

Verzekerd bewegen met een minimum inkomen

Rol van gezondheid bij de afdeling Werk & Inkomen en de motivering van minima



Februari – oktober 2014

Matty Crone - Senior onderzoeker (LUMC)

Irene Lapajian – Junior onderzoeker (AWPG NZH, e-mail: irene.lapajian@gmail.com)

Leny van Luling - Beleidsontwikkelaar Wmo-, armoede- en lokaal gezondheidsbeleid (Leidschendam-Voorburg)

Maarten Lemmink – Senior functionaris gezondheidsbevordering (GGD Haaglanden)

Caroline Kruyt – Beleidsmedewerker Gezondheidsbevordering (GGD HM)

Irene Lottman - Beleidsmedewerker lokaal gezondheidsbeleid (GGD HM)



LEIDS UNIVERSITAIR MEDISCH CENTRUM



‘Het zijn de tonen die de muziek maken’

Inhoudsopgave

Samenvatting -----	p. 4
Introductie	
1. Inleiding -----	p. 5
2. Context Onderzoek -----	p. 6
Onderzoeksvragen -----	p. 7
Methoden	
1. Onderzoeksmethoden -----	p. 8
2. Afdeling werk en inkomen -----	p. 9
3. Beschrijving interventie -----	p. 9
Theoretisch kader -----	p. 10
Resultaten	
1. Collectieve zorgverzekering minima	
1.1 Opbouw -----	p. 12
1.2 Uit de praktijk -----	p. 13
1.3 Cijfers voorbeeld gemeen -----	p. 13
2. Literatuur	
2.1 Motivatie minima -----	p. 15
2.2 Werving voor preventieactiviteiten -----	p. 16
2.3 Effecten verwijzing en beweegprogramma's -----	p. 17
3. Resultaten praktijkonderzoek	
3.1 Sociaal politieke context	
3.1.1 Veranderingen in het sociaal domein -----	p. 19
3.1.2 Netwerk en Samenwerking -----	p. 20
3.1.3 Ooievaarspas -----	p. 22
3.1.4 Wijkteam en buurtsportcoach -----	p. 22
3.1.5 Moeizame werving -----	p. 22
3.2 Organisatie	
3.2.1 Beleid en uitvoering -----	p. 24
3.2.2 Intervisie -----	p. 25
3.2.3 Professionaliteit -----	p. 26
3.3 Innovatie	
3.3.1 Bereik -----	p. 27
3.3.2 Gezondheid belemmering tot werk -----	p. 27
3.3.3 Werkwijze -----	p. 27
3.3.4 Inpasbaarheid als re-integratietraject -----	p. 28
3.3.5 Informatievoorziening -----	p. 29
3.3.6 Maatregelen -----	p. 30
3.4 Intermediair.	
3.4.1 Samenhang gezondheid en werk -----	p. 32
3.4.2 Definitie gezondheid -----	p. 32
3.4.3 Verantwoordelijkheid van gezondheid en de beleving van klachten -----	p. 32
3.4.4 Tijdgebrek -----	p. 34
3.4.5 Effecten -----	p. 35
3.5 Eindgebruiker	
3.5.1 Informatievoorziening -----	p. 37
3.5.2 Persoonlijke benadering -----	p. 37
3.5.3 Coaching -----	p. 38
3.5.4 Obstakels en motivaties -----	p. 39

3.5.5 Maatregelen -----	p. 42
Conclusie -----	p. 43
Discussie	
1. Resultaten uitgelicht -----	p. 45
2. Limitaties -----	p. 45
3. Aanbevelingen -----	p. 46
Referenties -----	p. 47
Bijlagen	
Bijlage 1a Richtinggevende vragen voor de semigestructureerde interviews en focusgroepen met consultants -----	p. 49
Bijlage 1b Richtinggevende vragen voor de semigestructureerde interviews met minima -----	p. 50
Bijlage 1c Richtinggevende vragen voor de semigestructureerde interviews en focusgroepen met beleidsmedewerkers -----	p. 51
Bijlage 2 Overzicht van aandachtspunten en tips bij de implementatie van het beweegprogramma voor gemeenten in de regio Hollands Midden-----	p. 52
Bijlage 3 Factsheet -----	p. 54

Samenvatting

In dit kwalitatieve onderzoek is onderzocht wat de stimulerende maatregelen zijn die door consulenten van de afdeling Werk en Inkomen (W&I) kunnen worden ingezet om minima met een zorgpolis van Zorg en Zekerheid (Z&Z) te motiveren om gezonder te gaan leven. Daarvoor is onderzocht welke rol gezondheid nu speelt bij de afdeling W&I en in de toekomst kan spelen. Dit is gedaan door middel van interviews met consulenten, leidinggevers, minima en beleidsmedewerkers. Eveneens is in de literatuur gekeken naar de motiverende factoren voor minima om verandering in leefstijl aan te brengen en deel te nemen aan preventieprogramma's.

Beweegprogramma in gemeentemodule CZM: In de aanvullende verzekering (AV) van de collectieve zorgverzekering (CZM) van Z&Z is een beweegprogramma opgenomen. Bij zowel de AV-Standaard als AV-Top wordt dit voor honderd procent vergoed indien voldaan wordt aan de voorwaarden BMI $\geq$ 25 en/of een chronische aandoening volgens de KNGF-lijst. De AV bevat een specifieke gemeentemodule waarin preventieonderdelen, onder andere dit beweegprogramma, zijn opgenomen die zijn afgesproken tussen de verzekeraar en gemeente. De gemeente draagt aan deze gemeentemodule per verzekerde een vaststaand bedrag bij. Op deze wijze wordt voor elke minima met deze CZM ook een financiële bijdrage geleverd aan het beweegprogramma ongeacht of de verzekerde deelneemt of niet.

Persoonlijke aanpak motivering minima: Met name een persoonlijke aanpak zal minima motiveren deel te nemen aan het beweegprogramma. De intermediair, de consulent moet inspelen op de persoonlijke omstandigheden van de klant en hun beweegredenen. Deze beweegredenen hebben te maken met financiën, sociale omgeving, kinderen, gezondheid en de zekerheid dat het programma daadwerkelijk vergoed wordt.

Werk & Inkomen activerende rol bij leefstijlverandering: Gezondheid speelt bij de afdeling W&I een rol, omdat problemen hierin voor klanten vaak een belemmering vormen tot (volledige) deelname aan de arbeidsmarkt. Er wordt echter minimaal ingespeeld op de beleving van deze gezondheidsproblemen evenals dat er nauwelijks interventies gericht op leefstijlverandering worden aangeboden. Daarin zelf actief begeleiding bieden aan de klant wordt als onmogelijk gezien door het grote klantenbestand per consulent en de beperkte tijd hiervoor. Desalniettemin zien consulenten een activerende rol voor zichzelf weggelegd op het gebied van leefstijlverandering bij klanten, wanneer hier beleidsmatig ook keuzes voor worden gemaakt.

Informatievoorziening: Gebrek aan informatievoorziening over de plaats, tijdsduur, vergoeding en contactgegevens van het programma blijken voorts nog het grootste obstakel te zijn geweest voor zowel minima als consulent. Beide groepen hadden geen weet van het programma met als gevolg dat er tot op heden nog geen gebruik wordt gemaakt van het beweegprogramma. Daarnaast zijn fysiotherapeuten niet gestimuleerd om het programma aan te bieden. Zichtbaar werd in dit onderzoek dat waar op beleidsniveau het beweegprogramma in de CZM geadopteerd is, dit niet (voldoende) gecommuniceerd is naar de uitvoerende kant. Eveneens is de communicatie tussen de verschillende gemeentelijke sectoren, Volksgezondheid en Sociale Zaken, niet optimaal hierin.

Aanbevelingen: De aanbevelingen die worden gedaan zijn allereerst om aandacht te schenken aan het gat tussen beleid en uitvoering. Advies is om als beleidstak informatie op actieve wijze onder de aandacht te brengen van de uitvoerende kant. Zo worden gemaakte investeringen door de gemeente in de CZM optimaal benut. Het zou goed zijn om een sleutelfiguur per gemeente aan te stellen die toezicht kan houden op wat er jaarlijks in het pakket van de gemeentemodule zit en deze onderdelen ook onder de aandacht kan brengen, zodat deze onderdelen niet ondergesneeuwd raken door allerlei andere zaken.

Vervolgens hebben consulenten behoefte aan handvatten om een gesprek te kunnen voeren over gezondheidsbeleving en leefstijlverandering. De werkwijzer van Divosa 'Omgaan met belemmeringen' kan hier wellicht in ondersteunend zijn. Ook is het zinvol het beweegprogramma onder de aandacht te brengen van andere mogelijke intermediairs zoals Wmo-consulenten, wijkverpleegkundigen, huisartsen, sociale wijkteams, fysiotherapeuten en lokale media. Tenslotte, het is raadzaam om effecten van het beweegprogramma te monitoren om de verwachte positieve resultaten daarvan te kunnen gebruiken als motivatie voor intermediairs om het beweegprogramma te adopteren en te implementeren.

Introductie

1. Inleiding

Meedoen in de samenleving is belangrijk. Mensen die een goede gezondheid genieten kunnen actiever participeren in de maatschappij, een van de hoofddoelstellingen van de gemeente Leidschendam-Voorburg (structuurvisie 2012-2014). Een visie die bij veel andere gemeenten in Nederland ook is terug te vinden. Daarom is het van belang aandacht te schenken aan gezondheidsbevordering van de bevolking. Minima¹ vormen een kwetsbare groep en laten in de statistieken zien een lagere levensverwachting te hebben en eerder te maken te krijgen met ziekte dan mensen met een hogere sociaal economische status (SES) (Stoelinga 2011). Hun leefstijl is over het algemeen ongezonder dan mensen met een hogere SES kijkend naar voeding en beweegpatronen. Hier zijn verscheidene redenen voor, onder andere geld tekort naast andere factoren als stress, kennis tekort en 'het nut er niet van inzien'. Ook Kippersluis et. al. toont de relatie tussen inkomen en gezondheid aan. Lagere inkomensgroepen hebben een dubbel gezondheidsnadeel: ze starten gemiddeld genomen met een gezondheidsachterstand en bouwen door de jaren heen ook meer achterstand op ten opzichte van de hogere inkomensgroepen (2009). Er is echter geen verband met inkomen als directe onafhankelijke voorspeller voor gezondheid. Een hoog inkomen leidt dus niet direct tot een betere gezondheid. Wel is het zo dat de hogere inkomensgroepen er gemiddeld beter voorstaan en een betere gezondheid hebben, maar hiervoor zijn andere factoren verantwoordelijk die vaak samen opgaan met een hoog inkomen. Zo zijn arbeidsparticipatie, opleiding en leefstijl bijvoorbeeld belangrijke factoren die de gezondheidsverschillen tussen de hoge en lagere inkomensgroepen wel verklaren.

Voor de groep met lagere inkomens is dan ook extra aandacht gewenst om de gezondheidsverschillen terug te dringen. Zo zijn er de afgelopen jaren in heel Nederland preventieve interventieprogramma's ingezet om de gezondheid van deze groep te bevorderen (Centrum Gezond Leven 2010). Zo zal ook in dit onderzoek aandacht worden geschonken aan een preventief gezondheidsprogramma, namelijk meer bewegen met onder andere als doel ziektepreventie en het fitter worden van deelnemers waardoor zij kunnen stijgen op de participatieladder².

Sinds 1 januari 2013 wordt in de collectieve zorgverzekering minima (CZM) van Zorg & Zekerheid (Z&Z) een beweegprogramma aangeboden. Dit is een verzekering met gemeentelijke collectiviteitskorting speciaal voor minima. Op deze wijze kan de gemeente betaalbare en kwalitatief goede zorg leveren aan haar burgers. Onder de doelgroep van de CZM, de minima, heeft een hoog percentage overgewicht en zou dus een groot percentage baat hebben bij dit programma. Tot op heden is er echter nog geen gebruik van gemaakt door de minima. Dit onderzoek zal zich daarom richten op de toeleiding naar het beweegprogramma om het gebruik hiervan te vergroten. Door optimaal gebruik te maken van alle kanalen die leiden naar minima is de verwachting de deelname aan het programma te verhogen. Bekend is dat de doelgroep van het beweegprogramma, de minima, niet uit zichzelf voor een gezonde leefstijl kiest en een steuntje in de rug nodig heeft. In het bijzonder zal in dit onderzoek worden gekeken naar de rol van de Afdeling Werk & Inkomen (W&I), voorheen Sociale Zaken, in de gezondheid van hun klanten, maar ook naar andere intermediairs die minima eventueel naar de preventieonderdelen in de CZM kunnen toe leiden. De specifieke aandacht voor de afdeling W&I is ontstaan doordat hier een groot deel van de doelgroep van het beweegprogramma, de minima, al bekend is. Het idee is dat deze al bestaande contacten met minima behulpzaam kunnen zijn in het toe leiden van minima naar de preventieonderdelen in de CZM. Niet iedere minima met overgewicht of een chronische aandoening, de voorwaarden voor deelname aan het beweegprogramma, komt (met regelmaat) bij medisch geschoold personeel. Door alleen de aandacht op bijvoorbeeld de huisarts te vestigen zal een deel van de doelgroep niet bereikt worden. Daarom is in dit onderzoek de aandacht gericht op de afdeling W&I waar een groot deel van de doelgroep in beeld is.

Het doel van dit onderzoek is om erachter te komen wat minima motiveert om deel te nemen aan preventieve programma's, in het bijzonder het beweegprogramma. Daarbij wordt onderzocht welke rol de afdeling Werk en Inkomen kan spelen in het motiveren om aan dit programma deel te nemen.

¹ Minima zijn gedefinieerd als inwoners die op maximaal 110% van het bestaansminimum leven.

² De participatieladder is een meetinstrument waarmee een gemeente kan vaststellen in hoeverre een burger mee doet in de samenleving. De ladder is onderverdeeld in zes treden: van sociaal geïsoleerd tot werkend zonder ondersteuning. Door dit bijvoorbeeld jaarlijks te meten wordt zichtbaar of de mate van participatie is verhoogd. Hiermee worden de resultaten van het participatiebeleid transparant. (<http://www.participatieladder.nl/>)

2. Context onderzoek

Het onderzoek maakt deel uit van een groter project dat gaat over de invulling van preventieonderdelen in de CZM van Z&Z in de regio Hollands Midden. De werkgroep die gaat over de invulling van die preventieonderdelen heeft een aanvraag tot dit onderzoek ingediend bij de Academische Werkplaats Publieke Gezondheid Noordelijk Zuid-Holland van waaruit dit onderzoek gedaan is. De GGD Haaglanden, GGD Hollands Midden, de gemeente Leidschendam-Voorburg en het Leids Universitair Medisch Centrum hebben deelgenomen in de projectgroep van dit onderzoek. Bij het stimuleren van gezond gedrag, in dit onderzoek een beweegprogramma, heeft elke betrokken partij belang: gemeente, klant, verzekeraar en GGD. Daarom wordt het beweegprogramma, als een van de preventieonderdelen, breed gedragen.

Leeswijzer

Allereerst worden in dit verslag de onderzoeksvragen weergegeven, gevolgd door het hoofdstuk methoden. Daarin leest u hoe het onderzoek is uitgevoerd, hoe de afdeling Werk en Inkomen is opgebouwd en wat het beweegprogramma is. Aansluitend zullen de bevindingen van het onderzoek in het resultatenhoofdstuk besproken worden. Beginnend bij de bespreking van de opbouw van de CZM, gevolgd door resultaten uit de literatuurstudie. Het laatste gedeelte, het hoofdstuk resultaten, bestaat uit de resultaten uit de praktijk. Het onderzoeksverslag wordt afgesloten met een conclusie gevolgd door een discussie met daarin enkele aanbevelingen.

Onderzoeksvragen

Hoofdvraag:

Wat zijn stimulerende maatregelen die door consulenten van de afdeling Werk en Inkomen kunnen worden ingezet om minima met een zorgpolis van Zorg en Zekerheid te motiveren om gezonder te gaan leven?

Deelvragen:

1. Hoe is de collectieve zorgverzekering minima opgebouwd?
2. Wat is tot op heden in de literatuur bekend over de motivering van minima om deel te nemen aan interventies met als doel het verbeteren van hun gezondheid?
3. Hoe kunnen de minima, met een polis van Zorg en Zekerheid, volgens henzelf gemotiveerd worden om gebruik te maken van het preventieaanbod dat deze polis biedt?
4. Wat is de huidige rol van de afdeling Werk & Inkomen in de gezondheid van haar klanten?
5. Welke mogelijkheden liggen er voor de consulenten van Werk en Inkomen om minima te motiveren mee te doen aan het in de Z&Z-polis opgenomen beweegprogramma?
6. Wat hebben deze uitkeringsconsulenten nodig om de doelgroep beter te kunnen motiveren?

Methoden

1. Onderzoeksmethoden

Het is een kwalitatief onderzoek waarin de onderzoeksvragen deels aan de hand van bestaande literatuur en deels uit praktijkonderzoek worden beantwoord.

Collectieve zorgverzekering (CZM)

Allereerst is onderzocht hoe de CZM in elkaar steekt, hoe de toeleiding naar de preventieonderdelen, waaronder het beweegprogramma, momenteel verloopt en wat er bij de afdeling W&I hierover bekend is. Hiervoor is uitgezocht op het internet wat er te vinden is over de CZM van Z&Z door via zoekmachine Google te zoeken. Vervolgens is er contact geweest met een adviseur van een adviesbureau dat nauw betrokken is bij de totstandkoming van de CZM en de bemiddeling tussen verzekeraar en gemeente. Ook zijn er per e-mail gerichte vragen gesteld aan medewerkers van Z&Z die de CZM in hun portefeuille hebben. Inzicht in de huidige gang van zaken rondom de CZM bij de afdeling Werk & Inkomen is verkregen uit interviews en observaties door de onderzoeker.

Literatuurstudie

Op deelvraag twee is in de bestaande literatuur naar een antwoord gezocht. PubMed, Google en Google Scholar zijn de gebruikte zoekmachines. Er is onder andere gezocht op termen als 'Werk en Inkomen', 'sociale dienst', 'gezondheid', 'motivering minima/uitkeringsgerechtigden/lage SES', 'bewegen', 'leefstijlverandering', 'gedragsverandering', 'implementatie interventies gezondheid', 'consulenten/klantmanagers en motivering'. Eveneens zijn deze begrippen in het Engels vertaald en gebruikt. Alleen onderzoeken vanaf 2005 zijn gebruikt in dit onderzoek. Het is geen uitputtende search geweest. Zo zullen er nog andere onderzoeken zijn dan genoemd in dit verslag, die eveneens waardevolle informatie kunnen geven over de motivatie van minima om deel te nemen aan preventieprogramma's. Tevens is er gekeken naar andere bestaande soortgelijke beweegprogramma's en hoe mensen naar deze programma's zijn toe geleid. Hiervoor is eveneens via Google gezocht en is er telefonisch contact geweest met enkele contactpersonen van de betreffende programma's.

Praktijkonderzoek

Door middel van praktijkonderzoek is op de overige deelvragen een antwoord gezocht. Hiervoor is gebruik gemaakt van participerende observatie en interviews. De onderzoeker heeft een dag meegelopen op de Afdeling Werk en Inkomen (W&I) van Leidschendam Voorburg, Wassenaar en Voorschoten (W&I werkt hier voor deze 3 gemeenten tezamen) om daar de huidige gang van zaken te observeren en een algemeen beeld te krijgen van de werkwijze bij deze afdeling. Er zijn enkele gesprekken bijgewoond met consulenten en klanten. Dit waren gesprekken zowel bij de sectie Instroom als Uitstroom. Er zijn ook momenten geweest dat er met de verschillende consulenten en klanten apart gepraat is. In de volgende paragraaf staat toegelicht hoe de afdeling W&I in elkaar steekt en wat het verschil is tussen in- en uitstroomconsulenten. Er is gekozen voor de afdeling W&I in dit onderzoek, omdat een groot deel van de doelgroep hier al bekend is. Het idee is dat deze al bestaande contacten met minima behulpzaam kunnen zijn in het toe leiden van minima naar de preventieonderdelen in de CZM.

Er zijn individuele semigestructureerde interviews en focusgroepen gehouden met consulenten van verschillende gemeenten, te weten Leidschendam-Voorburg, Wassenaar, Voorschoten, Rijswijk, Doetinchem en Soest. Deze interviews zijn bijna allemaal op persoonlijk afspraak gedaan. Een is telefonisch geweest. Het betreft in totaal vijftien consulenten. Ook is er met drie teamleiders, twee van re-integratie (Uitstroom/werk) en een van Instroom (inkomen), en een interim-manager van de afdeling Werk en Inkomen gesproken. De leeftijd varieerde van 30 tot 60 jaar.

Er zijn vier semigestructureerde interviews met minima gehouden. Drie daarvan zijn van Nederlandse afkomst, een van hen heeft ook de Turkse nationaliteit. Het zijn allemaal vrouwen. Twee daarvan zijn nog niet langer dan een jaar bekend bij de sociale dienst, waarvan 1 ook 2 dagen als gastouder werkt en 2 dagen vult met vrijwilligerswerk. Een minima ontvangt al meer dan twintig jaar een uitkering en is arbeidsongeschikt, zij is wel actief in vrijwilligerswerk. De vierde heeft ook een actief vrijwilligersbestaan en is volop bezig met solliciteren, toch zit zij al 3 jaar in de bijstand. Leeftijden liggen tussen de 26 en 64 jaar. Alle vier hebben een CZM bij Z&Z. Twee daarvan hebben een aanvullende verzekering (AV)-Top. Een heeft een AV-Standaard. De vierde is niet via de gemeentelijke collectiviteit aanvullend verzekerd. In het hoofdstuk resultaten staat uitgelegd wat de verschillende verzekeringen inhouden. De minima zijn afkomstig uit Leiderdorp, Voorschoten, Leidschendam-Voorburg en Leiden.

Tenslotte zijn er beleidsmedewerkers met de gemeentelijk verzekering of minimabeleid in hun portefeuille gevraagd naar hun visie op toeleiding naar preventieve onderdelen door de consultants van de afdeling W&I. Hiervoor zijn twee interviews gedaan met beleidsmedewerkers uit een gemeente in de provincie Gelderland (waar een vergelijkbaar beweegprogramma in de CZM is opgenomen) en in Zuid-Holland. Er is tevens een focusgroep georganiseerd met daarin zes beleidsmedewerkers van diverse gemeenten uit de regio's Midden-Holland, Zuid-Holland Noord en Haaglanden.

Alle interviews zijn opgenomen en getranscribeerd. Vervolgens zijn de transcripten geanalyseerd. De vragen die sturing hebben gegeven aan de interviews zijn in bijlage 1a tot en met 1c opgenomen. De observaties bij de afdeling W&I zijn bijgehouden in notities.

2. Afdeling Werk en Inkomen

Wanneer er in dit onderzoek gesproken wordt over consultants, worden zowel consultants van in- als uitstroom bedoeld. De sectie Uitstroom wordt wisselend per gemeente ook wel re-integratie of werk genoemd. Mensen die in aanmerking willen komen voor bijstand dienen allereerst zelf bij het UWV³ een aanvraag te doen voor bijstand. Deze aanvraag wordt naar de afdeling W&I gestuurd. Hier wordt een eerste afspraak, een intakegesprek, ingepland met de uitstroomconsulent, ook wel re-integratieconsulent genoemd. Er wordt verkend welke mogelijkheden en belemmeringen er zijn tot werk. Zijn deze mogelijkheden te beperkt en lijkt de persoon in aanmerking te komen voor bijstand, dan zal er een tweede gesprek worden ingepland met de consulent Instroom. Zijn er andere redenen waardoor de klant niet aanmerking zou komen voor bijstand en blijkt dit al uit het eerste gesprek, dan wordt het tweede gesprek niet ingepland.

Bij het gesprek met de consulent Instroom worden heel wat gegevens met betrekking tot inkomsten, bezit, verzekering, werk en wonen uitgevraagd. Na dit gesprek zal de instroomconsulent uitzoeken of de klant in aanmerking komt voor bijstand en eventueel bijzondere bijstand. Wanneer de klant bijstand wordt toegekend zal deze door de jaren heen contact houden met zo mogelijk dezelfde instroomconsulent. Dit is echter niet altijd op regelmatige basis, maar op vraag van de klant of eventueel initiatief van de consulent bij informatiebehoefte. De nieuwe klant zal verplicht worden een re-integratietraject te volgen van zes maanden bestaande uit sollicitatietraining en begeleiding, motivatie-interventie en een werkervaringsplaats. Dit varieert enigszins per gemeente. De uitstroomconsulent heeft met regelmaat contact met de klant, telefonisch of op afspraak. In deze gesprekken worden vragen van de klant behandeld, maar ook die van de consulent. Hierin is gelegenheid om bezig te zijn met activering van de klant en om te monitoren hoe de klant bezig is met zijn of haar re-integratietraject.

De inrichting van de afdeling W&I, de sociale dienst, wisselt per gemeente, maar grofweg kan wel gezegd worden dat er een sectie is die meer gericht is op re-integratie en een deel dat zich meer bezig houdt met het financiële plaatje van de klant en de eventuele bijzondere bijstand. Ook is er variatie tussen gemeenten in welke doelgroep voornamelijk geholpen wordt te reactiveren, dat wil zeggen, wordt er vooral tijd, geld en energie gestopt in klanten die relatief dicht bij de arbeidsmarkt staan of juist in mensen die lager op de treden van de participatieladder staan. Over het algemeen zijn er meer mogelijkheden en trajecten beschikbaar voor klanten die hoger op de participatieladder staan.

