



Interdisciplinaire samenwerking

# Sneller aan de slag door een team bij je thuis

**Een paar jaar geleden wist UWV met een interdisciplinair samenwerkingsproject maar liefst 70 procent van een groep langdurig arbeidsongeschikten weer aan het werk te helpen. En dat terwijl bij die groep 40 procent vaak het hoogst haalbare blijkt. Arbeidsdeskundige Hellen Snoek zocht uit waar die 30 procent verschil door werd veroorzaakt.**

TEKST Peter Passenier | Kluwer

Hellen Snoek ziet het al helemaal voor zich. In de toekomst maakt iedere UWV-vestiging een arts en een arbeidsdeskundige vrij. Die werken intensief samen met een multidisciplinair ingericht behandelteam in de regio en wijden zich voor een deel van de week aan het monitoren van herstelgedrag van een kleine groep langdurig zieken. Volgens Snoek biedt dit grote voordelen: "Al die partijen werken samen aan één gemeenschappelijk doel: werkherhating en financiële zelfstandigheid van de cliënt. Daardoor kan die uiteindelijk niet anders dan kiezen voor werk."

## **Experiment**

Snoek baseert zich niet op een vaag toekomstvisioen, maar op haar ervaringen met een project dat liep tussen 2004 en 2008. Toen voerde UWV – in nauwe samenwer-

king met particuliere verzekeringsmaatschappijen en een privaat behandelbedrijf – een experiment uit bij 74 uitkeringsgerechtigden in de WAO en WAZ. Het ging om mensen met moeilijk definieerbare klachten als whiplash, vermoeidheids- en psychische klachten. Klachten die, volgens Snoek, normaal binnen twee jaar verdwenen zijn, maar bij deze speciale cliënten wel erg lang bleven duren. Daarom kregen deze mensen nu een intensieve behandeling en ook intensieve begeleiding naar werk. Door een multidisciplinair team, bestaande uit een arts, een psycholoog, een fysiotherapeut en een jobcoach. Dat leidde tot een hoog slagingspercentage: bijna zeventig procent van de cliënten was aan het eind van het traject weer aan het werk. En dat terwijl ze te boek stonden als volledig arbeidsongeschikt met een slechte prognose: de normale succespercentages liggen tussen de 30 en de 40.

HELLEN SNOEK



**Paspoort Hellen Snoek**

Beroep: Arbeidsdeskundige / re-integratiedeskundige UWV

Daarvoor: tot 2000 accountmanager grote werkgevers

Leeftijd: 46

Woonsituatie: samenwonend met een man en met een zoon van 9

De maatschappelijke winst kwam uit op zo'n 5,5 miljoen euro – terwijl de kosten niet hoger waren dan € 700.000.

**Onderzoek**

Waarom was dit project zoveel succesvoller dan de conventionele aanpak, vroeg Snoek zich af. En dat besloot ze te onderzoeken. Ze werkte namelijk niet alleen als arbeidsdeskundige bij UWV, maar ze was tevens bezig met de opleiding Master Stressmanagement en Re-integratie bij Schouten en Nelissen University. Daarom werd dit project het onderwerp van haar master thesis. Om die vraag – wat maakt dit project zoveel succesvoller – te beantwoorden, moeten we het vergelijken met de reguliere werkwijze. "Normaal gaat de cliënt voor de behandeling naar een onderzoeks- en behandelinstituut en komt daarmee, althans tijdelijk, uit zijn leefsituatie, zegt Snoek. "Maar daarmee blijkt het moeilijk om leef- en gedragsgewoonten te veranderen, want de omgeving van de cliënt verandert niet mee. Daarnaast onttrekt de behandeling zich over het algemeen aan het oog van de inkomensinstantie. De verzekeringsarts gaat bij een (her)beoordeling volledig uit van de beperkingen die op dat moment nog gelden. De beoordelingsmomenten liggen wettelijk vast en vinden niet plaats op het moment dat iemand vanuit zijn behandeling weer de stap naar werk zou kunnen zetten."

**Huisbezoek**

Maar in genoemd project pakten ze het anders aan. Daar maakten ze gebruik van een methode die in Cana-

da is ontwikkeld. Om precies te zijn: in de jaren 1980 tot 1999 aan de McMaster University in Hamilton (Canada). De cliënt wordt niet extern behandeld, maar ontvangt bezoek aan huis. En dan niet alleen van een intaker, maar van een heel multidisciplinair team: een arts, casemanager, psycholoog, fysiotherapeut, financieel specialist en een jobcoach. Die praten niet alleen met de cliënt, maar ook met personen in de directe omgeving, zoals familie en huisgenoten. En ook in de wijdere omgeving: de huisarts, eventuele andere behandelaars, werkgever of ex-werkgever, de Belastingdienst, bank en uitkeringsinstanties. Niet altijd kreeg een dergelijk behandelteam een warm onthaal. Snoek: "Je moet rekenen: die cliënten hadden vaak een bepaalde ziekte winst opgebouwd. De partner zorgde langzamerhand voor alles, de medische wereld nam de zorgtaken over. En nu opeens werd zo'n uitkeringsgerechtigde weer gedwongen om verantwoordelijkheid te gaan dragen voor het eigen leven."

