Inspectie SZW
Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid

Samen de focus op werk

Een landelijk beeld van de samenwerking tussen professionals werk en inkomen en de gezondheidszorg

Colofon

Titel: Samen de focus op werk
Programma: Dienstverlenende Overheid
Datum: augustus 2012
ISSN 1383-8733
ISBN/EAN: 978-90-5079-255-4
Reeksnummer: R12/03

Inhoud

Colofon—2

1 Samenvatting en oordeel—5
1.1 Samenvatting—5
1.1.1 Landelijk beeld van samenwerking—5
1.1.2 Samenhang samenwerking en klantgerichte dienstverlening—7
1.1.3 Samenhang samenwerking en activerende dienstverlening—7
1.1.4 Samenhang samenwerking en efficiënte dienstverlening—8
1.1.5 Knelpunten en succesfactoren—8
1.2 Oordeel—9

2 Inleiding—11
2.1 Afbakening onderzoek—12
2.2 Probleemstelling—13
2.2.1 Onderzoeksverantwoording—14

3 Landelijk beeld over de samenwerking—15
3.1 Beleid voor klanten met psychische problematiek—15
3.2 Vormen van samenwerking—15
3.3 Samenwerkingspartners in de gezondheidszorg—19
3.4 Waarom geen samenwerking—21

4 Relatie samenwerking en klantgerichte dienstverlening—23
4.1 Diagnose—23
4.2 Maatwerk—25
4.3 Eenduidige communicatie—26

5 Relatie samenwerking en activerende dienstverlening—27
5.1 Het formuleren van doelen gericht op participatie—27
5.2 Het vergroten van de zelfredzaamheid—29
5.3 Het aanbod van activerende trajecten—30

6 Efficiënte dienstverlening en samenwerking—33

7 Knelpunten en successen—35

8 Samenvatting reacties Divosa en UWV en nawoord Inspectie SZW—39

9 Reacties UWV en Divosa—41

Bijlagen:
1) Operationalisatie van begrippen
2) Lijst van gebruikte afkortingen
3) Lijst van publicaties Inspectie SZW / Werk en Inkomen

Voorwoord

Dit rapport is de afsluiting van het meerjarig programma van de Inspectie SZW over de samenwerking tussen de sector werk en inkomen en de gezondheidszorg. Eén van de opdrachten aan de uitvoerders van de sociale zekerheid in de wet Structuur Uitvoering Werk en Inkomen is om samen te werken met andere sectoren.
De algemene lijn uit de verschillende rapportages is dat voor een goede dienstverlening aan uitkeringsgerechtigden met gezondheidsproblemen, samenwerking tussen de sectoren belangrijk is. Door samen te werken worden er meer mogelijkheden gecreëerd om passende en activerende dienstverlening te bieden, en daarmee de kansen van deze groep op de arbeidsmarkt te vergroten. Naarmate de samenwerking intensiever is en gericht op werk, komen partijen meer toe aan een klantgerichte en activerende dienstverlening, namelijk een betere diagnose, meer maatwerk, voorkomen van medicalisering en beter gebruik van verschillende financiële mogelijkheden. De Inspectie SZW acht het noodzakelijk dat de partijen investeren in samenwerking, voor een betere benutting van het arbeidspotentieel.

mr. J.A. van den Bos
Inspecteur-generaal SZW

1 Samenvatting en oordeel

De inspectie heeft een meerjarig onderzoek uitgevoerd naar de dienstverlening aan uitkeringsgerechtigden met multiproblematiek en de samenwerking ten behoeve van die dienstverlening tussen de sector werk en inkomen en andere sectoren.[1] Samenwerking met andere sectoren, is een van de opdrachten die aan de uitvoerders van de sociale zekerheid is gesteld in de Wet SUWI, namelijk het verlenen van dienstverlening in samenwerking met hulpverleners die zich bevinden in aanpalende terreinen als onderwijs, (jeugd)zorg en maatschappelijke ondersteuning.[2]

In onderhavige afsluitende rapportage geeft de inspectie een landelijk beeld van de samenwerking tussen professionals werk en inkomen en de geestelijke gezondheidszorg voor klanten met psychische gezondheidsproblemen, en de opbrengsten van die samenwerking voor de dienstverlening.

De centrale onderzoeksvraag die in deze rapportage wordt beantwoord, is:

Wat is de bijdrage van de huidige samenwerking tussen professionals werk en inkomen en professionals uit de gezondheidzorg aan een klantgerichte, efficiënte en activerende dienstverlening voor uitkeringsgerechtigden met psychische gezondheidsproblemen?

De beantwoording van de centrale onderzoeksvraag is gebaseerd op drie deelvragen die in de samenvatting achtereenvolgens worden beantwoord; hoe verloopt de huidige samenwerking, wat is de bijdrage van *verschillende* vormen van samenwerking aan de dienstverlening, en wat zijn de knelpunten en verbetermogelijkheden? De beantwoording is gebaseerd op een enquête onder 83 klantmanagers van gemeenten, 47 verzekeringsartsen en 128 arbeidsdeskundigen van UWV. Verder zijn er 71 verdiepende interviews gehouden bij zes gemeenten en vijf UWV-kantoren.

1.1 Samenvatting

1.1.1 Landelijk beeld van samenwerking

Gemeenten
Meer dan de helft (63 procent) van de gemeenten heeft beleid voor klanten met multiproblematiek of psychische problematiek. Vooral grotere gemeenten, boven de 50.000 inwoners, hebben beleid voor deze groep. Gemeenten die beleid hebben voor bijstandsgerechtigden met psychische problemen, bieden ook vaak (67 procent) specifieke trajecten aan die zijn toegesneden op hun problematiek. Een groot deel van de gemeenten (77 procent) heeft daarnaast beleid gericht op samenwerking met de gezondheidszorg. De overige gemeenten hebben veelal geen beleid vanwege de geringe omvang van de groep.

[1] Inspectie Werk en Inkomen (2010), *Maatwerk bij Meervoudigheid*. Inspectie Werk en Inkomen (2011), *Samenwerken voor uitkeringsgerechtigden met gezondheidsproblemen*.
[2] Kamerstukken *II*, 31514, nr. 3, p.4.

In de uitvoering hebben bijna alle klantmanagers bij gemeenten contact met professionals uit de gezondheidszorg. De samenwerking vindt plaats voor de helft van de klanten met psychische problemen. Klantmanagers werken het meeste samen met sociaal psychiatrisch verpleegkundigen, ggz-psychologen en professionals van de GGD, met als voornaamste doel informatie-uitwisseling.
Een derde van de klantmanagers werkt samen op intensieve wijze. Dat betekent dat zij voor minimaal twintig procent van de klanten met psychische problemen in de caseload, samenwerken met zorgprofessionals in een multidisciplinair team of via een centrale contactpersoon. Wanneer er in gemeenten sprake is van samenwerking in een multidisciplinair team, is de regie twee maal zo vaak in handen van een professional uit de gezondheidszorg als van een professional uit de sector werk en inkomen.

In het kwalitatieve onderzoek zijn twee voorbeelden van structurele samenwerking aangetroffen. In die gevallen werken gemeenten en de gezondheidszorg samen in een opdrachtgever-opdrachtnemer relatie. De inzet van ggz-professionals wordt in deze gevallen bekostigd door de gemeente. In beide gemeenten biedt de samenwerking ook meer financiële mogelijkheden, zoals een vergoeding van een deel van de trajecten via de zorgverzekeraar, of een vergoeding van de sociale dienst voor de eigen bijdrage van de GGZ. Op deze wijze wordt de drempel om deel te nemen aan trajecten verlaagd.

