van DWI Amsterdam zijn uitgevoerd, Perspectief op Participatie in Zuidoost en In Beweging In Noord, zijn voorbeelden van deze “trial and error” benadering.

In dit evaluatieonderzoek van POPA komt de trial and error benadering duidelijk aan het licht. GAZO, het Werkplein van Amsterdam-Zuid-Oost en de overige betrokken organisaties hebben gedurende de uitvoering van het project processen en werkwijzen aangepast aan veranderende omstandigheden. Volgens TNO heeft de pilot veel kennis opgeleverd over de succesfactoren van arbeidsgerichte zorg voor werklozen. Deze succesfactoren hebben zowel betrekking op inhoudelijke aspecten (wat voor zorg is nodig?) als op de organisatorische aspecten (processen, ketensamenwerking en verantwoordelijkheden). Rekening houdend met de aanbevelingen uit het evaluatieonderzoek, kan de aanpak succesvol uitgevoerd worden.

Kenmerken doelgroep

De doelgroep van de pilot POPA (cliënten DWI op trede 1 van de participatieladder) wordt gekenmerkt door een combinatie van een negatieve gezondheidsbeleving en sociale problematieken. Mensen worstelen met een mix aan mentale en fysieke klachten en sociale problemen die zij niet goed overzien, laat staan kunnen oplossen.

Wetenschappelijk onderzoek toont aan dat een negatieve gezondheidsbeleving in sterke mate samenhangt met financiële problemen, gebrek aan sociale steun, gebrek aan grip op het eigen leven, oudere leeftijd, laag opleidingsniveau, alleenstaand, langere werkloosheidsduur en etniciteit². De eerste drie van genoemde determinanten (financiële problemen, gebrek aan sociale steun, gebrek aan grip op het eigen leven) zijn in principe beïnvloedbaar. Aanpakken die deze determinanten positief kunnen beïnvloeden zijn dan ook potentieel effectief om

¹ Zie bijvoorbeeld: Schuring M, Burdorf A, Voorham AJJ, der Weduwe K, Mackenbach JP (2009). 'Effectiveness of a health promotion programme for long-term unemployed subjects with health problems: a randomized controlled trial', *Journal of Epidemiology and Community Health*, 63: 893-899.

² Schuring, M., Reijenga, F.A., Carlier, B., Burdorf, A. (2011). *Gezondheidsbeleving van werklozen: Wat is bekend en wat zijn witte vlekken?* Rotterdam/Leiden: Erasmus MC en Astri.

problemen van bijstandsccliënten te verminderen c.q. op te lossen. De overige vijf determinanten (oudere leeftijd, laag opleidingsniveau, alleenstaand, langere werkloosheidsduur, etniciteit) worden als min of meer onveranderbaar beschouwd en zijn daarmee niet of nauwelijks door middel van aanpakken of interventies te beïnvloeden.

Doelstelling en opzet Pilot Perspectief op Participatie

Het doel van de pilot POPA was het opzetten en evalueren van een innovatieve interventie binnen de eerstelijns gezondheidszorg gericht op een gezonde maatschappelijke activering van uitkeringsgerechtigden. Het motto hierbij was “activering door middel van gezondheidszorg”. De veronderstelling was dat door het inbrengen van arbocuratieve zorg in de eerstelijns gezondheidszorg, een belangrijke aanzet gegeven kon worden aan de maatschappelijk activering van DWI-ccliënten op trede 1 van de re-integratieladder. Op termijn zou de aanpak bij de doelgroep leiden tot:

- herstel van de geestelijke en fysieke belastbaarheid;
- maatschappelijke participatie en indien mogelijk re-integratie naar (aangepast) werk;
- een verbetering in de gezondheidsbeleving;
- daling van de zorgconsumptie.

De pilot POPA was een gemeenschappelijk initiatief van Agis / Achmea Health, DWI Amsterdam, De Stichting Gezondheidscentra Amsterdam Zuid-Oost (GAZO), TNO en Welder. De interventie vond plaats bij de gezondheidscentra van GAZO. Agis / Achmea Health financierde de ondersteuning door een bedrijfsarts van de eerstelijns gezondheidszorg. DWI Amsterdam droeg bij aan de uitvoering van de pilot door uren beschikbaar te stellen van de klantmanagers, de DWI-arts en de ondersteunende diensten. TNO voerde in het kader van het Vraaggestuurde programma Arbeid en Zorg (propositie Gezond, Vitaal en Veilig, hoofdlijn 1) het evaluatieonderzoek uit. Het projectmanagement werd uitgevoerd door Welder in het kader van het Sterk naar Werk Project.

Vraagstelling effect- en procesevaluatie

Het evaluatieonderzoek richt zich op het beantwoorden van de volgende kernvraag:

Wat is de effectiviteit van de pilot “Perspectief op Participatie” voor de geselecteerde groep cliënten van DWI in termen van gezondheid en functioneren?

Het onderzoek heeft tot doel:

- Helderheid te verschaffen over de toegevoegde waarde van de interventie “activering door middel van gezondheidszorg” voor cliënten van DWI Amsterdam;
- Agis/Achmea Zorg, DWI Amsterdam en GAZO te voorzien van gefundeerde kennis op grond waarvan deze een besluit kunnen nemen over doorgang, uitbreiding, wijziging of beëindiging van de interventie “Activering door middel van gezondheidszorg”;
- Agis/Achmea Zorg helderheid te verschaffen over de toegevoegde waarde van de pilot voor het behalen van gezondheidswinst en verlaging van het zorggebruik.

Het evaluatieonderzoek bestaat uit een procesevaluatie, gericht op de uitvoering en een effectmeting, gericht op het vaststellen van de toegevoegde waarde ofwel de netto-effectiviteit.

Conclusies en aanbevelingen

De conclusies en aanbevelingen richten zich op de voorbereiding, de uitvoering (output) en op de geconstateerde effecten bij de doelgroep (outcome).

Vorbereiding

TNO concludeert dat de pilot POPA grondig is voorbereid:

- In een projectvoorstel waren de contouren van de pilot geschetst.
- In een projectplan waren de doelstelling, de beoogde resultaten, de planning, de processtappen en werkafspraken beschreven.
- In een interventiebeschrijving was de inhoud van de interventie uitgewerkt.
- Een projectleider zag toe op de uitvoering en trad op als penvoerder van de projectdocumentatie.
- Ter voorbereiding op de pilot was tijdens een pre-pilot het samenwerkingsproces van klantmanagers, DWI-arts, huisartsen en bedrijfsarts uitgetoetst.

Ondanks de grondige voorbereiding bleek niet alles bij de start van de pilot goed te zijn geregeld, hetgeen consequenties had voor de procesgang, uitvoering en effectiviteit.

Inhoud interventie niet duidelijk

In het projectplan en de interventiebeschrijving was de interventie niet duidelijk afgebakend. Het gevolg was dat DWI Amsterdam Zuid Oost een ander beeld had van de interventie dan de bedrijfsarts en huisartsen van GAZO. Dit leidde tot misverstanden en bemoeilijkten de samenwerking tussen de betrokken instellingen en personen.

Gering draagvlak bij DWI Amsterdam Zuidoost

DWI in Zuidoost werd pas laat bij de voorbereiding van de pilot betrokken. Het gevolg was dat bij deze organisatie weinig draagvlak was voor het project.

Foutieve inschatting kosten

De kosten van de pilot werden tijdens de voorbereiding binnen GAZO verkeerd ingeschat, waardoor al snel budgetoverschrijdingen dreigden.

Output: uitvoering

De meeste betrokkenen oordelen positief over de mogelijkheden van de interventie:

1. de huisartsenzorg biedt een uitstekende basis voor maatschappelijke activering;
2. huisartsen zijn relatief goed op de hoogte van de achtergronden en historie van de cliënt;
3. huisartsen en andere eerstelijns professionals kunnen de bedrijfsarts bij het gezondheidscentrum om advies vragen over gezondheid en werk en over regelingen die betrekking hebben op werk en sociale zekerheid;
4. de bedrijfsarts bij het gezondheidscentrum kan behandelingen en medicatie voorstellen die het functioneren en daarmee de participatiemogelijkheden van de cliënt bevorderen;

5. de arbeidsgerichte eerstelijns zorg biedt goede mogelijkheden om activering en zorg op elkaar af te stemmen.

Tijdens de looptijd van de pilot werd de organisatie echter geconfronteerd met problemen die vaak structureel en daardoor moeilijk oplosbaar waren.

Complexiteit uitvoering pilot

De uitvoering van de pilot werd bemoeilijkt door de vele betrokken personen en instanties die vaak tegenstrijdige belangen hadden, en de talrijke momenten van informatie uitwisseling.

Administratieve belasting

De pilot bracht een zware administratieve belasting met zich mee voor DWI, GAZO en met name voor de projectleider.

Bezuinigingen GAZO en DWI

Verschillende bezuinigingen bij GAZO en DWI bemoeilijkten de uitvoering van de pilot. De bezuinigingen bij GAZO hadden tot gevolg dat de inhoud van de interventie gedurende de looptijd van de pilot veranderde, waardoor deze voor betrokkenen nog minder duidelijk werd. Bovendien hadden de bezuinigingen ernstige consequenties voor het evaluatieonderzoek. De bezuiniging bij DWI hadden tot gevolg dat gedurende de looptijd van de pilot een aantal vervolgtrajecten voor sociale activering (SAP-plaatsen) verviel. Het gevolg was dat niet alle cliënten na de interventie konden doorstromen naar een traject voor sociale activering. Daarnaast bezuinigde DWI op de trajectbegeleiding waardoor minder tijd en mogelijkheden ontstonden om de afstemming te regelen tussen de klantmanager, DWI-arts, GAZO en de aanbieders van sociale activering.

Outcome: effecten voor de doelgroep

Significant positieve effecten

Hoewel het aantal waarnemingen gering is, laat de pilot toch een aantal opvallende effecten zien. Deze effecten blijken groter te zijn dan cliënten zelf hebben ervaren. De pilot leidde tot significant positieve effecten voor deelname aan het verenigingsleven, vermindering van alcoholgebruik en een sterke verbetering van de belastbaarheid. Significants is ook de stijging in de uitgaven aan de huisarts, op jaarbasis zo'n 60 euro. Opvallend is dat het aantal personen bij wie een daling optreedt in de uitgaven aan medische consumptie groter is dan de groep met een stijging. De gemiddelde stijging van het bedrag is wel groter dan de gemiddelde daling, zodat per saldo gemiddeld een stijging van de zorgkosten optreedt.

Profielen cliënten

De meeste activiteiten die tijdens de interventie werden uitgevoerd, waren gericht op verkenning van het perspectief van de cliënt. Activiteiten gericht op activering richting maatschappelijke activiteit kwamen minder vaak voor, activiteiten gericht op werk nog minder. Er blijken drie clusters van cliënten onderscheiden te kunnen worden: werkpotentiëlen, zorgbehoevenden en leefstijlverbeteraars. Een dergelijke indeling kan in de toekomst gebruikt worden voor nadere profilering van de cliëntengroep.

Oordeel deelnemers

De meeste respondenten ervoeren niet dat de pilot had bijgedragen aan verbetering van de gezondheid en het zelfvertrouwen. Ook hebben de deelnemers niet de indruk dat zij door de pilot fitter of actiever geworden zijn.

Resultaat gezien door bedrijfsarts

Veel resultaten van activiteiten werden niet gezien door de bedrijfsarts van GAZO. Met name gold dit voor activiteiten richting DWI en in mindere mate voor activiteiten richting de zorgsector.

Aanbevelingen

TNO concludeert uit het onderzoek dat de interventie “activering door middel van gezondheidszorg”, zoals is toegepast in de pilot POPA, goede mogelijkheden biedt om de belastbaarheid van DWI cliënten trede 1 te verbeteren en hun maatschappelijke participatie te bevorderen. Gelet op de onderzoeksresultaten heeft continuering van de pilot echter alleen zin als de uitvoering en procesgang worden vereenvoudigd en de afstemming tussen professionals wordt verbeterd. Bij een eventuele continuering adviseert TNO om rekening te houden met het volgende:

- Begin pas met de uitvoering van de interventie als de organisatie, procesgang en communicatie voor alle betrokken partijen duidelijk zijn geregeld.
- Regel een ketenaanpak met eenvoudige procedures en een heldere bestuurlijke aansturing.
- Bevorder de intrinsieke motivatie van betrokken professionals van DWI en GAZO om samen te werken.
- Concentreer de uitvoering van de interventie bij enkele huisartsen (voorlopers), die hun naaste collega's ondersteunen en motiveren.
- Zorg ervoor dat gedurende het proces goed zicht is op de cliënt. Een goede trajectbegeleiding of casemanagement gedurende het proces maakt het mogelijk om onnodige wachttijden te voorkomen en om op de hoogte te blijven van de voortgang en resultaten van de interventie voor de cliënt.
- Maak het mogelijk dat de professionals van DWI en GAZO en de cliënt informatie kunnen delen zonder dat regels voor privacy en beroepsgeheim worden overtreden. Een mogelijkheid is om de cliënt aan te wijzen als primaire informatiedrager.
- Houd de selectie- en beoordelingsprocedure eenvoudig. Laat bijvoorbeeld de beoordeling en selectie uitvoeren door één medewerker (of groep van medewerkers). In de opzet van POPA selecteerden de klantmanagers van DWI kandidaten, indiceerde de DWI-arts de mogelijkheden voor deelname en inventariseerde de bedrijfsarts van GAZO de hindernissen in de gezondheid en activering. Hierdoor leek het erop dat iedereen wat te zeggen had over de selectie van kandidaten.
- Overweeg om de interventie goedkoper uit te voeren door in plaats van een bedrijfsarts een arbeidsdeskundige of maatschappelijk werker een centrale rol te geven in de uitvoering.
- Zorg ervoor dat de interventie ruimte biedt voor empowerment van cliënten door huisartsen hierover te instrueren.
- Overweeg de interventie toe te passen voor cliënten trede 3 en 4 met gezondheidsklachten. Op grond van de pilots Sterk naar Werk zijn er aanwijzingen dat arbeidsgerichte eerstelijns zorg met name effectief is voor

werkenden (die vaak verzuimen) en voor uitkeringsgerechtigden met goede uitzichten op werk.

Tot slot: het belang van integrale samenwerking

Uit de evaluatieonderzoeken van IBIN en van Perspectief op Participatie in Amsterdam Zuidoost komt een probleem naar voren dat in het wetenschappelijk onderzoek vaak over het hoofd wordt gezien. Het succes van aanpakken c.q. interventies voor cliënten op trede 1 blijkt namelijk in belangrijke mate af te hangen van de organisatorische samenwerking tussen betrokken instellingen en personen. Cliënten haken snel af als zij niet tijdig worden opgeroepen, vervolgactiviteiten op zich laten wachten (niet tijd-continu zijn) en activiteiten onvoldoende op elkaar zijn afgestemd of zelfs tegen elkaar in werken. Daar komt bij dat elke professie of groep van dienstverleners de neiging heeft om de problemen op de eigen verkokerde wijze te benaderen. De huisarts zal primair aandacht besteden aan (vermeende) gezondheidsklachten; de schuldhulpverlening zal primair aandacht besteden aan financiële problemen; jeugdzorg zal primair aandacht besteden aan problemen met de opvoeding van kinderen; etc. Het gevolg is dat de cliënt voortdurend wordt bevestigd in zijn of haar problemen, zonder dat een integrale analyse van achtergronden en oorzaken de basis vormt voor de in te zetten aanpakken c.q. interventies. Als deze situatie bovendien een langere periode voortduurt, dreigen de afzonderlijke problemen manifester en hardnekkiger te worden.

De ervaringen met de pilots In Beweging in Noord en Perspectief op Participatie tonen ons inziens het belang aan van integrale samenwerking als basis voor activiteiten die ingezet worden om trede 1 cliënten verder te helpen richting activering en participatie. Integrale samenwerking vraagt om een adequate communicatie en gegevensuitwisseling tussen ketenpartners. Casemanagement kan daarbij functioneren als olie in de machine door op te treden als:

- Regisseur en bewaker van het plan van aanpak;
- centrale informatiebron voor en over de cliënt;
- aanspreekpunt namens de cliënt voor alle betrokken dienstverleners;
- vertegenwoordiger van de cliënt naar de overige dienstverleners toe.

Wie en hoe het casemanagement het beste kan uitvoeren hangt sterk af van de lokale omstandigheden en mogelijkheden.