3. Beschrijving interventie

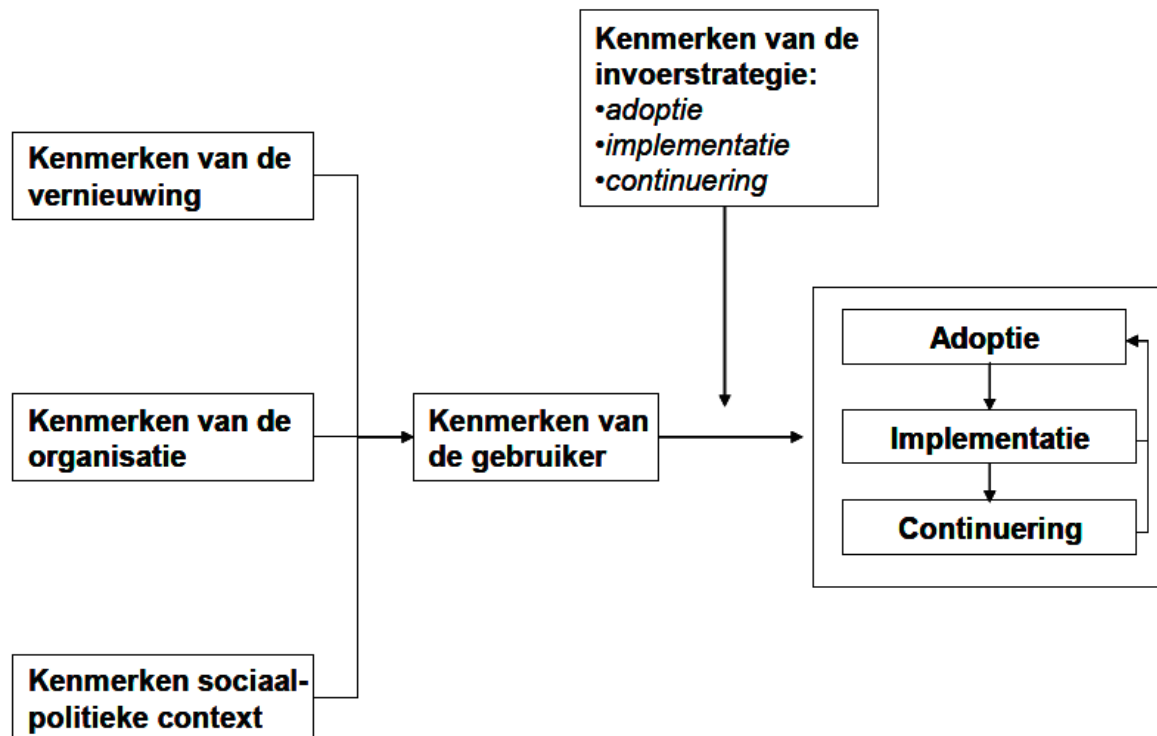
Het beweegprogramma bestaat uit een aantal weken bewegen onder begeleiding met daarbij ook aandacht voor gezonde voeding. Het programma wordt aangeboden door de hiervoor gecontracteerde fysiotherapeuten of sportscholen uit de regio. Groepen deelnemers bestaan uit ongeveer 10 personen per programma. Deze fysiotherapeuten en sportscholen voldoen aan de criteria (opgesteld door GGD Hollands Midden en Z&Z) die opgesteld zijn om het beweegprogramma te kunnen geven als instelling en bieden de 'producten' aan die eveneens zijn vastgesteld in deze criteria. De aanbieders van het beweegprogramma hebben tevens een coachende rol voor de deelnemer en zorgen dat er follow-up is wanneer het programma volledig doorlopen is. Met follow-up wordt bedoeld dat mensen geholpen worden ook na het programma te blijven bewegen, bijvoorbeeld door het zoeken van een passende sportvereniging. Fysiotherapeuten weten van de mogelijkheden om te bewegen in de regio.

³ Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen

Theoretisch kader

Het ontwikkelen en invoeren van interventies ter bevordering van gezond gedrag vraagt een groot aantal keuzes die gemaakt dienen te worden door de ontwikkelaars. Bewezen effectiviteit in een proefopstelling van een interventie garandeert niet per definitie succes bij de invoering in de praktijk. Er zijn tal van factoren die de effectiviteit beïnvloeden. Er moeten daarom bij implementatie afwegingen gemaakt worden tussen welke elementen van de oorspronkelijke interventie behouden blijven en welke niet. Hiermee wordt beoogd het in de praktijk zo optimaal mogelijk te laten werken. Zo ook bij de invoering van het beweegprogramma in dit onderzoek. Onderzocht wordt hoe minima het beste kunnen worden toe geleid naar een beweegprogramma. Bij de toeleiding naar het beweegprogramma kunnen een groot aantal factoren een rol spelen: factoren op zowel beleidsniveau als uitvoerend niveau. Paulussen, Wiefferink en Mesters schetsen een theoretisch kader waarin factoren van invloed op een innovatieproces worden omschreven (2007). Het structureel toe leiden naar het beweegprogramma door W&I kan worden gezien als zo'n innovatie. Daarmee is de theorie die Paulussen e.a. uiteenzetten een bruikbaar kader om aan de hand daarvan de resultaten van dit onderzoek te bespreken.

Het innovatie-besluitvormingsproces, de fasen die worden doorlopen om een innovatie in te voeren, kent grofweg drie fasen. De eerste fase is adoptie. In deze fase worden voor- en nadelen van de vernieuwing afgewogen en wordt er besloten al dan niet gebruik te willen gaan maken van de innovatie. De tweede fase is die van de implementatie waarin de intentie tot gebruik wordt omgezet in het daadwerkelijk gebruik van de vernieuwing. De derde fase, de continuering, daarin maken gebruikers op basis van hun ervaringen een besluit tot voortzetting of beëindiging van de innovatie. Deze fasen worden zowel bij de intermediairs (gebruikers die de interventie gaan gebruiken om naar de uiteindelijke doelgroep te verspreiden) als bij de eindgebruikers doorlopen. Er wordt gesproken over een invoeringsstrategie als het gaat om het geheel van activiteiten dat is gericht op het bij intermediaire gebruikers bevorderen van intentie tot gebruik. Vervolgens moeten de intermediairs bij de eindgebruikers de intentie tot gebruik bevorderen. Aan de hand van bron 1 wordt duidelijk dat er verschillende determinanten zijn die de effectiviteit van een innovatieproces bepalen. De volgorde waarin ze besproken worden, geeft geen rangorde aan in de mate van invloed.



Bron 1: Determinanten van innovatieprocessen (Paulussen e.a. 2007)

Ten eerste de kenmerken van de vernieuwing die de kans op adoptie van innovaties kunnen vergroten zijn: relatief voordeel; inpasbaarheid; complexiteit; mogelijkheid tot uitproberen en observeerbaarheid. Ten tweede de kenmerken van de organisatie waarbij het onder andere gaat om grootte, structuur, bij wie de besluitvorming ligt en houding ten opzichte van

vernieuwing. Een derde kenmerk is de sociaal-politieke context. Dit is de geldende wet- en regelgeving, de plaats van de organisatie ten opzichte van andere organisaties en instanties en de voorzieningen die een organisatie tot zijn beschikking heeft. De netwerkcontacten van professionals verbonden aan verschillende organisaties vallen eveneens onder sociaal-politieke kenmerken.

Deze drie kenmerken zijn indirect van invloed op het innovatieproces, maar van direct effect op de gebruiker. De kenmerken van de gebruiker hebben vervolgens een direct effect op de uitkomst van het innovatieproces. De gebruiker in dit schema is de intermediair die de innovatie naar de eindgebruiker doorvoert. Dat is het uiteindelijke ideale einddoel; Dat de eindgebruiker alle drie de fasen, van adoptie tot continuering zal doorlopen. De intermediair is hier van directe invloed op.

De drie fasen van adoptie, implementatie en continuering gelden dus zowel voor de invoer van een innovatie in een organisatie en daarmee bij de intermediairs als voor het gebruik van een innovatie door een eindgebruiker. De genoemde determinanten, kenmerken van de organisatie, van de innovatie van en de sociaal politieke context, zijn van invloed op dit invoeringsproces. De focus in dit verslag ligt met name bij de bij de intermediaire gebruiker. Het gedrag van intermediairs bepaalt tenslotte of en op welke wijze de eindgebruiker aan de interventie wordt blootgesteld.

Resultaten

1. Collectieve zorgverzekering minima

1.1 Opbouw

In antwoord op de eerste deelvraag, hoe is de collectieve zorgverzekering minima (CZM) opgebouwd, volgt hier een gedeelte over de opbouw en financiering van de CZM van Zorg & Zekerheid (Z&Z). Deze CZM is een verzekering met een korting van de verzekeraar en een financiële tegemoetkoming van de gemeente die de zorgverzekering betaalbaar maakt voor minima en hen de gelegenheid geeft zich goed aanvullend te verzekeren. Er wordt 10% korting geboden op zowel basis- als aanvullende verzekering. In de aanvullende en basisverzekering wordt een standaard pakket aangeboden dat veel gemeenten aanbieden. Bovenop het standaard pakket van de twee mogelijke aanvullende gemeentelijke verzekeringen zit een gemeentelijke toevoeging, de gemeentemodule, die gemeente specifiek is (zie bron 2).

Deze gemeentemodule is een vast onderdeel van de CZM, maar de inhoud daarvan wordt overeengekomen door Z&Z met elke gemeente. Een groot aantal gemeenten in de provincie Zuid-Holland en een aantal daar dichtbij gelegen gemeenten heeft in deze gemeentemodule een beweegprogramma en GeZZondcheck opgenomen. Het beweegprogramma is gelijk aan de beschreven interventie in het hoofdstuk methoden. Andere onderdelen die in de gemeentemodule zijn terug te vinden, zijn onder andere steunzolen, gebitssanering en vergoedingen voor eigen bijdragen aan geestelijke gezondheidszorg.

Deelname aan het beweegprogramma wordt idealiter vooraf gegaan door een GeZZondcheck, maar kan ook rechtstreeks. Bij zowel een aanvullende verzekering (AV) Gemeente-Standaard als Gemeente-Top wordt het beweegprogramma 100% vergoed een keer per twee kalenderjaren. Voorwaarden voor deelname aan het beweegprogramma zijn een BMI ≥ 25 ⁴ of een chronische aandoening volgens de KNGF-lijst⁵. Het programma dient officieel volledig doorlopen te worden. De praktijk leert dat dit geen strikte voorwaarden zijn voor vergoeding. De GeZZondcheck wordt jaarlijks bij beide AV's eveneens voor 100% vergoed en is zonder voorwaarden voor iedere verzekerde toegankelijk.

De gemeentemodule wordt bekostigd door de gemeente zelf. Deze module zit standaard in de CZM zoals eerder vermeld en dus betaalt de gemeenten voor iedere klant die een CZM afsluit een vast bedrag aan deze gemeentemodule. In 2013 lagen deze bedragen rond de 10 euro per verzekerde, met een klein verschil in de soort aanvullende verzekering van de klant. Een deel van dit bedrag wordt dus betaald voor het beweegprogramma.

Daarnaast kan een gemeente ervoor kiezen de klant een tegemoetkoming te geven in de premie. Dit zijn doorgaans bedragen variërend van 10-25 euro per klant.

Het voordeel voor de gemeente van deze constructie is dat ze geen uitvoeringskosten hebben, die zijn voor rekening van Zorg en Zekerheid. Zij betalen 'alleen' een deel van het programma zelf opgenomen in de gemeentemodule. Zo kunnen zij betaalbare en toegankelijke zorg bieden voor hun kwetsbare burgers. De verzekeraar deelt zo mee in een nog aantrekkelijker pakket voor de doelgroep van potentiële verzekerden: preventieproducten in het pakket met het oog op voorkomen van duurdere zorg.

Gem. module	Gemeentemodule (o.a. beweegprogramma + GeZZondcheck)	
AV	Top	Aanvullende verzekering Z&Z Standaard of Top
	Standaard	
BV		Basisverzekering Z&Z

Bron 2: Overzicht opbouw collectieve zorgverzekering minima (CZM)

⁴ Men spreekt van overgewicht boven de 25kg/m; een BMI tussen de 18,5-25 is een goed gewicht.

<http://www.voedingscentrum.nl/encyclopedie/overgewicht.aspx>

⁵ Lijst met chronische aandoeningen van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie

<http://www.fysionet.nl/kennisplein/organisatie-bedrijfsvoering-en-pz/declareren/bijlage-1-chronische-lijst.pdf>

1.2 Uit de praktijk

Bij nader onderzoek is gebleken dat de promotie van de CZM nog niet optimaal is. Het blijkt dat bij de afdelingen Werk en Inkomen (W&I) niet bekend is dat het initiatief om de verzekering actief onder de aandacht te brengen van minima bij de gemeente zelf ligt en niet bij Zorg en Zekerheid. Uit de gesprekken met teamleiders en consultants blijkt dat hun verwachting is dat de verzekeraar dit zou moeten oppakken en het niet tot hun verantwoordelijkheden behoort. Hieruit blijkt dus ook dat ze bij de afdeling W&I geen weet hebben van de bekostiging van de gemeentemodule en zo dus het aandeel van hun eigen gemeente in de verzekering niet kennen. Voor de gemeentelijke collectiviteit ligt de promotie daarvan volledig bij de betreffende gemeenten. Behalve informatie op de website en de algemene informatiefolder (met het aanbod van de basis en aanvullende pakketten, maar zonder de gemeentemodule) is Zorg en Zekerheid niet actief betrokken met het promoten van de onderdelen in het gemeentelijke pakket, in het bijzonder het beweegprogramma. Wanneer gemeenten de hulp inroepen van Z&Z is er zeker bereidheid om hieraan mee te werken.

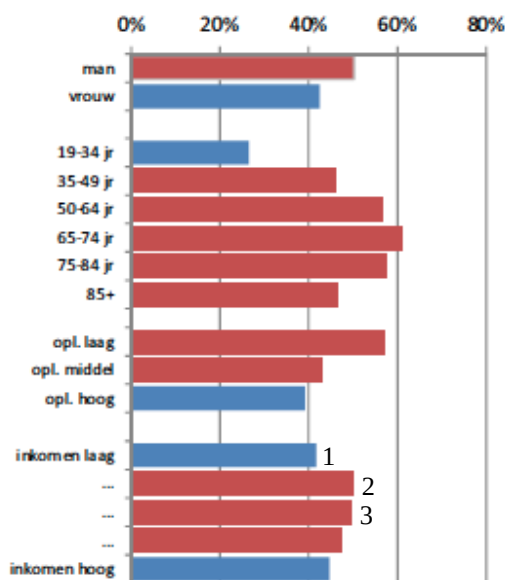
Op het internet is het (voor minima) lastig terug te vinden welke mogelijkheden zij hebben met hun CZM bij Z&Z. Wanneer specifiek gezocht wordt op de onderdelen van de CZM is het wel te vinden of de klant daarvoor in aanmerking komt. Weet een klant niet dat er bijvoorbeeld een beweegprogramma of GeZZondcheck in de polis is opgenomen, dan zal hij er ook niet snel bij terecht komen. Ook de benaming van de preventieonderdelen verschilt per website, waardoor het niet duidelijk is over welke onderdelen het gaat. De voorwaarde om deel te nemen aan het beweegprogramma met een BMI ≥ 25 is op de meeste plekken tevens (nog) niet opgenomen.

De promotie van de gemeentelijke collectiviteit via Z&Z bestaat op dit moment uit een jaarlijkse advertentie in het gemeentelijke krantje aan uitkeringsgerechtigden. Maar uiteindelijk is het aan de klant zelf om wel of niet voor de CZM te kiezen en wat te doen met de preventieonderdelen in het aanvullend pakket. De minima die niet in de bijstand zitten, maar wel in aanmerking komen voor de CZM lopen deze informatie dus mis. In deel drie van dit resultatenhoofdstuk zal meer specifiek op het beweegprogramma worden ingegaan.

1.3 Cijfers voorbeeld gemeente

Om een idee te geven van de gezondheidsstatus van burgers en aantallen minima die een CZM hebben of daarvoor in aanmerking komen is Leidschendam-Voorburg ter illustratie hiervan genomen. Dit is een gemiddelde gemeente in de regio Zuid-Holland West kijkende naar de cijfers over lichaamsgewicht.

Uit epidemiologisch gezondheidsonderzoek van de GGD Zuid-Holland West (Brussee-Lasschuijt, Bruins, & Oostenbrug 2012) komt naar voren dat 46% van de volwassenen (>18 jaar) te dik is. In bron 3 is te zien dat de percentages met overgewicht pieken in de hogere leeftijdscategorieën evenals in de lagere opleidingsgroepen. Opvallend is dat de laagste inkomensgroep samen met de hoogste inkomensgroep de laagste percentages overgewicht laten zien, maar nog steeds wel boven de 40%. De eerste drie balken (staat achter de balken aangegeven) zijn de inkomensgroepen waar mensen tot 110% van het sociaal minimum in vallen. Ongeveer een derde van de volwassenen in Leidschendam-Voorburg beweegt te weinig. Dat wil zeggen dat ze de Nederlandse norm gezond bewegen (NNGB) van een half uur matig intensief bewegen op minimaal 5 dagen per week niet halen.



Bron 3: percentage volwassenen in Leidschendam-Voorburg met overgewicht uitgesplitst naar geslacht, leeftijd, opleiding en inkomen

In onderstaande bron is af te lezen om welke aantallen minima het gaat die in aanmerking komen voor een CZM in deze gemeente. Het totale inwoneraantal van Leidschendam-Voorburg is 73.000⁶. Hiervan zouden 10400 (2700+3500+4200) volwassen personen in aanmerking komen voor de CZM (zie bron 4). Ongeveer 1400 personen hiervan hebben een CZM bij Z&Z. Hiervan is niet te zeggen of en welke aanvullende verzekering zij hebben.

Analyse doelgroep CZM



Naam gemeente/ISD Leidschendam-Voorburg

Figuur 1. Omvang en samenstelling doelgroep armoedebeleid (prognose)

Huishoudens	Aantal huishoudens met een inkomen tot ...% van het sociaal minimum						
	101%	105%	110%	115%	120%	125%	130%
Inkomen uit arbeid	360	410	480	570	660	770	850
Inkomen uit eigen onderneming	320	350	370	400	430	460	510
Uitkering werkloosheid	50	60	80	90	110	120	130
Uitkering ziekte/arbeidsongeschikt	90	160	210	260	300	340	370
Uitkering ouderdom/nabestaanden	570	810	1.050	1.300	1.580	1.860	2.050
Uitkering sociale voorzieningen	700	880	1.050	1.150	1.210	1.240	1.360
Overig overdrachtsinkomen	-	-	10	10	10	10	10
Totaal huishoudens	2.090	2.670	3.250	3.780	4.300	4.800	5.280

Volwassen personen	Aantal huishoudens met een inkomen tot ...% van het sociaal minimum						
	101%	105%	110%	115%	120%	125%	130%
Leidschendam-Voorburg	2.700	3.500	4.200	4.900	5.600	6.200	6.900

Figuur 2. Percentage huishoudens met een inkomen tot ...% van het sociaal minimum

	Percentage huishoudens met een inkomen tot ...% van het sociaal minimum						
	101%	105%	110%	115%	120%	125%	130%
Leidschendam-Voorburg	6,0%	7,6%	9,3%	10,8%	12,3%	13,7%	n.b.

NB: Uit CBS cijfers blijkt dat gemiddeld 70% van de huishoudens met een laag inkomen uit alleenstaanden bestaat. Om het aantal volwassen personen (omvang doelgroep) te berekenen is daarom het aantal huishoudens verhoogd met factor 1,3.

Bron: Stimulansz, inkomen 130% door BS&F geëxtrapoleerd.

Bron 4: Doelgroepscan CZM Leidschendam-Voorburg

⁶ <https://www.leidschendam-voorborg.nl/welkom#LVbiedt>

2. Literatuur

2.1 Motivatie minima

Het is belangrijk uit te zoeken hoe minima zelf denken over hun gezondheid en leefstijl om hier gepast beleid op te kunnen maken. Hoe denken zij over hun gezondheid? Zien zij noodzaak in eventuele verandering van leefstijl? Hoe worden zij hiertoe gemotiveerd? De antwoorden op deze vragen zijn belangrijk om handvatten te kunnen geven aan potentiële verwijzers naar interventies gericht op gezondheid. Onder andere Ayla Stoelinga, Carina Ballering en Annemarie van Dijk hebben hier onderzoek naar gedaan. In hun onderzoeken worden een aantal handreikingen gedaan om beter te kunnen inspelen op het bevorderen van een gezondere levensstijl bij mensen met een lage sociaaleconomische status (SES). Persoonlijke aanpak, gebruik maken van reeds bestaande relaties met de doelgroep, gebruik maken van de doorgaans sterke familiebanden en kinderen als aangrijpingspunt voor leefstijlverandering en betaalbaarheid zijn een greep uit deze aanbevelingen. Ook moet bij campagnes gekeken worden of de boodschap duidelijk is, adviezen/activiteiten haalbaar zijn, informatie herhaald wordt, of de doelgroep zich kan herkennen, of de aanpak persoonlijk is en de personen voorziet van de juiste (hoeveelheid) informatie (Stoelinga 2011; Ballering 2013; Van Dijk 2013).

Redenen die in het onderzoek van Stoelinga (2011) genoemd worden door de deelnemers om te bewegen zijn 'uit gewoonte' en 'omdat het gezond is'. Redenen om niet te bewegen zijn 'het nut er niet van inzien', 'duur', 'geen zin', 'kost tijd' en 'een lichamelijke beperking'. Er wordt aanbevolen te kijken naar mogelijkheden om kinderen een motivatie te laten zijn voor ouders en omgeving om een gezondere leefstijl aan te nemen/meer te gaan bewegen. Desalniettemin blijft er een groep die hun leefstijl niet wil veranderen. Bij deze groep is het van belang een vraaggerichte aanpak te hanteren en goed te luisteren naar de doelgroep. Hieronder staan een tweetal tabellen waarin de genoemde punten overzichtelijk zijn weergegeven (bron 5 en 6).

Deel 1: leefstijlinterventies		
Sterke punten	Zwakke punten	Ideeën deelnemers
- Duidelijke boodschap - Haalbare adviezen (30 minuten bewegen) - Herhaling van informatie - Leuk om te zien (voorbeeld: Bob campagne) - Maakt personen bewust - Mensen moeten zichzelf herkennen in - Persoonlijke aanpak beter dan massale campagne - Voorziet personen van informatie - Waarschuwt personen	- Bij te veel herhaling luisteren personen niet meer - Interventies zijn een advies, er zitten geen consequenties aan verbonden - Invloed verschillend per persoon - Geloven informatie niet (voorbeeld: waarschuwing sigarettenpakje) - Interventies zijn makkelijk te negeren /ontwijken	- Herhaling - Kunnen inleven in onderwerp interventie - Lokaal niveau - Tips - Verschillende middelen - Voorbeelden
Voorbeelden deelnemers		
- Alcohol alleen in slijterijen verkopen - Beter controleren leeftijdsgrens alcohol - Confronterende plaatjes op sigarettenpakjes - Doorgaan met Bob campagne - Duurder maken ongezonde producten - Goedkoper maken gezonde producten - Hogere straffen voor alcohol in verkeer - Informatie over stoppen met roken op pakjes - Informatie verstrekken in winkelcentra	- Kooklessen voor burgers in de wijk - Leeftijdsgrens alcohol verhogen - Leeftijdsgrens tabak verhogen - Minder reclames voor ongezonde producten - Stickers over gezonde voeding in supermarkt - Tabak verbieden - Televisieprogramma's - Voedingslessen ouders, kinderen en allochtonen - Waarschuwingen op verpakkingen producten	

Bron 5: sterke en zwakke punten van leefstijlinterventies volgens deelnemers onderzoek Stoelinga (2011)

Oplossingen barrières om gedrag te veranderen	- Aanbod 'goedkopere' - Sporten uitbreiden - Creëren van meer financiële ruimte - Goedkoper maken sporten - Meerdere sporten in één sportpakket - Mensen wijzen op 'goedkopere' sporten - Sporten dicht bij huis - Sporten gericht op bepaalde doelgroep - Sporten met subsidie uitbreiden - Sportmaatje - Personen met een beperking wijzen op mogelijkheden en uitbreiden mogelijkheden - Speciale sportactiviteiten in wintermaanden
--	--

Bron 6: Mogelijke oplossingen om gedrag te veranderen (Stoelinga 2011)

2.2 Werving voor preventieactiviteiten

Op verzoek van ZonMw heeft het Trimbos-instituut (Spijkerman & van der Poel 2013) een analyse gedaan naar de effecten van 'PreventieKracht Thuiszorg' en 'PreventieKracht dicht bij huis'. In deze analyse worden een negental tips geformuleerd om deelnemers voor preventieactiviteiten te werven die nuttig kunnen zijn voor het toe leiden van minima naar het beweegprogramma: Gebruik activiteiten als toeleiding naar andere interventies; Werk wijkgericht; Maak je activiteiten langs verschillende kanalen bekend; Benader deelnemers persoonlijk; Houd de tijd kort tussen werving en activiteit; Zorg voor continuïteit (goed voor vertrouwen klant én werknemer); Kies de juiste partners, óók intern; Ken elkaar, werk samen aan preventie én zorg; Formuleer een gezamenlijke ambitie. Bij projecten gericht op het tegengaan van overgewicht komt specifiek naar voren dat er veel betrokkenheid is van kinderdagverblijven en peuterspeelzalen evenals de samenwerking met sportverenigingen. Hierop inhakend zegt Jolanda Dircks, teamleider afdeling Voeding en Diëtië bij Rivas Zorggroep, dat je 'laagdrempelig moet werken' in de aanpak van overgewicht. Het is bekend dat het met name bij de lagere sociale milieus voorkomt. 'Je moet het simpel neerzetten'; Dit hebben ze bijvoorbeeld gedaan door klanten bij een marktkraam naar het gewicht van een bordje groente te laten raden. Op deze wijze wordt de doelgroep geprikkeld (Vissers 2009).

Zoals Stoelinga (2011) aanhaalt in haar onderzoek dat mensen met een lage SES sterk in het hier en nu leven en minder met hun gezondheid bezig zijn in de toekomst, bevestigt Heutink et al (2010) dit ook in hun artikel *Wat hebben mensen met een lage en hoge(re) SES zelf te zeggen over gezond leven?*. Door de grotere dagelijkse problemen bij deze groep mensen in vergelijking met mensen met een hogere SES verdwijnt de aandacht voor gezond gedrag naar de achtergrond. Zo is het kortstondig genieten op enig moment van een sigaret vaak overheersend aan de mogelijk negatieve gevolgen hiervan op de lange termijn. Hieruit valt af te leiden dat zo mogelijk het voordeel of plezier op de korte termijn ook benadrukt moet worden in leefstijlcampagnes gericht op gedragsverandering. Ook wordt geadviseerd vooral op de randvoorwaarden voor gezond leven te richten bij gezondheidsbeleid voor mensen met een lage SES, zoals een toegankelijk/betaalbaar zorgaanbod van voldoende kwaliteit evenals een schone en veilige leefomgeving (Heutink, van Diemen, Elzenga, & Kooiker 2010).