Zoals gezegd werken klantmanagers niet voor al hun klanten samen. De belangrijkste redenen om niet samen te werken zijn een te grote afstand tot de arbeidsmarkt, ontheffing van de arbeids- en re-integratieplicht en de omvang van de caseload.

UWV
Bij UWV is er in het landelijke beleid aandacht voor de groep uitkeringsgerechtigde met psychische problemen. UWV focust haar beleid op de meest kwetsbare klantgroepen die het op eigen kracht niet redden: mensen met een arbeidshandicap, mensen die in de WW terechtkomen omdat ze geen recht meer hebben op een arbeidsongeschiktheidsuitkering en langdurig werklozen. In juni 2012 is een convenant tussen UWV en GGZ Nederland afgesloten. Doel van het convenant is de samenwerking tussen UWV en ggz-instellingen te verbeteren en de gezamenlijke doelgroep, te weten de mensen met ernstige psychische aandoeningen, naar werk te begeleiden.

Ook bijna alle arbeidsdeskundigen en verzekeringsartsen hebben op enigerlei wijze contact met de gezondheidszorg. Ongeveer de helft van de professionals heeft alleen eenmalige of zeer incidentele contacten met zorgprofessionals en dat voor een deel van de klanten met psychische problemen. Intensieve vormen van samenwerking (in een multidisciplinair team of via een centrale contactpersoon voor minimaal de twintig procent van de klanten) worden door weinig arbeidsdeskundigen en verzekeringsartsen en voor zeer weinig klanten ingezet. Verzekeringsartsen overleggen relatief vaak in de diagnosefase met zorgprofessionals. Arbeidsdeskundigen zoeken juist afstemming met de zorg bij de inzet van trajecten. Verzekeringsartsen hebben vooral contact met ggz-psychologen en -psychiaters, huisartsen en sociaal psychiatrisch verpleegkundigen.
Ook verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen werken niet voor al hun klanten samen. Belangrijke redenen om niet samen te werken zijn voor verzekeringsartsen dat de problematiek tijdelijk van aard is of te licht. Arbeidsdeskundigen noemen

daarnaast de omvang van de caseload en/of de zwaarte van de problematiek als reden.

1.1.2 Samenhang samenwerking en klantgerichte dienstverlening

De inspectie constateert dat er een positieve relatie is tussen samenwerking en klantgerichte dienstverlening, voornamelijk als het gaat om de kwaliteit van de diagnose en het bieden van maatwerk. Bijna alle professionals werk en inkomen baseren de diagnose van de arbeidsmogelijkheden op hun eigen oordeel. Ze zoeken hiervoor niet de samenwerking op met gezondheidszorgprofessionals om gebruik te maken van hun expertise.
Klantmanagers die vaker contact hebben met gezondheidszorgprofessionals, hebben in de diagnosefase meer aandacht voor psychische problemen van klanten. In de interviews met klantmanagers en professionals uit de gezondheidszorg is te zien dat samenwerking leidt tot een meer onafhankelijke en deskundige inschatting van de problematiek en een betere afstemming van de inzet van trajecten op de problematiek van de klant (maatwerk). Ook in de interviews met verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen is deze relatie aan getroffen. Wanneer verzekeringsartsen in de diagnosefase samenwerken toetsen ze hun eigen oordeel en vullen het eventueel aan. Ook voor arbeidsdeskundigen biedt samenwerking de mogelijkheid om nog beter zicht te krijgen op participatiemogelijkheden en de ontwikkeling van werknemersvaardigheden en daarmee op de benodigde inzet van trajecten.

1.1.3 Samenhang samenwerking en activerende dienstverlening

De mate van samenwerking heeft ook een relatie met activerende dienstverlening. Klantmanagers en UWV professionals formuleren lang niet voor alle klanten een participatiedoel. Klantmanagers die vaker afstemmen met gezondheidszorgprofessionals over de aansluiting van traject en behandeling, hebben ook vaker participatiedoelen voor ogen. Indien er afstemming plaatsvindt tussen psychologen en klantmanagers houden beiden het einddoel van het traject in het oog, namelijk uitstroom naar werk. Ook de psychologen die klanten begeleiden zien hun dienstverlening als een bijdrage aan dit doel.
Op basis van de kwantitatieve analyses bij UWV is er een significante relatie die een indicatie geeft voor samenhang tussen samenwerking en activerende dienstverlening. Uit de analyses komt naar voren dat professionals die vaker contact hebben met de gezondheidszorg een meer activerende dienstverlening hebben dan professionals die minder contact hebben, in die zin dat men vaker van mening is dat werken aan werk samen kan gaan met werken aan het oplossen van problemen.
In de kwalitatieve analyse van de interviews met arbeidsdeskundigen Wajong en verzekeringsartsen wordt die relatie bevestigd. Contacten met bijvoorbeeld maatschappelijk werk of instellingen voor begeleid wonen, dragen ertoe bij dat de arbeidsdeskundige meer kennis heeft van de vermindering (of toename) van gezondheidsbelemmeringen. Op basis van die informatie kunnen passende participatiedoelen worden gesteld en trajecten worden ingezet.

Vorm en inhoud van samenwerking bij gemeenten hebben ook een positieve relatie met het vergroten van de betrokkenheid van de klant bij haar of zijn dienstverlening. Indien een klantmanager vaker tijdens de diagnosefase contact zoekt met professionals uit de gezondheidszorg, dan worden ook vaker participatiedoelen met klanten besproken. Die relatie geldt ook indien een klantmanager vaker samenwerkt met de gezondheidszorg via bilaterale structurele

contacten of in een multidisciplinair team. Bij UWV is op dit onderwerp geen relatie gevonden. De helft van de professionals van UWV geeft aan dat het bespreken van doelen met de klant altijd gebeurt en ruim zestig procent betrekt de klant altijd bij het opstellen van het plan van aanpak.

Verder is er een relatie tussen de samenwerking in gemeenten en het aantal klanten in een activeringstraject. Er worden op dit moment nog aan relatief weinig klanten activeringstrajecten aangeboden. Sommige vormen van samenwerking gaan samen met relatief meer klanten met psychische problemen op een activeringstraject. Een bevinding uit het kwalitatieve onderzoek is dat samenwerking de mogelijkheid biedt om bepaalde kosten van de re-integratie (bijvoorbeeld begeleiding door de psycholoog in het traject) te vergoeden uit de zorgverzekering. Hierdoor zijn er voor deze gemeenten meer mogelijkheden om trajecten aan te bieden aan klanten met psychische problemen. Niet alle vormen van samenwerking bij gemeenten leiden tot een meer activerende dienstverlening. Samenwerking met de gezondheidszorg via een centrale contactpersoon heeft een negatief verband met het aantal klanten met psychische problemen op traject en met het bespreken van participatiedoelen met de klant. Mogelijk hangt dit samen met het feit dat het hier gaat om *indirecte* samenwerking en om klanten die niet altijd toe zijn aan activering.