Inhoudsopgave

Samenvatting.....	3
1 Vraagstelling en opzet	11
1.1 Doel pilot.....	11
1.2 Organisatie	11
1.3 Voorgeschiedenis en aanleiding.....	12
1.4 Vraagstelling effect- en procesevaluatie.....	13
1.5 Uitgevoerde onderzoeksactiviteiten.....	13
1.6 Leeswijzer.....	16
2 Voorbereiding pilot.....	17
2.1 Projectplan en planning	17
2.2 Werkafspraken.....	21
2.3 Pre-pilot	21
2.4 Aangepast projectplan op basis van pre-pilot	23
3 Output: uitvoering pilot.....	25
3.1 Inleiding	25
3.2 Selectie door klantmanagers	26
3.3 Keuring door DWI-arts	27
3.4 Probleemanalyse en opstellen plan van aanpak	28
3.5 Uitvoering plan van aanpak	29
3.6 Instroom, uitval en cliëntflow	30
3.7 TNO-metingen	31
3.8 Visies van betrokkenen op uitvoering en procesgang.....	32
4 Outcome: effecten voor de doelgroep.....	37
4.1 Inleiding	37
4.2 Beschrijving populatie.....	37
4.3 Effecten pilot	38
4.4 Gegevens zorggebruik	41
4.5 Gegevens registratie bedrijfsarts.....	43
5 Conclusies en aanbevelingen	49
5.1 Vraagstelling	49
5.2 Voorbereiding	49
5.3 Output: uitvoering pilot.....	50
5.4 Outcome: effecten voor de doelgroep	52
5.5 Aanbevelingen	53
Bijlage Operationalisatie effectmaten.....	55

1 Vraagstelling en opzet

1.1 Doel pilot

TNO heeft het evaluatieonderzoek uitgevoerd van de Pilot “Perspectief op Participatie” (POPA) voor cliënten van DWI in Amsterdam Zuid-Oost. De doelgroep van deze pilot omvatte bijstandsccliënten met gezondheidsklachten en (mede daardoor) een zeer grote afstand tot de arbeidsmarkt (trede 1 op de zogenaamde “Participatieladder”).

Het doel van de pilot POPA was het opzetten en evalueren van een innovatieve interventie binnen de eerstelijns gezondheidszorg gericht op een gezonde maatschappelijke activering van uitkeringsgerechtigden. Het motto hierbij was “activering door middel van gezondheidszorg”. De veronderstelling was dat de eerstelijns gezondheidszorg een belangrijke bijdrage kon leveren aan het herstel van de geestelijke en fysieke belastbaarheid van cliënten³. De lage drempel van de eerstelijns gezondheidszorg maakte het mogelijk om vroegtijdige problemen te signaleren met zowel de gezondheid als het maatschappelijk functioneren van cliënten. Niet alleen waren er aanwijzingen dat veel cliënten frequent de huisarts of andere eerstelijns behandelaars consulteerden, ook leken zij relatief veel vertrouwen te stellen in de beoordeling en behandeling van de eerstelijns zorg. Door op een andere manier naar problematieken te kijken, zou de eerstelijns gezondheidszorg een positieve wending kunnen geven aan de gezondheid en het maatschappelijke functioneren van cliënten. Op deze wijze zou het tweeledige effect van gezondheid en maatschappelijke activering versterkt worden: een betere gezondheid zou de mogelijkheden voor activering vergroten, terwijl activering bevorderlijk zou zijn voor de gezondheid⁴. Door het tweeledige effect zou de interventie bovendien resulteren in een doelmatiger zorggebruik.

Deze rapportage betreft de eindrapportage van het evaluatieonderzoek door TNO. Het evaluatieonderzoek bestaat uit een procesevaluatie en een evaluatie van de netto-effectiviteit van POPA.

1.2 Organisatie

De pilot POPA was een gemeenschappelijk initiatief van Agis / Achmea Health, DWI Amsterdam, de Stichting Gezondheidscentra Amsterdam Zuid-Oost (GAZO), Welder en TNO. De interventie vond plaats bij de gezondheidscentra van GAZO. Agis / Achmea Health financierde de ondersteuning door een bedrijfsarts van de eerstelijns gezondheidszorg. DWI Amsterdam droeg bij aan de uitvoering van de

³ Zie bijvoorbeeld: Cegolon, L., Lange, J.H., Mastrangelo, G. (2010) ‘Primary Care Practitioner and the diagnosis of occupational diseases: Debate’, *BMC Public Health*, 10:405 (<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/405>); Beaumont, D.G. (2003) ‘The interaction between general practitioners and occupational health professionals in relation to rehabilitation for work: a Delphi study’, *Occupational Medicine*, 53:249–253.

⁴ Wetenschappelijke aanwijzingen voor het tweeledige effect van gezondheid en maatschappelijke activering worden o.a. geleverd door: Waddell, G., Burton, A.K. (2006) *Is Work Good for Your Health and Well-being?* TSO: London; McKee-Ryan, F.M., Song, Z., Wanberg, C.R., Kinicki, A.J. (2005) ‘Psychological and Physical Well-Being During unemployment: A Meta-Analytic Study’, in: *Journal of Applied Psychology*, Vol. 90, no. 1, 53-76.

pilot door uren beschikbaar te stellen van de klantmanagers, de DWI-arts en de ondersteunende diensten. TNO voerde in het kader van het Vraaggestuurde programma Arbeid en Zorg (propositie Gezond, Vitaal en Veilig, hoofdlijn 1) het evaluatieonderzoek uit. Het projectmanagement werd uitgevoerd door Welder in het kader van het Sterk naar Werk Project.

1.3 Voorgeschiedenis en aanleiding

De pilot POPA heeft verschillende wortels. Het initiatief voor het project kwam van GAZO. In deze organisatie was een sociaal geneeskundige visie op de rol van huisartsen in ontwikkeling. In deze visie hadden huisartsen niet alleen de taak om medisch naar de patiënt te kijken, maar ook de sociale context te betrekken bij de behandeling. Werk had in die visie een grote invloed op welbevinden en gezondheid. GAZO nam in 2005 het initiatief tot een pilot om de sociaal geneeskundige visie in praktijk te brengen door de integratie van eerstelijnszorg en de arbocuratieve zorg van bedrijven in de buurt⁵. Het toenmalige Agis Zorgverzekeringen werd benaderd om deze pilot financieel mogelijk te maken en TNO werd gevraagd de monitoring en evaluatie van de pilot te verzorgen.

Inmiddels had Agis in 2006 een nieuw collectief contract afgesloten met de gemeente Amsterdam voor de zorgverzekering van minima (waaronder bijstandsgerechtigden), waarin afspraken waren gemaakt over het opzetten van gezamenlijke initiatieven om de gezondheid, de functionele mogelijkheden en de maatschappelijke participatie van bijstandsccliënten te verbeteren. Een van de mogelijke initiatieven die al snel in beeld kwam was het toepasbaar maken van geïntegreerde arbeidsgerichte eerstelijns zorg voor cliënten DWI met gezondheidsproblemen.

Agis legde het idee voor aan verschillende medewerkers van DWI Amsterdam. Binnen DWI werd enthousiast gereageerd op het toepasbaar maken van geïntegreerde arbeidsgerichte eerstelijns zorg voor cliënten DWI met gezondheidsproblemen. De inzet van de huisarts en bedrijfsarts om bijstandsccliënten te helpen activeren leek een goede aanvulling te zijn op activeringsactiviteiten die elders in de stad al bestonden (zoals beweegactiviteiten en vrijwilligerswerk). DWI was in deze periode actief met het project "Iedereen doet mee"⁶. Dit project was er onder andere op gericht om bijstandsgerechtigden met een grote afstand tot de arbeidsmarkt meer te laten participeren en zo mogelijk aan de slag te helpen. In dat kader bood DWI Sociale ActiveringsPlaatsen aan (SAP; actiever worden, het huis uitkomen, als voorfase van re-integratie naar werk) en Maatschappelijke ActiveringsPlaatsen (MAP; via vrijwilligerswerk kennis en vaardigheden opdoen om later werkhervatting mogelijk te maken). DWI had de ambitie om alle WWB-clliënten een traject aan te bieden en daarmee een trede hoger te brengen op de participatieladder.

Een initiatiefgroep bestaande uit medewerkers van het inmiddels gefuseerde Agis /Achmea Health, DWI Amsterdam, GAZO en TNO, werkten de opzet van POPA uit

⁵ Andriessen, S, Buijs, P, Genabeek, J van. Eind-evaluatie GAZ-project: arbeidsgerichte zorgverlening in de eerstelijns zorg. TNO-rapport 031.12852, februari 2009.

⁶ <http://www.rijksoverheid.nl/bestanden/documenten-en-publicaties/brochures/2007/09/18/actieprogramma-iedereen-doet-mee/135-2007-1-17987.pdf>

tot een projectvoorstel. Tevens trok de initiatiefgroep een projectleider aan van Welder voor de aansturing van de pilot. De manager van Werkplein Zuidoost werd bereid gevonden om de uitvoering vanuit DWI Amsterdam te coördineren.

1.4 Vraagstelling effect- en procesevaluatie

Het evaluatieonderzoek van TNO richt zich op het beantwoorden van de volgende kernvraag:

Wat is de effectiviteit van de pilot "Perspectief op Participatie" voor de geselecteerde groep cliënten van DWI in termen van gezondheid en functioneren?

Het onderzoek heeft tot doel:

- Helderheid te verschaffen over de toegevoegde waarde van de interventie "activering door middel van gezondheidszorg" voor cliënten van DWI Amsterdam;
- DWI Amsterdam en Agis / Achmea Health te voorzien van gefundeerde kennis op grond waarvan deze een besluit kunnen nemen over doorgang, uitbreiding, wijziging of beëindiging van de interventie "Activering door middel van gezondheidszorg";
- Agis / Achmea Health helderheid te verschaffen over de toegevoegde waarde van de pilot voor het behalen van gezondheidswinst en verlaging van het zorggebruik.

Het evaluatieonderzoek bestaat uit een procesevaluatie en een effectmeting van de pilot POPA. De effectmeting is erop gericht de toegevoegde waarde ofwel de netto-effectiviteit vast te stellen van de interventie "activering door middel van gezondheidszorg" voor cliënten van DWI Amsterdam. De procesevaluatie richt zich op de uitvoering van de interventie gedurende de pilot. De bevindingen tijdens de uitvoering zijn enerzijds belangrijk om vast te stellen of de interventie op de geplande manier is uitgevoerd en wat de ervaringen van de betrokkenen zijn. Daarmee kunnen we de resultaten van de effectmeting in perspectief plaatsen. Resultaten van het evaluatieonderzoek bieden informatie over een optimale implementatie van de interventie: waarmee moet de organisatie rekening houden en wat zijn de valkuilen en mogelijke verbeterpunten als de interventie breder uitgezet zou worden?

1.5 Uitgevoerde onderzoeksactiviteiten

1.5.1 *Procesevaluatie*

In de periode mei-juni 2011 hebben twee onderzoekers van TNO interviews gehouden met leden van de stuurgroep en uitvoerders van POPA. Daarnaast heeft TNO alle relevante stukken over de pilot ontvangen van de projectleider. Het ging bijvoorbeeld om projectbeschrijvingen, werkafspraken, notulen van de stuurgroep, instructies voor betrokkenen, voorbeeldbrieven en –formulieren en e-mailwisselingen.

De interviews zijn deels in persoon uitgevoerd, deel telefonisch. Dit is gebeurd aan de hand van vier verschillende interviewlijsten voor respectievelijk stuurgroepleden,

huisartsen, de DWI-arts en overige uitvoerders. De volgende personen zijn geïnterviewd:

Stuurgroep

- Sylvia van der Biesen, werkpleinmanager DWI Amsterdam-Zuidoost
- Marleen v.d. Mast, programmamanager binnen Programma Grote Steden Agis / Achmea Health
- Judith Meijer, voorzitter Raad van Bestuur GAZO

Uitvoerenden

- Catrien Funke, projectleider POPA, hoofd re-integratie & sociale zekerheid Welder
- Cor Geurts, DWI-arts (gedurende de looptijd van het project)
- Mariëlle A-Tjak, bedrijfsarts GAZO
- Berend de Groot, adviseur MAP gemeente Amsterdam
- Ama Addow, klantmanager DWI Amsterdam-Zuidoost en projectleider POPA vanuit DWI
- Erik Robberse, huisarts GAZO/ Gezondheidscentrum Venserpolder
- Saskia Boidin, huisarts GAZO/ Gezondheidscentrum Holendrecht
- Wim Willems, huisarts GAZO/ Gezondheidscentrum Gein

Niet geïnterviewd zijn: trajectbegeleiders SAP en de overige betrokken klantmanagers van DWI en huisartsen en zorgverleners van GAZO.

Op basis van de interviewverslagen en de overige stukken heeft TNO geanalyseerd

- wat het geplande proces was;
- de rol van de betrokkenen (gepland en in werkelijkheid);
- welke aanpassingen op het proces zijn afgesproken gedurende het project;
- hoe het proces is verlopen;
- hoe de betrokkenen aankijken tegen: de geplande interventie, de uitvoering van de pilot, de rol van betrokkenen, de samenwerking en de resultaten.

1.5.2 *Effectevaluatie*

Om het effectiviteitonderzoek te kunnen uitvoeren, zijn gegevens gebruikt over de deelnemende cliënten. TNO heeft de benodigde gegevens verzameld door:

1. (geanonimiseerd) gebruik te maken van de door de bedrijfsarts van GAZO opgetekende plannen van aanpak;
2. het uitzetten van vragenlijsten onder de cliënten;
3. analyse van het zorggebruik op grond van databestanden van Agis / Achmea Health.

Ad.1 Plannen van aanpak bedrijfsarts

De bedrijfsarts van GAZO stelde naar aanleiding van gesprekken met de cliënt een plan van aanpak op. Het plan van aanpak bestond uit de volgende onderdelen:

- Geschiedenis: welke gebeurtenissen uit het verleden bieden een verklaring voor de functionele belemmeringen?;
- Medische situatie: Welke geneeskundige aspecten zijn van invloed op het functioneren van de cliënt?
- Vaardigheden: Welke competenties en ambities heeft de cliënt of kan hij/zij ontwikkelen?

- Actiepunten (beleid): Bedrijfsarts van GAZO geeft aan welke acties uitgevoerd moeten worden op de korte termijn of zij de resultaten van die acties heeft gezien. Voorbeelden van mogelijke acties zijn:
 - afstemming met andere behandelaars bij het gezondheidscentrum, zoals de fysiotherapeut, de maatschappelijk werker of de psycholoog;
 - opvragen van informatie bij een specialist via de huisarts;
 - overleg met DWI.

Tevens noteerde zij enkele achtergrondkenmerken van de cliënt als geslacht, leeftijd en gezinssituatie.

De bedrijfsarts heeft de informatie uit de plannen van aanpak gesystemiseerd in een digitaal invulscherp dat door TNO in Excel is ontworpen. Hierdoor kunnen gegevens gekoppeld worden met informatie uit de andere gebruikte bestanden.

Ad. 2 Enquêtegegevens van deelnemers

TNO heeft bij aanvang en na afloop van de interventie vragenlijsten uitgezet onder de deelnemende cliënten. De ingevulde vragenlijsten bij aanvang van de interventie leveren informatie op voor een nulmeting; de ingevulde vragenlijsten na afloop bieden informatie voor een eenmeting. Door uniforme meting van een aantal effectmaten geven veranderingen in deze maten tussen de nul- en eenmeting zicht op effecten van de pilot. Het gaat daarbij om effectmaten als: attitude t.o.v. interventie, attitude t.o.v. werk, self-efficacy bij werk zoeken, sociale norm omgeving, lichamelijke gezondheid, psychisch welbevinden, eenzaamheid, sociale steun en (maatschappelijke) activiteiten. Bij de eenmeting is ook gevraagd naar effecten van de pilot (zelfgerapporteerde effecten): betere gezondheid, meer zelfvertrouwen, fitter, actiever. Vergelijking van de nul- en eenmeting levert een indicatie op van de effectiviteit van de interventie ten aanzien van de genoemde effectmaten.

De vragenlijst voor de nulmeting is aansluitend op het eerste gesprek met de bedrijfsarts afgenomen. De uitvoering daarbij is niet optimaal verlopen. Hierdoor resteren slechts voor 34 deelnemers nulmetingen. Op terugkomdagen is vervolgens de eenmeting afgenomen. Deze gegevens zijn voor 54 deelnemers beschikbaar.

De invuldata voor de nulmetingen variëren van 3 december 2009 tot 1 maart 2011. Voor de eenmeting is de periode korter: van 28 februari 2011 tot en met 27 juni 2011. Ook zijn daarbij veelal meerdere vragenlijsten op dezelfde dag ingevuld. Door vergelijking van nul- en eenmeting op naam en sofinummer en vergelijking met bestandsgegevens van Agis / Achmea Health zijn ontbrekende sofinummers aangevuld en foutieve sofinummers in zowel nul- als eenmeting gecorrigeerd.

Ad. 3 Bestandsgegevens Agis / Achmea Health

Van Zorgverzekeraar Agis / Achmea Health zijn bestanden verkregen met schaderecords over de jaren 2008 tot en met 2011, voorzover bekend. Deze schaderecords zijn onderverdeeld in schadecategorieën: huisarts, fysiotherapie en medicijnen. Door de vertraging waarmee declaraties binnenkomen bij de verzekeraar zijn kosten voor ziekenhuizen en GGZ-instellingen niet meegenomen in het onderzoek. De bestandsgegevens van Agis / Achmea Health maakten het mogelijk om het zorggebruik van de cliënten in het jaar voorafgaande van de pilot te vergelijken met het zorggebruik gedurende de looptijd van de pilot. De geconstateerde verschillen tussen deze twee periodes geven een indicatie van de effectiviteit van de pilot ten aanzien van het zorggebruik.

Om inzicht te krijgen in de verandering van de conditie, gezondheid en het functioneren van de deelnemende cliënten, heeft TNO een aantal effectiviteitsmaten onderscheiden (zie onderstaand schema). In de bijlage is een gedetailleerde lijst van effectmaten opgenomen.