Die randvoorwaarden voor gezond leven worden ook aangehaald in een rapport van het RIVM (Savelkoul, Schuit & Storm 2010). Zo heeft het bevorderen van de sociale cohesie door bijvoorbeeld ontmoetingsplekken, verbeteren van verkeersveiligheid om zo fietsen en wandelen te bevorderen, verbeteren van het binnenmilieu en het zorgen voor 'groen' in de wijk een positieve invloed op het terugdringen van gezondheidsachterstanden.

2.3 Effecten verwijzing en beweegprogramma's

Uit de literatuur blijkt dat adviezen van eerstelijns zorgverleners van positieve invloed kunnen zijn op de gezondheid van klanten⁷. Zo blijkt dat adviezen aan ouderen tijdens een persoonlijk consult van de praktijkondersteuner bij de huisarts leidt tot het vaker opvolgen van adviezen dan wanneer dit schriftelijk gedaan wordt. Met name bij problemen met overgewicht en hoog alcoholgebruik (Middelkoop, Vos, Assendelft, Bakker, Crone, van Empelen, Gussekloo, & Westendorp 2013; van Dijk 2013).

Zo word deze positieve invloed ook duidelijk in Bewegen op Recept, een 18-weken durend programma dat in Zaanstad, en een aantal jaar daarvoor in Den Haag, door huisartsenpraktijken werd aangeboden aan patiënten (Versteeg & Walraven 2014). Zij boden het programma aan patiënten aan van wie zij dachten dat bewegen een positieve invloed heeft op hun gezondheid. De onderzoekspopulatie bestond grotendeels uit mensen met een lage sociaaleconomische status (SES). De resultaten van de pilot zijn positief. De conditie van deelnemers was verbeterd evenals de psychische gezondheid. Een derde bleef na het programma ook nog voldoende bewegen. De meest genoemde belemmerende factor om door te gaan met sporten was 'te weinig financiële middelen. Adviezen waren dan ook om extra aandacht te schenken aan de follow-up van het beweegprogramma en te kijken naar mogelijkheden om sporten betaalbaarder te maken voor mensen met een lage SES.

Dat een beweegprogramma effectief kan zijn voor het hoger op de participatieladder komen van een klant tonen Van Kalken, Brouwer en Schellekens (2012) eveneens aan in hun onderzoek naar de effecten van een reactiveringsprogramma op de arbeidsmarktafstand van arbeidsongeschikten. Beweging als Warming-up voor Re-integratie (BWR) bij langdurig arbeidsongeschikten is een programma waarin door middel van bewegen en bewustwording gewerkt wordt aan een gezondere leefstijl, verbeterde fitheid en individuele (fysieke) competenties. Ze worden hiermee voorbereid op een aansluitend re-integratietraject. De resultaten van dit onderzoeken laten zien dat met regelmaat bewegen een positief effect heeft op de lichamelijke conditie, ervaren fysieke competentie, het zelfvertrouwen en welbevinden op de korte termijn. Op de lange termijn (gemeten na 15 maanden) heeft het een positief effect op het Arbeidsongeschiktheids (AO)-percentage, het aantal uren per week betaald werk en op de depressiescore. Bewegen helpt de afstand tot de arbeidsmarkt dus verkleinen. Bij de verwijzing naar dit programma waren onder andere arbeidsdeskundigen van het UWV betrokken.

Het effect van verwijzing en adviezen op gebied van gezondheid door niet-medisch geschoolde klantmanagers is verder nog nauwelijks in de wetenschappelijke literatuur terug te vinden. Wel zijn er een aantal praktijkvoorbeelden te noemen met positieve resultaten waar consultants van de afdeling W&I een verwijzende rol hebben gehad naar gezondheid gerelateerde interventies. Stapje Fitter Re-integratie in Woerden bijvoorbeeld. Dit is een interventie die bestaat uit een twaalf weken durende cursus voor uitkeringsgerechtigden welke aangrijpt op het positief veranderen van hun gezondheidsbeleving om participatie in de maatschappij te vergroten. De resultaten na de pilot zijn positief met onder andere een verbeterde conditie, verminderd drinkgedrag en verhoogd aantal minuten beweging per dag (Stiggelbout 2012).

Bureau Astri Beleidsonderzoek en -advies en Radar Advies hebben in opdracht van het UWV een praktijkonderzoek uitgevoerd met een concept werkwijzer voor klantmanagers⁸ gericht op de aanpak van de gezondheidsbeleving van klanten. Niet alleen de gezondheid zelf, maar ook de beleving beïnvloedt of iemand wel of niet kan werken. Er zijn vier typeringen in gezondheidsbeleving van klanten gemaakt en er worden laagdrempelige interventies aangeboden aan de klant. Hierbij kan men denken aan huiswerkopdrachten, gespreks oefeningen en doorverwijzingen. Deze hebben allen als doel om gedrags- of perceptieverandering bij de klant te bewerkstelligen. De manier van aanpak volgens de werkwijzer is overwegend positief ervaren onder de 16 klantmanagers en werkcoaches in dit onderzoek. De klanttypering heeft hen geholpen bij het analyseren van de problemen van de klant en daarbij passende interventies voor te stellen. De interventies leggen grotendeels de regie bij de klant en sporen hen aan tot activering, daarbij wordt gebruik gemaakt van het persoonlijk én sociale kapitaal van de individuele klant (Reijenga, Veldhuis, de Levita, & Nijhof 2012). Naar aanleiding van dit onderzoek is een werkwijzer 'Omgaan met belemmeringen' opgesteld door Divosa. Deze klantwijzer kan wellicht goed ingezet worden om klantmanagers toe te rusten in verwijzende en adviserende vaardigheden. Over de effecten op klanten op de langere termijn zijn nog weinig harde resultaten. Klanten in dit onderzoek hebben echter de aanpak overwegend positief ervaren.

In het nog niet gepubliceerde onderzoek Sociaal Medische (leefstijl-)Advies aan uitkeringsgerechtigden (Doef, Wille, van Dijk, van den Akker 2012) wordt antwoord gezocht op de vraag of de gezondheid van uitkeringsgerechtigden verbetert bij een traject van gerichte gezondheidsbevordering vergeleken met de controlegroep. De uitkeringsgerechtigden

⁷ Patiënten

⁸ Klantmanager is een brede term voor professionals die contact hebben met hun klanten. Consultants van de afdeling Werk en Inkomen zijn hier een voorbeeld van, evenals consultants bij de Wmo.

zijn via de sociale dienst doorverwezen naar de Sociaal Medische Advisering (SMA). De sociale dienst beschikt over de data van de doelgroep en kan zodoende goed verwijzen, dit is echter niet op basis van wetenschappelijk bewijs dat zij daarvoor de aangewezen instantie zijn. Het is belangrijk dat de sociale dienst die cliënten volgt en stimuleert om aan verschillende interventie-programma's deel te nemen. De SMA kan adviseren, maar mag niet direct doorverwijzen naar interventies. Het is dus belangrijk dat andere instanties, de sociale dienst bijvoorbeeld, dit oppakken om de uitkeringsgerechtigden te blijven motiveren iets te doen met de door de SMA gegeven adviezen.

In aansluiting op de zojuist beschreven onderzoeken waarbij de sociale dienst een cruciale rol speelt in de gezondheid van hun klanten blijkt dit ook uit een rapport van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (Ruitenberg 2012). Hierin wordt de samenwerking tussen professionals uit de gezondheidszorg en professionals van de afdeling W&I bekeken en de effecten daarvan aan hun dienstverlening. Opvallende resultaten hieruit zijn dat er een meer activerende dienstverlening geleverd kan worden wanneer professionals uit beide sectoren op een lijn zitten bij langdurige samenwerking en dus dezelfde boodschap uitdragen naar de klant. Ook is er één duidelijk aanspreekpunt voor de klant, dat door de klant als prettig ervaren wordt. Hiervoor is multidisciplinair overleg noodzakelijk om als aanspreekpunt van de klant op de hoogte te zijn van het geïntegreerde individuele traject van de klant uit de verschillende disciplines. Om de drempel om contact op te nemen met een professional van de andere discipline zo laag mogelijk te maken, kunnen netwerkbijeenkomsten een uitkomst bieden. Het blijkt dat professionals makkelijker contact opnemen met een andere discipline als ze daarvan iemand kennen in hun eigen netwerk. Het opbouwen van persoonlijke relaties tussen professionals is dus belangrijk om elkaar goed te kunnen vinden in de samenwerking. Ook zijn er meer declaraties via de zorgverzekering van de klant mogelijk bij een goede samenwerking tussen de twee dienstverlenende sectoren. Het gebruik van het aanbod in de zorgverzekering van de klant wordt zo geoptimaliseerd. Als zorg en gemeente samenwerken kan het voor een gemeente bijvoorbeeld duidelijker zijn dat het om een zorgprobleem gaat, in plaats van alleen een probleem op gebied van sociale zaken, waar de verzekering garant voor staat. Wel moeten de professionals bij deze samenwerking bij hun eigen expertise blijven en onderlinge duidelijkheid hierover scheppen in hoeverre zij de klant kunnen helpen. Een goede communicatie is belangrijk.

Een uitdagend punt bij deze samenwerking is de privacy van de klant. Er moet dus goed gekeken worden naar wat er met de gegevens van een klant, bekend bij W&I en bij de zorg, gedaan mag worden en in hoeverre uitwisseling mogelijk is.

3. Resultaten praktijkonderzoek

Dit hoofdstuk bespreekt de resultaten uit de bestaande (wetenschappelijke) literatuur, observaties, interviews en focusgroepen.

De verschillende determinanten van invloed op de implementatie van interventies volgend uit de theorie van Paulussen, Wiefferink en Mesters (2007) worden als leidraad gebruikt om de data te structureren. Deze determinanten zijn kenmerken van de sociaal politieke context, organisatie, innovatie, intermediair en eindgebruiker. Er wordt aangegeven vanuit welk perspectief de resultaten afkomstig zijn. Vanuit de beleidsmedewerkers of vanuit de uitvoerende kant bij de Afdeling Werk en Inkomen (manager, teamleider of consultant) of vanuit het perspectief van de klant, de minima.

De determinanten en verschillende factoren worden hier afzonderlijk van elkaar besproken. De determinanten zijn op elkaar van invloed. Naar verwachting zijn de kenmerken van de interventie, de sociaal/politieke context en de organisatie zijn bijvoorbeeld van direct effect op de intermediair. De intermediair is vervolgens van directe invloed op de eindgebruiker.

In deze sectie wordt gesproken over de afdeling W&I. Overal waar geïnterviewden de Sociale Dienst noemen, wordt hetzelfde bedoeld en kan dus ook de afdeling W&I worden gelezen. Alhoewel deze afdeling per gemeente niet altijd dezelfde naam heeft, worden daar nagenoeg dezelfde werkzaamheden verricht. Verschillen zitten voornamelijk in de inrichting en verdeling van taken binnen de afdeling. Uitleg over de verschillende taken op de afdeling W&I is in het hoofdstuk methoden uiteengezet.

De intermediair die de eindgebruiker direct wijst op het beweegprogramma, is in dit onderzoek de consultant van de afdeling W&I. De eindgebruiker is de klant van de afdeling W&I en zal in dit verslag wisselend met minima en klant worden aangeduid. De innovatie verwijst naar het beweegprogramma uit de gemeentemodule van de CZM.

Leeswijzer

Dit hoofdstuk met resultaten uit de praktijk is onderverdeeld in paragrafen, gelijknamig aan de hierboven genoemde determinanten. Elke paragraaf is onderverdeeld in sub paragrafen waarin de kenmerken van de determinanten besproken worden. Bij een groot aantal sub paragrafen staat een kop *Interpretatie, observatie en toelichting*. Onder deze kop staat een eigen interpretatie van de onderzoeker op basis van eigen observaties en indrukken en naar aanleiding van de literatuur en de al eerder uiteengezette theorie. Ook kan er stukje toelichting onder staan om resultaten te verhelderen. Er is gekozen om dit direct onder elk punt te doen om de leesbaarheid van dit verslag te vergroten. In de Discussie zal dan ook niet elk punt herhaald worden.

Er zal overlap zitten tussen de verschillende paragrafen, omdat de verschillende kenmerken van de determinanten niet geheel van elkaar los te trekken zijn. Voor de leesbaarheid is deze gescheiden indeling aangehouden. Daarom is eveneens gekozen de geïnterviewden en minima waarover gesproken wordt als ‘hij’ aan te duiden. Hier kan uiteraard ook ‘zij’ worden gelezen.

3.1 Sociaal politieke context

3.1.1 Veranderingen in het sociaal domein

Zowel consultants, teamleiders als beleidsmedewerkers geven aan dat er op het moment er veel veranderingen gaande zijn bij W&I. Daar gaat momenteel veel energie en aandacht naartoe waardoor kleinere projecten naar de achtergrond verschuiven.

‘Recessie en decentralisatie, drukke tijden voor SD (sociale dienst), bestanden nemen toe. Daarom verschuiven deze onderdelen naar de achtergrond (beleidsmedewerker).’

Wel wordt duidelijk dat bij elke gemeente de visie steeds meer is dat meedoen op enige wijze in de maatschappij voor iedereen goed is om verder te komen of in ieder geval niet verder af te zakken op de participatieladder. Het idee is dat voor elke klant gekeken wordt wat voor hem de meest passende weg is om in te slaan. Er wordt gekeken naar de individuele situatie van de klant en op deze manier wordt geprobeerd maatwerk te leveren. Wanneer ‘meer bewegen’ onderdeel uitmaakt van het traject van een klant, dan kan het beweegprogramma goed worden gebruikt, maar ook voor mensen die in een sociaal isolement verkeren, kan het beweegprogramma wellicht een oplossing bieden. Beleidsmedewerkers geven aan dat het vooral van belang is dat mensen iets (gaan) doen en dan maakt het niet veel uit wat. Dit kan variëren van sporten tot vrijwilligerswerk tot een hobbyclub. De bedoeling is dat mensen het zelf (weer) kunnen redden en daarin wil de gemeente

ondersteuning bieden.

‘Wij zitten hier nu toch wel heel erg op maatwerk, met die decentralisaties. Dat we voor de inwoner kijken, wat is voor die inwoner gewoon de meest geschikte oplossing (beleidsmedewerker).’

‘En sowieso, ieder persoon die toch gezonder is, kan zich eerder zelf redden (beleidsmedewerker).’

Er wordt echter ook een spanningsveld ervaren door de consulenten tussen de zelfredzaamheid van de klant waar tegenwoordig op wordt ingestoken en het ‘zorgen vóór’ wat men gewend was te doen. Inspringen op bijvoorbeeld de leefstijl van mensen kan al snel als betuttelend bestempeld worden, terwijl mensen deze extra steun soms juist nodig hebben om volgende stappen vervolgens weer zelf te kunnen zetten. Zo wordt dit ook bij het beweegprogramma opgemerkt. Enerzijds is het een goed instrument om mensen naar door te verwijzen. Aan de andere kant hebben klanten ook zelf een verantwoordelijkheid om voldoende te bewegen en daar initiatief toe te nemen.

Interpretatie, observatie en toelichting

Consulenten geven aan dat door de drukke tijden op het moment met alle veranderingen in het sociaal domein⁹ er minder tijd is voor nieuwe projecten, zoals het beweegprogramma. Voor gemeenten betekenen deze veranderingen en bezuinigingen op het budget uitdagingen om dwarsverbanden te leggen tussen de Wmo/AWBZ¹⁰, de jeugdzorg en W&I. Er wordt ingezet op preventie en de ondersteuning aan mensen wordt gebundeld en efficiënter ingericht. (Divosa 2014). Voor afdeling W&I betekent dit ook dat er meer integraal gewerkt moet gaan worden. Zij verlenen diensten aan dezelfde mensen als waar andere (zorg) professionals hulp aan verlenen. Door samenwerking kan er hoofd worden geboden aan de forse bezuinigingen die zijn gemaakt op het participatiebudget en kan de hulp aan mensen eenduidiger en eenvoudiger worden gemaakt voor de klant (Divosa 2014). Op het moment betekent dit dat alle tijd en energie in de hoofdlijnen van de veranderingen gaan zitten en dat de kleinere projecten worden doorgeschoven naar komende jaren als volgende stappen. Het beweegprogramma is zo’n kleiner project. Het past erg goed in de nieuwe visie van maatwerk en stimuleren van klanten om mee te doen in de maatschappij, maar momenteel gaat de aandacht hier dus nog niet naar toe. Er is een open houding ten aanzien van het beweegprogramma, maar het zal pas actief worden opgepakt als de basis van alle veranderingen gaande in het sociaal domein stevig staat.

3.1.2 Netwerk en Samenwerking

De Afdeling W&I bevindt zich in een groter netwerk van hulpverlenende diensten. Vrijwilligersorganisaties, huisartsen, maatschappelijk werk en de Wmo komen ook veel in aanraking met de doelgroep die bij de afdeling W&I in het klantenbestand staat. De samenwerking tussen deze instanties is momenteel in veel gevallen nog niet optimaal wordt aangegeven door de consulenten. Er wordt genoemd dat in de gevallen van goede contacten met andere professionals de zorg optimaler is voor de klant, maar dat in veel gevallen het lastig is te communiceren met andere instanties. Dit wordt volgens hen veroorzaakt door de logheid van organisaties en vanwege privacy redenen waardoor andere hulpverleners niet alle informatie over de klant kunnen of willen vrijgeven. Eveneens speelt mee dat de consulenten niet altijd weten wie ze moeten bellen voor bepaalde problemen of naar wie ze kunnen doorverwijzen bij een gezondheid gerelateerd probleem. Ook zal met een intensievere samenwerking van verschillende professionals op een klant, de thema’s van elk van hen meer door alle professionals worden opgepakt zover het in hun bereik ligt. Zo zal een consulent van de afdeling W&I bijvoorbeeld de gezondheidsadviezen van de huisarts eveneens mee kunnen nemen in de consulten met klanten.

‘Ik ben geen psycholoog, ik ben geen arts. Ik denk dat het wel handig is om meer samenwerking te hebben dus dat de lijnen korter zijn, dat ik sneller weet hoe ik iemand kan doorverwijzen naar een diëtiste of een psycholoog. Ik signaleer nu een aantal zorgvragen en heb meerdere folders die ik kan meegeven [...], ik verwijs mensen door naar de huisarts. Dus dat is eigenlijk hetgene wat ik nu kan doen (consulent).’

‘Maar het zou wel handig zijn als ik wat meer weet voor welke problematiek, bij wie ik dan moet zijn. Nu pak ik

⁹ Het gaat om drie decentralisaties (van de rijksoverheid naar de gemeenten), namelijk langdurige zorg, werk en inkomen en jeugdzorg. <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/gemeenten/decentralisatie-van-overheidstaken-naar-gemeenten>

¹⁰ Wmo – Wet maatschappelijke ondersteuning; AWBZ – Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten

lukraak [...], maar dat kan net zo goed een andere maatschappelijke organisatie zijn. Ik ben daar nog niet zo bekend mee met hoe de zorginstellingen precies werken. Wat de verschillen zijn (consulent).’

‘Als je integraal gaat werken, dan is gezondheid heel vaak een item, dan ga je wel 1 lijn proberen te trekken met elkaar. Nu zit iedereen op zijn eigen stukje. Als je integraal werkt heb je met elkaar een bepaald doel en als gezondheid daar deel van uitmaakt ga je dat denk ik ook meer meenemen in jouw werk naar de klant toe. Nu veel versnipperd, daardoor minder aandacht. Minder versnipperd straks, dan meer aandacht gaat krijgen (consulent).’

Ook bij beleidsmedewerkers is het geluid hoorbaar dat de verschillende beleidsterreinen niet meer los van elkaar gezien kunnen worden. In de toekomst moet er meer samengewerkt gaan worden met andere beleidsterreinen om bepaalde thema’s integraal te kunnen oppakken. Het beweegprogramma, met als breder thema preventieve gezondheid, is zo’n thema dat door meerdere beleidsterreinen zou moeten worden opgepakt.

‘Want we zien nu steeds meer zeg maar dat hoe die velden [gezondheid en werk] eigenlijk met elkaar verweven zijn, terwijl we beleidsmatig daar nog niet zo heel veel aan doen (beleidsmedewerker).’

‘Een gat tussen beleid en uitvoering wordt nu benoemd. Ik merk zelf ook een gat tussen beleid en gezondheid en beleid en Werk en inkomen. Vanuit de WMO zijn we nu bezig...we proberen meer met mensen met een lage SES te doen (er is onderzocht dat deze groep een lagere gezondheid heeft). Dus vanuit die insteek zijn we nu aan het kijken of het binnen die organisatie of clusterwerk inkomen gaat landen. De tijd zit nu een beetje tegen met die decentralisaties enzo, alles draait nu daarom, het [beweegprogramma] past juist heel goed in de decentralisaties. Zou goed mee genomen kunnen worden, daar zie ik ook heel erg een gat (beleidsmedewerker).’

Tenslotte zeggen consulenten open te staan voor enkele netwerkbijeenkomsten met als doel de verbinding te leggen met andere zorgprofessionals zodat ze van elkaar weten waaruit hun werkzaamheden bestaan en de drempel verlaagd wordt om de hulp van een andere instantie in te roepen. Beschikbare tijd wordt hierin echter wel als struikelpunt gezien.

Interpretatie, observatie en toelichting

Uitwisseling tussen organisaties die de innovatie adopteren is belangrijk om gezamenlijk visie te vormen en te leren hoe het beste de innovatie, in dit onderzoek het beweegprogramma, te implementeren en continueren (Paulussen, Wiefferink en Mesters 2007). Er lijkt nu de nodige uitwisseling te zijn rondom specifieke problemen van de klant, maar de contacten met andere dienstverlenende organisaties kan nog beter wordt aangegeven. Consulenten ervaren dat de dienstverlening aan klanten nog optimaler zou kunnen als ze meer weet hebben van de werkzaamheden van de verschillende organisaties in hun regio. Wanneer gezondheid nog meer een thema zou worden dat de consulenten met hun klanten bespreken, wordt aangegeven dat het belangrijk is te weten waar ze hun klanten heen kunnen verwijzen. Zij hebben zelf niet de medische expertise in huis, maar zouden wel kunnen doorverwijzen wanneer gezondheid gerelateerde problemen worden geconstateerd. Naast doorverwijzen kunnen gezondheid gerelateerde aspecten ook goed integraal worden opgepakt. Deze integrale manier van werken zal voor de klant een eenduidiger beleid betekenen en voor de professionals wellicht grotere resultaten bij hun klanten.

De netwerkbijeenkomst met professionals van verschillende organisaties wordt als een goed idee gezien. Op een dergelijke bijeenkomst zouden ervaringen met het beweegprogramma kunnen worden uitgewisseld.

Ook de beleidsmedewerkers in dit onderzoek geven aan belang te zien in de verbinding tussen de verschillende beleidsterreinen, werk en inkomen en gezondheid. Deze gedachte past goed bij de huidige ontwikkelingen in het sociaal domein. Om de bezuinigingen van de overheid hoofd te bieden en het voor de klant eenvoudiger te maken, moet er meer integraal gewerkt gaan worden. Zo zal een afdeling Werk en Inkomen meer moeten gaan samenwerken met bijvoorbeeld zorg verlenende professionals. Er wordt momenteel gezocht hoe dit goed op bestuurlijk niveau kan worden ingevuld, hoe deze verbinding met andere beleidsterreinen gelegd kan worden.

Naast dat andere organisaties belangrijk zijn om mee samen te werken, vormen zij ook een plek waar het beweegprogramma kan worden aangeboden aan klanten. Zo kunnen de Wmo-consulent, de huisarts en de wijkverpleegkundige ook gezien worden als intermediaire gebruikersgroep die de doelgroep van het beweegprogramma stimuleert om het beweegprogramma te adopteren, implementeren en continueren.

3.1.3 Stadspas

In sommige gemeenten wordt er gewerkt met de Ooievaarspas¹¹, een stadspas waar klanten die van 130% van het bestaansminimum leven korting mee kunnen krijgen op sport en cultuuractiviteiten. Door consultants wordt geopperd dat hier wellicht ook een link mee te maken is in de gemeenten waar deze al gebruik wordt. Door het beweegprogramma bijvoorbeeld in de lijst met aanbod te zetten of als follow-up van het beweegprogramma mensen nogmaals te wijzen op de mogelijkheden van deze pas.

Interpretatie, observatie en toelichting

Er wordt meegedacht in hoe het programma nog breder bekend kan worden gemaakt onder de doelgroep. De Ooievaarspas kan een optie zijn, maar bereikt zeker niet de hele doelgroep. De pas wordt in een beperkt aantal gemeenten gebruikt. Ook geldt de pas voor mensen die tot op 130% van het bestaansminimum leven in tegenstelling tot de mensen die een CZM hebben en tot 110% van het bestaansminimum leven. In een groot aantal gemeenten in Nederland wordt wel een vergelijkbare stadspas gebruikt. Deze optie kan daarom nader onderzocht worden.

3.1.4 Wijkteam en buurtsportcoach

Met de veranderingen in het sociaal domein wordt op veel plaatsen de afdeling W&I ook betrokken in de opstart van wijkteams. Hierdoor wordt de afdeling W&I ook betrokken op de bredere zorgvraag van de klant. Dit integrale werken wordt enerzijds als een kans gezien om beter te kunnen samenwerken en een eenduidiger en sterker beleid ten aanzien van de klant te voeren, maar anderzijds is men ook bang voor de tijd die dit gaat vragen van hen en de problemen die er mogelijk ontstaan met betrekking tot de privacy van de klant. De afdeling W&I zit niet in elke gemeente in het wijkteam. Belangrijk met betrekking tot het beweegprogramma is dat ze er weet van hebben in het wijkteam en dus als doorverwijzers kunnen fungeren.

‘Ik vind dat sociale wijkteam verhaal wel interessant en wij willen daarin dan ook heel erg mensen uit de wijk halen, waar zijn mensen die eenzaam zijn, wat hebben die nodig en daar zou je ook heel goed dit verhaal in kunnen passen. Dat vind ik wel een heel interessant aandachtspunt, dat mensen die daarin gaan werken hier ook van moeten weten, want werk en inkomen zit [bij ons] niet in zo’n team (beleidsmedewerker).’

Herhaaldelijk wordt ook de buurtsportcoach aangehaald als persoon die mogelijk voortijdig mensen al kan wijzen op het beweegprogramma in plaats van af te wachten tot mensen met overgewicht of een chronische aandoening met problemen bij de afdeling W&I komen. Zij zouden dus een rol kunnen spelen in de vroeg signalering en nog meer preventief mensen tot bewegen kunnen aanzetten.