1.1.4 Samenhang samenwerking en efficiënte dienstverlening

Er is geen relatie aangetroffen tussen efficiënte dienstverlening en samenwerking in gemeenten. [3] Het voorkomen van dubbele uitvraag komt in de onderzochte cases zelden voor. Professionals mogen alleen informatie delen met toestemming van de klant en dit belemmert de uitwisseling van gegevens. Ook willen professionals vaak hun eigen analyse maken en daarvoor zelf het verhaal van de klant horen. De klant moet daarom op meerdere plekken hetzelfde verhaal doen.
Bij UWV is er wel een verband tussen afstemming met zorgprofessionals en de sluitende aanpak. Hoe meer professionals inhoudelijk afstemmen met zorgprofessionals, des te vaker zijn zij in staat om klanten *direct na de diagnose* een aanbod te doen.

1.1.5 Knelpunten en succesfactoren

Klantmanagers, arbeidsdeskundigen en verzekeringsartsen ervaren weinig knelpunten in de samenwerking. Ze zijn niet van mening dat samenwerking leidt tot vertraging in de dienstverlening of tot tegenstrijdige signalen naar de klant. Het belangrijkste knelpunt dat de samenwerking belemmert, is (de onbekendheid met) de privacywetgeving. Dit knelpunt speelt vooral bij de gemeente. Klantmanagers geven aan dat ze moeilijk informatie krijgen van gezondheidszorgprofessionals wat ertoe leidt dat ze hun beeld van participatiemogelijkheden van de klant niet kunnen verifiëren of aanvullen. Klantmanagers vragen niet altijd toestemming aan de klant om informatie uit te wisselen, maar ook wanneer ze dit wel doen, is de gezondheidszorgprofessional niet altijd bereid om informatie uit te wisselen. Bij UWV speelt dit punt minder, omdat de uitwisseling van medische gegevens gestructureerd is en voornamelijk via de verzekeringsarts loopt.

Voor gemeenten is de samenwerking in een opdrachtgever-opdrachtnemerrelatie een succesfactor. Ggz-professionals werken in dienst van de gemeente en hebben

[3] In het onderzoek is geen kosten-batenanalyse uitgevoerd. Onder efficiënte dienstverlening is uitsluitend gekeken naar de aansluiting van trajecten en het voorkomen van dubbele uitvraag van persoonsgegevens.

als doel om bij te dragen aan de dienstverlening. Die vorm van samenwerken heeft belangrijke voordelen. Allereerst heeft de gemeente een directe invloed op de inzet van de ggz-medewerkers: wie betaalt, bepaalt. Een tweede voordeel van de opdrachtgever-opdrachtnemerrelatie is dat binnen de gemeente iemand aanwezig is uit de medische beroepsgroep die een brug kan vormen naar andere medici. Een derde voordeel van deze samenwerking is dat het de gemeente meer financiële mogelijkheden biedt.

Tot slot is een goed persoonlijk netwerk een succesfactor. Het gaat hierbij niet alleen om kennis van de sociale kaart, maar ook om persoonlijke relaties. Wanneer die relaties er zijn, weten professionals wie ze kunnen bellen en nemen ze makkelijker contact met elkaar op. Een voorwaarde voor de bijdrage van een goed netwerk aan activerende dienstverlening is evenwel dat beide professionals bij hun eigen taak en expertise blijven en hier onderling duidelijkheid over hebben.

1.2 Oordeel

De inspectie oordeelt dat professionals werk en inkomen en de (geestelijke) gezondheidszorg voor klanten met psychische problematiek onvoldoende gebruik maken van intensieve vormen van samenwerking. Hierdoor worden er kansen gemist voor een goede dienstverlening en daarmee voor de uitstroom naar werk. Dit acht de inspectie een risico voor het doeltreffend functioneren van het stelsel van werk en inkomen.

De inspectie baseert haar oordeel op de bevinding dat er op dit moment weinig intensieve samenwerking plaatsvindt tussen sector werk en inkomen en de geestelijke gezondheidszorg, terwijl een aantal vormen van intensieve samenwerking positief samenhangen met een meer klantgerichte en activerende dienstverlening. Het gaat om structurele in de organisatie ingebedde vormen van samenwerking, in een multidisciplinair team, of via een opdrachtgever-opdrachtnemerrelatie met werk als gemeenschappelijk doel.[4] Zonder de focus op werk is een risico van samenwerking dat de nadruk in de dienstverlening teveel komt te liggen op gezondheidsproblemen in plaats van op arbeidsmogelijkheden.

Intensievere wijze van samenwerking gaat gepaard met de volgende opbrengsten, die bijdragen aan een betere benutting van het arbeidspotentieel:

- Betere diagnose van de arbeidsmogelijkheden: meer inzicht in de psychische problematiek en de arbeidsmogelijkheden van de cliënt;
- Meer maatwerk: inzet van passende trajecten op basis van onderbouwde diagnose;
- Voorkomen van medicalisering: nadruk meer op activering en minder op zorg;
- Meer trajectmogelijkheden: betere benutting van de financiële mogelijkheden.

Tot slot kent de huidige dienstverlening naar het oordeel van de inspectie een aantal risico's. De inspectie constateert dat maatwerk nog niet goed is geborgd en de keuze om voor klanten wel of niet samen te werken onvoldoende is gefundeerd. De huidige wijze van diagnose van de arbeidsmogelijkheden van klanten met psychische problemen is nog sterk afhankelijk van het individuele oordeel van de professionals en er vindt in deze fase weinig samenwerking plaats.

[4] Inspectie Werk en Inkomen (2011), *Samenwerken voor uitkeringsgerechtigden met gezondheidsproblemen*.

Daarnaast blijkt dat de dienstverlening voor uitkeringsgerechtigden met psychische problematiek, met name in gemeenten, over het algemeen weinig gericht is op activering richting de arbeidsmarkt. Een laatste risico in de dienstverlening is de omgang met de privacywetgeving. De privacywetgeving wordt als belemmering ervaren, terwijl uit het onderzoek blijkt dat professionals die veel samenwerken de mogelijkheden binnen de privacywetgeving beter benutten.

2 Inleiding

In 2010 is de Inspectie Werk en Inkomen (IWI, de voorganger van de Inspectie SZW) gestart met meerjarig onderzoek naar de samenwerking tussen de sector voor werk en inkomen en de gezondheidssector, voor de dienstverlening aan uitkeringsgerechtigden met meervoudige problemen. De wetgever heeft in de Wet structuurorganisatie werk en inkomen (SUWI) aan de SUWI-uitvoeringsorganisaties opgedragen samen te werken met actoren buiten het SUWI-domein, vanuit de gedachte dat die samenwerking de participatie en activering van werkzoekenden met meervoudige problemen bevordert.[5] Dit onderzoeksprogramma is gestart naar aanleiding van signalen over niet-sluitende dienstverlening aan klanten met meervoudige problemen.

Het eerste onderzoek van dit programma, getiteld 'Maatwerk bij meervoudigheid', heeft de inspectie in 2010 uitgebracht. De inspectie kwam tot het oordeel dat het bij dienstverlening aan klanten met meervoudige problematiek belangrijk is dat de uitvoering:

- de problematiek vroegtijdig onderkent en waar nodig de cliënt doorverwijst naar gespecialiseerde dienstverleners en/of passende dienstverlening biedt;
- zorg draagt voor klantmanagers / werkcoaches die voldoende competenties hebben om maatwerk voor deze groep tot stand te brengen;
- zorg draagt voor een caseload die passend is bij het specialistische takenpakket van de klantmanager of de werkcoach;
- effectief samenwerkt met organisaties buiten het domein van werk en inkomen, die nodig zijn voor een goede dienstverlening aan cliënten met meervoudige problematiek;
- effecten van de dienstverlening transparant maakt, ook in termen van maatschappelijke opbrengsten.