Onderwerp	Maten	Data aan te leveren door:
Zorggebruik	Kosten van de geleverde zorg aan de cliënt	Agis/ Achmea Health
Subjectieve gezondheid (hoe beoordelen cliënten zelf hun gezondheid?)	Schalen gezondheid algemeen, klachten, behandeling, verslaving, belastbaarheid	Vragenlijstonderzoek
Psychische klachten: depressie, angst, stress	Uitgeteste vragenlijst TNO	Vragenlijstonderzoek
Activeringsintentie (attitude t.o.v. werk)	Bewerkte maten werkzoekintentie	Vragenlijstonderzoek
Self efficacy (vertrouwen in eigen kunnen)	Uitgeteste vragenlijst TNO	Vragenlijstonderzoek
Gevoel van controle	Uitgeteste vragenlijst TNO	Vragenlijstonderzoek
Ervaren sociale steun	Uitgeteste vragenlijst TNO	Vragenlijstonderzoek

De uitkomsten van de effectmeting geven het verband weer tussen de inzet van de interventie en de verschillende effectmaten. De veronderstelling hierbij is dat de effectmaten zonder interventie niet systematisch zullen veranderen. Deze veronderstelling lijkt gerechtvaardigd. In het algemeen verslechtert de gezondheidssituatie gedurende het verblijf in de bijstand weliswaar, maar dit effect is groter aan het begin van de werkloosheid.⁷ Gezien de aard van de groep (werklozen die al geruime tijd in een uitkeringssituatie zitten) lijkt er sprake te zijn van een stabiele situatie. Een soortgelijke aanpak en veronderstelling wordt vaker gehanteerd in dit type onderzoek.⁸

1.6 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 beschrijven we het projectplan en de planning, de rol van betrokkenen en de werkafspraken. We gaan in op de uitgevoerde pre-pilot en de aanpassingen op het projectplan die daaruit voortkwamen. Hoofdstuk 3 behandelt de uitvoering van de pilot op basis van het aangepaste projectplan. Onderwerpen die aan de orde komen zijn het proces, de instroom en uitval van deelnemers, de activiteiten van TNO voor de effectmeting en de visie van de betrokkenen op de interventie en de pilot. In hoofdstuk 4 beschrijven we de resultaten van de effectmeting. Hoofdstuk 5 bevat de conclusies en aanbevelingen.

⁷ Zie: M. Schuring, The Role of Health and Health Promotion in Labour Force Participation. Thesis Erasmus MC, University Medical Centre Rotterdam, 53-68.

⁸ Zie J.J.A. Landsman-Dijkstra (2005), Building an effective short healthpromotion intervention, dissertatie, RUG.

2 Voorbereiding pilot

In dit hoofdstuk wordt de opzet en uitvoering van de pilot 'Perspectief op Participatie' besproken zoals deze waren vastgelegd tijdens de voorbereiding, in het projectplan en in werkafspraken. Gedurende het project zijn deze plannen door voortschrijdende inzichten en omstandigheden continu aangepast om al doende een werkbare werkwijze te ontwikkelen. We gaan in op de procesgang zoals deze in de voorbereiding was opgesteld en op de aanpassingen op basis van de pre-pilot in het gezondheidscentrum Holendrecht.

2.1 Projectplan en planning

De pilot 'Perspectief op Participatie' is uitgevoerd binnen de ketendienstverlening van DWI, GAZO en aanbieders van sociale activering. Professionals die betrokken waren bij de uitvoering waren de DWI-klantmanagers, de DWI-arts, de zorgverleners van GAZO en de trajectbegeleider van de SAP-interventies. GAZO, DWI Amsterdam, Agis / Achmea Health, TNO en Welder traden gezamenlijk op als ontwikkelaars van de pilot. Om deze samenwerking in goede banen te leiden werden tijdens de voorbereiding een projectplan en werkafspraken opgesteld, waarin onder andere de doelstelling, de beoogde resultaten, de planning en de processtappen waren beschreven. De projectleider was penvoerder van deze documenten.

2.1.1 Doelstelling en beoogde resultaten

In het gezamenlijke projectplan was de volgende doelstelling opgenomen:

“vast te stellen of de arbeidsgerichte eerstelijns zorg in afstemming met DWI de activering en zo mogelijk op termijn de re-integratie naar werk kan bevorderen van bijstandsgerechtigden met gezondheidsklachten”. De beoogde resultaten voor de deelnemende bijstandsgerechtigden waren:

- doorstroming naar trede 2 (sociale activering) en zo mogelijk naar maatschappelijke participatie in de vorm van (aangepast) werk (trede 3).
- Gezondere leefstijl;
- betere gezondheidstoestand;
- betere sociale participatie;
- effectiever zorggebruik met (op termijn) een positief effect op doelmatigheid van inzet van middelen.

In het projectplan stond beschreven dat na afronding van de pre-pilot (zie 2.3) deze doelstellingen ingevuld zouden worden volgens het SMART⁹ principe, zodat de kosteneffectiviteit bepaald kon worden als basis voor een bredere aanpak.

⁹ Specifiek Meetbaar Acceptabel Realistisch Tijdsgebonden

De samenwerking tussen de betrokken partijen zou de volgende voordelen voor elk van de partijen met zich meebrengen:

- “De cliënt wordt meer tevreden over zorg, wordt gezonder en actiever, maakt uiteindelijk minder gebruik van zorg, krijgt meer perspectief en heeft een grotere kans op werkhervatting en behoud van werk.
- De eerstelijns professional kan betere en efficiëntere zorg bieden en krijgt minder vaak ondoelmatige zorggebruikers op het spreekuur.
- De zorgverzekeraar kan op termijn de schadelast beperken doordat ondoelmatig zorggebruik afneemt.
- De uitkeringsinstantie DWI krijgt een betere activeerbare populatie (van trede 1 naar trede 2, en verder).
- Onderzoek door TNO geeft inzicht in hoeverre de beoogde effecten van de pilot bereikt worden.”

2.1.2 Doelgroep

De doelgroep van Perspectief op Participatief bestond volgens plan uit DWI-cliënten op trede 1 van de participatieladder, voor wie werk of zelfs begeleiding naar werk op dat moment niet tot de mogelijkheden behoorde. Dit waren veelal personen met meervoudige gezondheidsproblemen waarvan werd verondersteld dat zij veel zorg gebruikten. Om in aanmerking te komen voor deelname aan POPA diende er bij de cliënt perspectief te zijn op activering, mogelijk op termijn uitmondend in re-integratie naar (aangepast) werk. Op het moment dat cliënten deelnamen aan het programma, werden zij ingedeeld in trede 2 van de participatieladder.

De doelgroep diende woonachtig te zijn in Amsterdam Zuidoost en moest als patiënt ingeschreven zijn bij GAZO. Van de trede-1-cliënten van DWI Amsterdam Zuid-Oost was 80% alleenstaand (waarvan meer dan de helft mannen). Bovendien was het overgrote deel van de deelnemende cliënten verzekerd bij Agis / Achmea Health op grond van de collectieve zorgverzekering met DWI Amsterdam.

2.1.3 Inhoud interventie

In grote lijnen betrof de interventie een proef met de integratie van ketenzorg van DWI Amsterdam en de eerstelijns gezondheidszorg (GAZO) voor trede 1 cliënten. Hierbij werd gekeken óf en hoe deze integratie het beste ingestoken en vormgegeven kon worden. Het eindproduct van de interventie was een integraal plan van aanpak voor de patiënt/cliënt, opgesteld door de bedrijfsarts van GAZO in overleg met de cliënt en mede op basis van gegevens van huisarts, andere zorgverleners, DWI-arts en klantmanager. Dit plan van aanpak werd opgesteld op basis van het zogenaamde ICF-model¹⁰ en beschreef

- Of, en welke extra of andere curatieve zorg, belemmeringen voor functioneren zouden kunnen verminderen;
- welke activiteiten in het kader van sociale activering mogelijk zouden zijn.

¹⁰ De ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) is een model dat ontwikkeld is door de WHO (World Health Organization). Het is een gestandaardiseerd begrippenapparaat voor het beschrijven van het menselijk functioneren en de problemen die daarin kunnen optreden.

2.1.4 Verantwoordelijkheidsverdeling

De bijdragen van de betrokken partijen waren in het projectplan als volgt beschreven:

- “Agis / Achmea Health neemt de kosten voor haar rekening van de GAZO-interventie (incl. zorg door de bedrijfsarts) en een deel van de projectleiderskosten. Agis / Achmea Health levert bovendien gegevens over zorggebruik van de cliënten voor, gedurende en na de pilot ten behoeve van het evaluatieonderzoek door TNO.
- Welder financiert in het kader van het Project Sterk naar Werk¹¹ een deel van de projectleiderskosten en zorgt voor een SROI-analyse. Welder levert de projectleider. De onderzoekers van Sterk naar Werk stemmen methodieken af met de onderzoekers van TNO.
- TNO financiert en geeft uitvoering aan de monitor en evaluatie van de pilot in het kader van de propositie Gezond, Vitaal en Veilig (publieke onderzoeksgelden die TNO via de ministeries van SZW en VWS ontvangt). Afstemming vindt plaats met de onderzoekers van Sterk naar Werk.
- DWI draagt bij in tijd van Klantmanagers en de door DWI ingehuurd arts ('DWI-arts'), om trede 1 cliënten te selecteren voor GAZO-interventies en af te stemmen met de betrokken partijen. De Klantmanager zet SAP-interventies in die erop gericht zijn cliënten maatschappelijk actief te krijgen. Ook zet de klantmanager trajectbegeleiders van OSA in.
- GAZO levert arbeidsgerelateerde zorg in vorm van multidisciplinaire interventies en behandeling. De GAZO professionals zijn verantwoordelijk voor de probleemanalyse en het individuele Plan van Aanpak en beslissen daarmee medisch-inhoudelijk over de arbeidsgerelateerde zorginterventies (zie hoofdstuk 4). Daarbij wordt rekening gehouden met de totale belastbaarheid van de cliënt en worden activiteiten en interventies gefaseerd / gedoseerd ingezet.”

Ten behoeve van de aansturing van de pilot was een stuurgroep gevormd uit vertegenwoordigers van de betrokken partijen. De stuurgroep bestond uit de projectleider van de pilot (Welder), de programmamanager Grote Steden van Agis / Achmea Health, de marktpleinmanager van DWI Amsterdam Zuidoost, de directeur van GAZO en de projectleider van het evaluatieonderzoek door TNO. Naast deze stuurgroepleden met beslissingsbevoegdheid namen aanvankelijk ook adviseurs van elk van de betrokken partijen (zonder beslissingsbevoegdheid) deel aan de stuurgroepvergaderingen. Dit betroffen, volgens het projectplan, stadsdeeladviseurs van Amsterdam Zuidoost en Zuid, een teammanager van klantmanagers DWI Zuidoost, de directeur zorg van GAZO, de bedrijfsarts van GAZO, een adviserend geneeskundige van Agis en de DWI-arts. De stuurgroep had als verantwoordelijkheid om de voortgang te bewaken, de tussenresultaten te beoordelen en goed te keuren, een breed draagvlak te creëren voor het project en om gedurende de pilot beslissingen te nemen over bijstellingen op basis van geconstateerde knelpunten.

¹¹ Het project 'Sterk naar werk; Ziek en mondig in de 1e lijn' was erop gericht om mensen met gezondheidsklachten beter en effectiever toe te rusten om optimale zorg te vinden die een spoedige werkhervatting mogelijk maakt. Uitgangspunt is dat de dienstverlening rond de werkende met gezondheidsklachten zo is ingericht, dat diegene zelf zoveel mogelijk de regie in handen houdt of snel weer neemt. Het project is gefinancierd door Stichting Instituut GAK en uitgevoerd door o.a. Welder.

De projectleider was speciaal aangesteld om de pilot organisatorisch te ondersteunen. In eerste instantie verzorgde de projectleider procesmatige begeleiding. Maar in het projectplan was aangegeven dat dit in de loop van de tijd steeds meer een projectmatige aanpak zou betreffen. De taken van de projectleider die omschreven waren in het projectplan betroffen onder andere:

- Het aanspreken van de stuurgroep, adviseurs en betrokken professionals op hun verantwoordelijkheden en de uitvoering van de taken;
- Signaleren van knelpunten;
- Coördineren van onderzoeksinspanningen;
- Het faciliteren van de samenwerking tussen betrokkenen;
- Het evalueren van de pre-pilotfase en deze verwerken in definitieve opzet;
- Het in overleg met de partners organiseren van de in- en externe communicatie voor uitvoerenden, cliënten en externe partijen;
- Het voorbereiden en organiseren van de stuurgroepbijeenkomsten en van het multidisciplinaire overleg (MDO) binnen GAZO;
- Contact onderhouden met het project 'Sterk naar Werk'.

2.1.5 *Planning*

De planning voor de pilot was in de voorbereiding als volgt vastgelegd:

Fase 0: Voorbereiding pilotproject (20 juli – 30 september 2009):

- Vaststellen projectstructuur: samenstellen stuurgroep en MDO en aanstellen projectleider;
- Vaststelling doelstellingen pre-pilot;
- Besluitvorming over inrichting pilot, rollen en taken;
- Vastleggen van afspraken over de te volgen werkwijze, onderlinge communicatie en klantmanagement.

Fase 1: Pre-pilot (1 oktober 2009 – 28 februari 2010):

- Selectie van cliënten door klantmanagers voor het doorlopen van het conceptproces van POPA;
- Opstellen communicatie plan;
- Opzetten en afstemming monitoring en evaluatieonderzoek;
- Evaluatie van proces- en doorloopstappen (ook door cliënten);
- Afstemming processtappen en vastlegging van processtappen in werkafspraken;
- Formuleren van SMART doelstellingen voor daadwerkelijke pilot.

Fase 2: Uitvoering daadwerkelijke pilot (1 maart – 31 oktober 2010):

- Uitvoering pilot programma;
- Data verzameling ten behoeve van de monitoring en het evaluatieonderzoek;
- Inzet van instrumenten voor het bevorderen van empowerment-benadering van professionals tbv cliënten;
- Ontwikkeling van structurele financiering voor voortzetting na pilot.

Fase 3: Evaluatie (1 november – 31 december 2010):

- Resultaten van onderzoeksactiviteiten;
- Ontwikkeling bredere implementatie en structurele borging.

2.2 Werkafspraken

Om de dagelijkse gang van zaken vast te leggen, zijn er werkafspraken van het samenwerkingsproces gemaakt. In deze werkafspraken is voor elke stap van het project weergegeven wat de activiteit was, wie de uitvoerder van die activiteit was, wat de cliënt merkte van de activiteit en wat de doorlooptijd was van de betreffende stap. De volgende stappen zijn in de werkafspraken van POPA te onderscheiden:

- 1 Selectie van cliënten door de DWI klantmanager, inclusief criteria voor selectie en doorgeleiding naar de DWI-arts.
- 2 Indicatiestelling door DWI, inclusief belastbaarheidsonderzoek, advies voor sociale activering en het uitdelen van de vragenlijst (t.b.v. de nulmeting door TNO) door de DWI-arts, besluit van de klantmanager en inzet van trajectbegeleiding bij de Ondernemingskring Sociale Sector Amsterdam (OSA).
- 3 Doorgeleiding van cliënt naar GAZO, inclusief de overdracht van het indicatierapport, afspraak bij de GAZO huisarts, overdacht naar bedrijfsarts van GAZO en 0-meting TNO.
- 4 Opstellen van plan van aanpak door bedrijfsarts GAZO, inclusief afspraken over terugkoppeling naar-, en overleg met huisarts en terugkoppeling naar DWI.
- 5 Uitvoering van GAZO en SAP interventies door hulpverleners GAZO, inclusief vervolgesprek met cliënt, voortgangsberichtgeving naar DWI en tussentijdse evaluatie in het MDO.
- 6 Vaststellen resultaat en eventueel vervolgtraject, inclusief vervolgmeting TNO en vaststellen vervolgtraject voor de cliënt door de klantmanagers.

2.3 Pre-pilot

Om te bepalen hoe het samenwerkingsproces van klantmanagers, DWI-arts, huisartsen en bedrijfsarts het beste vormgegeven kon worden, werd in eerste instantie een voorbereidende pilot (pre-pilot) opgezet. Deze pre-pilot was erop gericht om de samenwerking tussen de betrokken professionals en organisaties in de praktijk uit te proberen en een werkbaar proces tot stand te brengen dat aan privacy eisen voldeed.

Voor deelname aan de pre-pilot werden 18 cliënten geselecteerd die ingeschreven stonden bij een huisarts van gezondheidscentrum Holendrecht (oorspronkelijke bedoeling volgens het projectplan was deelname van 10 tot 20 cliënten aan de pre-pilot). Voor deze pre-pilot werd het samenwerkings- en stappenproces uit het projectplan als uitgangspunt genomen zoals weergegeven is in figuur 2.1.