Interpretatie, observatie en toelichting

Wijkteams zijn in veel gemeenten in Nederland nu in opstart. Er liggen hierin kansen om ook gezondheid meer integraal op te pakken en zodoende het beweegprogramma ook onder de aandacht te brengen van deze teams.

Als voorbeeld van een goed functionerende buurtsportcoach is de vergelijkbare bewegingsmakelaar in Utrecht. In het project Gezonde wijk Overvecht, in Utrecht, wordt er gewerkt met zo’n bewegingsmakelaar. Deze heeft weet van alle mogelijkheden op het gebied van bewegen. Wellicht dat een consultant van de afdeling W&I minima naar zo’n makelaar kan doorverwijzen, die dan vervolgens met de klant kijkt naar mogelijkheden tot beweging.

3.1.5 Moeizame werving

Om gemeenten met de CZM van Z&Z te bewegen deel te nemen aan dit onderzoek ging moeizaam. In reacties kwam terug dat de drukte bij Werk en Inkomen te hoog was momenteel en dat de preventieonderdelen in de CZM op dit moment geen prioriteit hadden. Er werd uitgelegd dat de veranderingen in het sociaal domein nu de aandacht vergden en dat er wellicht over een aantal maanden wel ruimte zou zijn voor deelname aan het onderzoek.

Interpretatie, observatie en toelichting

¹¹ Netto inkomen mag niet hoger zijn dan 130% van de bijstandsnorm om in aanmerking te komen voor een dergelijk pas. <http://www.ooievaarspas.nl/>

Hierdoor werd bevestigd wat ook in de interviews naar voren kwam. Het beweegprogramma op zichzelf en het thema gezondheid bij de afdeling W&I wekt de interesse, maar in deze tijd ligt de focus eerst op de grote lijnen van de veranderingen in het sociaal domein alvorens naar specifieke interventies kan worden gekeken die passen bij de nieuwe manier van werken. Namelijk, de klant centraal en het uitgaan van de eigen kracht van de klant.

3.2 Organisatie

3.2.1 Beleid en uitvoering

Consulenten zijn verontwaardigd over het feit dat er een beweegtraject is opgenomen in de CZM, maar dat er geen aandacht aan besteed wordt door degenen bij de gemeente die hiervoor verantwoordelijk zijn. Als er bij de beleidsafdeling besloten is de preventieonderdelen op te nemen in de gemeentepolis, waarom is daar dan vervolgens geen werk van gemaakt om het onder de aandacht van intermediairs te brengen?

Beleidsmedewerkers zijn doorgaans betrokken geweest bij het tot stand komen van de onderdelen opgenomen in de gemeentelijke collectieve zorgverzekering. Dit betekent echter niet dat ze hier actief beleid op voeren. Het beweegprogramma is bekend, maar wordt niet in alle gemeenten actief onder de aandacht gebracht door de beleidsmedewerkers bij mensen van de afdeling Werk en Inkomen of andere intermediairs. Dit heeft verschillende redenen.

Het kan zijn dat een gemeente op dit moment er bewust voor kiest geen aandacht te schenken aan het beweegprogramma. Prioriteiten liggen op dit moment bij andere zaken en ze willen dit programma niet maar half oppakken. Ze zien zeker wel de voordelen van het programma en zo zal het wellicht later worden opgepakt. Dit staat echter nog niet bij alle betreffende gemeenten concreet op de planning.

‘Het is wel een van de dingen waarvan we zeggen, dat zouden we wel kunnen verbinden aan de re-integratie. Maar dat heeft op dit moment niet echt een prioriteit nee (beleidsmedewerker).’

De beleidsmedewerkers vertellen dat de adoptie van het beweegprogramma in de CZM niet altijd een heel bewuste keuze is van een gemeente. Het wordt hen aangeboden door Z&Z. Doordat het zeker als een nuttig programma wordt gezien om in de gemeentelijke collectiviteit te hebben, wordt het geadopteerd. Maar, omdat het een externe interventie, wordt het er weinig verantwoordelijkheid in genomen en krijgt het beweegprogramma niet of nauwelijks de aandacht. Niemand die voor dit specifieke programma verantwoordelijkheid neemt. Dit heeft ook te maken met de overlap tussen de verschillende beleidsterreinen waar het programma onder geschaard kan worden, bijvoorbeeld Gezondheid en Sociale Zaken, waardoor niet duidelijk is wie het moet oppakken. De belangen van Gezondheid en Sociale Zaken zijn verschillend. Daarom is de motivatie om het beweegprogramma wel of niet op te pakken ook anders. Bij Sociale Zaken gaat het in eerste instantie om zoveel mogelijk mensen weer aan het werk of participeren te krijgen. Bij gezondheid gaat het om gezondheidswinst.

‘Het was een voorstel van BS&F, gemeenten denken dan oh mooi, doen we, maar pakken dat niet verder op. Geen follow-up. Komt ook uit VWS vandaar. Makkelijk scoren zo’n programma op je naam (beleidsmedewerker).’

‘Landelijk geregeld, dan zegt gemeente oké... Dan gebeurt er niks. Niemand echt betrokken als het gewoon aangeboden wordt. Gezondheid niet direct belang van SD [sociale dienst], CZM wel. Dat stukje preventie, niet echt belang (beleidsmedewerker).’

‘Je hebt hele verschillende belangen eigenlijk. Sociale zaken wil zo snel mogelijk uitstroom en zo min mogelijk instroom en eigen verantwoordelijkheid en weg.... En gezondheid zegt we zorgen dat iedereen zo gezond mogelijk is dan bereik je zo veel mogelijk mensen (beleidsmedewerker).’

De samenwerking tussen beleidsmedewerkers en de afdeling W&I gaat verschillend in de diverse gemeenten. Sommigen hebben frequente uitvoering overleggen met teamleiders of afdelingshoofden, anderen hebben nagenoeg geen contact met de uitvoerende kant om te monitoren wat er met het beleid gebeurt of het actief over te brengen. Er ligt ruimte bij de afdeling W&I om zelf invulling te geven aan het te voeren beleid. Zij bepalen grotendeels de manier waarop bepaalde van bovenaf bepaalde beleidsdoelen behaald worden. Beleidsmedewerkers zitten er niet bovenop wat betreft het beweegprogramma. Als het beleidsdoel is dat uitkeringsgerechtigden gezonder moeten worden, dan kan dit programma daar aan bijdragen. Als teamleiders van de afdeling W&I echter andere manieren hiervoor beter vinden, dan hebben zij de vrijheid om daarin keuzes te maken en andere manieren in te zetten om de beleidsdoelen te halen.

‘Nou, ja ik zie dat niet per se als taak van een beleidsmedewerker, meer dan dat ik dit soort dingen bespreek met de teamleiders. En zij zijn uiteindelijke degene die veel meer bepalen van of dit het juiste is en hoe dat ze dat dan gaan

doen. Dat is niet iets wat ik ga bepalen ... Dus wij gaan over het wát en zij gaan over het hóe ... ik zie het meer als een soort coproductie (beleidsmedewerker).’

‘Wij zeggen wij willen 20% meer uitstroom, als dat beweegprogramma daarbij zou helpen, dan vind ik dat helemaal prima, als zij wat anders hebben is dat ook goed. Als wij willen bereiken dat ons uitkeringsbestand gezonder moet zijn, dan is dat natuurlijk iets wat je erbij zou kunnen helpen (beleidsmedewerker).’

Tenslotte, het wordt duidelijk in de gesprekken met de verschillende partijen dat naast het feit dat er veel onbekend is over het beweegprogramma er ook zaken nog niet geregeld zijn bij de gemeente met betrekking tot het programma. Zo zijn nog in geen enkele gemeente fysiotherapeuten gecontracteerd en is doorverwijzen dus sowieso niet mogelijk.

Interpretatie, observatie en toelichting

Duidelijk komt naar voren in de gesprekken dat er een gat ervaren wordt door de consultants tussen beleid en uitvoering. De ideeën van de beleidsmatige kant over het beweegprogramma zijn niet doorgedrongen tot de uitvoerende kant. Dit kan komen doordat beleidsmedewerkers het om verschillende redenen nalaten het programma actief onder de aandacht te brengen van de afdeling W&I. Belangrijk hierin is te noemen, dat de beleidsmedewerkers geen idee hadden van de financiering van het beweegprogramma in de CZM. Zoals eerder in dit verslag is te lezen, betalen gemeente mee aan het beweegprogramma in de vorm van een vaste bijdrage per verzekerde voor de gemeentemodule. Het is daarom vreemd dat een gemeente wel betaald en een programma adopteert, maar er vervolgens geen aandacht aan besteed.

Teamleiders van de afdeling W&I kunnen er ook bewust voor kiezen het nu nog niet als traject voor hun klanten te gebruiken, omdat hun aandacht en energie op het moment naar andere zaken gaat. Vanuit beleid wordt er dan niet verder aangedrongen het programma wel te gebruiken als de doelen die zijn opgesteld door beleidsmedewerkers ook op andere manieren behaald kunnen worden. De geïnterviewde teamleiders hadden doorgaans geen weet van het beweegprogramma alvorens ze gevraagd werden mee te werken aan het onderzoek. Het lijkt erop dat de teamleiders in het proces van besluitvorming over het adopteren van het beweegprogramma in de organisatie niet betrokken zijn geweest, aangezien ze er niet van op de hoogte waren. De kans op adoptie van een innovatie is echter het grootst als deze adoptiebeslissing centraal wordt genomen in samenspraak met de uitvoerende kant (Paulussen, Wiefferink en Mesters 2007). Zo kan worden voorkomen dat de verantwoordelijkheid van de implementatie van de innovatie in het geheel bij de beleidsmedewerker ligt.

De belangen van de verschillende beleidsterreinen zijn eveneens verschillend van elkaar. Gezondheidswinst of verhoogde uitstroom lijken andere doelen. Toch kan het beweegprogramma in beiden tegemoetkomen, al zal het resultaat voor het doel uitstroom waarschijnlijk pas op langere termijn zichtbaar worden.

Voor de continuïteit van het beweegprogramma is het van groot belang om binnen de organisatie een verantwoordelijk persoon te hebben voor de innovatie, die toeziet op monitoring, maar ook als kennisorgaan dient voor de organisatie op dit gebied. Deze zou dan ook training kunnen geven aan intermediairs over het gebruik van het beweegprogramma en hen kunnen coachen hierin (Ibid). Deze persoon kent de organisatie tevens goed, zodat de nieuwe strategie zo goed mogelijk kan worden aangepast op de specifieke organisatie om het grootste effect te behalen. Op het moment is dit nog niet het geval en is het onduidelijk wie de verantwoordelijkheid draagt om het beweegprogramma zo optimaal mogelijk in te voeren. Hierbij lijkt het ook belangrijk duidelijk te zijn over de ‘winst’ die het voor de betrokken beleidsterreinen kan opleveren.

Verder dienen organisatorische zaken omtrent het beweegprogramma op orde te zijn alvorens het programma onder de aandacht te brengen van gemeenten, zodat organisatorische mankementen geen belemmering kunnen vormen voor de implementatie ervan. Het moet duidelijk zijn wie er verantwoordelijk is voor het afsluiten van de contracten met de zorgverleners die het beweegprogramma willen aanbieden. Ligt het initiatief om een contract af te sluiten bij de zorgverzekeraar, gemeente of bij de zorgverleners? Laatstgenoemden zouden dan elk jaar dus zelf alle polissen van verzekeraars door moeten nemen om erachter te komen wat zij aan hun klanten kunnen aanbieden vanuit de verzekering. Praktisch haalbaarder lijkt het dat gemeente hun zorgverleners hierover informeren of dat de verzekeraar zelf per gemeente zorgverleners benaderd om hen te vragen het beweegprogramma aan te bieden.

3.2.2 Interview

Interviewmomenten zijn schaars of afwezig bij de afdelingen W&I. Vanwege hoge werkdruk zijn deze geplande uitwissel- en leermomenten tussen collega's er steeds meer bij ingeschoten de afgelopen jaren of nooit geweest. Er wordt aangegeven

dat het wel fijn zou zijn meer te weten over hoe hun collega's te werk gaan en hoe bepaalde zaken goed aangepakt kunnen worden en hoe klanten het beste benaderd kunnen worden. Collega's onderling vragen elkaar wel om hulp of advies bij bepaalde casussen, maar plenair overleg komt minder voor. Er wordt inspraak en ruimte gemist door de consulenten om mee te kunnen denken in het beleid.

‘Wel gehad [interview]. ... Willen we vaker gaan doen, waar lopen we tegenaan, hoe willen we dat met elkaar op gaan lossen. Vrij nieuw eigenlijk. Vroeger hebben we dat wel gehad, casuïstiek (consulent)’.

Interpretatie, observatie en toelichting

Intercollegiale uitwisseling in de vorm van geplande momenten ontbreken op veel afdelingen. Hierdoor is het lastig om een eenduidige gedeelde visie op een innovatie te ontwikkelen. Wanneer het beweegprogramma gebruikt gaat worden, zou het voor de continuering en het optimaliseren van het gebruik goed zijn als deze interview momenten er wel zouden zijn. Ook is feedback op de uitvoering door de intermediairs belangrijk om hen te motiveren en om zo mogelijk verbeteringen aan te brengen in de werkwijze. Dit zou goed bij interviewmomenten kunnen plaatsvinden. Bij de adoptie van het programma door de afdeling W&I zouden interview momenten zich er dus goed voor lenen om de ervaringen van consulenten hiermee te vervolgen en te gebruiken om indien nodig aanpassingen aan de interventie te verrichten.

De focusgroep met consulenten was voor hen bijzonder, omdat het nagenoeg nooit voorkomt dat ze met elkaar om de tafel zitten en uitwisselen hoe ze denken over bepaald thema. Er werd naderhand gezegd het als prettig en zinvol te hebben ervaren om zo met collega's in gesprek te zijn. Het werkte inspirerend doordat ze ideeën van elkaar kregen om een casus bijvoorbeeld een keer op een andere wijze aan te vliegen.

3.2.3 Professionaliteit

Alhoewel er volgens bepaalde richtlijnen gewerkt wordt, heeft de consulent altijd bewegingsvrijheid en zullen er dus verschillen bestaan in werkwijzen. Er wordt verwacht dat een consulent bepaalde competenties bezit en in sommige organisaties wordt hier ook op getraind, maar verschillen en ruimte voor eigen ideeën blijven bestaan.

‘Het heeft denk ik ook wel weer met de consulent zelf te maken hoe die daar in staat, dat ie dat toevallig wel heel belangrijk vindt en dat toch wel meeneemt in zijn gesprek (beleidsmedewerker).’

Interpretatie, observatie en toelichting

In professionele organisaties zoals een ziekenhuis of onderwijsinstelling krijgen professionals relatief veel vrijheid in hun werk in vergelijking met de meer hiërarchisch geleide organisaties zoals een militaire organisatie. Bijvoorbeeld een docent of arts kan veel meer zelf bepalen hoe hij zijn dagelijks werk inricht dan een militair. Hierdoor is het eenvoudiger voor een nieuwe interventie om in een professionele organisatie gebruikt te worden. Een professional kan zelf min of meer bepalen of hij gebruik gaat maken van de interventie, uiteraard is dit ook afhankelijk van de soort en omvang van de interventie. In de hiërarchische organisaties zal dit sowieso niet kunnen buiten het management van de organisatie om. Echter wanneer in een hiërarchische organisatie een interventie geadopteerd wordt, zal de kans op implementatie groter zijn dan wanneer een professionele organisatie een interventie adopteert (Paulussen, Wiefferink en Mesters 2007). De afdeling W&I kan ook gezien worden als zo'n professionele organisatie waar een zekere vrijheid is voor werknemers om hun werk te doen naar eigen inzicht. Wanneer het beweegprogramma geadopteerd wordt door de organisatie zal een succesvolle implementatie dus nog afhangen van de werknemers, onder andere de consulenten, die zullen gaan werken met het programma. Het zal van hun inzicht en motivatie afhangen of het zo optimaal mogelijk gebruikt gaat worden.

3.3 Innovatie

3.3.1 Bereik

Veel re-integratietrajecten zijn gericht op klanten die relatief dicht bij de arbeidsmarkt staan. Het beweegprogramma is hierin bijzonder aangezien het in dit opzicht een bredere doelgroep aanspreekt. De voorwaarden zijn niet gebaseerd op de afstand die er tot de arbeidsmarkt is, maar zijn gebaseerd op medische gronden, namelijk een te hoog BMI en/of een chronische aandoening. Zo kunnen klanten die onderaan de participatieladder staan en al jaren niet meer actief werken en aan re-integratietrajecten meedoen, toch deelnemen aan dit programma. Dit bredere bereik wordt als positief ervaren door de consulenten. Zo kunnen klanten een traject aanbieden aan mensen die lager op de participatieladder staan.

‘Voor mensen dicht bij de arbeidsmarkt wordt veel georganiseerd, omdat hoe eerder iemand uit de uitkering is hoe beter, maar voor mensen die zeg maar een lange afstand tot de arbeidsmarkt hadden, waren weinig middelen (consulent).’

Het beweegprogramma is voor mensen met een collectieve zorgverzekering van Zorg en Zekerheid en met een aanvullende verzekering. Vervolgens zitten er ook voorwaarden aan om deel te mogen nemen. De beoogde doelgroep is zoals hierboven beschreven dus wel breder dan voor andere programma's, maar het bereik wordt wel ingeperkt doordat het afhankelijk is van iemands zorgverzekering. Mensen met een andere zorgverzekering en een minimum inkomen zouden ook baat kunnen hebben voor het beweegprogramma, maar zullen het dus niet vergoed krijgen. Doorgaans zijn mensen met schulden ook niet geoorloofd om gebruik te maken van onderdelen in hun verzekering of een aanvullende verzekering af te sluiten vertelt een minima uit ervaring. Deze vallen daarmee dan ook buiten de doelgroep. Jammer wordt het gevonden door zowel minima als consulent dat het programma alleen bedoeld is voor mensen met overgewicht of chronische aandoening. Ook mensen die sociaal geïsoleerd zijn bijvoorbeeld, maar geen van de voorwaarden tot deelname hebben, kunnen zo niet deelnemen terwijl ze er wel baat bij kunnen hebben.

‘Ik denk dat er een vrij grote groep van minima is die schulden heeft bij de zorgverzekeraar zelf. En dan mag je niet eens een AV hebben (minima).’

‘... jammer dat het alleen voor een specifieke doelgroep is, mensen die te zwaar zijn (consulent).’

3.3.2 Gezondheid belemmering tot werk

Dat een slechte gezondheid in veel gevallen een belemmering vormt tot werk, wordt benadrukt door de consulenten. Zij geven aan dat met name overgewicht veel voor komt. Natuurlijk zijn de problemen vaak complexer dan alleen overgewicht, maar er wordt zeker gezien dat overgewicht en inactiviteit een frequent voorkomende belemmering vormen om te kunnen werken. Daarom zijn consulenten geïnteresseerd in het beweegprogramma, omdat het hun een goed product lijkt om klanten meer in beweging te krijgen. Ook beleidsmedewerkers vinden het om deze reden belangrijk om gezondheid hoog op de agenda te zetten. Een beleidsmedewerker zei dat het niet voor niets is dat bijna alle gemeenten in Nederland meedoen aan de gemeentelijke collectieve zorgverzekering en een deel van de premie van hun burgers betalen.

‘Het [gezondheid] is wel echt een item. In 9 van de 10 keer. Ziet zelden zoveel ziekte als bij ons (consulent).’

3.3.3 Werkwijze

Gezondheid is een terugkerend onderwerp van gesprek voor de consulenten met hun klanten. Op welke wijze hiermee om wordt gegaan is uiteenlopend. Het merendeel van de consulenten zet een medische keuring in, psychisch en/of lichamelijk, wanneer de klant komt met belemmeringen voortkomend uit hun gezondheid. Het gaat dan om het aantonen van medische klachten waar de klant zelf mee is gekomen of die de consulent denkt waar te nemen. De sociaal medische advisering (SMA) kan dan in kaart brengen wat de gezondheidsproblemen van de klant zijn en een advies uitbrengen over de mogelijkheden van de klant tot werken met zijn beperkingen. Ook kan de klant laten zien dat hij werkt aan zijn gezondheid door het tonen van controleafspraakkaarten bij de betreffende (medische) instanties. Wanneer de klant gezondheidsproblemen heeft die niet direct een obstakel tot werk vormen, zal het niet snel besproken worden bij de afdeling W&I.

Het medisch advies van de SMA tezamen met de informatie die de consulent zelf heeft verzameld, vormt de basis van waaruit gezocht wordt naar een passend (re-integratie) traject voor de klant.

Tegenwoordig wordt veel met checklists en invullijsten gewerkt. Dit zijn lijsten die door de consulenten doorlopen en ingevuld worden met de klant om alle informatie te verzamelen nodig om te re-integreren. Zoals onderstaande uitspraak van een consulent aangeeft, werkt dit in de hand dat er minder wordt doorgevraagd op de thema's die langskomen op de lijst.

'Kijk sommigen hebben een checklistje, van daar en daar gaan we het over hebben, die zijn ook al niet gewend om dieper door te vragen (consulent).'

Afhankelijk van de soort consulent en de richtlijnen van de gemeente wordt gepoogd ten minste eenmaal per maand tot eenmaal per drie maanden contact te hebben met de klant. Dit kan om een persoonlijk, telefonisch of e-mailcontactmoment gaan. Het klantenbestand van de geïnterviewde consulenten varieert tussen de 75 en 110 klanten.

Interpretatie, observatie en toelichting

De werkwijze met betrekking tot gezondheidsaspecten op dit moment is gebaseerd op objectivering. Daarmee wordt bedoeld dat door middel van feiten moet worden aangetoond, het zij een huisartsbrief of een advies van de sociaal medische advisering, dat een klant daadwerkelijk belemmeringen heeft op het gebied van zijn gezondheid. Het uitvragen van informatie volgens een vast format aan vragen, kan de ruimte om dieper in te gaan op bepaalde (gezondheid)aspecten verhinderen. De consulent moet zelf aanvoelen of sommige thema's wat meer uitvraag behoeven.

3.3.4 Inpasbaarheid als re-integratietraject

De interventie lijkt goed inpasbaar te zijn bij de re-integratie tak, de uitstroom kant, van de Afdeling W&I. Zowel de instroom- als uitstroomconsulenten en teamleiders van deze teams geven aan dat bij Instroom de focus te veel op geld ligt en dat gezondheid daar momenteel geen grote rol speelt. Er is al zoveel papierwerk dat doorgenomen moet worden bij de gesprekken bij Instroom, dat zowel teamleiders als consulenten denken dat gezondheid daar niet een grotere plek kan krijgen in die gesprekken. De klant zal informatie rondom de CZM dan waarschijnlijk niet opslaan en tegelijkertijd is er weinig tijd voor de consulent om echt aandacht te besteden aan de gezondheid van de klant. Daarentegen is er bij Uitstroom meer ruimte voor het bespreken van (preventieve) gezondheid in de gesprekken. Deze gesprekken zijn meer gericht op het laten stijgen van klanten op de participatieladder en daarom krijgt gezondheid sneller een plek in de gesprekken. Wanneer iemand belemmeringen tot participeren ondervindt door zijn gezondheid wordt hier aandacht aan besteed.

Een teamleider van re-integratie heeft hierin echter een afwijkende mening en zegt dat gezondheid momenteel geen rol speelt bij re-integratie en dat daar voorlopig ook geen verandering in komt, tenzij het beleid van bovenaf hierop op gaat veranderen. Zij zijn momenteel bedoeld voor het begeleiden van mensen naar werk. Voor gezondheid is geen tijd en het is bovendien niet hun rol hier aandacht aan te schenken. Er worden daar dan ook alleen mensen begeleid waar zwart wit gezegd weinig mis mee is. Wanneer beleidsmatig bepaald wordt dat gezondheid meer aandacht behoeft, zal het meer een plek krijgen bij re-integratie.

Consulenten zien mogelijkheid om het beweegprogramma als een van de re-integratie trajecten aan te bieden aan klanten. Het kan dan gezien worden als een van de producten om mensen in beweging te krijgen, letterlijk en figuurlijk.

Het beweegprogramma actief gaan inzetten als re-integratietraject vergt een extra handeling ten opzichte van andere re-integratietrajecten doordat het voor een specifieke doelgroep bestemd is, namelijk klanten met een aanvullende verzekering via Zorg en Zekerheid met gemeentelijke collectiviteitskorting. De consulent zal dus moeten kijken of deze persoon op die wijze verzekerd is en of die aan de voorwaarden tot deelname aan het beweegprogramma voldoet (overgewicht en/of chronische aandoening). Dit zijn zaken die tijd en aandacht vragen wordt door zowel consulenten als beleidsmedewerkers genoemd.

Interpretatie, observatie en toelichting

Niet alle gesprekken bij de afdeling W&I zijn geschikt aldus de medewerkers daar om gezondheid te bespreken en indien van toepassing het beweegprogramma aan te bieden. In de gesprekken bij Instroom staan financiën centraal en lijkt de brug naar gezondheid moeilijk te maken. Bovendien wordt gedacht dat er al te veel inhoud in het gesprek zit voor de klant om meer informatie of afspraken daarbij ook in zich te kunnen opnemen. Bij de uitstroomkant lijkt het meer gepast. Daar is het

logisch(er) om te bespreken aangezien daar de belemmeringen van de klant tot werk worden besproken. Echter niet in elke gemeente zitten minima in het uitstroombestand. De minima in dit onderzoek hebben niet of niet met regelmaat contact met de afdeling W&I. Een reden hiervan is dat ze al jaren in het bestand zitten en hun re-integratietrajecten al lang doorlopen hebben. Toch zijn dit ook mensen die in aanmerking kunnen komen voor het beweegprogramma. Doordat ze niet of nauwelijks contact meer hebben met een consultant van Uitstroom, worden deze minima dus niet bereikt met het beweegprogramma. Zij zijn niet meer bezig met re-integratie en werk, maar zullen hoogstens zo nu en dan contact hebben met de instroomconsultant om veranderingen of vragen op financieel vlak te bespreken.