Fysieke en psychische gezondheidsproblemen zijn de meest voorkomende problemen bij werkzoekenden met meervoudige problemen. In het tweede onderzoek 'Samenwerken voor uitkeringsgerechtigden met gezondheidsproblemen' (2011) heeft de inspectie ingezoomd op dit thema. De inspectie onderzocht innovatieve manieren waarop professionals van de sectoren werk en inkomen en de gezondheidszorg samenwerken om uitkeringsgerechtigden met gezondheidsproblemen zo goed mogelijk te helpen bij het vergroten van hun kansen op de arbeidsmarkt. De innovatieve manieren laten zien dat nauwe samenwerking tussen professionals uit de twee sectoren bijdraagt aan een effectievere en efficiëntere dienstverlening aan uitkeringsgerechtigden met gezondheidsproblemen. Het vergroot de kansen op de arbeidsmarkt. Enkele initiatieven tonen aan dat gezondheidsproblemen het beste zijn op te lossen als mensen gelijktijdig geactiveerd worden op de arbeidsmarkt, het zogenaamde 'first place, then train'-uitgangspunt. De achterliggende gedachte bij dit uitgangspunt is dat activering mensen zelfvertrouwen geeft en dat ze meer perspectief zien in hun situatie.
De effectiviteit en efficiëntie van de samenwerking is volgens uitvoerings- en beleidsprofessionals wel gebonden aan enkele randvoorwaarden. Zo moeten alle professionals ervan overtuigd zijn dat de samenwerking echt noodzakelijk is om de

[5] In de nota wordt voor deze groep de volgende termen gehanteerd: uitkeringsgerechtigden (met psychische problemen), klanten of cliënten.

cliënt goed te helpen, een zogenaamde 'sense of urgency'. Er moet ook een duidelijk gemeenschappelijk doel zijn. Verder is het van belang dat iemand in de rol van regisseur de vinger aan de pols houdt. Het werken in multidisciplinaire teams heeft voordelen boven informatie-uitwisseling tussen 'losse' professionals. Bij een team heeft de cliënt bovendien te maken met minder contactpersonen. In de onderzochte initiatieven klinkt ook een pleidooi voor het creëren van voldoende tijd, plaats en ruimte voor een structurele inbedding van de samenwerking. Bovendien kan het proces van samenwerking eenvoudiger als er gemeenschappelijke instrumenten worden ontwikkeld.

In de twee voorgenoemde onderzoeken is een beeld verkregen hoe de samenwerking eruit kan zien en wat de knelpunten en succesfactoren daarbij zijn. Daar waar aan de orde zijn ook resultaten in beeld gebracht.
Dit onderzoek gaat een stap verder. Er wordt in beeld gebracht in hoeverre de samenwerking breed, in een representatief aantal gemeenten en UWV-regiokantoren, wordt toegepast. De inspectie onderzoekt welke vormen van samenwerking er zijn, met welke gezondheidszorgprofessionals het meest wordt samengewerkt en wat de resultaten zijn, in termen van de meerwaarde voor de dienstverlening aan klanten met psychische gezondheidsproblemen. Dit is het onderwerp van deze afsluitende programmarapportage van augustus 2012.

2.1 Afbakening onderzoek

In het onderzoek wordt een focus aangebracht op de samenwerking gericht op dienstverlening aan klanten met psychische gezondheidsproblemen. Dit wordt gedaan vanwege de omvang van de doelgroep, de ernst en de toenemende problematiek bij het voortduren van de werkeloosheid. Diverse bronnen geven aan dat de samenwerking tussen de terreinen werk en inkomen en zorg voor deze groep van belang is.
Het aandeel uitkeringsgerechtigden met psychische problemen in de cliëntpopulatie van UWV en gemeenten is substantieel, namelijk circa 25 tot 30 procent.[6] Ook de groep jongeren met psychische of gedragsproblemen en/of stoornissen en multiproblematiek dreigt de arbeidsmarkt niet of moeizaam te bereiken. Al in 2009 vroeg de Sociaal Economische Raad (SER) hier aandacht voor. Bij deze groep betekent het samengaan van psychische of gedragsproblemen en/of stoornissen van zeer diverse aard dat zij behoefte hebben aan ondersteuning op allerlei gebieden. Het risico is groot dat zij afhankelijk blijven van collectieve voorzieningen en dat hun talenten onbenut blijven.[7] Ook kwam naar voren dat samenwerking tussen de verschillende sectoren van belang is voor de dienstverlening aan deze groep.

In een congres dat in november 2011 werd georganiseerd door het UWV stond het thema arbeidsbemiddeling van uitkeringsgerechtigden met psychische problemen centraal.[8] Werkgevers zijn huiverig om uitkeringsgerechtigden met psychische problemen aan te nemen. Gemeenten zouden daarom de door werkgevers gepercipieerde risico's weg moeten nemen door begeleiding aan te bieden voor de

[6] Uitvoeringsinstituut Werknemers Verzekeringen (2011) *UWV kwartaalverkenningen*. Divosa (2010), *Scherp aan de wind: Divosa-monitor 2010 deel .*
[7] Sociaal Economische Raad (2009), *De winst van maatwerk: je kunt er niet vroeg genoeg bij zijn, Advies over de voorbereiding op participatie van jongeren met ontwikkelings- of gedragsstoornissen*. Publicatienummer 7.
[6] Uitvoeringsinstituut Werknemers Verzekeringen (2011) *Congres 'Kansen op werk voor mensen met een psychische aandoening.'*

omgang met mensen met psychische problemen. Ook het UWV ziet dat deze groep niet zo snel duurzaam aan het werk komt. Een geïntegreerde aanpak, gericht op gezondheid en arbeidsparticipatie werd daarom op het congres bepleit.
Uit onderzoek blijkt bovendien dat psychosociale problematiek na verloop van tijd een primaire belemmering vormt voor de overgang naar werk. [9] In een brief aan de kamer waarin de resultaten van dit onderzoek bekend zijn gemaakt haalt de staatssecretaris van SZW deze conclusie nadrukkelijk aan. Van UWV en gemeenten wordt verwacht dat zij maatwerk leveren opdat ook deze groep naar vermogen kan participeren.[10]

2.2 Probleemstelling

Doelstelling
Dit onderzoek verschaft een landelijk beeld van de samenwerking tussen gemeenten en UWV met de gezondheidssector en de relatie hiervan met de dienstverlening aan uitkeringsgerechtigden met psychische problematiek.
Door het bieden van (onafhankelijk) inzicht op landelijk niveau draagt de inspectie met haar toezicht bij aan mogelijkheden om de dienstverlening door UWV en gemeenten aan mensen met gezondheidsproblemen te verbeteren. Een dienstverlening die klantgericht, efficiënt en activerend is, kan eraan bijdragen dat de kansen voor werkzoekenden met gezondheidsproblemen op de arbeidsmarkt worden vergroot.

Vraagstelling
De centrale onderzoeksvraag voor het onderzoek is als volgt:
Wat is de bijdrage van de huidige samenwerking tussen professionals werk en inkomen en professionals uit de gezondheidzorg aan een klantgerichte, efficiënte en activerende dienstverlening voor uitkeringsgerechtigden met psychische gezondheidsproblemen?