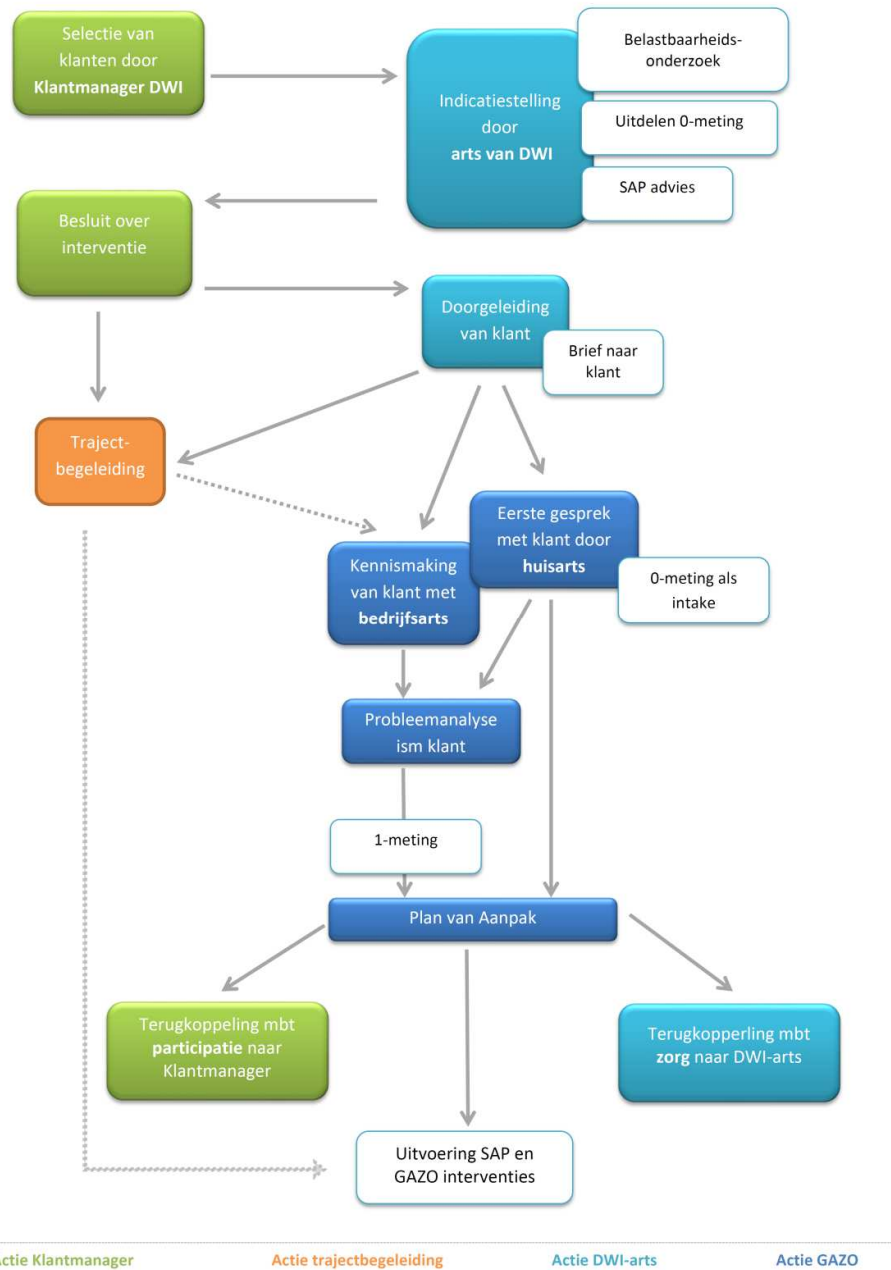
De klantmanager van DWI selecteerde cliënten uit trede 1 voor wie de ontheffing van verplichtingen binnenkort af zou lopen en beoordeelde op basis van inclusiecriteria of de geselecteerde cliënten in aanmerking kwamen voor deelname aan POPA:

- weinig mogelijkheden tot arbeidsintegratie vanuit de uitkeringssituatie op korte en middellange termijn wegens (multipelen) gezondheidsklachten; en/of
- terugval/uitval van arbeidsintegratie wegens (multipelen) gezondheidsklachten;
- postcode (Amsterdam Zuidoost).

DWI stuurde de bedrijfsarts van GAZO de namen van de geselecteerde cliënten toe. Een medewerker van het gezondheidscentrum Holendrecht checkte of de geselecteerde cliënten ingeschreven stonden en wie de vaste huisarts was.

Vervolgens voerde de DWI-arts een indicatiestelling uit, waarbij hij een inschatting maakte van wat de cliënt wel of niet kon op grond van een belastbaarheidsonderzoek. Daarnaast probeerde de DWI-arts de cliënt te motiveren om deel te nemen aan de pilot. Op grond van de indicatiestelling bracht de DWI-arts een advies uit aan de klantmanager over de mogelijkheden voor sociale activeringsplaatsen (SAP). De klantmanager besloot of de cliënt daadwerkelijk het POPA traject ging volgen. Als de klantmanager goedkeuring gaf, geleidde de DWI-arts de cliënt door naar GAZO. Tevens verstuurde hij de uitkomsten van de indicatiestelling naar de huisarts van de cliënt en de bedrijfsarts. Tegelijkertijd regelde de klantmanager trajectbegeleiding voor de cliënt. Deze trajectbegeleiding werd verzorgd door OSA en was bedoeld om ervoor te zorgen dat de cliënt snel startte met POPA en deel zou blijven nemen aan de SAP-activiteit.

Zodra GAZO de gegevens van DWI had ontvangen, maakte de assistente van het gezondheidscentrum Holendrecht voor de cliënt een afspraak met de huisarts en de bedrijfsarts. Deze afspraak betrof een dubbel consult waarin het doel en de verwachtingen van het traject besproken werden. De bedrijfsarts introduceerde zichzelf en lichtte haar rol toe. Na afloop van het dubbel consult had de bedrijfsarts nog aanvullend 10 à 15 minuten tijd om een vervolgspraak met de cliënt te plannen en het onderzoek van TNO toe te lichten. Op basis van het gesprek en eventuele vervolgesprekken stelde de bedrijfsarts een concept-plan van aanpak voor zorg op waarin zij de leefsituatie van de cliënt beschreef. Deze analyse betrof bijvoorbeeld de historie en de huidige sociale context van de cliënt en een beschrijving van mogelijk in te zetten vervolginventies (door GAZO en DWI). De bedrijfsarts koppelde het plan van aanpak terug naar de huisarts. Tijdens een zorgplangesprek tussen huisarts en bedrijfsarts werd het concept-plan van aanpak definitief gemaakt. Het plan van aanpak kon aanleiding zijn voor acties of interventies binnen de gezondheidszorg, zoals aanpassing van het medicatiegebruik of doorverwijzing naar eerstelijns behandelaars of specialisten. Tevens stelde de bedrijfsarts de cliënt, de klantmanager en de DWI-arts op de hoogte van het plan van aanpak. Het was de bedoeling dat de klantmanager op grond van het plan van aanpak geschikte SAP-interventies selecteerde voor de cliënt. Zo nodig won de klantmanager extra advies in bij de DWI-arts, de huisarts, andere klantmanagers en medisch specialisten.



Figuur 2.1: Procesgang pre-pilot volgens het projectplan en de werkafspraken

2.4 Aangepast projectplan op basis van pre-pilot

Zoals ook in het projectplan omschreven stond, was de werkwijze vooral gedurende de pre-pilot voortdurend in ontwikkeling door voortschrijdende inzichten en praktische ervaringen. Voor het beschrijven van deze ontwikkelingen en bijstellingen van de werkwijze heeft TNO zich gebaseerd op interviews met betrokkenen. Een van die aanpassingen betrof de samenstelling van de stuurgroep,

die al bij de eerste bijeenkomst te groot bleek om effectief te werken. Al gedurende de pre-pilot werden om die reden de stuurgroep en de werkgroep (uitvoerenden, adviseurs van de stuurgroep) van elkaar gescheiden. De werkpleinmanager van DWI Amsterdam Zuidoost nam de rol van voorzitter van de stuurgroep op zich. In het werkgroepoverleg was in het begin ook een huisarts betrokken. Bij GAZO vond gedurende de pre-pilot slechts één introductie van het project plaats tijdens het reguliere huisartsenoverleg.

Een andere aanpassing werd gedreven door de noodzaak om de kosten van het project te beheersen. Uit de pre-pilot bleek dat de begrote kosten van €400 per patiënt ruim overschreden werden. Daarop werd er kritisch gekeken naar de effectiviteit en kosten van de verschillende stappen in het proces. Bovendien werd de tarifiering van de ingehuurde bedrijfsarts aangepast. Die aanpassing betrof het instellen van twee tarieven: een reguliere tarief voor de arbeidsgerichte zorg van patiënten en een lager tarief voor administratieve handelingen. In de pre-pilot vielen alle handelingen door de bedrijfsarts onder het hogere tarief voor arbeidsgerichte zorg.

Tevens werd de rol van de huisarts aangepast met als doel de kosten te drukken. Waar in de pre-pilot de cliënt een gesprek had met de huisarts en de bedrijfsarts tezamen, had de cliënt in de pilot alleen nog een gesprek met de bedrijfsarts. De rol van huisarts beperkte zich tot het uitnodigen van de cliënt voor een gesprek met de bedrijfsarts (in de praktijk droegen de meeste huisartsen deze rol over aan de assistent). Het gesprek met de huisarts verviel daarmee. Beide aanpassingen leidden tot een aanzienlijke verlaging van de kosten zodat het project weer in de begroting paste. Wel moet hierbij worden opgemerkt dat deze aanpassingen mogelijk gevolgen hadden voor de effectiviteit van de interventie. In hoofdstuk 4 komen we hierop terug.

Gedurende de pre-pilot bleek dat de selectieprocedure op basis van postcode niet goed werkte. De DWI-arts kreeg geregeld cliënten aangeleverd die een huisarts bij een andere gezondheidscentrum hadden of überhaupt niet bij een huisarts stonden ingeschreven. Gedurende de pre-pilot werden deze cliënten niet toegelaten. Later werd besloten om deze cliënten op een wachtlijst te zetten. Onverzekerde cliënten zouden worden toegelaten als zij zich zouden laten inschrijven bij een gezondheidscentrum van GAZO. Cliënten die reeds stonden ingeschreven bij een ander gezondheidscentrum van GAZO werden toegelaten zodra de pilot ook daar werd aangeboden.

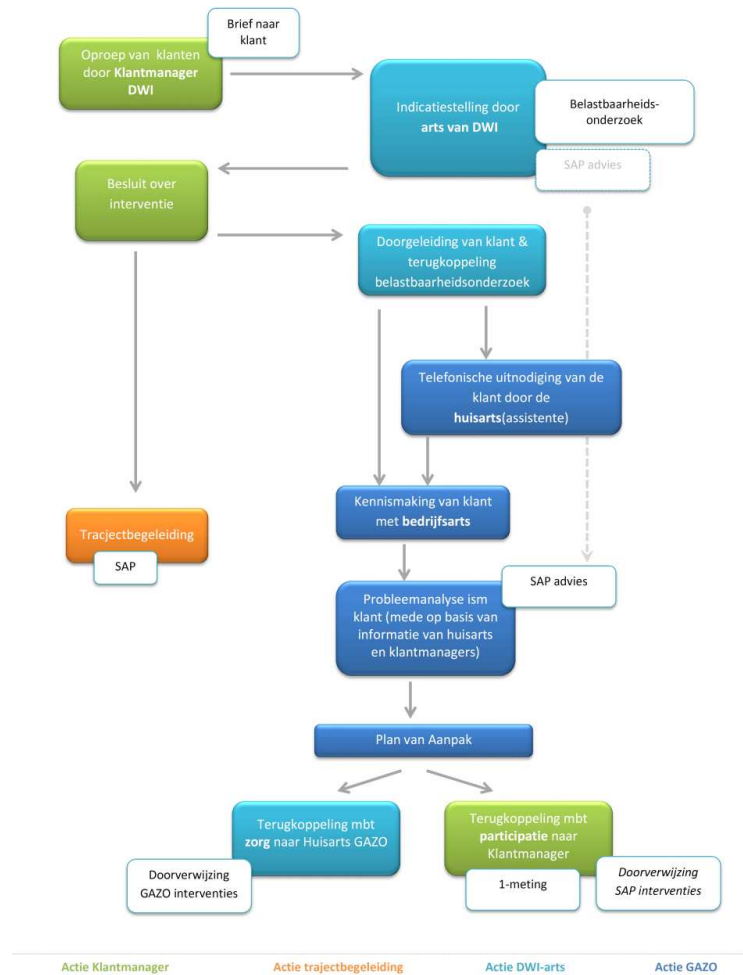
Een andere verandering in het werkproces had niet zozeer te maken met voortschrijdende inzichten uit de pre-pilot, maar met bezuinigingen aan de kant van DWI. Deze bezuinigingen hadden met name consequenties voor de beschikbaarheid van SAP-activiteiten voor cliënten op trede 1. Hierdoor konden lang niet alle cliënten meer gebruik maken van SAP en ging het aanbod van SAP-activiteiten drastisch omlaag. Ook werd door de bezuinigingen de samenwerking de trajectbegeleiding door OSA beëindigd. Daarna was er nog wel trajectbegeleiding mogelijk vanuit Pantar, maar die was minder intensief.

3 Output: uitvoering pilot

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk beschrijven we in paragraaf 3.2 t/m 3.6 hoe de uitvoering van de pilot verliep. Daarna gaan we nader in op de communicatie en samenwerking tussen betrokken partijen (3.7) en beschrijven we de instroom en uitval van DWI-cliënten (3.8). In paragraaf 3.9 bespreken we hoe de metingen verliepen voor het effectonderzoek door TNO. We besluiten het hoofdstuk met de visie van de betrokkenen op de uitvoering en de procesgang.

Door allerlei oorzaken, die hierna ook aan de orde komen, week de gerealiseerde aanpak vanaf de selectie door de klantmanager van DWI tot en met de uitvoering van het plan van aanpak en de terugkoppeling van de resultaten, op onderdelen flink af van het plan. Net als tijdens de pre-pilot werd het proces ook tijdens de pilot al doende aangepast en vormgegeven. Het proces zoals het er aan het eind van de pilot uitzag ziet u afgebeeld in figuur 3. 1.



Figuur 3.1: Procesgang eindfase pilot

3.2 Selectie door klantmanagers

De eerste selectie van DWI-klanten vond plaats door DWI-klantmanagers. Een DWI-teammanager van Werkplein Zuidoost over het selectieproces:

“Alle cliënten in trede 1 en 2 werden geselecteerd voor het project. Ik had mijn klantmanagers de opdracht gegeven om ieder vijf cliënten uit te zoeken uit hun bestand. Cliënten werden opgeroepen door de teammanagers en vervolgens gebeld door de klantmanagers. Na deze telefonische oproep kregen ze binnen 2 à 3 dagen een brief met uitleg over de pilot en een afspraak met de DWI-arts. Om uitval te voorkomen is het van belang dat de verschillende stappen elkaar snel opvolgen. In één à twee weken moest het cirkeltje rond zijn zodat doorgestuurd kon worden naar de huisartsenpost. Over deze termijnen en doorlooptijden waren afspraken gemaakt, maar er is nog geen zicht of zaken ook volgens dat plan verlopen zijn. Er was best wel wat no-show op de oproep van de klantmanagers. Dat was voor dit project niet anders dan voor andere projecten. De normale gang van zaken is dat cliënten op móeten komen dagen, anders volgen er sancties. Afsproken was om cliënten niet te veel te dwingen om mee te doen. De cliënten die op kwamen dagen waren redelijk gemotiveerd, soms ook enthousiast. Dat hoorde ik van de DWI-arts.”

De intentie was dat de klantmanagers van DWI regie zouden voeren op de voortgang van cliënten in POPA. Zij zouden onder andere bijhouden waar de cliënten zich in het proces bevonden en welke afspraken er waren gemaakt met de cliënt en betrokken partijen.

Het selecteren van voldoende DWI-clients voor POPA bleek een behoorlijk lastig proces. Ten eerste moest worden uitgezocht welke cliënten van DWI bij welke gezondheidscentra in Zuidoost ingeschreven stonden. Zoals ook al in de pre-pilot bleek, hadden niet alle cliënten uit het postcodegebied daadwerkelijk een huisarts in Zuidoost. Bovendien bemoeilijkten privacy-regels de uitwisseling van cliënt/patiëntgegevens. Gedurende de pre-pilot had een huisarts van gezondheidscentrum Holendrecht handmatig uitgezocht welke cliënten van DWI ook patiënt in dat gezondheidscentrum waren. De betreffende huisarts had hiervoor ongeveer 3 uur moeten uittrekken. Het was geen optie om deze taak ook gedurende de pilot door de huisartsen te laten uitvoeren. Niet alleen zouden de administratieve kosten dan te hoog oplopen, ook zouden de beschikbare middelen wel erg inefficiënt gebruikt worden. Om die reden werd ervoor gekozen om Agis / Achmea te betrekken bij de matching van de bestanden van DWI en GAZO, waardoor gegevens op basis van BSN per gezondheidscentrum gekoppeld konden worden. Hierdoor ontstond er een groslijst van ongeveer 425 potentiële cliënten waar DWI mee aan de slag kon.

Op basis van de groslijst konden de klantmanagers vervolgens cliënten selecteren voor instroom in POPA. Allereerst werden cliënten buiten de selectie gehouden waarvoor de POPA-interventie niet aan de orde was. Veel cliënten vielen af omdat zij al op traject zaten, reeds aan het werk waren, of te oud, te ziek of niet geschikt waren om mee te doen. De redenen om cliënten niet mee te laten doen aan de pilot werden op de groslijst weergegeven. De uiteindelijke POPA lijst bevatte 156 cliënten. Deze cliënten werden opgeroepen voor keuring door de DWI-arts.