Hoe zo'n behandeling precies in zijn werk ging? Dat was afhankelijk van de aard van de aandoening of reden van de arbeidsongeschiktheid. "De ene keer lag de nadruk op fysieke activering, de andere keer op psychische behandeling", zegt Snoek. "Maar meestal werkten alle professionals in het behandelteam samen. Daarnaast maakten ze gebruik van praktische ondersteuning zoals ontspanningsoefeningen, bedrijfsbezoeken, een training





timemanagement, en een financieel specialist die de mogelijkheden van een cliënt onderzocht.”

### Weerstand

Om weerstand tegen verandering te doorbreken, werd wel gebruik gemaakt van financiële prikkels zoals sanctiemogelijkheden op de uitkering, maar ook van positieve prikkels. “Sommige cliënten waren bang dat zij hun uitkering zouden verliezen als hun beperkingen zouden wegvallen”, zegt Snoek. “In zo’n geval konden we bijvoorbeeld het beoordelingsmoment nog even verschuiven naar het moment dat de persoon ook daadwerkelijk werk had gevonden of een nieuw bedrijf was begonnen.” Het resultaat was dat de cliënten goed werden wakker geschud. “Door die multidisciplinaire aanpak realiseerden ze zich dat alle instanties meededen”, zegt Snoek. “En dat ze niet anders konden dan meewerken. Of zoals een van hen het formuleerde: ‘De drie behandelaars praten ook veel met elkaar, zodat je niet kunt ontvluchten.’”

### Samenwerking met curatieve sector

Samenwerkende disciplines. Dat wil ook zeggen: samenwerking tussen enerzijds de curatieve sector en anderzijds verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen. Die samenwerking is volgens Snoek niet optimaal. “Huisartsen en specialisten zien bedrijfs- en verzekeringsartsen vaak niet als volwaardige collega’s. Die mensen zijn er immers niet om patiënten beter te maken – luidt het oordeel – maar om te controleren of ze wel echt ziek zijn. Bovendien mogen zij vaststellen wat een cliënt nog kan en in hoeveel uur – en dat is het terrein waar de behandelende sector zich weer niet op hoort te begeven.” Deze kloof leidt tot communicatieproblemen. Bedrijfsartsen stellen regelmatig vragen aan de behandelaars van de GGZ of de huisarts, maar krijgen vaak geen antwoord. Als reden wordt tijdgebrek genoemd, maar een huisarts die Snoek interviewde, formuleerde het anders: “We krijgen van hen alleen vragen en geen informatie. Ik zou wel eens gegevens willen krijgen over het herstel tot werken, de vordering in werk. Dan kun je

erop inhaken als iemand weer op het spreekuur komt.” Nogmaals, die samenwerking moet beter om het arbeidspotentieel voor de toekomst optimaal te kunnen inzetten. Snoek: “Als arbeidsdeskundige dacht ik vaak: Als deze cliënt nu eens goed behandeld was, dan waren er meer functies te duiden geweest en waren er meer mogelijkheden voor re-integratie naar werk.” Maar tijdens dit onderzoek kwam ik erachter dat de behandelende sector regelmatig verzucht: “Als ze de uitkering nu eens introkken, dan kwam cliënt misschien eindelijk eens in beweging.” ←

Wie geïnteresseerd is in de digitale versie van de thesis, kan die opvragen bij Hellen Snoek: [hellen.snoek@uwv.nl](mailto:hellen.snoek@uwv.nl)

## EN NU?

Waarom heeft de aanpak geen vervolg gekregen? Snoek noemt hiervoor een aantal redenen.

In 2008 bleek de tijd niet rijp voor een samenwerkingsslag tussen UWV en verzekeringsmaatschappijen. De reden: concurrentie op de markt van uitkeringen bij arbeidsongeschiktheid.

De Nederlandse staat (opdrachtgever van UWV) legt de prioriteit bij het aantal claimbeoordelingen. Voor het werken aan de vergroting van de belastbaarheid van individuele uitkeringsgerechtigden is geen opdracht gegeven.

Particuliere verzekeringsmaatschappijen zijn vaak gericht op het voorkomen van imagoschade. Ze zullen huiverig zijn om op individueel niveau cliënten te behandelen en te re-integreren als die daar weerstand tegen voelen.

Verder zijn er tegenstrijdige belangen bij de verschillende partijen. De behandelende sector ziet de patiënt als klant. Als deze niet expliciet werkherleving als doel van de behandeling noemt, wordt dit niet in het behandelplan opgenomen. Daar komt nog bij dat die curatieve sector er vaak geen belang bij heeft om patiënten snel aan het werk te krijgen. Een van de door Snoek geïnterviewde psychologen vertelde eerlijk dat “samenwerking geen prioriteit heeft. Als er maar zo veel mogelijk gesprekken gevoerd kunnen worden die declarabel zijn”. Het politieke klimaat was er niet rijp voor. Snoek: “Na afronding van mijn thesis, heb ik eens een gesprek gevoerd met een topfunctionaris binnen UWV. Die vertelde me dat er geen draagvlak voor was om WAO-dossiers opnieuw onder de loep te nemen. Het toenmalige kabinet vond namelijk dat WAO’ers al genoeg voor hun kiezen hadden gekregen met alle herbeoordelingen.

Ze moesten nu eindelijk eens met rust gelaten worden.”