Deelvragen:
- Hoe verloopt de huidige samenwerking tussen de professionals werk en inkomen en professionals uit de gezondheidszorg?
- Wat is de bijdrage van de *verschillende* vormen van samenwerking aan een klantgerichte, efficiënte en activerende dienstverlening voor uitkeringsgerechtigden met psychische problemen?
- Wat zijn sterke punten, knelpunten en verbetermogelijkheden in de samenwerking?

Door te onderzoeken hoe de samenwerking eruit ziet, of het werkt en wat de werking beïnvloedt, wordt in het onderzoek antwoord gegeven op de vraag of de samenwerking tussen professionals bijdraagt aan een klantgerichte, efficiënte en activerende dienstverlening voor uitkeringsgerechtigden met psychische problemen; en zo ja, in hoeverre.

[9] Bosselaar, H., en anderen (2010) *Multiproblematiek bij cliënten, Verslag van een verkenning in relatie tot (arbeids)participatie.* Onderzoek uitgevoerd door Meccano kennis voor beleid en AStri. Inspectie Werk en Inkomen (2010), *Maatwerk bij Meervoudigheid*.
[10] Kamerstukken *II*, 2010-11, 26 448, nr. 445.

2.2.1 Onderzoeksverantwoording

Voor dit rapport heeft de inspectie gelijktijdig drie onderzoeken uitgevoerd, waarvan de resultaten in drie afzonderlijke nota's van bevindingen staan.[11]
Het eerste deelonderzoek betreft een beleidsinventarisatie bij 62 gemeenten en het centraal kantoor van UWV. Hierbij is gekeken in hoeverre er in het beleid aandacht is voor dienstverlening aan uitkeringsgerechtigden met psychische problemen en samenwerking met de gezondheidszorg.

Het tweede deelonderzoek is een kwantitatief onderzoek onder klantmanagers, arbeidsdeskundigen en verzekeringsartsen. Onder deze doelgroep is een enquête uitgezet die is ingevuld door 83 klantmanagers, 47 verzekeringsartsen en 128 arbeidsdeskundigen. In de enquête is onder andere gevraagd naar de samenstelling van de caseload, de intensiteit van samenwerking, de inhoud van samenwerking en de verschillende aspecten van dienstverlening.

Tot slot is er een kwalitatief onderzoek uitgevoerd bij zes gemeenten, vijf UWV-kantoren en een aantal gezondheidszorginstellingen in betreffende gemeenten / UWV-regio's. Er zijn 71 interviews gehouden met klantmanagers, beleidsmedewerkers, arbeidsdeskundigen, verzekeringsartsen en professionals in de gezondheidszorg. Dit verdiepende onderzoek had tot doel inzicht te verkrijgen de achtergrond van de verschillende wijze van samenwerking en de mogelijke relatie tussen samenwerking en dienstverlening. In interviews is uitgevraagd hoe de dienstverlening voor klanten met psychische problemen eruit ziet en in hoeverre er voor deze klanten wordt samengewerkt met de gezondheidszorg.
In de afzonderlijke nota's is een uitgebreide onderzoeksverantwoording opgenomen.

[11] Inspectie SZW (2012), *Samenwerking professionals werk en inkomen en de (geestelijke) gezondheidszorg en de bijdrage van samenwerking aan de dienstverlening*. Kwalitatief onderzoek. Inspectie SZW (2012), *Samenwerking werk en inkomen met zorgprofessionals*. Kwantitatief onderzoek. Inspectie SZW (2012*), Beleidsinventarisatie samenwerking werk en inkomen met zorgprofessionals*.

3 Landelijk beeld over de samenwerking

In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe de samenwerking tussen de sector werk en inkomen en de gezondheidszorgsector eruit ziet. Het hoofdstuk beschrijft welke vormen van samenwerking er zijn, wat de frequentie is en wat veel genoemde samenwerkingspartners zijn. Allereerst wordt kort het beleid van gemeenten en UWV ten aanzien van klanten met psychische problematiek beschreven.

3.1 Beleid voor klanten met psychische problematiek

De meerderheid (63 procent) van de gemeenten heeft specifiek beleid voor de groep uitkeringsgerechtigden met multiproblematiek en/of psychische problemen. De trajecten voor deze groep gaan meestal uit van een aanpak die inspeelt op de meervoudigheid van de problematiek. Als door de problemen de afstand tot de arbeidsmarkt nog te groot is, wordt eerst de leefsituatie gestabiliseerd. Pas daarna beoordelen de professionals welke mogelijkheden er zijn voor arbeidsparticipatie. Alleen in situaties waarin de problematiek ernstig en langdurig is, is de focus op werk (blijvend) afwezig (rusttrajecten).
Meerdere partijen zijn betrokken bij de dienstverlening aan klanten met psychische problematiek op de verschillende leefgebieden, en werken daarbij samen. Daarbij vervult werk en inkomen meestal niet de regiefunctie. Die rol wordt vervuld door een of meer dienstverleners op het gebied van zorg of welzijn. Ruim driekwart van de gemeenten heeft in het beleid aandacht voor samenwerking met de gezondheidszorg. Het gaat om verschillende vormen van samenwerking: niet-structureel, structureel via multidisciplinaire teams, inkoop bij (gespecialiseerde) re-integratiebedrijven en participatie in zorgnetwerken.

UWV geeft in een focusdocument aan het beleid in 2012 te focussen op de meest kwetsbare klantgroepen (mensen met een arbeidshandicap, mensen die in de WW terechtkomen, omdat ze geen recht meer hebben op een arbeidsongeschiktheidsuitkering en langdurig werklozen) en niet specifiek op de groep uitkeringsgerechtigden met multiproblematiek en /of psychische problemen. UWV en GGZ Nederland hebben een convenant afgesloten waarbij beide partijen zich hebben voorgenomen zich in te zetten voor hun gezamenlijke doelgroep. Dit laat zien dat het belang van een goede samenwerking wel degelijk wordt ingezien.

3.2 Vormen van samenwerking

In de onderstaande tabel is te zien dat klantmanagers van gemeenten veelal structureel samenwerken (56 procent). Bijna een derde werkt intensief samen. Structurele samenwerking betekent dat 56 procent van de klantmanagers in de afgelopen maanden voor een deel van de klanten met psychische gezondheidsproblemen, meer dan eenmalig of incidenteel contact heeft gehad met een gezondheidszorgprofessional of dat er contact is geweest in een multidisciplinair team of via een centrale contactpersoon. Wanneer voor meer dan 20 procent van de klanten met psychische problemen uit de caseload wordt samengewerkt in een multidisciplinair team of via een centrale contactpersoon (niet per definitie een regisseur), dan noemt de inspectie de samenwerking intensief.

Wanneer er in gemeenten sprake is van samenwerking in een multidisciplinair team, is de regie twee maal zo vaak in handen van een professional uit de gezondheidszorg (32 procent) als van een professional uit de sector werk en inkomen (16 procent). Een mogelijke verklaring hiervoor is dat juist klanten met meer complexe problemen in een multidisciplinair team besproken worden; bij deze klanten ligt het meer voor de hand dat de regie in handen is van een zorgprofessional dan bij klanten met minder complexe problemen. In acht procent van de gevallen is de regie afwisselend in handen van de sector werk en inkomen of zorg, terwijl elf procent van de klantmanagers aangeeft dat bij deze samenwerkingsvorm geen regiehouder bestaat. Ook (29 procent) wordt wel voor een andere constructie gekozen bij samenwerking in een multidisciplinair team, bijvoorbeeld regie door gemeenteambtenaren, extern ingehuurde professionals, beleidsmedewerkers of procesmanagers van de gemeente. Een paar keer wordt genoemd dat de regie bij het Veiligheidshuis ligt of dat de regievorm afhankelijk is van het soort problematiek van de klant. In tweederde van de gevallen heeft de regiehouder beslissingsbevoegdheid.