Een ander knelpunt in de selectie van cliënten was volgens sommige geïnterviewden dat DWI-klantmanagers geneigd waren de meeste aandacht te besteden aan cliënten op trede 3 of 4 op de participatieladder, omdat deze groepen relatief gemakkelijk naar werk begeleid konden worden. Voor de klantmanagers leverde de begeleiding van de cliënten op trede 1 een hoog afbreukrisico op door de hardnekkige problematieken waarmee deze groep te kampen had. Ook het management van het Werkplein in Zuidoost leek weinig prioriteit te geven aan de pilot POPA. Dit had verschillende oorzaken. Ten eerste bleek het draagvlak voor de pilot POPA binnen de DWI-vestiging in Amsterdam Zuid-Oost gering te zijn, mede doordat het management pas laat betrokken was geraakt bij het project. Ten tweede leverde het project DWI veel extra administratief werk op, terwijl de indruk bestond dat POPA niet heel veel zou opleveren. Daar kwam bij dat het centrale management van DWI halverwege de pilot geconfronteerd werd met nieuwe bezuinigingen door het stadsbestuur. Deze bezuinigingen vormde de aanleiding voor een beleidswijziging bij DWI Amsterdam waarin nadrukkelijk voorrang werd gegeven aan de begeleiding van de kansrijke cliënten die zich op trede 3 of 4 van de participatieladder bevonden. Een project als POPA dat bedoeld was voor cliënten op trede 1 paste niet goed in dit nieuwe beleid.

De projectleider van POPA stond dan ook voor een moeilijke taak om de twee betrokken teammanagers van DWI over te halen mee te helpen aan de uitvoering van de pilot. De teamleiders hadden namelijk een belangrijke rol bij het voorlichten en instrueren van de klantmanagers. Zo moesten zij de klantmanagers aansporen om voldoende kandidaten aan te dragen voor de pilot.

3.3 Keuring door DWI-arts

De eerste selectie van cliënten vond plaats door de klantmanager. Van de 156 door de klantmanagers opgeroepen cliënten verschenen er 124 daadwerkelijk bij de DWI-arts.

De arts van DWI voerde de indicatiestelling uit op grond van een belastbaarheid onderzoek. De conclusies daarvan verwerkte de arts in een rapport. Hij beschreef de anamnese van de cliënt, wat de cliënt wel kon doen (in termen van activering en werk), voor hoeveel uur per week en wat daarbij belemmeringen waren. Tevens plaatste de DWI-arts in het rapport praktische kanttekeningen bij de leefsituatie van de cliënt (zoals verslaving of schulden).

Op grond van de indicatiestelling controleerde de DWI-arts of er redenen waren om de trede-indeling van de cliënt aan te passen. Sommige cliënten die door de klantmanagers op trede 1 waren ingedeeld, bleken bij nader inzien voldoende arbeidsmogelijkheden te hebben voor indeling op trede 3 of 4. De DWI-arts bracht dan een advies uit aan de klantmanager voor herindeling van betreffende cliënten. Cliënten bleven in trede 1 als de belemmeringen om te participeren zodanig groot of complex waren dat er eerst geïnvesteerd moest worden in het wegnemen of verminderen van deze belemmeringen. De DWI-arts schatte in of de interventie "arbeidsgerichte eerstelijns zorg" van de pilot POPA een bijdrage kon leveren aan het wegnemen van deze belemmeringen.

De DWI-arts: *“Ik heb niemand afgekeurd. Iedereen kan wel iets. Er was een relatief kleine groep die echt niet deel kon nemen”.*

De DWI-arts had tevens de taak om de cliënten te motiveren om naar de huisarts te gaan voor de POPA-interventie. Uit de gespreken bleek dat veel cliënten de huisarts zelden of nooit bezochten. Omdat gezondheidsproblemen binnen de groep cliënten op trede 1 veel voorkwamen, waren er aanwijzingen dat veel cliënten zorg meden.

Aanvankelijk adviseerde de DWI-arts de cliënt over de mogelijkheden voor activering door middel van een Sociale Activeringsplaats (SAP). Later kwam deze adviestaak ook te liggen bij de bedrijfsarts van GAZO. Dat naast de DWI-arts ook de bedrijfsarts en huisarts adviezen gingen geven over activering was volgens betrokkenen een goede aanpassing. *“Het is namelijk zinvol wanneer cliënten van de DWI-arts, de huisarts én de bedrijfsarts horen dat iets goed voor ze is. Ze denken dan: ‘als ze het allemaal zeggen, dan zal het wel zo zijn.’”*

Nadat de DWI-arts de POPA-interventie had toegelicht, hielp hij de cliënt met het invullen van een toestemmingsformulier voor het overdragen van gegevens van DWI aan de huisarts en de bedrijfsarts van GAZO. Een DWI-klantmanager: *“Cliënten dienden zelf toestemming te geven voor het doorspelen van informatie. Sommigen begrepen wel waarvoor zij toestemming gaven. Maar er bestond ook wel de indruk dat niet alle cliënten begrepen wat het ondertekenen van het toestemmingsformulier inhield. Er hebben geen cliënten geweigerd.”*

De resultaten van het belastbaarheidsonderzoek werden door de DWI-arts terug gekoppeld aan de klantmanager, die vervolgens akkoord moest geven voor de interventie van GAZO. De DWI-arts schetste hierbij alleen op hoofdlijnen de situatie van de cliënt, om te voorkomen dat het medisch beroepsgeheim geschonden zou worden. De klantmanager stelde de cliënt eerst per brief op de hoogte van het besluit om akkoord te gaan met deelname aan de interventie en verwees daarna de cliënt door naar zijn of haar huisarts. De DWI-arts zorgde ervoor dat de rapportage van het belastbaarheidsonderzoek werd doorgestuurd naar de bedrijfsarts en de huisarts. Aanvankelijk hield de trajectbegeleider van OSA een lijst bij van cliënten die naar de huisarts waren doorverwezen. Toen halverwege de pilot het contract van DWI met OSA werd beëindigd, nam de projectleider deze taak over.

3.4 Probleemanalyse en opstellen plan van aanpak

Van de 124 cliënten bij wie de DWI-arts een belastbaarheidsonderzoek uitvoerde, gingen er 64 ten minste een keer op gesprek bij de bedrijfsarts van GAZO. De bedrijfsarts hield consult in het gezondheidscentrum waar de cliënt stond ingeschreven. Dit had als voordeel dat het gesprek plaatsvond in een voor de cliënt bekende omgeving en dat de bedrijfsarts en huisarts elkaar gemakkelijk konden raadplegen. In het gesprek besprak de bedrijfsarts met de cliënt hoe het dagelijks functioneren verliep en welke belemmeringen de cliënt daarbij ervoer. Vervolgens won de bedrijfsarts zo nodig advies in bij de klantmanager van DWI, de huisarts, een andere eerstelijns professional, of een medische specialist. In het plan van aanpak beschreef de bedrijfsarts de medische belemmeringen die er voor de cliënt

waren. Daarnaast nam zij in het plan van aanpak een advies op over vervolgstappen. Deze vervolgstappen konden betrekking hebben op:

- behandelingen in de gezondheidszorg gericht op verbeteren van het lichamelijke en psychische functioneren (zoals aanpassen van het medicatiegebruik, fysiotherapie of psychotherapie);
- activiteiten gericht op maatschappelijke participatie (zoals sociale activeringsplaatsen), het opdoen van werkervaring en, indien mogelijk, begeleiding naar regulier werk.

Naast het opstellen van een plan van aanpak, hadden de gesprekken tussen de cliënt en de bedrijfsarts tot doel om de zelfwerkzaamheid van cliënten te vergroten. De gedachte was dat cliënten zelf actief mee zochten naar geschikte oplossingen. Voorkomen diende te worden dat cliënten passief zouden afwachten tot hulpverleners hen oplossingen zouden aandragen. De projectleider van POPA ondersteunde de bedrijfsarts bij het “empoweren” van de cliënt, bijvoorbeeld door voor te stellen cliënten huiswerk te geven en zo zelf na te laten denken over vervolgstappen. Cliënten werden hierbij niet onder druk gezet. Ook bood de bedrijfsarts de cliënten een luisterend oor. Een cliënt vertelde de bedrijfsarts: *‘Het is voor het eerst dat ik mijn levensverhaal verteld heb, ik heb vertrouwen gekregen’*.

De bedrijfsarts besprak met de cliënt welke conclusies getrokken konden worden uit het gesprek. Het plan van aanpak werd, met toestemming van de cliënt, doorgestuurd naar de huisarts. De bedrijfsarts had de mogelijkheid om het plan van aanpak te bespreken met de huisarts. Het was de bedoeling dat de huisarts op grond van het plan van aanpak nieuwe behandelingen initieerde of bestaande behandelingen aanpaste. Zo nodig kon de bedrijfsarts een apart advies over activering sturen naar de klantmanager van DWI.

3.5 Uitvoering plan van aanpak

3.5.1 Zorg

In de praktijk kreeg de bedrijfsarts van de meeste cliënten toestemming om het plan van aanpak met aanbevelingen op het gebied van zorg, door te sturen naar de huisarts. Veel cliënten werden vervolgens doorverwezen voor psychotherapie en fysiotherapie. De bedrijfsarts liet het initiatief voor het maken van een afspraak met de zorgverleners over aan de cliënt en de huisarts. Zij gaf alleen ondersteuning in de vorm van advies.

3.5.2 Activering

Volgens de POPA-lijst, hadden uiteindelijk 62 cliënten een gesprek met de bedrijfsarts van GAZO. Voor deze cliënten stelde de bedrijfsarts een plan van aanpak op met de volgende aanbevelingen:

- 13 cliënten kwamen op een SAP-plek terecht;
- 5 cliënten werden geschikt geacht voor vrijwilligerswerk;
- 4 cliënten werden geschikt geacht voor bemiddeling naar werk.

De SAP-plekken betroffen onder andere taallessen, computer lessen en zwemmen.

Volgens de bedrijfsarts is *“het arbeidsgerichte minder uit de verf gekomen. Het was meer gericht op maatschappelijke participatie van trede1-clieënten. Toch zijn er*

leuke resultaten geboekt. Cliënten zijn meer gaan doen. Er is een flink aantal op een SAP-plek gekomen.”

3.5.3 Terugkoppeling naar DWI

De DWI-klantmanager ontving het rapport van de DWI-arts voor in het dossier. Nadat de bedrijfsarts van GAZO de gesprekken met de cliënt had afgerond, verzorgde de POPA-projectleider de terugkoppeling naar de klantmanagers per e-mail (bijvoorbeeld over geschiktheid voor SAP of MAP). De klantmanagers moesten er vervolgens voor zorgen dat de cliënten de tweede vragenlijst van TNO invulden.

Oorspronkelijk was het de bedoeling dat de DWI-arts na uitvoering van het plan van aanpak ook een eindkeuring zou doen om vast te stellen in hoeverre de gezondheid en mogelijkheden voor activering van de cliënt verbeterd waren. Door de bezuinigingen bij DWI werd deze eindkeuring uiteindelijk geschrapt. Hierdoor bleef het voor de stuurgroep, de betrokken professionals en de cliënten lang onduidelijk tot welke resultaten de interventie leidde.

3.6 Instroom, uitval en cliëntflow

Het totale cliëntenbestand trede 1 van DWI Amsterdam bestond ten tijde van de pilot uit zo'n 2.500 personen, waarvan ongeveer 425 behoorden tot het cliëntenbestand van DWI Zuidoost. Na een eerste selectie door de klantmanagers bleven er 156 cliënten over. De voortgang van deze groep werd gedurende de pilot bijgehouden op een zogeheten POPA-lijst lijst. Op grond van deze lijst is het verloop van de instroom en de uitval in kaart gebracht (zie figuur 3.1).



Figuur 3.1: Instroom en uitval van cliënten in zowel de pre-pilot als de pilot van POPA

Van de cliënten die op de POPA-lijst stonden, bezochten 124 de DWI-arts voor een belastbaarheidsonderzoek; 11 cliënten werden teruggetrokken door een klantmanager of namen om een andere reden niet meer deel en 21 cliënten kwamen niet opdagen (no-show). Volgens de klantmanagers was het aandeel van de cliënten dat na de oproep niet kwam opdagen vergelijkbaar met andere projecten.

Ook bij het doorgeleiden van cliënten naar GAZO door de DWI-arts vielen enkele cliënten uit. Een aantal van deze cliënten bleek bij nader inzien:

- niet in het postcodegebied te wonen;
- geen huisarts te hebben;
- bij een gezondheidscentrum ingeschreven te staan dat (nog) niet deelnam aan POPA;
- niet te zijn opgeroepen bij de DWI-arts omdat er geen SAP voorhanden was en daardoor ook geen trajectbegeleiding;
- niet te zijn komen opdagen op de afgesproken datum.

De uitval van cliënten gedurende de pilot was volgens betrokkenen vaak terug te voeren op motivationele problemen in combinatie met een verlate oproep door GAZO. Sommige cliënten moesten na de indicatiestelling door de DWI-arts enige tijd wachten voordat zij opgeroepen werden voor een gesprek met de bedrijfsarts van GAZO omdat de pilot nog niet was gestart in het gezondheidscentrum van hun huisarts. De wachttijd verhoogde de kans op uitval. Een ander mogelijke verklaring voor de uitval houdt verband met onduidelijkheden bij de cliënten over de vorm en inhoud van POPA. Mogelijk gingen sommige cliënten ervan uit dat de tussenkomst van de huisarts en bedrijfsarts geen onderdeel uitmaakte van de pilot. Bovendien was het voor velen niet duidelijk wanneer het traject van POPA begon en eindigde. Dat DWI geen sancties toegepaste bij het niet deelnemen aan de interventie van POPA, droeg wellicht eveneens bij aan de uitval.

Een klantmanager merkte op: *“Toch is de uitval relatief meegevallen, het is een moeilijke groep om in beweging te krijgen”*.

Hoewel de uitval van POPA meeviel in vergelijking met andere projecten, bleek een adequaat overzicht van de in- en uitstroom van cliënten te ontbreken. Volgens de oorspronkelijk opzet waren klantmanagers van DWI hiervoor verantwoordelijk omdat zij de centrale regie voerden. Daar over de registratie van in- en uitstroom van cliënten geen duidelijke werkafspraken waren gemaakt, werd deze rol gedurende het project door verschillende partijen opgepakt. Aanvankelijk hield de trajectbegeleider van OSA een overzicht bij van de cliënten. Door het wegvallen van de trajectbegeleiding halverwege de pilot verviel ook deze activiteit. Toen vervolgens bleek dat de DWI-arts niet in staat was om de monitoring van de in- en uitstroom van cliënten over te nemen, ontfermden de projectleider en een team assistent van DWI zich over deze taak. Zij stelden de eerder besproken POPA-lijst op waarin zij per cliënt de verschillende stappen van het proces bijhielden. In de praktijk bleek deze POPA lijst door klantmanagers weinig tot nauwelijks gebruikt te worden.

3.7 TNO-metingen

De rol van TNO was om de resultaten van het project te monitoren en het verloop van het proces te evalueren. Om te onderzoeken of de aanpak resultaat opleverde, ontwikkelde TNO twee vragenlijsten die de cliënten voor en na de interventie van POPA moesten invullen: de vragenlijst voor de 0-meting en de vragenlijst voor de 1-meting. Aanvankelijk was het idee dat de eerste vragenlijst voor de nulmeting door de DWI-arts werd uitgedeeld aan de deelnemende cliënten. De cliënt zou de vragenlijst zelf thuis invullen en inleveren bij de bedrijfsarts van GAZO. Tijdens het gesprek zou de bedrijfsarts de vragenlijst nog eens met de cliënt doorlopen om te

kijken of alles was ingevuld. Vervolgens zou de bedrijfsarts de ingevulde vragenlijst doorsturen naar TNO.

De vragenlijst van de nameting (1-meting) zou aan het einde van de interventie aan de cliënt worden voorgelegd. Al snel bleek dat er geen duidelijke afspraken in het projectplan waren gemaakt over het einde van de interventie. TNO besloot toen om de oplevering van het plan van aanpak als referentie moment te gebruiken voor het uitzetten van de vragenlijst voor de 1-meting. Om effecten te kunnen meten van de veranderende zorg en activeringsactiviteiten, zou de vragenlijst voor de 1-meting niet eerder dan twee maanden na de oplevering van het plan van aanpak aan de cliënt voorgelegd moeten worden. Het lag voor de hand dat de klantmanagers van DWI daarvoor zouden zorgdragen, aangezien zij het beste op de hoogte waren van de vervolgtrajecten van hun cliënten. De stuurgroep koos er echter voor om het uitzetten van de vragenlijst voor de 1-meting pas in een later stadium te regelen, omdat de organisatie, processen en kosten aanvankelijk alle aandacht opeisten.

In de praktijk verliep vooral de nulmeting moeizaam. TNO had ingeschat dat een minimale respons van 80 cliënten nodig was om significante effecten te kunnen aantonen. Deze respons werd voor de nulmeting bij lange na niet gehaald. Uiteindelijk werden er volgens de POPA-lijst 65 vragenlijsten voor de nulmeting uitgedeeld, waarvan er 15 ingevuld werden doorgestuurd naar TNO. De lage respons van de nulmeting hield voor een belangrijk deel verband met de versoering van de interventie naar aanleiding van de bezuinigingen. Deze haalden namelijk ook een streep door de begeleiding die de bedrijfsarts verzorgde bij het invullen van de vragenlijst. Hierdoor verviel een belangrijke waarborg voor het invullen en inleveren van de vragenlijsten.