Om de implementatie en continuering van het programma zo optimaal mogelijk te laten verlopen is het ook van belang er een lange adem mee te hebben (Spijkerman & van der Poel 2013). Met regelmaat wordt er naar de invulling van de gemeentemodule in de CZM gekeken en kunnen er onderdelen worden toegevoegd of verwijderd. Het is belangrijk dat het beweegprogramma een stabiele factor blijft om zo de afdeling W&I de ruimte te geven het programma op te nemen in hun aanbod van producten voor hun klanten. Wanneer er jaarlijks veranderingen zouden worden doorgevoerd is het bijna onwerkbaar voor de afdeling W&I om preventieonderdelen daadwerkelijk in te bedden in hun werkzaamheden. Wanneer het langdurig beschikbaar is, zal het in het 'systeem' van consultants komen en zullen zij automatisch aan het beweegprogramma denken bij de hiervoor in aanmerking komende klanten.

3.3.5 Informatievoorziening

Niemand van de consultants heeft weet van de preventieonderdelen in de CZM. Tot nog toe heeft niemand hen daar op gewezen en zelf hebben ze het ook niet ontdekt. Er is geen kennis over wat de vergoedingen zijn en wat de voorwaarden voor deelname aan het beweegprogramma zijn. Ook de minima zelf hadden geen kennis van het bestaan van het beweegprogramma of hoe ze de weg daar naar toe kunnen vinden, alhoewel allen verzekerd bij Z&Z. Er is vraag vanuit de afdeling W&I naar de effecten van het beweegprogramma. Wanneer er positieve resultaten bekend zijn, zijn ze meer geneigd het programma ook te adopteren en implementeren. Ook wordt gevraagd naar meer informatie en details over het beweegprogramma. Vragen over bij wie ze klanten kunnen aanmelden, hoe de financiering verloopt en door wie het programma wordt geleid, wat de tijdsduur en frequentie is en hoeveel mensen er tegelijk mee kunnen doen. Zowel minima als consultants zijn geïnteresseerd in de follow-up van het beweegprogramma. Hoe worden klanten na het programma gestimuleerd door te gaan met bewegen? Wie helpt de klant bij de overstap naar het reguliere beweegaanbod? En hoe zit het daarna met het financiële plaatje?

Het is onduidelijk wie er (eind-) verantwoordelijk is voor de CZM in de betreffende gemeenten. Consultants weten nu niet waar ze met hun vragen terecht kunnen over het beweegprogramma.

Er is behoefte aan eenvoudig terug te vinden (digitale) informatie door zowel consultant als minima. Bij de afdeling W&I moet het beweegprogramma ook bekend zijn bij het klanten contact centrum (KCC)¹². Verder zouden er presentaties kunnen worden gegeven over het beweegprogramma door de verzekeraar zelf of beleidsmedewerkers aan de consultants en teamleiders. Het zou voor consultants fijn werken als ze een overzichtelijk kaartje aan hun klanten kunnen meegeven met daarop compacte informatie en een telefoonnummer waarnaar gebeld kan worden voor meer informatie en aanmelding voor het beweegprogramma. Zo kost het hun relatief weinig tijd om klanten te helpen de weg naar het beweegprogramma te vinden. Aandacht voor allochtonen en laag-/ongeleterden is met de informatievoorziening naar klanten toe wel vereist werd opgemerkt.

Ter promotie aan minima zou allereerst een brief moeten worden gestuurd aan alle minima die nog geen gebruik maken van de gemeentelijke collectieve zorgverzekering. Vervolgens kan er dan een informatiefolder over de CZM met specifieke informatie over de gemeente module daarin verstuurd worden. Jaarlijks zou specifiek aan de mensen met een aanvullende CZM de onderdelen uit de gemeentemodule onder hun aandacht gebracht kunnen worden door middel van de jaarlijkse brief die minima in veel gemeenten ontvangen met daarin het minimabeleid of via een aparte informatiemail. Ook zou er op de website van de gemeente een stukje specifieke informatie kunnen worden neergezet zodat minima allereerst zelf de weg ernaar toe zouden kunnen vinden. Daarbij werd geopperd dat wellicht een persoonlijke pagina voor elke klant een mogelijkheid biedt om gericht mensen met een aanvullende verzekering te wijzen op het beweegprogramma. Nog een aantal ideeën kwamen gedurende de interviews naar voren. Acties in woonwijken zouden bijvoorbeeld gedaan kunnen worden waarmee in het bijzonder het beweegprogramma onder de aandacht kan worden gebracht. Hierbij kan

¹² Het KCC heeft een databank met daarin de vele mogelijkheden voor klanten van W&I in de gemeente. Zij zijn het grootste gedeelte van de dag eerste aanspreekpunt voor klanten. Uiteraard komen er verschillen tussen gemeenten voor in hoe de benaming van dit KCC is en hoe dit georganiseerd is.

gedacht worden aan een tijdelijke buurt tent met daarin wat sportactiviteiten of een promotiepunt op het gemeentehuis. Ook zou er eerst een laagdrempelige bijeenkomst georganiseerd kunnen worden over gezondheid, waar dan verschillende interventies aan klanten kan worden aangeboden, waaronder het beweegprogramma. Er werd ook een idee genoemd om op tv een reclamespotje te maken dat getoond wordt rondom de zendtijd van MAX-programma's¹³. Hier kijken vooral ouderen naar en daarmee zou een deel van de doelgroep bereikt worden. Vooral werd door minima benadrukt dat het niet als een hype moet worden neergezet of als een programma dat heel specifiek gericht is op mensen die van een uitkering leven. Beter kan het worden omschreven als mogelijkheid tot deelname aan een (regulier) beweegprogramma dat vergoed wordt vanuit de aanvullende verzekering. Hiermee kan mogelijk voorkomen worden dat minima zich uit schaamte niet zullen aanmelden voor het programma.

Interpretatie, observatie en toelichting

Er is grote behoefte aan opheldering over de inhoud van het beweegprogramma. De vragen om opheldering en verduidelijking van het beweegprogramma kunnen geïnterpreteerd worden als dat intermediairs open staan voor het gebruik hiervan en op zoek zijn hoe ze het kunnen gebruiken. Dit samen met de eerder besproken observatie van intermediairs dat gezondheid een belemmering kan vormen tot participatie in de maatschappij en dat verbeteren van leefstijl en het meer gaan bewegen daarin wellicht een deel van de oplossing kunnen zijn. Wanneer een beweegprogramma bijdraagt aan de re-integratie van hun klanten, zijn consulenten bereid dit te gebruiken en aan te bieden aan hun klanten.

Momenteel is er niet duidelijk wie de eindverantwoordelijkheid heeft over het beweegprogramma bij de gemeenten. Dat wil zeggen, degene die in de gaten houdt dat het beweegprogramma gebruikt wordt en dat het duidelijk is hoe het beweegprogramma geïmplementeerd kan worden door de consulenten en hierover informatie verstrekt. Het zou dus goed zijn als er een persoon is binnen de betreffende gemeente die verantwoordelijk is voor de informatieverstrekking en het promoten van de CZM onder zowel klanten als consulenten, zoals in eerdere paragrafen al geschreven is.

3.3.6 Maatregelen

Bij het niet nakomen van afspraken of het overtreden van regels door klanten kunnen er maatregelen genomen worden door de afdeling Werk en Inkomen. Dit gaat dan om een inhouding of korting op de uitkering voor een bepaalde tijd.

Het beweegprogramma zou opgenomen kunnen worden in de werkwijze van consulenten als onderdeel van het aanbod van re-integratietrajecten. Het heeft momenteel echter geen consequenties als klanten dit beweegprogramma niet gaan volgen. Allereerst omdat het om een persoonlijke verzekering gaat en niet om een aanbod voor alle klanten vanuit de gemeente. Ten tweede, omdat het traject nog niet in de huidige werkwijze van de afdelingen W&I is opgenomen. Klanten volgen het beweegprogramma dus vrijwillig.

‘... het blijft een vrijwillig iets, je kan mensen niet dwingen, hen geven van ‘dit is er, zou u het wat vinden?’ en dan zorgen dat er dan ruimte voor is binnen je re-integratie traject bijvoorbeeld (beleidsmedewerker).’

Op het moment van schrijven zijn de ontwikkelingen in het sociaal domein zo dat er van mensen met uitkering een tegenprestatie verwacht gaat worden per 2015. Hierdoor kunnen klanten verplicht worden bijvoorbeeld een tijdje vrijwilligerswerk te doen. Op de vraag aan consulenten hoe minima gemotiveerd kunnen worden om meer te gaan bewegen zou verplicht stellen als tegenprestatie voor een uitkering misschien een optie zijn. Consulenten zouden behoefte hebben aan een maatregel die hen kan helpen om klanten te motiveren deel te nemen wanneer zij het beweegprogramma geadopteerd hebben. Het beweegprogramma is echter niet voor elke klant beschikbaar. Dus er zitten haken en ogen aan wanneer het beweegprogramma als tegenprestatie verplicht gesteld zou worden. Bovendien is het een aanbod in een verzekering die vrijwillig gekozen is en waarvan de verzekeraar geen onderdelen verplicht gesteld wil hebben. Het op enige wijze iets meer dwang kunnen gebruiken om mensen te activeren kan wel handig zijn wordt gezegd om mensen over de drempel te krijgen.

- ‘Ja je kan het niet verplichten hoor. Of tenminste daar is de regelgeving nog niet op geënt zeg maar. Dat is natuurlijk niet iets wat ik bedenkt. Op dit moment is het niet zo dat wij in staat zijn te zeggen ‘je moet’. Bezigt met sociaal domein en opgave gestuurd werken. Onderdeel daarvan is dat mensen die nu niet participeren op de

¹³

Omroep MAX is een publieke omroep voor mensen van vijftig jaar en ouder en werkt vanuit de leef- en denkwereld van die leeftijdsgroep (bron: <http://www.omroepmax.nl/home/>).

arbeidsmarkt moeten wel iets terug gaan doen voor hun uitkering, dus dan kan je wat meer druk daarop gaan zetten. Maar op dit moment kan je alleen maar een beetje zachte dwang (consulent).’

‘Tegenprestatie. Misschien zou je dat als tegenprestatie kunnen doen, dat je mensen een tegenprestatie oplegt waarbij je ze verplicht om te gaan lopen bijvoorbeeld (beleidsmedewerker).’

Interpretatie, observatie en toelichting

Wellicht dat er meer nagedacht kan worden over de consequenties voor een klant wanneer deze niet deelneemt aan het beweegprogramma. Consulenten zijn zoekende in hoe ze klanten kunnen bewegen daadwerkelijk deel te gaan nemen.

In de al eerder genoemde interventie Stapje Fitter Re-integratie voor uitkeringsgerechtigden aangrijpende op het positief veranderen van hun gezondheidsbeleving, wordt enige vorm van dwang toegepast voor de deelname. Re-integratieconsulenten werven de klanten voor deze twaalf weken durende cursus. Na vrijwillige deelname aan een intake gesprek door de klant is het daarna niet vrijblijvend meer. Het is een moeilijk te motiveren doelgroep en daarom werd de cursus na het eerste gesprek verplicht gesteld. Het deelnemen aan de gehele cursus werd voorwaarde voor het ontvangen van bijstand. Dit op het eerste oog rigoureuze beleid was geoorloofd, omdat de gemeente verantwoordelijk is voor de re-integratie en daarmee dus eisen mag stellen. Resultaten van deze interventie hebben laten zien dat deelnemers na de cursustijd langer bewegen, zijn afgevallen en een verbeterde conditie hebben. Ook is de participatie in de samenleving toegenomen. Met name voor de mensen die het laagst op de participatieladder stonden bleek deze cursus nuttig. De interventie werd betaald uit re-integratiegelden van de afdeling Sociale Zaken (Stiggelbout 2012).

3.4 Intermediair

3.4.1 Samenhang gezondheid en werk

Beleidsmedewerkers en consultants voelen aan dat gezondheid niet los te zien is van werk. Het hangt met elkaar samen. Er wordt een negatieve relatie gezien in het niet-werken van mensen en hun gezondheid. Wanneer mensen werken, hebben ze een positievere gemoedstoestand wordt gedacht en voelen zij zich gezonder. Omgekeerd lijkt het een negatieve spiraal te zijn waar mensen steeds verder in af zakken. Steeds ongezontere leefstijl en lage eigenwaarde worden genoemd bij mensen zonder werk, waarvan het lastig is daar verandering in te brengen. Er wordt geredeneerd dat wanneer klanten gezonder zouden leven en hun gezondheid verbetert, het waarschijnlijk ook financieel voordeel oplevert op de lange termijn.

‘Ik denk wel dat het vinden van een baan en gezondheid, of het niet hebben van werk en gezondheid, dat het wel heel veel invloed heeft op elkaar. Ik denk dat, ik geloof er oprecht in dat als je gewoon werkt, dan zit je beter in je vel, dan heb je meer te doen, voel je je nuttiger, dan voel je je ook gezonder, dan ben je ook..., dan heb je meer energie, dan kan je dat ook doen, dus ik denk dat het wel heel erg met elkaar samenhangt (beleidsmedewerker).’

‘Op termijn zou dat echt geld gaan besparen. Als mensen gezond leven, dan haal je dat er op termijn wel uit (consulent).’

Interpretatie, observatie en toelichting

In de introductie van dit verslag werd al genoemd dat er een relatie bestaat tussen gezondheid en werk van mensen. Aangenomen wordt dat een goede gezondheid mee werkt in het hebben of vinden van werk. Een slechtere gezondheid gaat vaak tezamen met werkloosheid (Kippersluis 2009). Dit wordt in de praktijk dus ook waargenomen door de geïnterviewden in dit onderzoek.

3.4.2 Definitie gezondheid

De manier waarop gezondheid benaderd wordt heeft ook te maken met begrip van wat gezondheid is. De consultants, maar ook beleidsmedewerkers geven aan dat gezondheid gaat over het algemeen welbevinden van mensen. Dat klanten alles kunnen doen in hun leven wat ze willen doen en wat normaal gesproken ook mogelijk is, zonder daarbij door gezondheidsproblemen belemmerd te worden. Ook worden daarbij niet-medische aspecten als financiën genoemd en sociaal kapitaal. Met sociaal kapitaal wordt het sociaal netwerk van de klant bedoeld. Deze zijn ook belangrijk in de gezondheid van mensen.

‘Gezondheid is het welbevinden van iemand zowel geestelijk als lichamelijk, waardoor je of in staat bent om heel veel dingen te kunnen, als je het hebt over een goeie gezondheid. Ook financieel gezond (consulent).’

‘Ik zie dat meer als dat je zonder problemen je leven kan leiden, dat je in principe alles kan doen wat je wil ... sommige ziektes hoeven helemaal niet beperkend te zijn (beleidsmedewerker).’

Interpretatie, observatie en toelichting

Deze definities van consultants en beleidsmedewerker laten zien dat gezondheid te maken heeft met een algemeen welbevinden en de mogelijkheid om te doen wat men wil doen zonder dat gezondheidsklachten een persoon daarin belemmeren. Het hebben van een bepaalde ziekte hoeft dus niet te betekenen dat iemand ongezond is. Het zou daarom logisch zijn als consultants hier voor zichzelf een zekere rol in zien, omdat hun werk ook bijdraagt aan het algemeen welbevinden van klanten. Deze omschrijving van gezondheid lijkt sterk op die van Huber waarin mensen met bijvoorbeeld een chronische aandoening als gezond kunnen worden aangeduid als ze voldoende in staat zijn om te ‘copen’ met hun aandoening en hier mee kunnen om gaan. Het gaat in deze definities niet over de aan- of afwezigheid van ziekte, maar over de mogelijkheden die je zowel met als zonder ziekte kunt hebben en zelf ziet (Huber et al. 2011).

3.4.3 Verantwoordelijkheid van gezondheid en de beleving van klachten

Consulanten voelen zich niet eindverantwoordelijk voor de gezondheid van hun klanten. Dat is de klant in de eerste plaats zelf. Ze willen gezondheid tot op bepaalde hoogte bespreken, want het is wel belangrijk, maar ze zijn niet medisch

geschoold. Het is de taak van medici om in te spelen op de gezondheidsproblemen van hun patiënten. Zij zien wel een rol voor zichzelf in het aanbieden van middelen of activiteiten die gezondheid bevorderend gedrag stimuleren, wanneer dit binnen hun bereik ligt en het lijkt te passen bij de klant. Wanneer zij gezondheidsproblemen door leefstijl opmerken bij de klant zullen zij proberen het gedrag van hun klanten te spiegelen en hen zelf initiatief te laten nemen. Zij zien hierin dus voor zichzelf wel een activerende rol weggelegd en om klanten te verwijzen naar plekken waar ze kunnen werken aan hun gezondheid. Bij een te hoog BMI van een klant willen zij verwijzen naar een beweegprogramma. Het merendeel vindt echter niet dat direct naar het gewicht van de klant gevraagd moet worden. De klant moet dus zelf aangeven dat het overgewicht een probleem voor hem vormt. Consulenten zien dat problemen met overgewicht belemmerend kunnen zijn voor de re-integratie van klanten. Voor de klanten die hier niet zelf mee komen zijn zij dan ook zoekende hoe zij hier op een goede manier mee om kunnen gaan. Overgewicht aanpakken zou namelijk voor zowel klant als consulent voordelen op kunnen leveren.

‘Het [gezondheid] is iets wat besproken moet worden, sociale hygiëne, overgewicht, noem maar op allemaal, dus het is wel iets dat belangrijk is, maar wij kunnen maar inderdaad tot een bepaald punt. Dus dan denk ik toch al snel weer aan het doorverwijzen (consulent).’

‘Als ik denk dat zo’n beweegtraject als voortraject het beste is voor iemand, dan zal ik dat ook al heel goed motiveren waarom ik dat vind. En wat ook heel aantrekkelijk is, is dat het natuurlijk door de zorgverzekering wordt vergoed (consulent).’

Consulenten vinden dat klanten zelf moeten komen met hun gezondheidsproblemen, doen zij dit niet dan is het niet de taak van de consulent om hier achter te komen als het ten minste niet een direct en duidelijk effect heeft op de arbeidsgeschiktheid van klanten. Wanneer de klant echter zelf niet ziet dat er problemen zijn met zijn gezondheid en de consulent wel en denkt dat deze een belemmering vormen tot werk of re-integratie, zal de consulent hierover het gesprek openen. Ook kan er dan een medische keuring worden aangevraagd om te achterhalen of de observatie van de consulent correct is.

‘Als ik denk dat er meer aan de hand is en die klant benoemt dat niet...Ik zou toch dat gesprek aangaan met de klant. Ik zou dat ten eerste vragen, van nou een belangrijk onderdeel is gezond zijn, goed in je vel zitten, de energie hebben om te werken, hoe zit dat in uw geval? Dus ik zou wel dat gesprek aangaan en als ze er dan nog niet uitkomen en ik heb het idee dat dat toch een belemmering is, dan zou ik mijn gedachten hardop uitspreken en anders een medische keuring of een psychologische keuring (consulent).’

Het uitvragen door consulenten van de beleving van klachten van de klant blijft vaak oppervlakkig of vaak buiten beschouwing. De consulent heeft dit vooralsnog ook niet als zijn taak gezien. Wanneer de klant hier dus niet zelf mee komt, zal de beleving van gezondheidsproblemen dan ook niet of nauwelijks besproken worden. De klant moet zelf aangeven dat hij er meer over zou willen doorpraten.

De werkwijzer van Divosa ‘omgaan met belemmeringen’ biedt handvatten voor consulenten om beleving van klachten van de klant te bespreken. Hierin komen ook gezondheidsbelemmeringen aan bod. Bij enkele consulenten is hiervoor al ruimte en wordt er in gesprekken actief naar gevraagd, maar bij het merendeel wordt toch gezegd hier geen tijd voor te hebben. Bang dat wanneer er naar beleving van gezondheid gevraagd wordt, er veel tijd in dat deel van het gesprek zal gaan zitten, zonder dat het direct resultaat oplevert. Er wordt daarom ook gevraagd hoe je hier het beste naar kan vragen om het op een opbouwende manier aan bod te laten komen. Dat het waardevol zou kunnen zijn om klanten wellicht te kunnen sturen of ondersteunen waar nodig in hun beleving wordt namelijk wel opgemerkt. De manier waarop is de vraag. Er is in dit onderzoek daarom verwezen naar de zojuist genoemde werkwijzer van Divosa om handvatten aan te reiken over hoe mogelijk naar beleving van gezondheid gevraagd kan worden.

‘Ja hoe gaat iemand er mee om, wat is de beleving. Ja dat zou zeker wel waardevol zijn in mijn mening. De een zegt dat ie nooit meer kan werken en de ander die pakt toch weer een paar uren op. Dus die beleving is wel een hele belangrijke en ook voor ons om daar mee om te gaan, hoe we dat kunnen sturen (consulent).’

Beleidsmedewerkers zien het als taak van consultants om gezondheid te bespreken in gesprekken met klanten. Klanten zou zo gestimuleerd kunnen worden gezonder te gaan leven en iets te veranderen aan hun mogelijk ongezonde leefstijl. Wel kan er maar tot op zekere hoogte hierop worden ingespeeld. Wanneer de problemen te groot zijn en of niet makkelijk te signaleren zijn, kan er alsnog worden doorverwezen naar een andere hulpverlener.

Het is de bedoeling dat ze aan het werk gaan, dus je mag wel vragen hoe is de gezondheid? Wat vind u zelf van uw gezondheid (beleidsmedewerker)?'

'Ja. Ik vind wel dat je dat bespreekbaar moet maken op het moment dat je iemand wil gaan re-integreren of er bepaalde belemmeringen zijn, gezondheid technisch, die bijvoorbeeld bepaalde beroepen onmogelijk maken of een bepaald aantal uren te werken of wat dan ook. Dus ik vind dat niet meer dan normaal dat je dat bespreekt. Ik vind wel dat je het mag bespreken, maar ik vind niet dat je mag zeggen van 'oh u bent echt veel te..., u heeft echt zo'n slechte conditie, hier moet u iets aan gaan doen, dat vind ik niet de plaats van de consultant. Aan de andere kant als het iemand zou helpen om een baan te vinden, dan vind ik dat je dat best wel ter sprake mag brengen (beleidsmedewerker).'

Interpretatie, observatie en toelichting

Dat gezondheid een onderwerp van gesprek moet zijn bij de afdeling W&I wordt duidelijk uit bovenstaande resultaten. De gezondheid van een klant wordt al in gesprekken besproken en gaat met name over medisch aantoonbare aandoeningen die een belemmering tot werk vormen. Wel zien de consultants het nu niet als hun taak om uitgebreid de gezondheid van de klant te bespreken, niet omdat het niet belangrijk is, maar omdat zij hier niet toe zijn opgeleid. De eindverantwoordelijkheid voor gezondheid blijft bij de klant en de medisch geschoolde mensen liggen. Zij zien meer een verwijzende rol voor zichzelf om mensen te helpen in hun gezondheidsproblemen. De vragen hierover zijn door de onderzoeker in eerste instantie erg breed gesteld om een zo min mogelijk te sturen in het antwoord van de consultant. Bij doorvragen blijkt dat ze voor zichzelf wel een taak zien in leefstijl bespreken met klanten. Hier zouden ze ook meer handvatten voor willen krijgen als die beschikbaar zijn om zo klanten te kunnen motiveren om wat te veranderen aan een ongezonde leefstijl. Ze kunnen hierin proberen een klant te helpen, maar volgt deze hun adviezen niet op dan houdt hun invloed hierop op. De beleving van gezondheid van klanten is tot nog toe minder onderwerp van gesprek, maar ze zijn hier dus nog zoekende in hoe dit het beste ingevuld kan worden. Hoe kan de gezondheid van de klant besproken worden in een consult zonder op het terrein van de medisch geschoolde professional te komen waar zij niet genoeg van af weten? Dat is een vraag die terugkeert in alle gesprekken met zowel beleidsmedewerker als consultant als minima. Dat gezondheid relevant is voor de klant om (weer) te participeren in de maatschappij en dat de afdeling Werk en Inkomen hier ook wat in kan betekenen is in meer of mindere mate duidelijk voor hen.

Bureau Astri, bureau voor beleidsonderzoek en advies, heeft onderzoek gedaan naar de gezondheidsbeleving van klanten. Mensen met een positieve gezondheidsbeleving kunnen in het algemeen sneller weer participeren in de samenleving. Divosa¹⁴ heeft naar aanleiding van dit onderzoek een werkwijzer ontwikkeld gericht op de klantmanagers. Hen wordt geleerd hoe zij belemmeringen voortgekomen uit de gezondheidsbeleving van de klant kunnen herkennen en met welke (eenvoudige) interventies deze kunnen worden weggenomen. Dit zou de consultants wellicht handvatten kunnen geven over hoe de leefstijl van klanten op een opbouwende wijze kan worden besproken.

3.4.4 Tijdgebrek

Het argument van tijd wordt herhaaldelijk genoemd door de consultants en teamleiders. Dit is een begrijpelijke reden, als gedacht wordt aan de drukte op de diverse afdelingen als gevolg van de transities in het sociaal domein. Echter, een manager van de afdeling W&I gaf aan dat tijd een vreemde reden is als de visie met het daaruit voortvloeiend beleid bepaald heeft dat gezondheid de aandacht verdiend. Wanneer dit met elkaar besloten is en bijvoorbeeld gezondheidswinst een doel is, dan moet de inrichting hiervan ook dusdanig zijn dat er hiervoor tijd wordt ingelast in de gesprekken die consultants voeren. In dat geval mag tijd geen argument meer zijn voor het niet bespreken van gezondheid of er moet kennelijk wat veranderd worden in de inrichting van het beleid.

14 Vereniging van managers van sociale diensten met als missie om iedereen aan de samenleving te laten deelnemen.

‘Te weinig tijd is verkeerd om denken. Het gaat niet om de tijd, het gaat om wat je doel is. En dat je met de doelstelling zegt ik wil dit doel bereiken, dan richt ik mijn gesprek zo in. Dan komen de volgende aspecten aan de orde. Als je als doel geformuleerd hebt dat gezondheid daar een belangrijk onderdeel van is, dan heeft dat niks met tijd te maken, dan is dat een belangrijk onderdeel en dat moet je dat ook gaan inkleuren ... Dus ik denk dat het dan gewoon te weinig op het netvlies zit en te weinig als doel is geformuleerd, om daar naar te kijken in het kader van activering ... (manager W&I).’