Van de verzekeringsartsen werkt de meerderheid (64 procent) incidenteel samen. Bij de arbeidsdeskundigen is er een gelijke verdeling tussen incidentele en structurele samenwerking (beide 45 procent). Tien procent van de arbeidsdeskundigen werkt intensief samen. Verzekeringsartsen werken helemaal niet intensief samen.

Tabel 1
Vormen van samenwerking (%)

	klantmanagers gemeenten (n=77)	**verzekeringsartsen UWV (n=45)**	**arbeidsdeskundigen UWV (n=121)**
Geen samenwerking	5	0	10
Incidenteel	17	64	45
Structureel	56	36	35
Intensief	32	0	10

Een mogelijke verklaring voor het verschil in de intensiteit van de samenwerking tussen verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen zit in de werkwijze van beide professionals, zoals die uit de interviews naar voren is gekomen. Klanten met psychische problemen hebben eerst contact met een verzekeringsarts voor een beoordeling van de belastbaarheid en de mate van arbeidsongeschiktheid. Voor de beoordeling zoeken verzekeringsartsen regelmatig de samenwerking op met behandelaars van de klant. Het gaat veelal om eenmalig contact. Na de diagnose draagt de verzekeringarts klanten over aan een arbeidsdeskundige, die een participatie- of re-integratieplannen opstelt, dat is gericht op de uitstroom naar werk. De arbeidsdeskundige monitort tevens de voortgang van de plannen. Hierbij kan het voorkomen dat er samenwerking nodig is met de gezondheidszorg. Is samenwerking nodig voor een nieuwe of nadere medische beoordeling, dan verloopt het via de verzekeringsartsen. Is samenwerking nodig voor de ontwikkeling van werknemersvaardigheden of voor problemen die spelen op andere leefgebieden, die van invloed zijn op de psychische gezondheidscondities, dan nemen de arbeidsdeskundigen vaak zelf contact op met gezondheidszorgprofessionals of andere hulpverleners.

In het kwalitatief onderzoek onder gemeenten is er in twee gemeenten sprake van structurele samenwerking en in vier gemeenten niet.[12] De structurele samenwerking is georganiseerd via een opdrachtgever – opdrachtnemerrelatie. In één gemeente is sprake van de inkoop van psychosociale begeleiding (zie kader 1).

[12] In één van de gemeenten gaat het om intensieve samenwerking, zoals hierboven gedefinieerd. Bij de andere gemeente is uit het kwalitatief onderzoek onbekend voor hoeveel procent van de klanten structureel wordt samengewerkt.

Kader 1

Een kleinere gemeente heeft gespecialiseerde dienstverlening ingekocht voor klanten met psychische problematiek. In deze gemeente worden klanten met psychische problemen begeleidt door een extern psychosociaal bureau dat gespecialiseerd is in de begeleiding van WWB klanten met psychische problemen. Dit bedrijf levert psychologische en psychosociale begeleiding. Voor klanten met zwaardere problematiek werkt het bedrijf samen met ggz-instellingen, waar deze klanten extramurale ggz krijgen. Zodra uit eigen onderzoek door de klantmanager, zo nodig aangevuld door onderzoek van de psycholoog van het psychosociaal bureau, is gebleken dat er sprake is van psychische problematiek, waarvoor curatieve ggz aangewezen lijkt, wordt de klant door de klantmanager gevraagd contact op te nemen met de huisarts voor nader onderzoek, door de huisarts of in de ggz, en eventuele behandeling. Op deze manier wordt een deel van de interventies – als daar een indicatie voor aanwezig blijkt – vergoed vanuit de zorgverzekering van de klant. Als het tot inzet van ggz komt, betaalt de gemeente de eigen bijdrage voor de klant. De klantmanager heeft regelmatig contact met de psycholoog van het psychosociaal bureau, om doel, inhoud en implementatie van de integrale aanpak af te stemmen.

In de andere gemeente wordt samengewerkt in een multidisciplinair team, waarbij de gezondheidszorgprofessionals gedetacheerd zijn bij de sociale dienst van de gemeente (zie kader 2). In beide gemeenten biedt de samenwerking meer financiële mogelijkheden. De samenwerking is zo georganiseerd dat het gemeenten de mogelijkheid een deel van de trajecten via de zorgverzekeraar kunnen vergoeden. Ook vergoedt de gemeente de eigen bijdrage, waardoor de drempel voor bijstandsgerechtigden om deel te nemen aan psychische hulpverlening wordt verlaagd.

Kader 2

Een grote gemeente heeft specifieke dienstverlening voor klanten met psychische problematiek. Een voorwaarde voor klanten om voor verdere dienstverlening in aanmerking te komen, is dat er perspectief is op uitstroom naar werk.[13]
Voor deze groep is er sprake van samenwerking in een multidisciplinair team, bestaande uit klantmanagers, acquisiteurs en kwaliteitsmedewerker van de sociale dienst, maatschappelijk werkers en SPV'ers en psychologen van de ggz. De ggz-medewerkers zijn op fulltime-basis gedetacheerd bij de sociale dienst.
De samenwerking in het team kan als volgt worden samengevat. Klanten worden via de intaker of één van de reguliere klantmanagers aangemeld bij een klantmanager van het team. De klantmanager van het team heeft een eerste intakegesprek met de klant. In dit gesprek worden problemen in kaart gebracht. De problemen worden gezamenlijk in het team besproken en de klantsituatie wordt gezamenlijk bepaald, evenals het trajectplan voor de klant. In gezamenlijk overleg wordt bepaald wie met de klant aan de gang gaat, voor welke periode en wat het traject inhoudt. De klant wordt regelmatig besproken in teamoverleggen. Voor de periode dat een psycholoog of een SPV'er met de klant aan de slag is, bemoeit de klantmanager van de gemeente zich niet met het traject, maar is wel de regisseur (coördinatie van het traject, beslissingsbevoegd, bepaalt ook of iemand in aanmerking komt voor de dienstverlening).
Het contact tussen de verschillende disciplines is in een multidisciplinair team en voornamelijk face-to-face. Inhoud contact: gezamenlijke diagnose, doorverwijzen, overdragen, afstemmen en terugkoppelen.

In de overige vier gemeenten werken klantmanagers slechts incidenteel samen met zorgprofessionals. Dit houdt in dat de klantmanagers zelf op klantniveau een inschatting of samenwerking nodig is en nemen, indien zij dat nodig achten, bilateraal contact op met gezondheidszorgprofessionals.
Bij de vijf UWV-kantoren die betrokken zijn in het kwalitatief onderzoek zijn geen voorbeelden aangetroffen van intensieve samenwerking. De samenwerking van de geïnterviewde professionals was of incidenteel of structureel van aard.

3.3 Samenwerkingspartners in de gezondheidszorg

De volgende tabel laat zien met welke gezondheidszorgprofessional de professionals werk en inkomen, die structureel samenwerken, het meeste contact hebben. Het landelijke beeld is dat klantmanagers en de verzekeringsartsen frequenter samenwerken met de genoemde gezondheidszorgprofessionals, dan de arbeidsdeskundigen.