Door het ontbreken van concrete werkafspraken over het uitzetten van de tweede vragenlijst dreigde ook de 1-meting aanvankelijk op een mislukking uit te lopen. Toen de problemen in de stuurgroep aan de orde kwamen, kwam DWI met het voorstel om alle deelnemende cliënten op te roepen voor de 1-meting. DWI organiseerde hiervoor twee invulsessies op verschillende data om cliënten in de gelegenheid te stellen de vragenlijst voor de 1-meting in te vullen. Tijdens deze invulsessies was de formulierenbrigade van DWI beschikbaar om cliënten te helpen bij het invullen van de vragenlijst. DWI zorgde er bovendien voor dat de ingevulde vragenlijsten werden doorgestuurd naar TNO. Deze actie van DWI heeft geresulteerd in een hoge respons voor de 1-meting.

3.8 Visies van betrokkenen op uitvoering en procesgang

Voor alle betrokkenen was de pilot POPA een forse uitdaging. Hoewel vooraf was afgesproken dat de samenwerking en uitvoering werkende weg geoptimaliseerd zouden worden, had men niet voorzien dat de organisatie van de pilot zoveel tijd en moeite zou vergen. Verschillende personen hebben op bepaalde momenten overwogen de handdoek in de ring te gooien. De projectleider, die de verantwoordelijkheid had om de uitvoering van het project in goede banen te leiden, omschreef het als een "hoofdpijnproject". Ook andere leden van de stuurgroep hebben geen positief gevoel aan de pilot overgehouden.

Met POPA werd een nieuwe samenwerking tussen DWI en de eerstelijns gezondheidszorg (GAZO) uitgeprobeerd. Ook de inzet van een projectleider was voor veel van de betrokken personen een nieuwe ervaring. Ondanks dat de samenwerking niet altijd soepel verliep, werd deze door betrokkenen over het algemeen als positief en leerzaam ervaren. Men was over het algemeen positief over de aanstelling van een projectleider en de manier waarop deze de uitvoering van de pilot begeleidde. Betrokkenen gaven tijdens de interviews te kennen veel bewondering te hebben voor het strakke projectmanagement en de goede voortgangsbewaking door de projectleider. Uit de interviews valt af te leiden dat de projectleider onmisbaar was voor de organisatie van de uitvoering. Daarbij valt op dat medewerkers van DWI aanvankelijk reserves hadden over de aanstelling van de projectleider. Zij waren gewend om zelf de regie te voeren in projecten en trajecten en kregen de indruk dat veel voor hen werd besloten.

Leden van de stuurgroep hebben daarentegen de indruk gekregen dat medewerkers van DWI aanvankelijk minder gemotiveerd waren dan de medewerkers van Agis / Achmea Health, GAZO en TNO om de pilot tot een succes te maken. Dit is mogelijk te verklaren uit het feit dat DWI in het begin niet door Agis / Achmea Health en GAZO waren betrokken bij het opstellen van het projectplan. Door de manager van het werkplein te vragen om op te treden als voorzitter van de stuurgroep probeerde de initiatiefnemers de betrokkenheid van DWI-medewerkers bij de pilot te vergroten.

Uit de interviews blijkt dat de betrokkenen op financieel vlak een ander beeld hadden van de inbreng van DWI. Met name bij Agis / Achmea Health leefde de opvatting dat DWI het meeste van de pilot profiteerde, zonder iets te hoeven bijdragen aan de begroting van het project. Bij DWI vond men dat de eigen medewerkers onevenredig veel inspanningen moesten leveren voor het project, terwijl de indruk bestond dat de opbrengsten vooral bij Agis / Achmea Health zouden liggen. Overeenstemming over de gezamenlijke uitkomsten, opbrengsten en verwachtingen van de pilot vóór de start had deze conflicterende zienswijze wellicht kunnen voorkomen.

Op uitvoerend niveau waren de huisartsen en bedrijfsarts van GAZO en de arts van DWI zeer positief over de onderlinge samenwerking. Door de gemeenschappelijke achtergrond, spraken zij dezelfde taal en konden zij bovendien informatie uitwisselen zonder hun geheimhoudingsplicht te schenden. De bedrijfsarts hield bovendien haar gesprekken op de locaties van de verschillende gezondheidscentra, waardoor er direct contact mogelijk was met de huisartsen van GAZO. De afstemming tussen de DWI-arts en bedrijfsarts van GAZO verliep soepel. Beide waren gemotiveerd om van de pilot een succes te maken.

De huisartsen daarentegen waren niet onverdeeld enthousiast over de pilot. Enkele huisartsen vonden het bezwaarlijk dat de bedrijfsarts contact had met diens patiënten. Bovendien viel het op dat de houding van de meeste huisartsen ten opzichte van de pilot nogal passief was. Huisartsen toonde zich weinig betrokken met de uitvoering van de arbeidsgerichte eerstelijns zorg. Slechts een enkeling was bereid om actief mee te denken aan oplossingen en verbeteringen. Uit de interviews komt een beeld naar voren van huisartsen die alleen in praktische zin wilden horen wat ze moesten doen. Niet alle huisartsen hadden zich verdiept in de

sociaal geneeskundige visie die de insteek was voor dit project bij GAZO en de gedachte was achter arbeidsgerichte eerstelijns zorg.

Voorts kunnen we uit de interviews afleiden dat er een cultuurverschil bestond tussen de huisartsen van GAZO enerzijds en de klantmanagers van DWI anderzijds. Dit cultuurverschil bemoeilijkte de communicatie tussen beide groepen professionals. Huisartsen en klantmanagers hadden een andere perceptie over nut en noodzaak van de pilot en keken anders aan tegen problemen en oplossingen. Hoewel de DWI-arts en de bedrijfsarts in de praktijk fungeerden als schakels tussen de klantmanagers en de huisartsen van GAZO, lukte het hen niet om beide groepen bij elkaar te brengen. Dit cultuurverschil vormde ook een verklaring voor de moeilijke samenwerking tussen GAZO en DWI.

“Het levert nieuwe inzichten op voor alle partijen, bv gebruik van huisartsenzorg, en om wat voor cliëntgroep het nou eigenlijk gaat bij trede 1 (dat weet DWI ook niet goed). Ook is het voor DWI nieuw om samen te werken met huisartsen. Wat kunnen we daarmee. De resultaten zullen wel tegenvallen, zeker voor Agis. Het medicijngebruik zal waarschijnlijk niet omlaag gegaan zijn. Het project was zijn tijd vooruit. Het is wel duidelijk geworden dat de samenwerking tussen partijen anders moet: minder bureaucratisch. Samenwerking met huisartsen is heel belangrijk. Omdat DWI daarvoor geen geld meer heeft, moet het stadsdeel het doen. Het is gebleken dat heel veel cliënten echt helemaal niets doen. Agis, Welzijn en DWI kunnen op dat vlak veel bereiken. DWI kan wel meer medewerking verlenen door klantmanagers cliënten te laten selecteren.”

“Voor Agis was het doel vooral doelmatiger zorg consumeren en op langere termijn zorgkosten reduceren. Dit was gesteld op de aanname dat de trede 1 cliënten de deur plat lopen bij de huisarts, maar de vraag is of dit wel zo is. Sommige cliënten op trede 1 hebben niet eens een huisarts of komen er nooit. Voor de huisarts zelf bood het project gelegenheid om de patiënt wat meer te betrekken bij de behandeling. De beoogde baten voor DWI lagen enerzijds bij de gezondheid van hun cliënten en anderzijds bij het reduceren van kosten. Het gevoel is wel aanwezig dat de baten uiteindelijk het meest bij DWI lagen.”

De geïnterviewde leden van de stuurgroep en de uitvoerders van de pilot (klantmanagers, DWI-arts, bedrijfsarts en huisartsen) betwijfelen of de pilot POPA tot substantiële resultaten heeft geleid. De indruk bestaat zelfs dat het zorggebruik door de pilot is toegenomen doordat cliënten die voorheen nooit bij de huisarts kwamen, de weg naar de eerstelijns gezondheidszorg hebben gevonden. Als gevolg van de bezuinigingen bij DWI konden er bovendien niet veel cliënten op een SAP of MAP geplaatst worden.

Niettemin verwachten de geïnterviewden dat POPA voor een aantal cliënten positief heeft uitgepakt. De arbeidsgerichte eerstelijns zorg droeg bij aan de doorstroming naar activering en een enkele keer zelfs naar werk. Door de interventie kwam aan het licht dat sommige cliënten ten onrechte waren ingedeeld op trede 1 van de participatieladder. De interventie kon bovendien een aanzet leveren voor het doorbreken van de al jarenlange patstelling in de zorg en de begeleiding vanuit DWI. Door eens iemand anders naar de problemen te laten kijken, konden problemen aan het licht komen en oplossingen gevonden worden die nieuwe perspectieven boden voor de cliënt. De pilot POPA leverde ook een meer

praktische resultaat op in de vorm van de ontwikkeling van een uitgewerkt proces (inclusief formulieren en werkwijzen) voor arbeidsgerichte eerstelijns zorg.

Mede door bezuinigingen bij DWI, is besloten om de pilot POPA niet in een of andere vorm voort te zetten. Volgens de DWI-arts is dit een gemiste kans. Niet alleen zijn hierdoor alle inspanningen en moeite voor niets geweest. Ook vreest hij dat huisartsen en klantmanagers van DWI een volgende keer wel eens minder bereid zullen zijn om hun medewerking te geven aan een dergelijk initiatief.

De geïnterviewden hebben enkele suggesties aangedragen voor een eventuele doorstart van POPA. Zo wordt voorgesteld om een gemeenschappelijk digitaal cliëntvolgsysteem te ontwikkelen ter vervanging van de POPA-lijst, waarmee informatie en agenda's uitgewisseld kunnen worden. Het cliëntvolgsysteem kan zodanig worden vormgegeven dat betrokkenen geen privacygevoelige informatie kunnen inzien als zij daar niet toe gerechtigd zijn. Een andere suggestie voor een vervolg van POPA is het inzetten van een maatschappelijk werker of arbeidsdeskundige voor het organiseren en uitvoeren van eerstelijns arbeidsgerichte zorg. Naar aanleiding van de pilot vragen sommige betrokkenen zich af of de bedrijfsarts, gezien de hoge kosten, wel de juiste persoon is om bij de eerstelijnszorg te betrekken.

4 Outcome: effecten voor de doelgroep

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk geven we de resultaten weer van de effectmeting. Zoals eerder vermeld in paragraaf 3.7, is het invullen van de vragenlijsten voor de nulmeting niet optimaal verlopen. Er zijn hierdoor meer ingevulde vragenlijsten beschikbaar van de eenmeting dan van de nulmeting. Ook zijn er cliënten waarvan we wel gegevens hebben van de nulmeting maar niet van de eenmeting. Na koppeling van de data van de nul- en eenmeting blijven er 23 cliënten over voor wie zowel een nul- als eenmeting beschikbaar is. Voor een betrouwbare meting van alle onderzochte effecten is dit een te klein aantal. We kunnen slechts over een beperkt aantal effecten uitspraken doen. De gegevens van de enquête biedt wel voldoende informatie om de kenmerken van de populatie te beschrijven.

De open vragen in de vragenlijst over medicijngebruik bleken slecht bruikbaar voor het onderzoek. Bij het soort medicijn zijn merknamen, klachten en doseringen door elkaar gebruikt. Wij gaan voor medicijngebruik uit van administratieve gegevens bij Agis / Achmea Health over zorgconsumptie.

4.2 Beschrijving populatie

De gegevens van het vragenlijstonderzoek zijn allereerst gebruikt om de populatie in kaart te brengen. Doordat van meer deelnemers aan de pilot een eenmeting bekend is in vergelijking met de nulmeting is deze eenmeting als basis genomen. De eenmeting telt 54 personen. Deze gegevens zijn aangevuld met personen (11 in aantal) voor wie geen eenmeting maar wel een nulmeting beschikbaar is. Voor personen voor wie zowel een nul- als eenmeting beschikbaar is, is de eenmeting gebruikt om een zo groot mogelijke homogeniteit na te streven. In totaal zijn er dus 65 personen beschikbaar die gebruikt zijn bij de beschrijving.

Tabel 4.1 geeft de kenmerken van de populatie weer. Ongeveer 6 van de 10 deelnemers aan de pilot is vrouw. De leeftijd van de deelnemers varieert van 29 tot 64 jaar. De gemiddelde leeftijd is 52 jaar, hetgeen vrij hoog is.

Driekwart van de deelnemers heeft in het verleden betaald werk gehad. Deze vraag is alleen gesteld bij de nulmeting. De eigen perspectieven op de arbeidsmarkt worden niet al te positief ingeschat. Zes van de tien weet niet wanneer men weer betaald werk denkt te kunnen doen. Bijna een kwart verwacht nooit meer aan de slag te komen.

Tabel 4.1 Kenmerken deelnemers (in procenten, tenzij anders vermeld), N=65

	Totaal
Geslacht	
Man	39
Vrouw	61
Leeftijd (jaar)	52
In verleden betaald werk gehad? (N=32)	
Ja	75
Nee	25
Wanneer denkt u weer betaald werk te kunnen doen?	3
Binnen 6 maanden	5
Binnen 1 jaar	5
Binnen 2 jaar	0
Over meer dan 2 jaar	2
Over meer dan 5 jaar	23
Nooit	62
Weet niet	

De intentie om deel te nemen aan de pilot arbeidsgerelateerde eerstelijnszorg is matig tot redelijk (zie tabel 3.2) in vergelijking met andere interventies. Bijna de helft is van plan gebruik te maken van de arbeidsgerelateerde zorg in het komende halfjaar. Een groep van bijna 60% is van plan om naar elke bijeenkomst te gaan. En 70% is van plan zijn best te doen de behandelingen en activiteiten helemaal te doorlopen.

Tabel 4.2 Attitude ten opzichte van de pilot (in procenten), N=34

	Zeker wel	Waarschijnlijk wel	Misschien	Waarschijnlijk niet	Zeker niet
A	16	31	22	19	13
B	31	28	25	6	9
C	38	31	19	9	3

A Bent u van plan om het komende halfjaar actief gebruik te maken van de arbeidsgerelateerde eerstelijns zorg voor cliënten DWI?

B Bent u van plan om naar elke bijeenkomst te gaan van de arbeidsgerelateerde eerstelijns zorg voor cliënten DWI?

C Bent u van plan uw best te doen om de behandelingen en activiteiten helemaal te doorlopen?

4.3 Effecten pilot

Slechts 34% van de respondenten zegt deelgenomen te hebben aan de pilot arbeidsgerichte eerstelijnszorg. Mogelijk speelt de geringe herkenbaarheid van de interventie voor de cliënt daarbij een rol. Aan degenen die gezegd hebben deelgenomen te hebben zijn vervolgvragen gesteld over de waardering en de (zelfgerapporteerde) effecten van de pilot. Het rapportcijfer is met 6,2 net een

voldoende. De meeste respondenten zijn het helemaal oneens met de stelling dat de pilot bijgedragen heeft aan verbetering van de gezondheid en het zelfvertrouwen. Ook heeft men niet de indruk door de pilot fitter of actiever geworden te zijn. Het gaat hierbij om gemiddelden binnen de populatie. Zo zijn er 2 respondenten die het ermee eens zijn dat de gezondheid verbeterd is door de pilot, 6 zijn het ermee eens dat ze meer zelfvertrouwen hebben gekregen, twee zijn fitter en 2 actiever.

Tabel 4.3 Effecten pilot (in procenten, tenzij anders vermeld), N=54

	totaal
Deelgenomen aan pilot arbeidsgerichte eerstelijnszorg?	
Ja	34
Nee	58
Weet niet	8
Rapportcijfer pilot (N=19)	6,2
Zelfgerapporteerde effecten pilot (N=21) (5-puntsschaal)	
- betere gezondheid	1,9
- meer zelfvertrouwen	2,3
- fitter	2,0
- actiever	2,1

In tabel 4.4 zijn de effecten van de pilot ten aanzien van de activiteiten en werk weergegeven. Dit is gedaan voor zowel de nul- als de eenmeting. Op basis van een gereduceerde dataset van cliënten voor wie zowel een nul- als eenmeting beschikbaar is (de zogenaamde paired metingen), is gekeken of de verschillen tussen de nul- en eenmeting significant zijn. Ter vergelijking zijn de scores op de nul- en eenmeting voor deze waarnemingen ook weergegeven.

Deelnemers aan de pilot zijn gemiddeld veel actiever geworden. De aantallen die deelnemen aan vrijwilligerswerk, sportactiviteiten, zorgtaken en verenigingsleven zijn gestegen. De aantallen die deelnemen aan een opleiding of cursus zijn gelijk gebleven. De stijging bij de activiteit in verenigingen is bij de groep die zowel een nul- als eenmeting kent, zelfs bij deze kleine aantallen significant op 10%. Het aantal uren per week dat besteed wordt aan de diverse activiteiten is bij zorgtaken het grootst. De pilot heeft een forse invloed op het aantal uren dat besteed wordt aan vrijwilligerswerk, docht dit is bij deze aantallen niet significant.

Relatief weinig personen willen werken. Minder dan een op de drie wil dit in een betaalde baan. De werkhouding stijgt door de pilot zeer licht evenals het percentage dat wil werken in een betaalde baan.