Bron 7: Organisatieschets manager afdeling W&I

3.4.5 Effecten

Zoals al eerder beschreven herkennen consulenten het probleem van een slechte gezondheid bij een groot aantal klanten uit hun bestand. De relevantie van leefstijladviezen of interventies is daarom voor hen duidelijk. Ze staan er voor open om gezondheid meer bespreekbaar te maken, zeker wanneer dit tot grotere uitstroom leidt. Hoe en in welke mate de gezondheid besproken moet worden wordt verschillend over gedacht en is in voorgaande paragrafen al besproken.

Wel is er dan behoefte aan inzicht in wat het oplevert om gezondheid te bespreken met klanten. Eveneens wordt er gevraagd naar de resultaten die het beweegprogramma oplevert. Het is voor hen belangrijk te weten wat de positieve effecten zijn om zelf gemotiveerd te zijn om in gesprek te gaan met hun klanten. De motivatie van consulenten om hun werk goed te doen, ligt over het algemeen in een drive om mensen verder te willen helpen. Succesverhalen zoals klanten die hun depressiviteit te boven komen door het doen van vrijwilligerswerk zijn stimulerende factoren die hun helpen het werk leuk te blijven vinden. Ook mensen met belemmeringen, die graag vooruit willen komen (ook als er niet of nauwelijks vooruitgang is) is een fijne groep mensen om mee te werken en te ondersteunen. Daarom is het belangrijk voor hun om te weten of het bespreken van gezondheid klanten daadwerkelijk verder helpt. Daarnaast is het van belang de effecten van specifieke programma's, in dit onderzoek het beweegprogramma, aan te tonen om daarmee klanten ook te kunnen motiveren er aan deel te nemen.

‘...erg leuk om ... te zorgen dat mensen weer wat meer in hun kracht komen te staan. Ik heb het erg naar mijn zin. De successen ja, dat is het leuke, als je mensen toch ziet groeien. Dat is wel het prettige aan dit werk (consulent).’

‘Ik zie veel mensen/ouderen met lichamelijk en/of psychische problemen die best voor zo'n programma in aanmerking zouden kunnen komen. Eigenlijk veel soorten doelgroepen. Als een dergelijk programma bijdraagt aan hun geluk en welzijn dan verwijs ik ze daar graag naar door (consulent).’

Ook beleidsmedewerkers zouden graag de resultaten zien van het uitgebreider bespreken van gezondheid dan nu al wordt gedaan in de consulenten bij de afdeling W&I. Met name omdat ze bij het College van Bestuur van de gemeente positieve effecten moeten kunnen aantonen, bijvoorbeeld een hoger percentage uitstroom. Hierdoor kan er dan meer geld beschikbaar komen om hier ook daadwerkelijk meer aandacht aan te kunnen besteden. Er wordt geredeneerd dat wanneer gezondheid meer als pijler in het beleid van de afdeling Werk en Inkomen komt te staan, dit een taakverzwaring betekent en daarmee zouden meer consulenten moeten worden aangenomen.

Ja, maar als het uiteindelijk een taakverzwaring wordt voor de inkomensconsulenten, die moeten dan grotere gesprekken voeren waarin ook meer psychologische kanten en als het dan niet tot uitstroom leidt, ja dan moeten we meer consulenten aannemen...nee dat is niet de bedoeling nee (beleidsmedewerker).'

Interpretatie, observatie en toelichting

De vraag naar effecten van het beweegprogramma is logisch. Wanneer er al positieve resultaten bekend zijn, werkt dat motiverend om het te gebruiken. Er is echter van dit beweegprogramma nog geen effect gemeten doordat het pas korte tijd beschikbaar is. Wel kan er gekeken worden naar vergelijkbare programma's waarin bewegen en leefstijl centraal staat en er positieve effecten werden waargenomen. Een dergelijk programma is wordt in de literatuurbespreking genoemd, namelijk het programma 'Beweging als warming-up voor Re-integratie' (BWR). Dit programma heeft gunstige effecten laten zien op de arbeidsmarktafstand van bij mensen met een arbeidsongeschiktheidsuitkering.

Voor de adoptie van een innovatie bij intermediairs is van belang dat er voor hun persoonlijk winst te behalen is en er niet alleen door de aanbieder van de innovatie gewezen wordt op het grotere plaatje van bijvoorbeeld gezondheidswinst voor de bevolking. Er moet gekeken worden wat de persoonlijke beloning voor de intermediair is. Dit zal meespelen in de motivatie van de intermediair om de innovatie wel of niet te adopteren en te gaan en blijven gebruiken (Paulussen, Wiefferink en Mesters 2007). Consulenten in dit onderzoek noemen voornamelijk, tijd- en informatiegebrek als obstakels tot het gebruik van het beweegprogramma. Wanneer gevraagd werd of ze het beweegprogramma zouden implementeren wanneer deze obstakels verholpen zouden zijn, werd dit positief beantwoord. Als persoonlijke winst voor de intermediair kwam in dit onderzoek naar voren dat ze successen bij de klant als motiverend ervaren om te werken. Wanneer het beweegprogramma een positief effect heeft op de klant, kan dit dus als de 'persoonlijk winst' van de consulent beschouwd worden.

3.5 Eindgebruiker

3.5.1 Informatievoorziening

Als minima zelf gevraagd worden naar hun visie op de invoer van het beweegprogramma blijkt dat ze er allereerst graag attent op worden gemaakt. Alhoewel verzekerd bij Z&Z hadden zij er geen weet van dat er een beweegprogramma was opgenomen in de polis. Als dienstverleners weet hebben van een middel dat de klant kan helpen, vinden zij het fijn als dit hen wordt aangereikt. De Afdeling W&I is voor hen een instantie die ook mag bijdragen aan een goede gezondheid voor hun klanten. Zij vinden het normaal als consultants voor zover het in hun macht ligt bijdragen aan het verbeteren van de gezondheid van hun klanten. Het voelt voor hen eerder als achterhouden van informatie als ze er niet op gewezen worden, dan dat ze het als betuttelend beschouwen.

‘Als mensen zulke dingen weten, ik weet het niet, tuurlijk ik wil hulp zoeken. Als mensen zeggen ik help jou, tuurlijk ik wil. Tuurlijk ik wil dat mensen mij helpen. Ik zoek zaken meteen uit als ik het niet snap. Als ze vragen of ik advies wil, tuurlijk wil ik dat (minima).’

3.5.2 Persoonlijke benadering

De manier waarop zij hierop gewezen willen worden is verschillend. Sommige vinden dat je direct mag vragen naar bijvoorbeeld zaken als gewicht en te weinig beweging. Zij ontvangen geld van de gemeente en vinden daarom dat de gemeente ook wat van hen mag vragen. Nu wordt er ook al naar persoonlijk gegevens gevraagd. Medische aandoeningen die een belemmering vormen tot werk worden besproken en moeten worden aangetoond met een medische verklaring. Dit vormt mede bewijs dat ze daadwerkelijk recht hebben op een uitkering, maar toont ook aan dat ze zo mogelijk moeite doen om de belemmering op te heffen. Zo vinden zij dat ook naar gewicht gevraagd mag worden als daarmee een relatie is tot werk.

‘Sociale dienst mag hier zeker wat van zeggen. Ze vragen nu ook naar medische gegevens, niet geld vragen bij soc dienst, eerst langs medische routes. Als ik geen geld heb, tuurlijk dan vragen bij de sociale dienst. Sociale dienst mag vragen naar gewicht en lengte. Ja als ze mensen geld betalen, tuurlijk willen ze dan weten hoe het mensen gaat. Medicatie, overgewicht, tuurlijk mogen zij dat vragen, omdat hun betalen jou. Zij vragen natuurlijk naar wat je al betaald en geregeld hebt. Ik vind het niet erg (minima).’

Anderen vinden dat niet gepast en overbodig en zeggen dat consultants veel meer moeten inspelen op het ‘waarom’ mensen bijvoorbeeld onvoldoende bewegen of een ongezonde leefstijl hebben. Er moet meer naar beweegredenen gevraagd worden waarom klanten bepaalde keuzes maken. Vanuit persoonlijke betrokkenheid, vanuit een band met de klant, kunnen de consultant en klant dan samen kijken wat de beste manier is om het probleem op te lossen. Dan is het niet meer nodig om nog meer persoonsgegevens te vragen. Er kan dan gevraagd worden hoe de klant zelf naar zijn gezondheid kijkt en waarom hij bijvoorbeeld niet beweegt. Daarop aansluitend zou de consultant kunnen voorstellen om bijvoorbeeld deel te nemen aan het beweegprogramma. Doet de klant dit dan niet, dan is dat zijn eigen verantwoordelijkheid, maar moet dit gerespecteerd worden. Dan heb je als gemeente ‘wel je best gedaan’.

‘Zou een consultant naar gewicht mogen vragen (onderzoeker)?’

‘Nee, vind ik een incompetente vraag, dat doe je niet. Je kunt vragen doet u een sport, beoefent u een sport. Nou, dan kom je er snel genoeg achter. Nou, ik moet eigenlijk wat meer bewegen en misschien komt die persoon zelf wel los, van ja ik kom wat aan en....Ja, het ligt denk ik ook aan de medewerker die daar op inspeelt, dat is ook denk ik een tak van sport. Niet zo van hoeveel weegt u? Bent u over de 120kg? Nee, nee, onzin, dat moet je zeker niet doen, proberen uit te vissen (minima).’

‘Niet gelijk over gewicht beginnen, niet gelijk je lijstje af werken als consultant. Eerst band opbouwen en vragenderwijs proberen (minima).’

Uit de interviews met minima blijkt dat een persoonlijke benadering onmisbaar is in het motiveren van hen. Ook consultants benoemen dit in de interviews als belangrijkste punt van motivatie voor minima om een stap te zetten in

leefstijlverandering. Er moet interesse zijn in de klant als persoon. Deze moet zich gezien en gehoord voelen en het idee hebben dat de consulent meedenkt en wil helpen. De klant moet niet het gevoel hebben dat de consulent alleen zijn werklust afwerkt, maar het gevoel dat de consulent daadwerkelijk de klant een stap verder wil helpen. Dit kan door vragen te stellen, uitleg te geven en te luisteren naar de klant. Ook moet niet meteen met maatregelen gedreigd worden. Dit zorgt er namelijk niet voor dat mensen intern gemotiveerd worden om wat te veranderen. Bovendien kan dit eerder wrijving opleveren tussen de consulent en klant als niet eerst samen gezocht is naar de beste manier om het probleem van de klant aan te vliegen. De klant krijgt door meteen met maatregelen te zwaaien niet het idee dat de consulent daadwerkelijk dieper geïnteresseerd en de klant echt wil helpen. De minima die geïnterviewd zijn in dit onderzoek hadden wisselend contact met hun consulent. Er werd niet echt een band ervaren met hun consulent. Een daarvan wist niet wie haar persoonlijke consulent was. Ze zit al jaren in de bijstand, maar heeft geen frequent contact met de afdeling W&I meer. Voor haar 'hoeft dit ook niet zo', maar ze kon zich voorstellen dat andere mensen daar baat bij kunnen hebben. Ze zou het daarom niet erg vinden om zo nu en dan ook gebeld te worden als dit de werkwijze van de consulent zou zijn en andere mensen hiermee geholpen worden. Zij is zelf een zeer actief persoon op het gebied van vrijwilligerswerk en ze let er op gezond te eten en voldoende te bewegen. Wanneer klanten hier zelf minder initiatief toe nemen wordt door alle minima gezegd dat interesse in de huidige situatie van de klant door de consulent erg belangrijk is om hen te motiveren. Dit kan zowel telefonisch al in een persoonlijke afspraak gebeuren. Hierdoor komt de consulent erachter waarom klanten bijvoorbeeld onvoldoende bewegen en kan er een bruggetje gemaakt worden naar het beweegprogramma. De voor- en nadelen van het programma kunnen zo besproken worden. Dit kan dan op natuurlijk wijze worden aangeboden aan de klant. Bij een volgend contact moment kan hier dan op worden teruggekomen.

'Het zijn vaak wel de tonen die de muziek maken. In hoeverre laat je zien dat je het belangrijk vindt wat iemand bezig houdt. Dat vind ik wel...en dat is mijn ervaring ook. Mensen voelen zich gehoord, want daar gaat het dan om en mensen zijn dan ook bereid, ook al zijn het maar babystapjes, om die wel te zetten (consulent).'

'Maar ik denk op het moment, het heeft met aanvoelen te maken, iemand in mijn groep zei: ik ga straks zo weinig verdienen, ik kan niet meer sporten straks. Als iemand dat zegt, kan je daar echt wel op inhaken (minima).'

'Ik vind het altijd heel interessant van wat beweegt nou iemand. Hoe komt dat nou dat iemand zich heel coöperatief opstelt en hoe komt het nou dat iemand dat juist helemaal niet heeft. Wat is er gebeurd of wat nouja wat ben jij voor persoonlijkheid. Hoe acteer je, dus ik vind dat gewoon heel mooi om te zien hoe je dan iemand, met alle argumenten die er zijn, toch weer een stukje verder te krijgen, maar wel vanuit nou ja de goeie dingen die je dan bij mensen ziet en dat bereik je volgens mij niet door dan maar gelijk aan de maatregel kant te gaan zitten, weet je wel sanctie, want volgens mij gaan mensen dan nog veel meer met hakken in het zand staan. Dat denk ik wel (consulent).'

Interpretatie, observatie en toelichting

Het komt sterk naar voren in de interviews dat klanten in eerste instantie persoonlijk aangesproken moeten worden. Zo schrijven ook Paulussen e.a. (2007) dat persoonlijk contact een factor is die van grote invloed is op de adoptie door de eindgebruiker is. In dit onderzoek komt dat dus ook sterk naar voren. De manier waarop klanten worden aangesproken bepaald volgens zowel consulenten als minima het effect van adviezen van een consulent. Er is geen vast format te maken over de manier waarop alle minima gemotiveerd worden te gaan bewegen. Het vergt inlevingsvermogen van de consulent in de individuele situatie van de klant. Op deze wijze kan er gekeken worden of en waar aanknopingspunten liggen om mensen te ondersteunen in leefstijlverandering. In het kader van dit onderzoek kan dan gezocht worden waar in het verhaal van de klant kan worden ingespeeld op beweeggedrag en waar de verwijzing naar het beweegprogramma gemaakt kan worden. Zoals een consulent het mooi verwoordde: 'Het zijn vaak wel de tonen die de muziek maken'. Oftewel, hoe de benadering van de klant is beïnvloed grotendeels het succes van het beweegprogramma.

3.5.3 Coaching

Wanneer klanten eenmaal deelnemen aan het beweegprogramma is het noodzakelijk dat de persoonlijke benadering vervolgd wordt. Coaching gedurende het traject en ook daarna wordt als punt aangestipt om klanten gemotiveerd te houden en hen te helpen ervaren dat bewegen een positief effect op hen heeft. Er wordt gezegd dat veel klanten informatie die ze

hebben gekregen weer vergeten of dat er weinig mee gedaan wordt, zodat het extra belangrijk is om terug te komen op zaken die in voorgaande gesprekken besproken zijn. Momenteel wordt er op gebied van bewegen weinig gecoacht. Zo nu en dan wordt er in gesprekken wel is geadviseerd meer te bewegen, maar hier wordt meestal niet met regelmaat of voldoende aandacht op teruggekomen om de klant daadwerkelijk te helpen het advies uit te voeren. Het beweegprogramma wordt daarom als goed middel gezien om hier meer steun in te bieden. Leefstijlverandering zeggen de consulenten, bijvoorbeeld meer bewegen, is niet iets dat van het een of andere moment veranderd, omdat mensen hiertoe verplicht worden. Het gaat vooral om interne motivatie van de klant en daarom is het belangrijk weet te hebben wat hen motiveert. Tijdens een persoonlijk coaching traject kan hier dan extra aandacht aan besteed worden.

‘Als je zegt hier heb je een pasje voor de sportschool, dan gaan ze drie keer of zo en dan gaan ze niet meer. Dus als je zegt je moet gaan bewegen dan heb je een grote kans op werk, dat is zo ver weg....Dus je moet echt meer als het niet in het systeem zit, echt onder begeleiding, dat mensen ook voelen van ‘he, ik voel me er heel goed bij’. En dat ook als onderdeel van re-integratie en dan proefondervindelijk zodat ze er uiteindelijk verder in komen. Dat doet nog geen wonderen waarschijnlijk, maar het is wel de enige manier denk ik (consulent).’

Om zelf de persoonlijke coach van een klant te zijn op het gebied van bewegen, of andere gezondheid gerelateerde problemen, wordt niet als een realistische opdracht gezien, omdat ze een groot klantenbestand hebben. Ze ervaren onvoldoende tijd om dieper in te gaan op bepaalde gezondheidsaspecten. Ook is momenteel de frequentie van klantcontact niet bij iedere consulent vaak genoeg om daadwerkelijk te kunnen coachen. Bovendien wordt getwijfeld of ze dan niet te veel op medisch vlak opereren waar ze niet toe zijn opgeleid en niet de capaciteiten voor bezitten. Sommige noemen dat in plaats van de individuele begeleiding hier wellicht wel meer op groepsniveau wat mee gedaan kan worden in de vorm van cursussen en trainingen op het gebied van leefstijl.

‘Ik denk ook echt dat ik daar niet altijd alle tijd voor heb om mensen zo intensief te begeleiden, dus dat ik ze dan vaak wel doorverwijs naar zorg (consulent).’

‘Ik ben geen psycholoog, ik ben geen arts (consulent).’

‘Op groepsniveau kan je wel veel betekenen voor de klant, maar qua individuele begeleiding van de klant is te veel gevraagd (consulent).’

3.5.4 Obstakels en motivaties

De wijze waarop minima willen worden aangezet om deel te nemen aan het beweegprogramma verschilt. Allereerst dient er geïnformeerd te worden over het beweegprogramma zoals eerder al beschreven. Alleen informeren zal niet alle minima die voor het beweegprogramma in aanmerking komen er naar toe leiden, niet iedereen leest bijvoorbeeld de informatie, maar het heeft voor een bepaald percentage wel effect. Daarom is belangrijk om sowieso minima te informeren over het beweegprogramma. Minima in dit onderzoek denken dat je het niet al te specifiek moet promoten als voor een speciale doelgroep, maar als een regulier beweegprogramma dat door de verzekeraar vergoed wordt als de klant een bepaalde verzekering bezit.

‘Als je het nadrukkelijk gaat benoemen als dat het speciaal voor de minima is, dan werkt het misschien wel averechts. Dan maar voor 20-30% gaan die het wel leest...Anders heb je straks 90% die er negatief tegenover staat (minima).’

Consulenten denken eveneens dat het daadwerkelijk aanmelden voor een dergelijke programma niet snel zal worden gedaan ook al hebben klanten de juiste informatie. Minima kunnen nog drempels ervaren om toch deel te nemen. Voorhouden dat mensen weer sneller aan het werk kunnen wanneer ze meer gaan bewegen, zou bijvoorbeeld averechts kunnen werken. Er bestaat bij een groot aantal uitkeringsgerechtigden angst om weer aan de slag te gaan. Omdat ze vaak lange tijd niet op de arbeidsmarkt actief zijn geweest, zijn ze onzeker over hun kunnen en onwetend over hoe het er momenteel aan toe gaat. Beter kan benadrukt worden dat mensen zich weer fitter gaan voelen. Ook kan het ontmoeten van andere mensen bij het beweegprogramma, motiverend zijn om deel te nemen. Minima in een sociaal isolement kunnen hiermee geholpen worden

daar weer uit te komen.

‘Soms willen mensen wel heel graag werken, maar de angst als werken dan heel dichtbij komt, dan worden de klachten opeens nog erger, want stel je voor dat het nou eens echt gaat gebeuren ... Begeleiding moet langzamer dan. Mensen aan het handje nemen, omdat dat gewoon heel eng is. Voor ons is de eerste werkdag ook eng. Als je dan heel lang niet gewerkt hebt...(consulent).’

‘Maar ik ben het wel met je eens ‘het moet in iemands systeem komen’. Het is zo ver van ze af van ‘als ik me beter voel dan kan ik werken’...’Ja, werken, bleehh’. Dat is zo’n grote kloof (consulent).’

Minima zelf geven ook mogelijke redenen aan die belemmerend kunnen zijn om deel te nemen. Bijvoorbeeld de angst om alleen deel te nemen. Hiervoor zou dan de drempel verlaagd kunnen worden, door mensen samen met iemand te laten gaan (die niet per se aan de voorwaarden tot deelname voldoet). Ook geven ze aan dat het idee dat er wat betreft de financiering van het programma een addertje onder het gras zou kunnen zitten, waardoor ze toch een deel zelf moeten betalen, ook een belemmerende factor kan zijn. Vaak willen minima wel sporten, maar zijn een tekort aan financiële middelen een belemmering. Consulentspringen hier op in door ze ook te wijzen op de onbetaalde manieren van sport, zoals hardlopen, wandelen en fietsen. Wanneer een professioneel programma voor minima vergoed wordt, kan dit dus drempelverlagend werken. Enig wantrouwen over de vergoeding moet dus wel worden weggenomen.

‘Ga met uw man of vrouw of samen met uw vriend of vriendin, met zijn 2-en verlaagt drempel. Of alleen de eerste keer iemand meenemen (minima).’

‘Bang dat het niet vergoed wordt...(onderzoeker)’

‘Ja. Welk addertje zit er onder het gras? Eigen risico (minima)?’

‘Dus zekerheid dat je voldoet aan voorwaarden en het volledig vergoed krijgt (onderzoeker)?’

‘Ja. Precies (minima).’

Redenen om gezond te leven zijn voor minima erg uiteenlopend. Het is lastig te zeggen wat de motivatie van de gehele groep minima is. De groep minima is divers en met daarin verschillende individuele behoeften. Het is daarom lastig te zeggen wat in het algemeen deze groep motiveert. Een minima benoemde deze diversiteit heel beeldend:

‘We worden vaak weggezet als ‘sociaal achterlijke dikke vette mensen met geen opleiding’. Dat is niet meer zo ... Weet je die groep is zo divers nu. Van directeur tot wc-schrobbers (minima).’

Reden voor gezond gedrag voor minima kan zijn dat ze gezond oud willen worden. Gezondheid is ook voor hen belangrijk en daarom willen ze zelf gezond zijn. Daarmee is afvallen ook een reden om meer te gaan bewegen. Ook kunnen kinderen een motivatie zijn om zelf gezond te leven om zo beter voor hen te kunnen zorgen. De ervaring dat ze zich lekkerder voelen na bijvoorbeeld lichamelijk inspanning, kan eveneens motiverend werken. Een voldaan gevoel geeft de motivatie om de volgende keer weer te gaan sporten.

‘Voor mezelf belangrijk en dan voor mijn kinderen. Want als ik goed ben, dan kinderen ook automatisch goed. Tuurlijk wil niemand ziek zijn, soms kan gebeuren, daar doe je niks aan, ik kijk naar de goeie kant, niet naar wat niet meer kan. Daar wordt je automatisch slechter van. Goed denken, dan gaat het over. Positief denken (minima).’

Voor mij is gezondheid buiten het medische verhaal, je goed voelen en dat kan door sporten, als ik zo’n stuk gelopen heb, dan ben ik kapot, je moet je uithoudingsvermogen weer opbouwen, maar ik denk dan ‘s avonds wel, dan word je een beetje rozig, dan voel je je lekker en voldaan (minima).’

Er wordt door consulents ook gewezen op het ervaren van bewegen. Wanneer minima, maar mensen in het algemeen, niet gewend zijn om te bewegen, is het lastig daar in korte tijd een verandering in aan te brengen. Minima moeten zelf gaan ervaren dat bewegen een positieve invloed op hen kan hebben. Zo zou het stapje voor stapje in iemands leefpatroon kunnen

komen. Het kan een mogelijkheid zijn, om zoals een minima zelf voorstelde, de eerste keer een verplichtend karakter te geven om hen te laten ervaren wat het is. Zo krijgen ze een steun in de rug om de eerste keer te komen en mogelijk de eerste keer een positieve ervaring op te doen die hen zal motiveren om het programma te vervolgen. Ook kan het motiverend werken als ze bij mensen in hun omgeving zien dat die deelnemen aan een beweegprogramma. Dit wordt door alle minima genoemd als belangrijke redenen om deel te nemen. Als ze zien dat andere mensen er baat bij hebben en het leuk vinden, zullen ze sneller geneigd zijn ook te gaan. Mond-op-mond reclame is dus erg belangrijk.

‘Weet ik niet zo goed wat hen dan motiveert. Ik hoop het benoemen, het bespreken, het bij elkaar zien, gemotiveerd raken. Er is vaak een houding van ‘nee, daar heb ik geen zin in’ van te voren, nog voordat iemand wat geprobeerd heeft ‘wil ik niet, heb ik geen zin in’. Wij hebben tijdens de training een keer een dame met yoga gehad en haar gevraagd of ze een training een yoga oefening wilde doen, nou dan hoor je de mensen met grootste mond zeggen: ‘ja dat ga ik niet doen hoor, geen zin in’. Ze heeft het toch gedaan, een kwartiertje/twintig minuten, hebben we dan op een stoel, want er zijn ook mensen met rugklachten, hebben we wat yoga oefeningen gedaan, een beetje ontspanningsoefeningen. En aan het einde zag je toch dat iedereen had meegedaan en dat ze het toch ook ergens wel ontspannend vonden. Dus nou ja dat is hopelijk de manier die werkt....ervaren (consulent).’

‘Een keer misschien voor een groep zo’n informatie les geven. Een geselecteerde groep door gemeente en op woensdag of donderdag ben je daar en daar en gaat u eens kijken wat u wel en niet kunt doen. Dan zijn de mensen over de streep. Het zijn allemaal mensen die dan een uitkering krijgen, dus dat is dan niet zo erg. Een soort eerste vrijblijvende keer, dan kan je kijken. Mensen over de streep strekken. Hoe langer je uit het proces bent, hoe moeilijker het wordt....Dat is gewoon zo (minima).’

‘Dan moet de gemeente dat gewoon bij die mensen kenbaar maken en desnoods verplichten. U gaat maar een ochtend daarheen. Kijk iemand heeft wel een duwtje nodig (minima).’

‘Hoe verplichten?(onderzoeker)’

‘Nou gewoon, anders wordt er ingehouden. Klaar (minima).’

Er wordt opgemerkt door een aantal consulenten dat adviezen op gebied van leefstijl naar hun idee serieuzer worden opgepakt als de huisarts hier iets soortgelijks over heeft gezegd.