[13] Cliënten dienen psychische problemen te hebben, te kampen met multiproblematiek en niet zelfsturend te zijn. Er dient wel perspectief te zijn op werk of op groei richting werk. Uitsluitingcriteria zijn een laag IQ, zware verslavingsproblematiek en zware problematiek vanuit een van vier typen die de kansen op werk blokkeert.

Tabel 2
Frequentie van samenwerking (%)

Zorgprofessional	Klantmanagers wekelijks of maandelijks (n=73)	Verzekeringsartsen wekelijks of maandelijks (n=47)	Arbeidsdeskundigen wekelijks of maandelijks (n=115)
Huisarts	5	64	3
Arboarts	14	26	4
Vrijgev. psycholoog	7	43	5
SPV'er	26	49	8
Ggz-psycholoog	19	53	8
Ggz-psychiater	6	51	4
GGD- professional	22	15	12

Zoals eerder in het hoofdstuk is aangegeven, komt uit het kwalitatieve onderzoek naar voren dat verzekeringsartsen relatief vaak contact hebben met gezondheidszorgprofessionals, als het gaat om het vaststellen van de belastbaarheid en de functionele mogelijkheden. Verder blijkt uit het verdiepend onderzoek dat de arbeidsdeskundigen voor hun deel van de dienstverlening, namelijk het opstellen en het uitvoeren van het participatieplan, meer de samenwerking zoeken met een ander type gezondheidszorgprofessionals, zoals begeleiders van re-integratiebureaus, hulpverleners van instellingen voor begeleid wonen, maatschappelijk werk of medewerkers van dagbestedings- en behandelcentra. Zij zoeken veel minder de samenwerking op met de gezondheidsprofessionals uit de tabel.

De klantmanagers van de twee gemeenten uit het kwalitatieve onderzoek die structureel samenwerken, hebben wekelijks contact met ingehuurde ggz-psychologen en SPV'ers. In één van die gemeenten maken artsen ook deel uit van het multidisciplinair team.

In de overigen vier gemeenten uit het verdiepend onderzoek, is er veel minder frequent contact met de gezondheidszorgprofessionals. Hier is de frequentie van het contact, maar ook met wie er contact wordt opgenomen, afhankelijk van de klantsituatie, de informatiebehoefte, maar ook de inschatting van de klantmanager voor wat betreft de bereidheid tot samenwerking van de gezondheidszorgprofessional. Zo hebben de klantmanagers weinig contact met huisartsen en SPV'ers, terwijl deze professionals wel als belangrijke informatiebronnen worden gezien voor wat betreft de diagnosestelling. Met psychologen is er alleen contact, wanneer de inzet van de psycholoog onderdeel is van de re-integratieaanpak. Net als de arbeidsdeskundigen bij UWV noemen de klantmanagers ook hulpverleners van maatschappelijk werk, begeleid wonen, verslavingszorg en schuldhulpverlening als belangrijke contactpersonen. Maar ook hier geldt dat klantmanagers incidenteel contact hebben, afhankelijk van de klantsituatie en de informatiebehoefte.

3.4 Waarom geen samenwerking

In het voorgaande is besproken hoe de samenwerking tussen professionals werk en inkomen en professionals uit de gezondheidszorg eruit ziet. Een groot aantal klantmanagers (87 procent) en UWV-professionals (ongeveer 75 procent) werkt echter niet voor *alle* klanten met psychische problemen in de caseload samen met professionals uit de gezondheidszorg. Klantmanagers werken gemiddeld voor de helft van de klanten met psychische problemen samen en UWV professionals ook voor een beperkt deel. In de onderstaande tabel staat een overzicht wat de meest voorkomende redenen zijn om niet samen te werken.

Tabel 3
Redenen om niet samen te werken (%)

Redenen	Klantmanagers (n=77)	UWV Verzekeringsarts (n=47)	UWV Arbeidsdeskundige (n=115)
Te grote afstand tot de arbeidsmarkt	35	4	20
Ontheffing van de arbeids- en re-integratie plicht	35	-	-
Omvang van de caseload	29	0	19
Zeer zware problematiek	24	11	23
Zeer lichte problematiek	18	49	20
Problemen van tijdelijke aard	7	45	20

Ongeveer de helft van de klantmanagers noemt ook andere redenen om niet samen te werken. De meest genoemde redenen zijn:
- contact was niet nodig, er zat onder andere al voldoende informatie in het klantdossier;
- de zorgprofessionals verstrekken geen informatie in het kader van hun beroepsgeheim;
- de cliënt is niet onder behandeling;
- de cliënt geeft geen toestemming.

Ongeveer een derde van de UWV professionals noemt eveneens andere redenen om niet samen te werken, waaronder:
- het re-integratiebedrijf heeft de opdracht contact op te nemen met de zorgsector;
- er zat voldoende informatie in het klantdossier;
- de zorgprofessionals verstrekken geen informatie in het kader van hun beroepsgeheim;
- de zorgprofessionals zijn moeilijk bereikbaar;
- contacten met de zorg verlopen via de klant;
- samenwerking met de gezondheidszorg een taak is van de verzekeringsarts (aangegeven door de arbeidsdeskundigen).

4 Relatie samenwerking en klantgerichte dienstverlening

In het onderzoek is nagegaan of er een relatie is tussen de samenwerking en de klantgerichtheid van de dienstverlening. Onder klantgerichte dienstverlening verstaat de inspectie de kwaliteit van de diagnose, maatwerk en eenduidige communicatie naar de klant. Uit het onderzoek komt naar voren dat er een positieve relatie is tussen samenwerking en klantgerichte dienstverlening, voornamelijk als het gaat om de kwaliteit van de diagnose en het bieden van maatwerk. Deze relatie is het sterkst naar voren gekomen bij de dienstverlening van gemeenten.

4.1 Diagnose

Bij gemeenten bestaat er een positieve relatie tussen de samenwerking en de kwaliteit van de diagnose. Klantmanagers die vaker contact hebben met gezondheidszorgprofessionals in de diagnosefase, hebben meer aandacht voor psychische problemen van klanten.[14] Uit de interviews met klantmanagers en professionals uit de gezondheidszorg blijkt dat samenwerking leidt tot een meer onafhankelijke en deskundige inschatting van de problematiek. Bij de diagnose van psychische problematiek is, in de twee samenwerkende gemeenten, standaard medische expertise beschikbaar. In beide gemeenten stelt een psycholoog, al dan niet door middel van een specifiek instrument, een diagnose van de psychische problemen van de klant. In de gemeenten die incidenteel samenwerken, blijkt uit de interviews dat samenwerking van invloed *kan* zijn op de diagnose, maar dat dit niet structureel het geval is. Deze invloed is alleen aangetroffen wanneer er een sociaal-medisch onderzoek wordt ingekocht door de klantmanager.

Hoewel samenwerking kan bijdragen aan de kwaliteit van de diagnose, maken klantmanagers de inschatting van de mate waarin psychische problemen spelen, nog veelal zelf. Van de geënquêteerde klantmanagers zegt 93 procent in de diagnosefase een inschatting te maken van de mate waarin psychische problemen aan de orde zijn, maar de grote meerderheid (80 procent) doet dit op basis van eigen inzicht. Door 28 procent wordt (daarnaast) een instrument gebruikt; bij 30 procent is dit de participatieladder. Bijna twintig procent maakt bij de inschatting van de psychische problematiek gebruik van een vragenlijst. Veel klantmanagers (40 procent) gebruiken daarnaast andere bronnen om een inschatting van de psychische problematiek te maken. Genoemd zijn onder andere: arboarts, psychodiagnostisch onderzoek, medisch rapport, navraag bij behandelaar, huisbezoek en de zelfredzaamheidsmatrix.