Tabel 4.4 Effecten pilot op activiteiten en werk, N_nulmeting=34, N_eenmeting=54, paired N=21

Effectmaat	0-meting	1-meting	paired 0-meting	paired 1-meting	Sign.
Activiteiten					
vrijwilligerswerk (procenten)	17	39	19	29	
aantal uren per week	0,3	2,2	0,4	1,6	
sporten (procenten)	61	66	48	61	
aantal uren per week	2,4	2,2	1,5	2,1	
zorgtaken (procenten)	35	38	32	37	
aantal uren per week	4,0	3,6	3,6	3,6	
opleiding / cursus (procenten)	20	12	10	10	
aantal uren per week	1,0	0,5	0,1	0,4	
actief in vereniging (procenten)	10	12	5	19	+
aantal uren per week	0,4	0,2	0,3	0,3	
Wil werken					
in betaalde baan	26	29	19	24	
als vrijwilliger	3	8	5	5	
Werkattitude (1-5)					
	3,2	3,4	3,3	3,5	
Self-efficacy werk zoeken (1-5)					
	2,9	3,0	3,0	2,8	
Sociale norm omgeving (1-5)					
	3,5	3,4	3,3	3,3	

--/++: significant op 5%, -/+ : significant op 10%

De ervaren gezondheid bij aanvang van de pilot is slecht. Het rapportcijfer dat deelnemers zichzelf geven is gemiddeld een 4,0. Opvallend zijn het grote aantal deelnemers dat medicijnen gebruikt (91%) en de forse problemen met de belastbaarheid. Daarentegen is het drugsgebruik relatief laag.

De pilot blijkt zeer positieve effecten te hebben op de gezondheid. Er wordt door de groep van wie zowel een nul- als eenmeting beschikbaar is bijna een half rapportcijferpunt hoger gegeven. Het percentage deelnemers dat zich laat behandelen voor lichamelijke en/of psychische klachten stijgt van ongeveer de helft naar driekwart (significant op 10%). Zeer opvallend is de afname in alcoholgebruik. Dit effect is significant op 10%-niveau.

De scores voor angst, depressie en stress liggen op gebruikelijke niveaus voor deze doelgroep. De pilot brengt daar weinig verandering in.

De pilot laat een forse verbetering van de belastbaarheid zien. Dit effect is significant op 5%-niveau.

Tabel 4.5 Effecten pilot op gezondheid, N_nulmeting=34, N_eenmeting=54, paired N=21

Effectmaat	0-meting	1-meting	paired 0-meting	paired 1-meting	Sign.
Gezondheid (rapportcijfer)	4,0	3,9	3,6	4,0	
Behandeld lichamelijke/psychische klachten	56	76	55	73	+
Gebruik					
medicijnen	91	94	92	92	
alcohol	34	27	38	24	-
tabak	42	31	32	36	
softdrugs	3	2	0	0	
harddrugs	0	0	0	0	
DASS-score (0-3)					
angst	1,0	0,9	0,9	0,8	
depressie	1,3	1,5	1,3	1,4	
stress	1,5	1,7	1,5	1,6	
Problemen belastbaarheid (0-9)	6,5	6,2	6,5	4,9	--

--/++: significant op 5%, -/+ : significant op 10%

Tabel 4.6 laat gebruikelijke waarden zien voor de sociale omgeving. De pilot brengt geen grote veranderingen daarin teweeg.

Tabel 4.6 Effecten pilot op sociale omgeving, N_nulmeting=34, N_eenmeting=54, paired N=21

Effectmaat	0-meting	1-meting	paired 0-meting	paired 1-meting	Sign.
Ervaren eenzaamheid (1-3)	1,7	1,9	1,8	1,7	
Ervaren sociale steun (1-4)	2,4	2,4	2,5	2,4	

--/++: significant op 5%, -/+ : significant op 10%

4.4 Gegevens zorggebruik

Voor de vaststelling van de invloed van de pilot op het zorggebruik is gebruik gemaakt van de gegevens van Agis / Achmea Health. Deze zijn aangeleverd eind september 2011. Er treedt vertraging op bij de gegevensverwerking doordat er tijd overheen kan gaan bij het indienen en betaalbaar stellen van declaraties. Na analyse achten wij het bestand betrouwbaar tot ultimo mei 2011. Dit laatste geldt niet voor zorggebruik van ziekenhuizen en GGZ-instellingen. De vertraging in administratieve afwikkeling van declaraties is daar groter. Daarom zijn deze posten buiten beschouwing gelaten. Laboratoriumkosten die gedeclareerd worden door

ziekenhuizen kennen veel minder vertraging. Daarom zijn deze kosten samengenomen met de huisartskosten.

Ook is voor alle deelnemers gecheckt of zij verzekerd zijn via Agis / Achmea Health. Indien dit niet het geval is, zijn deze deelnemers uit de analyse voor het onderdeel zorggebruik verwijderd. Tot slot zijn personen uit de analyse verwijderd waarvan het zorggebruik over minder dan vier maanden gemeten kan worden. Dit zijn deelnemers aan de pilot die een gesprek met de bedrijfsarts hebben gehad na ultimo januari 2011. Voor de analyse resteren dan 66 waarnemingen.

In tabel 4.8 zijn de ziektekosten weergegeven voor zowel de nulmeting, het jaar voorafgaand aan het gesprek met de bedrijfsarts en de eenmeting, gebaseerd op de periode na het gesprek met de bedrijfsarts en herleid tot een jaarschade.

Het valt op dat het, in vergelijking met andere onderzoeken, gaat om een groep met een fors schadepatroon. Het totale zorggebruik van huisarts, fysiotherapie en medicijngebruik ligt alleen al rond de 1.000 euro op jaarbasis. Het medicijngebruik is daarbij de grootste kostenpost.

De pilot leidt tot een hoger zorggebruik maar dit is niet significant. Uit de onderverdeling naar de diverse kostensoorten blijkt dat de kosten voor huisartsbezoek (inclusief laboratoriumkosten) gestegen is met gemiddeld 61 euro op jaarbasis. Dit effect is significant op 5%.

Tabel 4.8 Ziektekosten (in euro's op jaarbasis), selectie op verzekerd bij Agis / Achmea Health, N=66

	nulmeting	eenmeting	verschil	sign
Totaal	996	1071	74	
N_zorggebruik > 0	65	63		
Huisarts	134	194	61	++
N_zorggebruik > 0	64	59		
Fysiotherapie	224	188	-36	
N_zorggebruik > 0	29	22		
Medicijn	639	688	50	
N_zorggebruik > 0	62	64		

--/++: significant op 5%, -/+ : significant op 10%

Opvallend is dat er sprake is van een ietwat scheve verdeling in de effecten van de pilot (zie tabel 4.9). Er zijn ondanks de stijging van de gemiddelde kosten meer cliënten waarbij het totale zorggebruik daalt dan stijgt in de periode na het eerste gesprek met de bedrijfsarts. Dit betekent dat de pilot voor meer mensen een daling teweeg brengt dan een stijging. Omdat de gemiddelde kosten stijgen, is de gemiddelde stijging per deelnemer groter dan de gemiddelde daling. Bij de huisartskosten en medicijnkosten ligt het aantal stijgers maar iets boven het aantal dalers. En bij de fysiotherapiekosten is het aantal dalers de helft groter dan het aantal stijgers.

Tabel 4.9 Stijgende, dalende en gelijkblijvende ziektekosten (in procenten, selectie op verzekerd bij Agis / Achmea Health, N=66)

	stijgend	dalend	gelijk
Totaal	47	53	0
Huisarts	52	48	0
Fysiotherapie	24	32	44
Medicijn	50	48	2

Gepoogd is te achterhalen of er subgroepen zijn waarbij de pilot (positieve of negatieve) effecten laat zien. Onder meer is gekeken naar verbanden met kenmerken als geslacht, leeftijd en gezondheidssituatie bij aanvang.

Door het geringe aantal waarnemingen laten deze uitsplitsingen geen significante verbanden zien. Zeer opvallend is wel dat in de periode na het gesprek met de bedrijfsarts de kosten voor diegenen die aan de pre-pilot hebben meegedaan gemiddeld op alle fronten (met uitzondering van fysiotherapie) lager liggen dan voor de deelnemers aan de pilot. Dit kan erop duiden dat de meer intensieve aanpak die gevolgd is in de pre-pilot effectiever is dan de gereduceerde aanpak die later gevolgd is. Ook zou het geval kunnen zijn dat effecten pas na verloop van tijd in het schadepatroon zichtbaar worden.

4.5 Gegevens registratie bedrijfsarts

De achtergrondgegevens van de registratie van de bedrijfsarts komen (uiteraard) grotendeels overeen met die van de enquêteformulieren. Er zijn in totaal van 70 deelnemers gegevens beschikbaar. Dit is dus iets meer dan van de eenmeting. Van de deelnemers is 66% vrouw, iets meer dan de 61% bij de enquête. De gemiddelde leeftijd ligt met 51 ietsje onder die van de geënquêteerden. Wat de woonsituatie betreft is bijna de helft alleenstaand, een kwart samenwonend en het laatste kwart samenwonend met inwonende kinderen.

In tabel 4.7 zijn de door de bedrijfsarts uitgevoerde activiteiten weergegeven. De bedrijfsarts heeft voor de registratie van de activiteiten een driedeling aangehouden:

- verkenning perspectief;
- activering richting maatschappelijke activiteit;
- activering richting werk.

Per activiteit is aangegeven welk aandeel van de deelnemers van wie een registratie beschikbaar is, de activiteit "zeker aan de orde is geweest en belangrijk is in plan van aanpak". Van deze groep (dus exclusief de groep voor wie de activiteit niet van belang is geweest) is aangegeven voor welk deel van de deelnemers de bedrijfsarts het resultaat van de activiteit heeft gezien.

Uit de tabel blijkt dat sommige activiteiten voor vrijwel alle deelnemers worden uitgevoerd. Het gaat dan om verkennen van het perspectief, medische re-evaluatie en actie van de bedrijfsarts richting zorgverleners. Deze activiteiten komen vaker voor dan activiteiten richting maatschappelijke activering. Het minst vaak komen activiteiten richting werk voor. Wanneer gekeken wordt over deze categorieën heen dan scoren acties richting andere specialisten (zorg) erg laag.

Na koppeling met de enquêtegegevens is gekeken of er verschillen zijn tussen de deelnemers aan de pre-pilot (eerste helft 2010) en de deelnemers aan de reguliere pilot. Het blijkt dat voor deelnemers aan de pre-pilot meer activiteiten zijn verricht. Met name waren dit activiteiten gericht op de verbetering van de maatschappelijke activiteit van de cliënt. Bij de activering richting werk worden minder grote verschillen gevonden en af en toe zelfs minder activiteiten voor de pre-pilot groep in vergelijking met de groep deelnemers aan de reguliere pilot.

Het resultaat van de activiteiten wordt in lang niet alle gevallen gezien door de bedrijfsarts. Opvallend daarbij is dat van de activiteiten richting DWI minder vaak resultaten gezien worden dan van activiteiten richting zorgverleners.

Om te zien welke activiteiten met elkaar samenhangen is een clusteranalyse uitgevoerd. Deze analyse geeft aan wanneer activiteiten voor een cliënt relatief vaak gepaard gaan met andere activiteiten of juist niet.

Uit deze clusteranalyse ontstaan drie hoofdgroepen. In de eerste plaats is er een groep voor wie relatief veel activiteiten ingezet worden die ook (grotendeels) gericht zijn op werk. Het gaat daarbij om de activiteiten:

- Activering richting maatschappelijke activiteit;
- Activering richting werk;
- Doorbreken vastgeroeste zelfbeelden;
- Motiveren/empowerment;
- Actie BA richting DWI;
- Vaardigheden verbeteren;
- Openen perspectief op werk;
- Suggesties voor vaardighedentraining werkgericht;
- Acties cliënt richting klantmanager DWI/aanbieder activeringstraject;
- Acties BA richting eerste lijn (zorg);
- Actie BA richting DWI;
- Actie BA richting zorgverleners;

We noemen deze groep de werkpotentiëlen.

Ten tweede gaat het om een groep bij wie de activiteiten met name gericht zijn op zorg. Het gaat daarbij om activiteiten als:

- Medische re-evaluatie, open anamnese;
- Aanzetten tot actie richting professional;
- Actie BA richting zorgverleners.

Suggesties voor vaardighedentraining gericht op werk komen significant minder vaak voor bij deze groep.

Opvallend is dat de eerstelijnszorg hierbij niet voorkomt. Waarschijnlijk loopt deze groep al bij de eerstelijnszorg en heeft de pilot er geen extra invloed op. We noemen deze groep de zorgbehoevenden.

Een derde groep die uit de clusteranalyse naar voren komt, betreft deelnemers aan de pilot bij wie vooral activiteiten ingezet worden gericht op leefstijl. Het gaat daarbij om:

- Fysiek in beweging komen;
- Leefstijladviezen;
- Acties cliënt richting klantmanager DWI/aanbieder activeringstraject.

Acties richting eerstelijnszorg komen relatief minder vaak voor, evenals het geven van informatie/uitleg. We noemen deze groep de leefstijlverbetersaars.

Tabel 4.10 Activiteiten die zeker aan de orde zijn geweest met resultaat gezien van groep voor wie het aan de orde is geweest (in procenten), N=70

	zeker aan orde	resultaat gezien
Verkenning perspectief		
Verkenning perspectief, structureren problemen	99	96
Activering richting maatschappelijke activiteit	71	42
Activering richting werk	27	32
Doorbreken vastgeroeste zelfbeelden	70	69
Medische re-evaluatie, open anamnese	93	91
Motiveren/empowerment	69	77
Informatie/uitleg geven	22	80
Aanzetten tot actie richting professional	60	41
Actie BA richting DWI	80	54
Actie BA richting zorgverleners	90	68
Activering richting maatschappelijke activiteit		
Fysiek in beweging komen	47	42
Leefstijladviezen	11	25
Vaardigheden verbeteren	23	38
Acties cliënt richting klantmanager DWI/aanbieder activeringstraject	29	60
Acties cliënt richting eerste lijn (zorg)	53	51
Acties cliënt richting andere specialisten (zorg)	9	80
Actie BA richting DWI	69	38
Actie BA richting zorgverleners	71	58
Activering richting werk		
Openen perspectief op werk	21	33
Suggesties voor vaardigheidstraining werkgericht	20	43
Suggesties voor vaardigheidstraining werkgericht	20	36
Acties cliënt richting klantmanager DWI/aanbieder activeringstraject	19	54
Acties cliënt richting klantmanager DWI/aanbieder activeringstraject	3	50
Acties BA richting eerste lijn (zorg)	36	28
Acties BA richting andere specialisten (zorg)	29	65
Actie BA richting DWI		
Actie BA richting zorgverleners		

Vervolgens is onderzocht welke achtergrondkenmerken deze cliënttyperingen hebben. We delen cliënten niet echt in deze drie groepen in maar analyseren hoe cliënten scoren op elk van deze dimensies. Hierbij zijn de gegevens van de nul- en eenmeting samengenomen teneinde het aantal waarnemingen te maximaliseren

(bij zowel een nul- als eenmeting is de eenmeting als leidend genomen). Er resulteren 65 waarnemingen voor deze analyse.

Bekeken naar de objectieve persoonskenmerken blijken de werkpotentiëlen relatief vaak jonger dan 50 te zijn. Naar geslacht en leefvorm zijn er geen significante verschillen. Zorgbehoevenden zijn relatief vaak bijstandsgerechtigden met kinderen. Er zijn geen verschillen naar leeftijd en geslacht. De leefstijlverbeteraars zijn vaker mannen en ouderen.

Vervolgens zijn de registratiegegevens van de bedrijfsarts gekoppeld aan de enquêtegegevens om te zien welke kenmerken deze groepen verder hebben (zie tabel 4.8). Daaruit komen weinig significante verbanden naar voren. Het sterkste verband is dat zorgbehoevenden weinig actief zijn. Bij sporten en met name bij zorgactiviteiten (zowel de deelname eraan als het aantal uren) ligt het activiteitsniveau een stuk lager. Leefstijlverbeteraars verrichten ook minder vaak zorgtaken. Zij ervaren iets vaker meer sociale steun.

Ook is gekeken naar de relatie tussen de inzet van activiteiten door de bedrijfsarts en het resultaat van activiteiten. Door het kleine aantal waarnemingen dat voor deze analyse beschikbaar is (21 individuen hebben zowel een nul- als eenmeting en een ingevulde vragenlijst door de bedrijfsarts) bleek het niet mogelijk om significante verbanden hierin te ontdekken.

5 Conclusies en aanbevelingen

In dit hoofdstuk beantwoorden wij de vragen uit de inleiding op grond van de onderzoeksbevindingen die in hoofdstukken 2 t/4 zijn gepresenteerd.

5.1 Vraagstelling

Het evaluatieonderzoek richt zich op de beantwoording van de volgende centrale vraag:

Wat is de effectiviteit van de pilot “Perspectief op Participatie” voor DWI cliënten trede 1 in Amsterdam Zuidoost in termen van gezondheid en functioneren?

De volgende aspecten komen daarbij aan de orde:

- Voorbereiding;
- Output: uitvoering van de pilot;
- Outcome: effecten voor de doelgroep;
- Aanbevelingen.

5.2 Voorbereiding

Grondige voorbereiding

Uit het evaluatieonderzoek komt naar voren dat de pilot POPA grondig is voorbereid. In een vroeg stadium hebben de initiatiefnemers van Agis /Achmea Health, GAZO, DWI Amsterdam en TNO een projectvoorstel opgesteld waarin de contouren van de pilot zijn geschetst. Het projectvoorstel vormde vervolgens de basis voor het projectplan, waarin onder andere de doelstelling, de beoogde resultaten, de planning, de processtappen en werkafspraken voor de uitvoering waren beschreven. De inhoud van de interventie was door de bedrijfsarts van GAZO en medewerkers van TNO nader uitgewerkt in een interventiebeschrijving. Ook was in een vroeg stadium een projectleider van de pilot (Welder) aangesteld die optrad als penvoerder van de projectdocumentatie. De grondige voorbereiding blijkt ook uit het organiseren van een pre-pilot waarin het samenwerkingsproces van klantmanagers, DWI-arts, huisartsen en bedrijfsarts nader werd ingevuld. De bedoeling van de pre-pilot was om de samenwerking tussen betrokken personen en organisaties uit te proberen en een werkbaar proces tot stand te brengen dat aan privacy regels voldeed.