‘Wij krijgen ook wel vragen...mensen worden dan doorverwezen door een huisarts naar sporten en ik merk dat ze dan wel sneller naar een huisarts luisteren, van als die het zegt dan is het echt nodig. Dan komen ze bij ons ‘ik moet van de huisarts’ sporten, maar ik kan het niet betalen....En ja dan hebben wij eigenlijk natuurlijk ook niks, want wij kunnen het ook niet vergoeden dus alleen dat minimafonds wat ik dan zei (120 euro), dat is een eenmalig bedragje, maar daar dek je niet de volledige kosten mee (consulent).’

Interpretatie, observatie en toelichting

Dat adviezen van de huisarts momenteel eerder worden opgevolgd dan van de consulent van de afdeling W&I kan veroorzaakt worden, doordat klanten niet gewend zijn dat iemand die niet medisch geschoold is toch gezondheidsadviezen kan geven. Wellicht dat in de komende jaren hier verandering in gaat komen wanneer problemen van klanten meer integraal gaan worden opgepakt en er geprobeerd wordt een eenduidig beleid naar de klant toe te communiceren.

Naast dat klanten goed geïnformeerd moeten worden over het beweegprogramma komt in het onderzoek van Paulussen e.a. (2007) ook naar voren dat moet blijken in de promotie dat de interventie ook van hoogwaardige kwaliteit is, zodat mensen er vertrouwen in hebben dat het een goed programma is. Dat het programma niet gepromoot moet worden als specifiek gericht op minima, aldus henzelf, maar een regulier programma dat vergoed wordt, zou hier ook mee te maken kunnen hebben. Wellicht dat gratis programma’s geen goed imago hebben wat betreft kwaliteit. Wanneer het een ‘normaal’ programma betreft waar iedereen in principe aan kan deelnemen, zou dat het idee van kwaliteit kunnen verhogen. Voorbeelden in de omgeving die tevreden zijn met het programma kunnen motiverend werken blijkt uit de verhalen van minima. Zo kunnen beroemde rolmodellen die de specifieke doelgroep aanspreken en er tevreden mee zijn ook motiverend zijn om deel te nemen aan de interventie (Ibid).

3.5.5 Maatregelen

Er wordt geopperd door de consultants dat om meer druk te kunnen zetten achter deelname aan het beweegprogramma, afspraken die met klanten zijn gemaakt ook op schrift moeten komen staan. Op deze wijze kan een klant gewezen worden op gemaakte afspraken en kunnen er eventueel consequenties aan verbonden worden. Mogelijke sanctie die dan kan volgen is bijvoorbeeld een korting op de uitkering. Dat wil zeggen dat de klant voor een korte of langere periode minder of geen uitkering zal ontvangen. De klant belemmerd dan namelijk door het niet deelnemen aan het beweegprogramma zijn traject om weer te stijgen op de participatieladder. Een korting op de uitkering wordt nu ook gebruikt voor het overtreden van regels of het niet nakomen van afspraken waardoor de weg tot werk belemmerd wordt door de klant. Wel heeft een dergelijke boete niet hun voorkeur. Liever worden er andere manieren gebruikt om klanten te motiveren, maar welke wijze dan evenveel effect zou hebben als mensen raken in hun financiën, weten ze niet precies. Er wordt verwacht dat als het programma geheel vrijblijvend is er niet veel mensen toe aangezet kunnen worden het beweegprogramma te gaan volgen. Een consultant noemde als een ander voorbeeld van een mogelijke consequentie om een re-integratietraject voor een klant klaar te zetten, omdat dit niet door iedere klant gewaardeerd wordt. Er wordt genoemd dat er eerst meer beleid gemaakt moet worden en vervolgens een werkwijze hierop moet worden gemaakt, alvorens maatregelen te kunnen gaan nemen. Het wordt belangrijk gevonden dat met de afdeling het werkproces wordt opgesteld over wanneer iemand in aanmerking komt voor het beweegprogramma, hoe de aanmelding verloopt en dat genoteerd wordt in het systeem dat met de klant is afgesproken dat hij of zij naar het beweegprogramma zal gaan. Op deze wijze kan je er op terugkomen in volgende consulten en er zo nodig consequenties aan verbinden wanneer klanten niet gegaan zijn.

‘Het is zo’n grijs gebied, want je moet dingen echt heel duidelijk op papier hebben staan, handtekening eronder, zodat je echt iets hebt afgesproken voor als ze dat dan niet gedaan hebben. Dan kan je....Dat is echt iets wat een proces is wat je op papier moet hebben staan voordat je mensen daar op kunt sanctioneren (consulent).’

‘De werkwijze moet duidelijk zijn, dus hoe kunnen we mensen aanmelden, dat moet administratief ook weer verwerkt worden, want ook dit is een onderdeel van activering, dus als je mensen wil verwijzen naar dat beweegprogramma, moet dat op die klant zijn naam komen te staan, zodat je weet dat iemand daarvoor is aangemeld en als die niet is geweest, waarom niet, dan kan er een consequentie aanzitten. Dat moet dan ook even in de werkwijze verwerkt worden (consulent).’

‘Euh ja, je kan natuurlijk een re-integratietraject voor iemand klaarzetten. En als ze daar niet zo’n zin in hebben, dan gaan ze vaak wel weer wat doen om in beweging te komen, om maar niet dat ene traject te gaan doen. Dus dat zou ook nog wel een mogelijkheid zijn ... Sommige mensen hebben helemaal geen zin in het productiewerk wat ik zei. Nou dat is ook wel een manier om mensen in beweging te krijgen (consulent).’

‘Ja, er zitten wel consequenties aan als mensen zich niet aan een re-integratietraject houden, zich niet voldoende inzetten, niet meewerken, noem maar op, in het strengste geval zouden daar ook wel consequenties aan kunnen zitten als mensen niet de juiste zorg gaan opzoeken zoals is afgesproken, want dat betekent dus eigenlijk dat ze de weg naar werk belemmeren, dus daar zou ook zeker wel een maatregel op gezet kunnen worden (consulent).’

‘Wel goed voor bewustwording van dieet en leefstijl zo’n programma, mensen hebben er baat bij, ik zou het zelf wel fijn vinden, maar inderdaad wel rigoureuus, alhoewel mensen nu ook verplicht moeten werken of vrijwilligerswerk moeten doen...’Ik weet het niet zo goed’ (minima).’

Interpretatie, observatie en toelichting

Het wordt duidelijk in de interviews dat het lastig is maatregelen te bedenken die niet op financieel vlak liggen. Iedere klant wordt het meest geraakt wanneer hij op de uitkering gekort wordt. Deze maatregel komt dan ook in alle gesprekken, bij zowel de afdeling W&I en bij minima naar voren. De oplossing om een re-integratietraject klaar te zetten kan helpen in de ogen van de consultant, maar is vreemd om als consequentie te gebruiken aangezien het een traject is wat bij voorkeur als positief product wordt ingezet.

Conclusie

In dit kwalitatieve onderzoek is onderzocht wat de stimulerende maatregelen zijn die door consulenten van de afdeling Werk en Inkomen kunnen worden ingezet om minima met een zorgpolis van Zorg en Zekerheid (Z&Z) te motiveren om gezonder te gaan leven. Aan de hand van een aantal deelonderwerpen is gezocht naar een antwoord op deze vraag. Het onderzoek geeft een indruk van de relaties en processen op de afdeling Werk en Inkomen (W&I) van een aantal gemeenten in relatie tot gezondheid, evenals verhalen van minima over leefstijl en de afdeling W&I. De resultaten van dit onderzoek kunnen ook breder gebruikt worden in gemeenten buiten de regio van dit onderzoek waar men minima wil toe leiden naar leefstijl veranderende interventies zonder dat deze in de collectieve zorgverzekering minima (CZM) zijn opgenomen of waar ze via andere zorgverzekeraars soortgelijke programma's hebben met gemeentelijke collectiviteitskorting.

In de aanvullende verzekering (AV) van de gemeentelijke CZM van Z&Z is een beweegprogramma opgenomen. Zowel voor de AV-Standaard als AV-Top wordt het programma een keer per twee kalenderjaren voor honderd procent vergoed indien voldaan wordt aan de voorwaarden BMI ≥ 25 en/of een chronische aandoening volgens de KNGF-lijst. De AV bevat een specifieke gemeentemodule waarin preventieonderdelen zijn opgenomen die zijn afgesproken tussen de verzekeraar en gemeente. De gemeente draagt aan deze gemeentemodule per verzekerde een vaststaand bedrag bij. Op deze wijze wordt voor elke minima met deze CZM ook een financiële bijdrage geleverd aan het beweegprogramma ongeacht of de verzekerde deelneemt of niet.

Uit de literatuur blijken een aantal redenen waarom minima gemotiveerd zijn deel te nemen aan interventies met als doel het verbeteren van hun gezondheid. Persoonlijke redenen van minima zijn 'uit gewoonte' of 'omdat het gezond is'. Obstakels kunnen een tekort aan financiële middelen zijn, evenals een lichamelijke beperking, 'geen zin' hebben en het 'te veel tijd' vinden kosten. Een persoonlijke aanpak en gebruik maken van de sociale omgeving van de doelgroep zijn belangrijk in de promotie van de interventie. Ook moeten de verwachtingen van de interventie haalbaar zijn en moet de doelgroep zich in de informatie van de interventie kunnen herkennen. Het voordeel of plezier moet duidelijk zijn voor de minima, niet alleen op de lange termijn, maar juist ook op de korte termijn.

De geïnterviewde minima geven diverse redenen aan waarom zij gebruik zouden maken van de preventieonderdelen, in het bijzonder het beweegprogramma, opgenomen in de CZM. Zo zijn 'gezond oud' willen worden, afvallen, een voldaan gevoel na sporten en 'goed voor de kinderen kunnen zorgen' motivaties om deel te gaan nemen. Andere factoren die hen hierin stimuleren zijn de sociale omgeving, het samen met iemand mogen deelnemen aan het programma en het vertrouwen dat het programma daadwerkelijk vergoed wordt door de verzekeraar. Zij willen graag over het programma geïnformeerd worden, liefst niet op een exclusieve manier speciaal voor minima, maar als een regulier beweegaanbod dat door hun verzekeraar vergoed wordt. Wanneer een consulent van de afdeling W&I hen wil motiveren aan het programma deel te nemen, moet hij een persoonlijke benadering gebruiken en echt met hen meedenken. De minima moeten het gevoel hebben dat de consulent daadwerkelijk wil helpen en niet alleen een checklist afwerkt. Alhoewel uit de interviews blijkt dat verplichten tot deelname niet gewenst is, wordt wel benoemd dat zonder (financiële) consequenties bij het niet deelnemen, de opkomst wellicht laag zal zijn. De gemeente betaalt de uitkering, dus wanneer een ongezonde leefstijl van invloed is op het niet deelnemen aan de arbeidsmarkt, vinden zij het wel logisch dat de gemeente er op aandringt bij de klant om het beweegprogramma te gaan volgen.

Gezondheid speelt bij de afdeling W&I een rol, omdat problemen hierin bij klanten vaak een belemmering vormen tot (volledige) deelname aan de arbeidsmarkt. Klanten die gezondheidsklachten hebben moeten dit aantonen door middel van medische documenten. De consulent kan ook een medische keuring, een psychologische keuring of beiden aanvragen bij de sociaal medische advisering (SMA) van de GGD, wanneer de klant niet goed zijn of haar problemen kan aantonen of wanneer de consulent het vermoeden heeft dat er gezondheidsproblemen bestaan bij de klant. De SMA-arts brengt dan een advies uit over de mogelijkheden van de klant op het gebied van werk, kijkende naar zijn gezondheid. Tenslotte, consulenten voelen zich niet eindverantwoordelijk voor de gezondheid van hun klanten, maar zien wel een activerende rol voor zichzelf weggelegd. Zo zouden zij op het gebied van leefstijl mensen kunnen proberen te motiveren hierin zo nodig verandering aan te brengen.

Consulenten zouden in de gesprekken die ze met hun klanten hebben kunnen proberen de klant (nog) persoonlijker te benaderen. Dat wil zeggen dat doorgevraagd wordt op de persoonlijke omstandigheden van de klant. Dat er gekeken wordt naar beweegredenen van de klant om een bepaalde leefstijl te volgen en hierop ingehaakt wordt door de consulent. Wanneer klanten bijvoorbeeld niet bewegen kan gevraagd worden waarom zij dit niet doen en kan de brug gemaakt worden naar het beweegprogramma.

Om minima te motiveren mee te doen aan het beweegprogramma moeten de consulenten allereerst goed

geïnformeerd worden over de plaats, tijdsduur, vergoeding en contactgegevens van het programma. Belangrijk is dat wat op beleidsniveau beslist is hierover ook op de werkvloer terecht komt en gemonitord wordt. Daarnaast is het handig voor consulenten als ze eenvoudig kunnen checken of klanten met een CZM bij Z&Z aanvullende verzekerd zijn. Een klein en overzichtelijk kaartje met daarop alle noodzakelijke informatie over het beweegprogramma zou bij de gesprekken van Instroom (Inkomen) meegegeven kunnen worden aan de klant om hem zo door te verwijzen. Bij de gesprekken Uitstroom (Werk) kan er meer ingespeeld worden op gezondheid in de gesprekken zelf. Zo kan de beleving van de klant van zijn gezondheid een plaats krijgen in het consult en kan er gezamenlijk gekeken worden naar welke gezondheid bevorderende interventies er nodig zijn. Hiervoor hebben consulenten behoefte aan handvatten om een gesprek te kunnen voeren over gezondheidsbeleving en leefstijlverandering. Ook is het voor hen belangrijk dat het beleidsmatig op schrift gesteld wordt dat er meer aandacht aan gezondheid besteed moet worden door hun. Door de werkwijze vervolgens op dit beleid aan te passen is er ook voldoende tijd om daadwerkelijk dit gesprek aan te gaan. Deze tijd moet ook bewust worden ingepland wanneer er meer gecoacht zou gaan worden op het volhouden van een bepaalde leefstijlverandering in vervolgesprekken. Om een eenduidig geluid te laten horen is het belangrijk dat professionals van andere organisaties ook weet hebben van het beweegprogramma en de klant hier eveneens naar kunnen verwijzen. Intervisiemomenten met collega's kunnen er voor zorgen dat consulenten gemotiveerd blijven en dat de implementatiestrategie van het beweegprogramma verbeterd wordt, waardoor werkbaarder voor de consulenten.

Discussie

In dit hoofdstuk worden er een aantal resultaten uitgelicht. Er zal echter op deze plek geen volledige bespreking van de resultaten plaatsvinden aangezien deze in het resultatenhoofdstuk per sub paragraaf al is terug te vinden onder het kopje *Interpretatie, observatie en toelichting*. Verder zullen hier limitaties van dit onderzoek aan bod komen en zullen er aanbevelingen worden gedaan. Deze aanbevelingen zijn gericht op de directe partners van het beweegprogramma om mee te nemen in de innovatiestrategie om de adoptie, implementatie en continuering zo optimaal mogelijk te laten verlopen evenals voor vervolgonderzoek gericht op leefstijlinterventies.

1. Resultaten uitgelicht

Doordat het beweegprogramma nagenoeg nergens bekend was bij de afdeling Werk & Inkomen (W&I) waren de vragen aan consultants over benodigdheden om minima naar het programma toe te leiden speculatief. De allereerste behoefte is logischerwijs informatie over het programma alvorens minima te kunnen motiveren hier aan deel te nemen. Dit antwoord kwam dan ook prominent naar voren in de interviews. Het bleek lastig om een stapje verder te kijken en om daarmee aan te geven wat zij nodig zouden hebben wanneer zij wel goed geïnformeerd zijn over het programma. Wellicht dat er na enige tijd van gebruik door de consultants er meerdere (persoonlijke) obstakels naar voren komen waardoor zij het programma niet aanbieden aan hun klanten.

Bij de tak Instroom van de afdeling W&I lijkt geen ruimte te zijn om gezondheid van klanten te bespreken. In deze gesprekken is de focus met name gericht op inkomen en bijstand en zitten de gesprekken hiermee te vol voor zowel klant als consultant. Bovendien is de aandacht gericht op financiën en is de brug naar gezondheid moeilijk te maken. Er zijn echter heel wat minima die niet meer in een re-integratietraject deelnemen doordat ze al jaren in de bijstand verkeren en daarmee niet met regelmaat contact hebben met de consultants Uitstroom. Deze minima kunnen wel voldoen aan de voorwaarden om deel te mogen nemen aan het beweegprogramma en zouden op deze wijze dus niet bereikt worden. Om die reden zou het goed zijn dat instroomconsultanten bij een contact moment met deze klanten over financiële zaken, wellicht toch de klant wijzen op het beweegprogramma.

Bij minima en consultants komen ‘maatregelen’ naar voren als mogelijke consequentie wanneer niet aan het beweegprogramma wordt deelgenomen door minima. Dit zou minima motiveren aan het beweegprogramma deel te nemen. Beide groepen denken echter evenzo dat zonder interne motivatie bij de deelnemer het programma geen succes zal zijn. De persoonlijke insteek van consultants op hun klanten is daarom van essentieel belang om te achterhalen hoe de betreffende klant kan worden verleid om te gaan bewegen. Opvallend is dat ‘maatregelen’ dus door beide groepen genoemd worden en dit in contrast lijkt te staan met hoe zij daadwerkelijk denken dat klanten gemotiveerd worden hun leefstijl te veranderen. Toch hoeft dit geen tegenstelling te zijn aangezien een verplichtend karakter er ook voor kan zorgen dat mensen over de drempel geholpen worden en vervolgens zelf kunnen ervaren wat het beweegprogramma inhoudt. Wellicht dat ze op die manier intern gemotiveerd kunnen worden stapje voor stapje meer te gaan bewegen.

2. Limitaties

In dit onderzoek zijn een aantal methodologische beperkingen aan te wijzen. Consultants zijn hoofdzakelijk in de regio Hollands Midden geprobeerd te verzamelen, omdat hier de gemeenten in liggen die een CZM via Z&Z hebben. Het was moeilijk consultants van al deze gemeenten bereid te vinden mee te werken, waardoor een groep consultants van buiten de regio ook is geïncludeerd. Dit kan als gevolg hebben dat de houding van deze consultants ten opzichte van het beweegprogramma anders is dan die van binnen de regio. Voordeel hiervan was dat deze consultants geen argumenten als gebrek aan informatie op tafel konden leggen, maar direct nadachten hoe leefstijl en het beweegprogramma in gesprekken naar voren kan komen bij de afdeling W&I. Ook zorgt deze brede groep aan consultants ervoor dat de resultaten een completer beeld geven van wat er bij de afdeling W&I bij diverse gemeenten kan spelen met betrekking tot gezondheid en hoe hierop kan worden ingehaakt met het beweegprogramma.

Doordat de afdeling W&I per gemeente verschillen vertoont in werkwijze kan de scheiding die in dit onderzoek is aangehouden tussen Instroom en Uitstroom anders zijn, waardoor bepaalde uitspraken van consultants niet op elke gemeente van toepassing zijn. Desalniettemin is er bij elke betrokken gemeente een onderscheid tussen consultants die zich bezig houden met het financiële plaatje van een klant en consultants die meer gericht zijn op de re-integratie.

Alhoewel vooraf al besloten was dat de nadruk op de afdeling W&I moest liggen is het aantal minima dat deelgenomen heeft kleiner dan gepland. Dit kan als consequentie hebben dat de extremen eruit zijn gepikt waardoor het lastig is hun verhalen voor een grotere groep te gebruiken. Desalniettemin kan gezegd worden aan de hand van de

motiverende factoren die ze geven, ze daarin niet veel verschillen van de factoren genoemd in de literatuurstudie. Opvallend aan de geïnterviewde minima was wel dat ze allemaal actief waren. Dat wil zeggen, allemaal hadden ze werk (in deeltijd) of deden een aantal dagen per week vrijwilligerswerk. Ook waren ze bewust bezig met voldoende beweging en een gezonde leefstijl, wat niet wil zeggen dat er geen overgewicht onder deze deelnemers voorkwam. Deze selectiebias kan tot stand zijn gekomen doordat de betrokken en actieve minima waarschijnlijk eerder geneigd zijn mee te doen aan onderzoek dan degene die dat minder zijn. Er moet rekening worden gehouden dat zij een andere kijk op de motivering tot leefstijlverandering kunnen hebben dan anderen uit de doelgroep.

3. Aanbevelingen

Opvallend in dit onderzoek was dat niemand van de geïnterviewde consultants en minima weet had van de opname van het beweegprogramma in de CZM, terwijl het er sinds 2013 in is opgenomen en gemeenten meebetalen in de premie hiervoor. Beleidsmedewerkers wisten er wel van af, maar het had doorgaans geen prioriteit. Advies is om als beleidstak informatie op actieve wijze onder de aandacht te brengen van de uitvoerende kant, de afdeling W&I. Zo worden gemaakte investeringen door de gemeente in de CZM optimaal benut. Het is hierbij van belang om met de afdeling W&I in gesprek te blijven en gaan over hun visie op het aanbieden van de preventieonderdelen in de CZM aan klanten door consultants. Er kan dan samen besloten worden of er wellicht een taak ligt bij de afdeling W&I hierin. Ook is het belangrijk de samenwerking tussen de gemeentelijke sectoren (Volksgezondheid en Sociale zaken) te zoeken en deze goed met elkaar af te stemmen. Het zou goed zijn om een sleutelfiguur per gemeente aan te stellen die toezicht kan houden op wat er jaarlijks in het pakket van de gemeentemodule zit en deze onderdelen ook onder de aandacht kan brengen, zodat deze onderdelen niet ondergesneeuwd raken door allerlei andere zaken.

Het is noodzakelijk duidelijkheid te scheppen wie er verantwoordelijk is voor het contracteren van fysiotherapeuten en sportscholen die het beweegprogramma kunnen aanbieden. Deze verantwoordelijkheid kan bij zorgverzekeraars, gemeente of fysiotherapeuten en sportscholen liggen. Het is aan te bevelen om dit als gemeente met de zorgverzekeraar te bespreken en om afspraken hierover over te maken.

Het is aan te bevelen consultants handvatten te bieden, bijvoorbeeld in de vorm van een aantal startzinnen, om hen te ondersteunen in het gesprek over leefstijl en gezondheid van de klant. De reeds genoemde werkwijzer 'Omgaan met belemmeringen' van Divosa kan hier wellicht in ondersteunend zijn.

Het zou goed zijn niet alleen de focus op de afdeling W&I te hebben liggen in de promotie van de preventieonderdelen in de CZM. Ook het Wmo-loket, sociale wijkteams, huisartsen, wijkverpleegkundigen, fysiotherapeuten en lokale media kunnen goede kanalen zijn om de doelgroep, de minima, te bereiken.

Om beleidsmedewerkers, teamleiders en consultants te motiveren om het beweegprogramma te adopteren en implementeren is het belangrijk ook de (positieve) effecten aan te tonen. Parameters als 'welzijn' en 'bewegingspatroon' zouden hierin behulpzaam kunnen zijn. Onderzoek over een langere periode zou ook kunnen aantonen of en hoeveel mensen stijgen op de participatieladder. Het is ook aan te raden ervaringen van consultants te monitoren met het verwijzen naar het beweegprogramma om met deze feedback de implementatie en continuering te kunnen optimaliseren.

Het beweegprogramma is beschikbaar voor mensen die voldoen aan de voorwaarden, overgewicht en/of chronische aandoening. Een grotere groep zou baat kunnen hebben bij het op regelmatige basis bewegen. Wellicht dat de doelgroep in de toekomst uitgebreid kan worden. Ook zou er nagedacht kunnen worden of er een vergoeding mogelijk is van beweegactiviteiten die niet in het beweegprogramma zijn opgenomen, maar eenzelfde effect bewerkstelligen.

De minima in dit onderzoek doen een aanbeveling voor gemeenten om de mogelijkheden te onderzoeken om mensen in de bijstand meer in te zetten in het bewerkstelligen van gemeentedoelen. Als voorbeeld wordt gegeven dat er wellicht klanten in het bestand zitten met een beweging gerelateerde opleiding die ingezet zouden kunnen worden om sportactiviteiten in hun wijk op te zetten.

Referenties

- Ballering, C., Schreurs, H., Renders, C., Kooiker, S., & Ameijden, E. van (2013). Een inkijk in verhalen achter leefstijlgewoontes. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*. 91(5): 263-69.
- Brussee-Lasschuijt, J., Bruins, J., & Oostenbrug, S. (2012). *Gezondheidsonderzoek 2012 Leidschendam-Voorburg*. GDD Zuid-Holland West.
- Centrum Gezond Leven (2010). Overzicht van erkende leefstijl interventies en goed beschreven interventies.
- Dijk, A. van (2013). Preventief gezondheidsonderzoek onder hoogrisicogroepen van ouderen. *Geron*. 2: 45-47.
- Divosa (2014). *Samenhang 3 decentralisaties*. <http://www.divosa.nl/dossiers/samenhang-3-decentralisaties>
- Doef, M. van der, Wille, N., Dijk, A. van, & Akker, A. van den (2012). *Concept tbv verslaglegging project preventiekracht richting ZonMW en AWP*
- Heutink, H., Diemen, D. van, Elzenga, M., & Kooiker, S. (2010). Wat hebben mensen met een lage en hoge(re) SES zelf te zeggen over gezond leven? *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*. 1: 10-12.
<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/457>
- Huber, M., Knottnerus, J.A., Green, L., Horst, H. van der, Jadad, A.R., Kromhout, D., ... Smid, H. (2011). How should we define health? *BMJ*, 343: d4163.
- Kalken, M. van, Brouwer, S., & Schellekens, J. (2012). Effect van een reactiveringsprogramma op arbeidsmarktafstand bij mensen met een arbeidsongeschiktheidsuitkering. *Tijdschrift voor Bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde*, 20 (1), 8-16.
- Kippersluis, H. Van, Doorslaer, E. Van, Ourti, T. Van (2009, juni). Gezondheid, inkomen en werk gedurende de levenscyclus. *VGE Bulletin*. <http://www.gezondheidseconomie.org/uploads/documents/138.pdf>
- Middelkoop, B.J.C., Vos, E., Assendelft, W.J.J., Bakker, M.J., Crone, M.R., Empelen, P. van, Gussekloo, J., Westendorp, R.G.J. (2013). Health promotion for community-dwelling elderly: pros and cons of a preventive health centre for the elderly. Dossiernummer 71650001
- Paulussen, T., Wiefferink, K., & Mesters, I. (2007). *Invoering van effectief gebleken interventies*. In: Brug, J., van Asseman, P. & Lechner, L. (eds). *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering*. Assen: Van Gorcum.
- Reijenga, F., Veldhuis, V., de Levita, B., & Nijhof, W. (2012). *Ontwikkelen aanpak gezondheidsbeleving: Een aanpak voor werkcoaches en klantmanagers*.
http://www.astri.nl/media/uploads/files/170812_Ontwikkelen_aanpak_gezondheidsbeleving_-_definitieve_versie1.pdf
- Ruitenbergh, J.F. (2013). *Samenwerking professionals werk en inkomen en de (geestelijke) gezondheidszorg en de bijdrage van samenwerking aan de dienstverlening (Rapport nr. N12/03b)*. https://www.inspectieszw.nl/Images/Nota-Kwalitatief-onderzoek-samenwerking-WI-en%20zorgprofessionals_tcm335-335174.pdf
- Savelkoul, M., Schuit, A.J., & Storm, I. (2010). *Terugdringen van gezondheidsachterstanden door gemeentelijk beleid: een literatuurverkenning naar effectiviteit van fysieke en sociale omgevingsmaatregelen (Rapport nr. 270161003/2010)*. http://kennisplein.sportzeeland.nl/dynamisch/publicatie/9_3_NL_Terugdringen_van_gezondheidsachterstanden_door_gemeentelijk_beleid.pdf

- Stoelinga, A. (2011). *Lage sociaal-economische status, gemiddelde gezondheid?!* (masterthesis, Vrije Universiteit Amsterdam, Nederland). http://www.ggdzhw.nl/cms/publish/content/download_document.asp?document_id=463
- Spijkerman, M., & van der Poel, A. (2013). Preventiekracht Thuiszorg en PreventieKracht dicht bij huis. http://www.zonmw.nl/uploads/tx_vipublicaties/2009-2012_PreventieKracht_in_de_buurt_02.pdf
- Stiggelbout, M. (2012). *Stapjefitter reïntegratie*. <http://woerdenactief.nl/stapjefitter-2/>
- Versteeg, E., Walraven, I. (2014). *Onderzoeksrapport Bewegen op Recept Zaanstad*. https://www.ggdzw.nl/ufc/file2/ggdzw_sites/sevgiextra/9b7a193f7a30db51dfd9ba28bfd76094/pu/Bewegen_op_Recept_Zaanstad_onderzoeksrapport.pdf
- Vissers, K. (2009). De Rivas-aanpak van overgewicht. *PrePost*, 11:36: 28-29.