Inhoud interventie niet duidelijk

Ondanks de grondige voorbereiding bleek niet alles bij de start van de pilot goed te zijn geregeld, hetgeen consequenties had voor de procesgang en uitvoering. In de eerste plaats bleven er onduidelijkheden bestaan over de inhoud van de interventie. Met name de afbakening van de interventie in het projectplan en de interventiebeschrijving riepen vragen op. Betrof de interventie het gehele proces, vanaf selectie door de klantmanager tot en met de uitvoering van het plan van aanpak, inclusief het activeringstraject? Ging het alleen om het proces tot en met het plan van aanpak? Of had de interventie alleen betrekking op de uitvoering van het plan van aanpak? De werkpleinmanager van DWI Amsterdam Zuidoost leek

van de laatste mogelijkheid uit te gaan; de bedrijfsarts van GAZO van de tweede en de meeste overige betrokken van de derde mogelijkheid. Deze verschillen van inzicht leidden tot misverstanden en bemoeilijkten daarmee de samenwerking tussen de betrokken instellingen en personen.

Gering draagvlak bij DWI Amsterdam Zuidoost

In de tweede plaats werd DWI in Zuidoost pas laat bij de voorbereiding van de pilot betrokken. Lange tijd waren alleen een stadsdeeladviseur maatschappelijke participatie van DWI en de DWI-arts goed op de hoogte van het initiatief. Maar deze personen stonden in de praktijk te ver af van de DWI-organisatie op het werkplein. De nieuwe werkpleinmanager werd bij haar aanstelling geconfronteerd met een project waar zij niet veel aan leek te kunnen veranderen. Zij had duidelijk haar bedenkingen over de vorm waarin de organisatie van de pilot was gegoten. Uiteindelijk werkte zij eraan mee uit loyaliteit. Bovendien kwam zij als betrekkelijke nieuweling in een stuurgroep terecht, waar zij zich al snel buitengesloten voelde. Het gevolg was dat bij de werkpleinmanager en haar organisatie weinig draagvlak was voor het project. Een eerdere en intensievere betrokkenheid van verschillende personen op het werkplein (naast de DWI-arts ook de teamleiders van de klantmanagers) bij de voorbereiding van de pilot had waarschijnlijk geleid tot een groter draagvlak binnen DWI Zuidoost. De nieuwe werkpleinmanager had in een dergelijk scenario meer ondersteuning gekregen vanuit de organisatie.

Foutieve inschatting kosten

In de derde plaats werden tijdens de voorbereiding de kosten van de pilot binnen GAZO verkeerd ingeschat, waardoor al snel budgetoverschrijdingen dreigden. Opvallend daarbij is dat gedurende de pre-pilot geen actie werd ondernomen om de begroting op orde te krijgen, terwijl toen al duidelijk was dat de kosten te hoog opliepen. Een tijdige en realistische inschatting van de kosten had een bezuinigingsoperatie later tijdens de uitvoering van de pilot kunnen voorkomen.

5.3 Output: uitvoering pilot

De uitvoering van de pilot werd niet alleen bemoeilijkt doordat in de voorbereiding niet alles goed was geregeld. Ook tijdens de looptijd van de pilot werd de organisatie geconfronteerd met problemen die vaak structureel en daardoor moeilijk oplosbaar waren.

Complexiteit uitvoering pilot

Veel van de problemen zijn terug te voeren op de complexiteit van de uitvoering. De vele bij de uitvoering betrokken personen en instanties, die er bovendien vaak tegenstrijdige belangen op nahielden, alsmede de talrijke momenten van informatie uitwisseling, bemoeilijkten de uitvoering van de pilot. Zo was het voor de huisartsen en bedrijfsarts van GAZO vaak niet duidelijk op welke gronden de klantmanager en de DWI arts cliënten doorverwezen naar GAZO voor de interventie arbeidsgerichte eerstelijns zorg. De huisartsen en de bedrijfsarts hadden graag willen weten welke mogelijkheden de klantmanager en de DWI-arts zagen om de cliënt te activeren. Bovendien valt uit de plannen van aanpak op te maken dat de afstemming tussen de bedrijfsarts en huisartsen gebrekkig was, terwijl de afstemming tussen de bedrijfsarts en de klantmanager van DWI vrijwel ontbrak. Geregeld kwam het voor dat huisartsen niets deden met de plannen van aanpak van de bedrijfsarts, met als

gevolg dat de gewenste veranderingen in de eerstelijns zorg uitbleven. De gebrekkige afstemming leidde er ook toe dat cliënten vaak lang moesten wachten voordat zij werden opgeroepen voor een gesprek met de bedrijfsarts van GAZO.

Administratieve belasting

De pilot bracht ook een zware administratieve belasting met zich mee voor DWI, GAZO en met name voor de projectleider. De werving van deelnemers werd ernstig bemoeilijkt door onduidelijkheden in de registratie van cliënten bij DWI en problemen met de matching tussen de cliëntgegevens van DWI en de patiëntadministratie van GAZO. Uiteindelijk was de projectleider zelfs genooddaakt om de selectie en doorstroming van cliënten op papieren lijsten bij te houden. Het gevolg was dat erg veel tijd van de projectleider verloren ging aan de administratieve ondersteuning van de pilot.

Bezuinigingen GAZO en DWI

Verschillende bezuinigingen bij GAZO en DWI bemoeilijkten de uitvoering van de pilot. De bezuinigingen bij GAZO hadden tot gevolg dat de inhoud van de interventie gedurende de looptijd van de pilot veranderde, waardoor deze voor betrokkenen nog minder duidelijk werd. Bovendien hadden de bezuinigingen ernstige consequenties voor het evaluatieonderzoek. Daar de begeleiding van cliënten bij het invullen van de vragenlijsten verviel, bleef de respons van de 0-meting uiteindelijk zeer beperkt. De bezuinigingen bij DWI hadden in eerste instantie tot gevolg dat de intensieve trajectbegeleiding wegviel. Een trajectbegeleider voor de cliënten die de voortgang van de pilot volgde, had aanvankelijk een grote toegevoegde waarde gehad voor de uitvoering van een complex project als POPA. Het gemis van de trajectbegeleider kon slechts gedeeltelijk opgevangen worden door overige de uitvoerders van de pilot. Later bezuinigde DWI ook op de sociale activeringsplaatsen (SAP). Trede 1 cliënten werden in het vervolg verwezen naar de activeringsactiviteiten van de sector welzijn van het stadsdeel. Hoewel cliënten hierdoor toegang kregen tot allerlei nieuwe activeringsactiviteiten, was de verwachting dat relatief veel cliënten door de vrijwillige deelname geen gebruik daarvan zouden maken.

Voordelen interventie

Ondanks dat de uitvoering en procesgang van de pilot in verschillende opzichten suboptimaal was, zijn de meeste betrokkenen positief over de mogelijkheden van de interventie. Zij noemen de volgende voordelen:

1. de huisartsenzorg biedt een uitstekende basis voor maatschappelijke activering, omdat cliënten gemakkelijk bij hen terecht kunnen en vaak veel vertrouwen stellen in hun adviezen;
2. huisartsen zijn relatief goed op de hoogte van de achtergronden en historie van de cliënt, waardoor zij de situatie waarin de cliënt zich bevindt integraal kunnen benaderen;
3. huisartsen en andere eerstelijns professionals kunnen de bedrijfsarts bij het gezondheidscentrum om advies vragen over gezondheid en werk en over regelingen die betrekking hebben op werk en sociale zekerheid;
4. de bedrijfsarts bij het gezondheidscentrum kan behandelingen en medicatie voorstellen die het functioneren en daarmee de participatiemogelijkheden van de cliënt bevorderen;

5. de arbeidsgerichte eerstelijns zorg biedt goede mogelijkheden om activering en zorg op elkaar af te stemmen, al kwam daar in de pilot POPA weinig van terecht.

5.4 Outcome: effecten voor de doelgroep

Op basis van de gebruikte gegevens uit het vragenlijstonderzoek, de schadegegevens voor medische consumptie van Agis en uit de analyse van de plannen van aanpak door de bedrijfsarts kunnen de volgende conclusies getrokken worden.

De populatie

De deelnemers aan de pilot waren relatief oud en vaker vrouw. In het algemeen was er sprake van een geringe activiteit en liet de gezondheid te wensen over. De ervaren gezondheid was erg slecht en men ervoer problemen bij de belastbaarheid. Hoewel dit ook in de praktijk als excuus gebruikt werd om niet te hoeven participeren, blijkt dit ook uit het hoge medicijngebruik. Drugs- en alcoholgebruik vielen relatief mee. Het zorggebruik is fors: per jaar wordt ongeveer 1.000 euro uitgegeven aan kosten voor huisarts, fysiotherapie en medicijngebruik.

De activiteiten

De meeste door de bedrijfsarts van GAZO uitgevoerde activiteiten waren gericht op verkenning van het perspectief van de cliënt. Activiteiten gericht op activering richting maatschappelijke activiteit kwamen minder vaak voor, activiteiten gericht op werk nog minder. Er blijken drie clusters van activiteiten onderscheiden te kunnen worden: werkpotentiëlen, zorgbehoevenden en leefstijlverbeteraars. Een dergelijke indeling kan in de toekomst gebruikt worden voor nadere profilering van de cliëntengroep.

Mening deelnemers

Allereerst valt op dat deelnemers aan de pilot vaak niet ervaren hebben aan een pilot te hebben deelgenomen. Vragen over de ervaringen met de pilot zijn alleen beantwoord door de groep die de pilot kende. De meeste respondenten ervoeren niet dat de pilot had bijgedragen aan verbetering van de gezondheid en het zelfvertrouwen. Ook hebben de deelnemers niet de indruk dat zij door de pilot fitter of actiever geworden zijn.

Resultaat gezien door bedrijfsarts

Veel resultaten van activiteiten werden niet gezien door de bedrijfsarts. Met name gold dit voor activiteiten richting DWI en in mindere mate voor activiteiten richting de zorgsector.

Effecten

Hoewel het aantal waarnemingen gering is, laat de pilot toch een aantal opvallende effecten zien. Deze effecten blijken groter te zijn dan cliënten zelf hebben ervaren. Aanknopingspunten zijn er met name in de vorm van significant positieve effecten voor deelname aan het verenigingsleven, vermindering van alcoholgebruik en een sterke verbetering van de belastbaarheid.

Het totale zorggebruik (huisarts, fysiotherapie en medicijnen) stijgt in de deelname na de pilot licht maar niet significant. Wel significant is de stijging in de uitgaven aan

de huisarts, op jaarbasis zo'n 60 euro. Opvallend is dat het aantal personen bij wie een daling optreedt in de uitgaven aan medische consumptie groter is dan de groep met een stijging. De gemiddelde stijging van het bedrag is wel groter dan de gemiddelde daling, zodat per saldo gemiddeld een stijging van de zorgkosten optreedt.

Hoewel de aantallen te gering zijn voor betrouwbare uitspraken, treedt bij de groep die deelgenomen heeft aan de pre-pilot gemiddeld een daling in de zorguitgaven op. Dit kan erop duiden dat óf de meer intensieve aanpak die gevolgd is in de pre-pilot effectiever is dan de gereduceerde aanpak die later gevolgd is óf dat effecten van de pilot mogelijk pas na verloop van tijd in het schadepatroon zichtbaar worden.

5.5 Aanbevelingen

TNO concludeert uit het onderzoek dat de interventie “activering door middel van gezondheidszorg”, zoals is toegepast in de pilot POPA, goede mogelijkheden biedt om de belastbaarheid en de maatschappelijke participatie te bevorderen van DWI cliënten trede 1. Gelet op de onderzoeksresultaten heeft continuering van de pilot echter alleen zin als de uitvoering en procesgang wordt vereenvoudigd en de afstemming tussen professionals wordt verbeterd. Bij een eventuele continuering adviseert TNO om rekening te houden met het volgende:

- Begin pas met de uitvoering van de interventie als de organisatie, procesgang en communicatie voor alle betrokken partijen duidelijk zijn geregeld.
- Regel een ketenaanpak met eenvoudige procedures en een heldere bestuurlijke aansturing.
- Bevorder de intrinsieke motivatie van betrokken professionals van DWI en GAZO om samen te werken.
- Concentreer de uitvoering van de interventie bij enkele huisartsen (voorlopers), die hun naaste collega's ondersteunen en motiveren.
- Zorg ervoor dat gedurende het proces goed zicht is op de cliënt. Een goede trajectbegeleiding of casemanagement gedurende het proces maakt het mogelijk om onnodige wachttijden te voorkomen en om op de hoogte te blijven van de voortgang van de cliënt.
- Maak het mogelijk dat de professionals van DWI en GAZO en de cliënt informatie kunnen delen zonder dat regels voor privacy en beroepsgeheim worden overtreden. Een mogelijkheid is om de cliënt aan te wijzen als primaire informatiedrager.
- Houd de selectie- en beoordelingsprocedure eenvoudig. Laat bijvoorbeeld de beoordeling en selectie uitvoeren door één medewerker (of groep van medewerkers). In de opzet van POPA selecteerden de klantmanagers van DWI kandidaten, indiceerde de DWI-arts de mogelijkheden voor deelname en inventariseerde de bedrijfsarts de hindernissen in de gezondheid en activering. Hierdoor leek het erop dat iedereen wat te zeggen had over de selectie van kandidaten.
- Overweeg om de interventie goedkoper uit te voeren door een arbeidsdeskundige of maatschappelijk werker een centrale rol te geven in de uitvoering.
- Zorg ervoor dat de interventie ruimte biedt voor empowerment van cliënten door huisartsen hierover te instrueren.

- Overweeg de interventie toe te passen voor cliënten trede 3 en 4 met gezondheidsklachten. Op grond van de pilots Sterk naar Werk zijn er aanwijzingen dat arbeidsgerichte eerstelijns zorg met name effectief is voor werkenden en voor uitkeringsgerechtigden met goede uitzichten op werk.

Bijlage Operationalisatie effectmaten

Effectmaat	Schaal	Constructie
Operationalisatie		
Werkattitude	1-5	gemiddelde
- Werken is leuk	helemaal	(max 1 missing)
- Werk hebben is belangrijk	oneens -	
- Door te werken, ben ik tevreden over mijzelf	helemaal eens	
Self-efficacy werkzoeke	1-5	gemiddelde
- vertrouwen activiteiten vinden die passen	helemaal	(max 1 missing)
- vertrouwen goed in zoeken activiteiten	oneens -	
- vertrouwen mensen aanspreken bij vinden	helemaal eens	
Sociale norm omgeving	1-5	gemiddelde
belang activiteiten door	helemaal niet	(geen eis aan missings, want veel missings)
- ouders	belangrijk - erg	
- partner	belangrijk	
- beste vriend(inn)en		
- kennissen		
Ervaren gezondheid	1-10	rapportcijfer
Behandeld voor lichamelijke/psychische klachten	ja/nee	
Gebruik medicijnen	ja/nee	ja/nee
alcohol	hoeveelheid	(hoeveelheid onbetrouwbaar)
tabak		
softdrugs		
harddrugs		
DASS-angst	0-3	gemiddelde
afgelopen 4 weken:	nooit-soms-	(max 1 missing)
- bevende/trillende handen	vaak-heel	
- maakte zorgen	vaak	
- bang		
- angstig zonder reden		
DASS-depressie	0-3	gemiddelde
afgelopen 4 weken	nooit-soms-	(max 1 missing)
- kon me op iets verheugen (gespiegeld)	vaak-heel	
- somber	vaak	
- nergens blij van		
- gevoel leven geen zin		

Effectmaat	Schaal	Constructie
Operationalisatie		
DASS-stress	0-3	gemiddelde
afgelopen 4 weken	nooit-soms- vaak-heel	(max 1 missing)
- snel geïrriteerd	vaak	
- makkelijk overstuur		
- goed ontspannen (gespiegeld)		
- rustig (gespiegeld)		
Problemen belastbaarheid	1-5	aantal keer 4 (veel moeite) of 5 (heel veel moeite)
- zittend werken	helemaal geen	
- lopend werken	moeite - heel	
- staand werken	veel moeite	
- dezelfde houding werken		
- computerwerk		
- hurken/knielen		
- boven schouderhoogte werken		
- rug belasten		
- tillen, duwen, trekken		
Ervaren eenzaamheid	1-3	gemiddelde
- heeft een echt goede vriend(in)	ja-min of	(max 2 missing)
- heeft genoeg vrienden	meer-nee	
- heeft veel mensen in omgeving die kan vertrouwen		
- kan altijd bij iemand terecht		
- heeft iemand voor dagelijkse problemen		
Ervaren sociale steun	1-4	gemiddelde
- Hoe vaak luistert iemand naar uw verhaal?	bijna nooit-	(max 1 missing)
- Hoe vaak laat iemand merken om u te geven?	soms-vaak- heel vaak	
- Hoe vaak begrijpt iemand hoe u zich voelt?		