Bijlage 1a – Richtinggevende vragen voor de semigestructureerde interviews en focusgroepen met consulenten

Personalia: Naam, functie, aantal jaren werk,

Wat zijn uw werkzaamheden? Wat is de huidige werkwijze (klantenbestand, frequentie klantcontact, inrichting consult)?

Wat motiveert u om uw werk goed te doen?

Heeft gezondheid plaats in de contacten met klanten? Zo ja, hoe? Zo niet, hoe komt dat?

Zijn er (meer) aanknopingspunten om op de gezondheid van klanten in te spelen?

Hoe denkt u dat minima gemotiveerd worden een gezonde(re) leefstijl aan te nemen zo nodig?

Wat werkt tot nog toe in de motivering en wat niet?

Wat betekent gezondheid voor u? Hoe zou u het omschrijven?

Zou er ruimte zijn meer de gezondheid beleving uit te vragen? Hoe? Handvatten hiervoor nodig?

Hoe is de samenwerking met andere professionals rondom de gezondheid van/de zorg voor klanten?

Ziet u belang van gezondheid bespreken met uw klant? Wat motiveert u hierin? Wat belemmert u hierin?

Ziet u in de toekomst voor u zelf (meer) een rol in gezondheid van de klant?

Wie is er verantwoordelijk voor de gezondheid van klanten (denk aan afdeling W&I, huisarts, klant zelf)?

Wanneer u problemen in de gezondheid van een klant signaleert die de klant zelf niet aankaart, wat doet u daar dan mee?

Bent u bekend met het beweegprogramma (inclusief voorwaarden) dat in de gemeentelijke collectieve zorgverzekering is opgenomen?

 Zo ja, verwijst u mensen hiernaar door?

 Zo niet, zou u meer willen weten hierover? Zou u het willen aanbieden aan klanten?

 Wat heeft u daarvoor nodig?

 Hoe zou u dit beweegprogramma onder de aandacht brengen van uw klanten?

 Wat zou uw klanten motiveren?

Overige opmerkingen over gezondheid en de sociale dienst?

Bijlage 1b – Richtinggevende vragen voor de semigestructureerde interviews met minima

Personalia: leeftijd, m/v, jaren in bijstand, kinderen, welke (aanvullende) verzekering, (vrijwilligers)werk, kinderen, afkomst

Waarom komt u bij de sociale dienst?

Waarom voor de collectieve zorgverzekering van Zorg en Zekerheid gekozen?

Weet u wat er in de polis staat?

Weet u van het beweegprogramma dat in de aanvullende verzekeringen (deels) vergoed wordt?

Wat is voor u gezondheid?

Hoe bent u daar mee bezig?

Leeft u gezond (denkend aan roken, drinken, voeding, bewegen)?

Ziet u aanleiding of noodzaak in eventuele veranderingen in uw leefstijl? Waarom wel/niet.

Hoe denkt u dat te gaan doen? Wat zou u daarbij helpen?

Zou een verzekering hier iets mee kunnen? Wat? Hoe?

En de gemeente?

Hoe denkt u hier het beste toe gemotiveerd te worden? Zou u dit ook willen?

Wat vindt u ervan als een consulent van de sociale dienst over uw gezondheid/leefstijl meedenkt en alert maakt op bepaalde gezondheid bevorderende programma's waar u voor in aanmerking zou komen?

Hoe zou de consulent erover moeten beginnen? Hoe zou het besproken kunnen worden?

Moet de klant, u, hier zelf mee komen of ligt de verantwoordelijkheid bij de consulent?

Mag er naar gewicht of BMI gevraagd worden door uw consulent?

Wat zouden jullie graag terug zien in de verzekering?

Zou u geïnformeerd/geadviseerd willen worden over uw zorgpolis?

Hoe zou graag attent gemaakt willen worden op het beweegprogramma in het bijzonder?

Wat maakt dat u wel of niet zou willen deelnemen?

Wat zou een consulent hier in kunnen betekenen en wel of niet moeten doen?

Kent u nog andere mensen met de CZM van Z&Z?

Bijlage 1c – Richtinggevende vragen voor de semigestructureerde interviews en focusgroepen met beleidsmedewerkers

Functies binnen gemeente

Wat zijn jullie werkzaamheden? Wat is de huidige werkwijze (klantenbestand, frequentie klantcontact, inrichting consult)?

Wat motiveert u om uw werk goed te doen?

Heeft gezondheid plaats in de contacten met klanten? Zo ja, hoe? Zo niet, hoe komt dat?

Zijn er (meer) aanknopingspunten om op de gezondheid van klanten in te spelen?

Hoe denken jullie dat minima gemotiveerd worden een gezonde(re) leefstijl aan te nemen zo nodig?

Wat werkt tot nog toe in de motivering en wat niet?

Wat betekent gezondheid voor u? Hoe zou u het omschrijven?

Zou er ruimte zijn meer de gezondheid beleving uit te vragen? Hoe? Handvatten hiervoor nodig?

Hoe is de samenwerking met andere professionals rondom de gezondheid van/de zorg voor klanten?

Ziet u belang van gezondheid bespreken met uw klant? Wat motiveert u hierin? Wat belemmert u hierin?

Ziet u in de toekomst voor u zelf (meer) een rol in gezondheid van de klant?

Wie is er verantwoordelijk voor de gezondheid van klanten (denk aan afdeling W&I, huisarts, klant zelf)?

Wanneer u problemen in de gezondheid van een klant signaleert die de klant zelf niet aankaart, wat doet u daar dan mee?

Zou u klanten een beweegprogramma willen aanbieden wanneer dit vergoed wordt door de zorgverzekeraar?

Wat heeft u daarvoor nodig?

Hoe zou u dit beweegprogramma onder de aandacht brengen van uw klanten?

Wat zou uw klanten motiveren?

Overige opmerkingen over gezondheid en de sociale dienst?

Bijlage 2 – Overzicht van aandachtspunten en tips bij de implementatie van het beweegprogramma voor gemeenten in de regio Hollands Midden

Strategisch/beleidsmatig

- Bedenk welke ontwikkelingen er momenteel spelen bij de gemeente en hoe hierop kan worden ingehaakt met de preventieonderdelen bij de diverse intermediairs.
- Maak afspraken met de zorgverzekeraar over wie de contracten met fysiotherapeuten en sportscholen in de gemeente afsluit (in overleg met de GGD).
- Maak iemand verantwoordelijk voor het beweegprogramma binnen de betreffende gemeente. Een aanspreekpunt voor wanneer er zaken onduidelijk zijn, maar ook degene die in de gaten houdt of het bij klanten terecht komt (monitoring). Deze persoon zorgt ervoor dat de informatie duidelijk is en terecht komt bij de intermediairs die het aan de klant aanbieden.
- Zorg dat het breed bekend is, bij zowel huisartsen, fysiotherapeuten, diëtisten, Afdeling Werk & Inkomen (W&I), Wmo-loket, wijkverpleegkundigen, buurtsportcoaches en in buurtteams.
 - Voorbeeld: Activite, een thuiszorgorganisatie heeft aangegeven ook open te staan voor de implementatie van het beweegprogramma in hun werkwijze. Zo zou ook via deze organisatie het beweegprogramma onder de aandacht van klanten kunnen worden gebracht. Contactgegevens van wijkverpleegkundigen mogen gegeven worden aan klanten die bij de GGD voor de gezondheidscheck komen of bij de afdeling W&I. Klanten kunnen dan contact opnemen met de wijkverpleegkundige als zij meer informatie of advies willen.
- Zorg dat duidelijk is wie na het beweegprogramma met de klant verantwoordelijk is voor de follow-up daarvan.
- Zorg dat het beweegprogramma meerdere jaren achtereen is opgenomen in de gemeentemodule zodat het in het systeem van de afdeling W&I en andere intermediairs kan komen. Vinden er veranderingen in de module plaats, zorg dan dat ze goed gecommuniceerd worden naar de werkvloer.

Informer en motiveren intermediairs

- BS&F en Z&Z kunnen een informatiemiddag verzorgen voor de afdeling W&I over de CZM en de preventieonderdelen. Dit eventueel in samenwerking met de GGD.
- Zorg dat de informatie (digitaal) beschikbaar is voor de intermediairs en dat er informatiekaartjes zijn die zij kunnen meegeven aan klanten. Zo mogelijk kan met Z&Z overlegd worden een gemeente specifieke folder te maken.
- Wanneer het bespreken van belemmeringen om aan het werk te gaan, die veelal op (gezondheid)beleving berusten, meer besproken gaan worden, moeten hiervoor ook beleidsmatig keuzes gemaakt worden om consulenten hiervoor de tijd te geven.
- De werkwijzer van Divosa 'omgaan met belemmeringen' is online beschikbaar en behulpzaam voor consulenten om in te springen op de beleving van klachten door hun klanten.
- Om de voortgang van het beweegprogramma te vervolgen onder consulenten kunnen regelmatige intervisiebijeenkomsten behulpzaam zijn.
- Organiseer semigestructureerde netwerkbijeenkomsten voor professionals uit verschillende organisaties, zodat voor allen duidelijk is wat de verschillende organisaties doen voor hun klanten en met wie er contact kan worden opgenomen indien overleg tussen professionals van de organisaties op enig moment gewenst is.

Informer en motiveren minima

- Maak op de website waar minima kunnen zoeken naar informatie over minimabeleid een duidelijk stuk over de CZM en dan met name over de preventieonderdelen in de gemeentemodule.
- Probeer mensen te bewegen de eerste keer naar het beweegprogramma te komen zonder te verplichten het gehele programma te moeten doorlopen. Dit kan drempelverlagend werken. Minima kunnen zo ervaren wat het beweegprogramma inhoudt alvorens er voor de keren daarna aan vast te zitten.
- Mond-tot-Mond reclame is belangrijk. Zorg dat minima die positieve ervaringen hebben met het beweegprogramma de kans krijgen dit te delen met bijvoorbeeld de mensen uit de wijk.
- Weet wie de rolmodellen zijn van de doelgroep en gebruik deze in de promotie van het beweegprogramma.

- Organiseer activiteiten in de wijk waarmee aandacht wordt gegeneerd voor het beweegprogramma. Bijvoorbeeld een tent met daarin mogelijkheid tot het meten van bloeddruk, wegen van gewicht, uitrekenen van BMI, uitproberen van fitnessapparaten en uitleg over de CZM en de preventieonderdelen.

Geloof dat bewegen daadwerkelijk effect heeft op minima en hen kan helpen te stijgen op de participatieladder

Bijlage 3 – Factsheet



Factsheet AWPG NZH onderzoek 'Verzekerd bewegen met een minimum inkomen' Rol van gezondheid bij de sociale dienst en de motivering van minima tot een gezonde leefstijl

Onderzoek door de Academische Werkplaats Publieke Gezondheid Noordelijk Zuid-Holland (LUMC, gemeente Leidschendam-Voorburg, GGD Haaglanden, GGD Hollands Midden)

Samenvatting

In dit kwalitatieve onderzoek is onderzocht wat de stimulerende maatregelen zijn die door consulenten van de afdeling Werk en Inkomen (W&I) kunnen worden ingezet om minima met een zorgpolis van Zorg en Zekerheid (Z&Z) te motiveren om gezonder te gaan leven. Daarvoor is onderzocht welke rol gezondheid nu speelt bij de afdeling W&I en in de toekomst kan spelen. Dit is gedaan door interviews met consulenten, leidinggevendenden, minima en beleidsmedewerkers. Eveneens is in de literatuur gekeken naar motiverende factoren om minima te stimuleren tot een gezonde leefstijl en deel te nemen aan preventieprogramma's.

Beweegprogramma in gemeentemodule CZM: In de aanvullende verzekering (AV) van de collectieve zorgverzekering (CZM) van Z&Z is een beweegprogramma opgenomen. Bij zowel de AV-Standaard als AV-Top wordt dit voor honderd procent vergoed indien voldaan wordt aan de voorwaarden BMI ≥ 25 en/of een chronische aandoening volgens de KNGF-lijst. De AV bevat een specifieke gemeentemodule waarin preventieonderdelen, onder andere dit beweegprogramma, zijn opgenomen die zijn afgesproken tussen de verzekeraar en gemeente. De gemeente draagt aan deze gemeentemodule per verzekerde een vaststaand bedrag bij. Op deze wijze wordt voor elke minima met deze CZM ook een financiële bijdrage geleverd aan het beweegprogramma ongeacht of de verzekerde deelneemt of niet.

Persoonlijke aanpak motivering minima: Met name een persoonlijke aanpak zal minima motiveren deel te nemen aan het beweegprogramma. De intermediair, de consulent moet inspelen op de persoonlijke omstandigheden van de cliënt en hun beweegredenen. Deze beweegredenen hebben te maken met financiën, sociale omgeving, kinderen, gezondheid en de zekerheid dat het programma daadwerkelijk vergoed wordt.

Werk & Inkomen activerende rol bij leefstijlverandering: Gezondheid speelt bij de afdeling W&I een rol, omdat problemen hierin voor klanten vaak een belemmering vormen tot (volledige) deelname aan de arbeidsmarkt. Er wordt echter minimaal ingespeeld op de beleving van deze gezondheidsproblemen evenals dat er nauwelijks interventies gericht op leefstijlverandering worden aangeboden. Daarin zelf actief begeleiding bieden aan de klant wordt als onmogelijk gezien door het grote klantenbestand per consulent en de beperkte tijd hiervoor. Desalniettemin zien consulenten een activerende rol voor zichzelf weggelegd op het gebied van leefstijlverandering bij klanten, wanneer hier beleidsmatig ook keuzes voor worden gemaakt.

Informatievoorziening: Gebrek aan informatievoorziening over de plaats, tijdsduur, vergoeding en contactgegevens van het programma blijken voornamelijk het grootste obstakel te zijn geweest voor zowel minima als consulent. Beide groepen hadden geen weet van het programma met als gevolg dat er tot op heden nog geen gebruik wordt gemaakt van het beweegprogramma. Daarnaast zijn fysiotherapeuten niet gestimuleerd om het programma aan te bieden. Zichtbaar werd in dit onderzoek dat waar op beleidsniveau het beweegprogramma in de CZM geadopteerd is, dit niet (voldoende) gecommuniceerd is naar de uitvoerende kant evenals dat de communicatie tussen de verschillende gemeentelijke sectoren, Volksgezondheid en Sociale Zaken, niet optimaal is hierin.

Aanbevelingen

Strategisch/beleidsmatig

- Maak afspraken over de verantwoordelijkheden en taken van beleidsmedewerkers Werk & Inkomen en Volksgezondheid ten aanzien van de preventieonderdelen in de CZM (waaronder het beweegprogramma):
 - Wat wil je als gemeente bereiken met deze preventieonderdelen? Wat betekent dit voor de verantwoordelijkheid en taken voor beide sectoren, op beleids- en uitvoerend niveau? Het gaat hierbij om afspraken over wie besluit tot opname van producten in de (gemeentemodule van) CZM, wie adviseert en wie is verantwoordelijk voor het bereik en de toegang tot de preventieonderdelen.
 - Indien dit leidt tot een voorstel voor wijziging van taken van beleidsmedewerkers en uitvoerenden (bijvoorbeeld consultants bij W&I), wat is er dan nodig om op bestuurlijk en/of management niveau hiervoor commitment te krijgen?
- Maak als gemeente afspraken met de zorgverzekeraar over wie verantwoordelijk is voor het aanbieden van het beweegprogramma (afsluiten van contracten met fysiotherapeuten en sportscholen) en de andere preventieve onderdelen in de CZM.
- Het beweegprogramma onder de aandacht brengen van andere mogelijke intermediairs zoals Wmo-consulenten, wijkverpleegkundigen, huisartsen, sociale wijkteams, fysiotherapeuten en lokale media.
- Effecten van het beweegprogramma monitoren om de verwachte positieve resultaten daarvan te kunnen gebruiken als motivatie voor intermediairs om het beweegprogramma te adopteren en te implementeren.

Uitvoerend/praktisch

- Een sleutelfiguur per gemeente aanstellen die toezicht kan houden op wat er jaarlijks in het pakket van de gemeentemodule zit en deze onderdelen ook onder de aandacht kan brengen, zodat deze onderdelen niet ondergesneeuwd raken door allerlei andere zaken.
- Consultants handvatten bieden, bijvoorbeeld in de vorm van een aantal startzinnen, om hen te ondersteunen in het gesprek over leefstijl en gezondheid van de klant. De werkwijzer van Divosa 'Omgaan met belemmeringen' kan hier wellicht in ondersteunend zijn.

Win-Win

Hieronder worden kort de 'wins' geschetst voor de verschillende betrokken partijen bij het beweegprogramma.

Volksgezondheid

Het terugdringen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen is voor de meeste gemeenten een speerpunt in de nota's lokaal gezondheidsbeleid. De collectieve zorgverzekering voor minima, met de daarin opgenomen preventieprogramma's, is een uniek instrument om iedereen gelijke kansen op gezondheid te geven. Deelname van burgers aan het beweegprogramma leidt tot verbeteringen in zowel de psychische als lichamelijke gezondheid.

Participatie/Sociale Zaken

Gezonde mensen kunnen eerder weer aan het werk of op andere wijze deelnemen in de samenleving. Het beweegprogramma draagt bij aan de gezondheid en activering van burgers en biedt daarmee een mogelijke stijging op de participatieladder. Eveneens drukt de gemeentelijke collectiviteit de uitvoeringskosten van de gemeente. Het bieden van maatwerkoplossingen vanuit de Wmo als ook het aanvragen van bijzondere bijstand is normaal gesproken een arbeidsintensief proces. Via de gemeentelijke collectiviteit kunnen het aantal aanvragen voor interventies teruggedrongen worden door vergoedingen (voor rekening van de gemeente) op te nemen in het verzekeringspakket.

Zorgverzekeraar

Het beweegprogramma draagt bij aan een goede gezondheid. Het programma is kwalitatief goed en toegankelijk voor een grote groep mensen, waardoor het een aantrekkelijk onderdeel in het verzekeringspakket is voor klanten.

Consulenten

Consulenten kunnen klanten (minima) naar een kwalitatief goed programma verwijzen dat een bijdrage levert aan de re-integratie van klanten. Het sluit goed aan bij de activerende rol die consulenten kunnen hebben op het gebied van leefstijl. Zij kunnen klanten zo naar een betaalbare sportmogelijkheid doorverwijzen, zonder daar zelf veel werk voor te hoeven verrichten.

Minima

Minima kunnen een kwalitatief goed programma met laagdrempelige voorwaarden volgen. Het is toegankelijk door de volledige financiële vergoeding van de verzekeraar. Het draagt bij aan hun gezondheid, fitheid en welbevinden. Hun kans op participatie in de samenleving wordt vergroot.

Zorgverleners

De uitvoerend fysiotherapeut krijgt door het beweegprogramma in de praktijk in te zetten een tool in handen waarmee de doelgroep bereikt kan worden. Tot dusver waren er financiële obstakels en kregen de mensen die het hardst professionele hulp nodig hadden, niet de juiste hulp.



Aandachtspunten en tips voor de invoeringsstrategie van het beweegprogramma voor gemeenten in Hollands Midden

Strategisch/beleidsmatig

- Maak afspraken met de zorgverzekeraar over wie de contracten met fysiotherapeuten en sportscholen in de gemeente afsluit (in overleg met de GGD).
- Maak iemand verantwoordelijk voor het beweegprogramma binnen de betreffende gemeente. Een aanspreekpunt voor wanneer er zaken onduidelijk zijn, maar ook degene die in de gaten houdt of het bij klanten terecht komt (monitoring). Deze persoon zorgt ervoor dat de informatie duidelijk is en terecht komt bij de intermediairs die het aan de klant aanbieden.
- Zorg dat het breed bekend is, bij zowel huisartsen, fysiotherapeuten, diëtisten, Afdeling Werk & Inkomen (W&I), Wmo-loket, wijkverpleegkundigen, buurtsportcoaches en in buurtteams.
 - Voorbeeld: Activite, een thuiszorgorganisatie heeft aangegeven ook open te staan voor de implementatie van het beweegprogramma in hun werkwijze. Zo zou ook via deze organisatie het beweegprogramma onder de aandacht van klanten kunnen worden gebracht. Contactgegevens van wijkverpleegkundigen mogen gegeven worden aan klanten die bij de GGD voor de gezondheidscheck komen of bij de afdeling W&I. Klanten kunnen dan contact opnemen met de wijkverpleegkundige als zij meer informatie of advies willen.
- Zorg dat duidelijk is wie na het beweegprogramma met de klant verantwoordelijk is voor de follow-up daarvan.
- Zorg dat het beweegprogramma meerdere jaren achtereen is opgenomen in de gemeentemodule zodat het in het systeem van de afdeling W&I en andere intermediairs kan komen. Vinden er veranderingen in de module plaats, zorg dan dat ze goed gecommuniceerd worden naar de werkvloer.

Informeren en motiveren intermediairs

- BS&F en Z&Z kunnen een informatiemiddag verzorgen voor de afdeling W&I over de CZM en de preventieonderdelen. Dit eventueel in samenwerking met de GGD. Maak hier gebruik van!
- Zorg dat de informatie (digitaal) beschikbaar is voor de intermediairs en dat er informatiekaartjes zijn die zij kunnen meegeven aan klanten. Zo mogelijk kan met Z&Z overlegd worden een gemeente specifieke folder te maken.
- Wanneer het bespreken van belemmeringen om aan het werk te gaan, die veelal op (gezondheid)beleving berusten, meer besproken gaan worden, moeten hiervoor ook beleidsmatig keuzes gemaakt worden om consultants hiervoor de tijd te geven.
- De werkwijzer van Divosa 'omgaan met belemmeringen' is online beschikbaar en behulpzaam voor consultants om in te springen op de beleving van klachten door hun klanten.
- Om de voortgang van het beweegprogramma te vervolgen onder consultants kunnen regelmatige intervisiebijeenkomsten behulpzaam zijn.
- Organiseer semigestructureerde netwerkbijeenkomsten voor professionals uit verschillende organisaties, zodat voor allen duidelijk is wat de verschillende organisaties doen voor hun klanten en met wie er contact kan worden opgenomen indien overleg tussen professionals van de organisaties op enig moment gewenst is.

Informeren en motiveren minima

- Maak op de website waar minima kunnen zoeken naar informatie over minimabeleid een duidelijk stuk over de CZM en dan met name over de preventieonderdelen in de gemeentemodule.
- Probeer mensen te bewegen de eerste keer naar het beweegprogramma te komen zonder te verplichten het gehele programma te moeten doorlopen. Dit kan drempelverlagend werken. Minima kunnen zo ervaren wat het beweegprogramma inhoudt alvorens er voor de keren daarna aan vast te zitten.
- Mond-tot-Mond reclame is belangrijk. Zorg dat minima die positieve ervaringen hebben met het beweegprogramma de kans krijgen dit te delen met bijvoorbeeld de mensen uit de wijk.
- Weet wie de rolmodellen zijn van de doelgroep en gebruik deze in de promotie van het beweegprogramma.
- Organiseer activiteiten in de wijk waarmee aandacht wordt gegenereerd voor het beweegprogramma. Bijvoorbeeld een tent met daarin mogelijkheid tot het meten van bloeddruk, wegen van gewicht, uitrekenen van BMI, uitproberen van fitnessapparaten en uitleg over de CZM en de preventieonderdelen.

Contact

Wanneer u interesse heeft in het gehele onderzoeksrapport kunt u dit opvragen bij de GGD Holland Midden bij Caroline Kruijt of Irene Lottman. Voor overige vragen of wanneer u hiermee aan de slag wilt in uw gemeente kunt ook bij hen terecht.

Caroline Kruijt
Beleidsmedewerker Gezondheidsbevordering
Tel: 088-3084461 en e-mail: ckruijt@ggdhm.nl

Irene Lottman
Beleidsmedewerker lokaal gezondheidsbeleid
Tel: 088-3084485 en e-mail: ilottman@ggdhm.nl

GGD Hollands Midden Adres: Parmentierweg 49, Leiden, Postadres: postbus 121, 2300 AC, Leiden

Geloof dat bewegen daadwerkelijk effect heeft op minima en hen kan helpen te stijgen op de participatieladder!