In de interviews zeggen klantmanagers dat, wanneer ze de diagnose op basis van eigen inschatting maken, ze dit doen op basis van het verhaal dat de klant hen zelf vertelt. In een eerste intake wordt een beeld verkregen van de afstand tot de arbeidsmarkt. Op basis hiervan wordt een klant toegewezen aan een klantmanager die gericht is op werk, voor klanten met een korte afstand tot de arbeidsmarkt of aan een klantmanager die gericht is op participatie of zorg, voor klanten met een grote(re) afstand tot de arbeidsmarkt. Deze klantmanager houdt vervolgens een uitgebreidere intake. De klantmanagers vinden het vaak niet nodig om hierbij

[14] Kanttekening hierbij is dat bijna alle klantmanagers aangeven aandacht te hebben voor psychische problemen tijdens de diagnose.

gebruik te maken van instrumenten of externe expertise, omdat de algemene intake volgens hen voldoende informatie biedt: *"Mijn ervaring is dat een aantal gesprekken waarin je probeert te onderzoeken: wat zijn psychiatrische klachten, wat is het behandelplan, wat wil de cliënt . Dat biedt doorgaans ruimschoots de informatie om mee aan de slag te gaan. Ik heb geen specifieke testen of iets waarmee ik iets ga doen. In mijn ervaring biedt dat ook heel weinig."*

Het onderzoek onder UWV laat hetzelfde beeld zien. Hoewel bij UWV het op basis van de kwantitatieve analyses niet mogelijk is een significant verband te laten zien tussen bestaande samenwerkingsvormen en klantgerichtheid van dienstverlening, zijn er kwalitatief wel verschillen gevonden in de dienstverlening tussen professionals die samenwerken en professionals die niet samenwerken. Ook hier leidt de samenwerking tot een meer onafhankelijke inschatting van de psychische gezondheidsproblemen. Volgens verzekeringsartsen waarborgt het contact met de behandelaars van klanten een betere, maar ook meer een onafhankelijke beoordeling. De contacten kunnen ook worden gebruikt voor een bevestiging van het verhaal van de klant. Een verzekeringsarts geeft zegt hierover: *"Stel je hebt een klant die met een hersenbloeding in het ziekenhuis ligt. Zij geeft aan dat ze vanuit het ziekenhuis een revalidatietraject volgt. Dan is het zinvol om informatie op te vragen, zodat we weten dat het klopt. Helaas kan je niet iedereen vertrouwen. Zeker als we geen persoonlijk contact hebben met klanten, proberen we altijd de juiste informatie van behandelaars te krijgen."*

In een latere fase van de dienstverlening kan de verzekeringsarts eveneens aanvullende informatie opvragen bij de gezondheidszorgprofessional, bijvoorbeeld als de arbeidsdeskundigen vraagtekens plaatsen bij de gestelde klantdiagnose en een aanvullende diagnose voorstellen.

Van de geënquêteerde UWV-professionals geeft 85 procent aan in de diagnosefase een inschatting te maken van de mate waarin psychische problemen aan de orde zijn.[15] Ook UWV-professionals doen dit, net als de klantmanagers, voornamelijk op basis van eigen inzicht (74 procent). Een vragenlijst wordt door 16 procent gebruikt (vooral door oudere verzekeringsartsen); 11 procent maakt gebruik van een instrument (significant vaak professionals die de Wajong-doelgroep bedienen).

Uit de interviews blijkt dat wanneer verzekeringsartsen contact opnemen met behandelaars om medische informatie op te vragen dit is om het definitieve besluit goed te onderbouwen of om te controleren of er uit de medische voorgeschiedenis iets naar voren komt, dat van invloed is op de belastbaarheid. In vervolg op de diagnose door de verzekeringsarts proberen arbeidsdeskundigen, aan de hand van intakegesprekken, een beter beeld te krijgen van de klant. Ze gaan in deze gesprekken uitgebreider na wat iemands beperkingen betekenen voor de arbeidsmogelijkheden. Het gaat dan voornamelijk om de subjectieve beleving van klachten. Wat ervaart een klant bijvoorbeeld zelf als zijn grootste beperking. De input van deze gesprekken wordt meegenomen in het behandelplan, waarin komt te staan welk traject de klant moet volgen in het kader van zijn re-integratie.

[15] Degenen die geen inschatting maken zijn allemaal arbeidsdeskundigen (20% van de arbeidsdeskundigen maakt geen inschatting). Arbeidsdeskundigen handelen hiermee conform de werkwijze, waarin is vastgelegd dat verzekeringsartsen de diagnose stellen ten aanzien van belastbaarheid en medische/psychische beperkingen. Alle verzekeringsartsen geven aan een inschatting te maken bij het stellen van de diagnose.

4.2 Maatwerk

Samenwerking hangt zowel bij gemeenten als bij UWV samen met het bieden van maatwerk.

De inspectie constateert deze relatie in de gemeenten op basis van een onderlinge vergelijking tussen twee casegemeenten waarbij een specifieke relatie is gevonden tussen samenwerking en maatwerk, en drie casegemeenten waar die relatie niet is gevonden. In twee gemeenten wordt intensief samengewerkt en draagt de samenwerking bij aan een goede afstemming van de instrumenten op de gesignaleerde problematiek. In de eerste gemeente stellen klantmanagers en psychologen in een multidisciplinair team vast welk instrument het beste past bij de klant. In de tweede gemeente wordt op basis van de diagnose bepaald of de klant direct naar werk kan worden begeleid, of dat er eerst sprake moet zijn van sociale activering of van een psychische interventie. In deze gemeente monitort een psycholoog daarnaast de uitvoering van het traject om te kijken of er voldoende vooruitgang is, of dat er eventueel voor andere instrumenten moet worden gekozen. Dit gebeurt door middel van een specifiek diagnose-instrument:
"[…]we bekijken ook de ROM-screener, wij bekijken of er, na een aantal sessies toegevoegde waarde is in het traject. Keldert de cliënt naar beneden of klimt hij omhoog? Wat is het resultaat van de gesprekken die iemand al heeft gehad. […] Als er geen verbetering in zit, kijken of we iets anders moeten doen. Alle behandelingen starten bij ons met een eerste meting, een tussenmeting en een eindmeting. Zo kunnen we de effecten van de behandelingen verantwoorden."
In een derde gemeente werken klantmanagers met individuele aanbestedingen waarbij een re-integratiebureau een op maat gesneden aanbod doet op basis van de kenmerken van de klant. Hoewel hier een duidelijke samenhang is tussen de diagnose en het gekozen instrument, is dat in deze gemeente geen resultaat van de samenwerking. Samenwerking kan dus een voorwaarde zijn voor een betere afstemming, maar deze afstemming kan ook op een andere manier worden gerealiseerd.

In de overige drie casegemeenten is, hoewel veel geïnterviewde klantmanagers zeggen maatwerk te bieden, niet duidelijk hoe de afweging tussen mogelijkheden en beperkingen van een klant en de inzet van instrumenten gericht op participatie precies wordt gemaakt. Ook uit de voorgelegde casus komt dit niet goed naar voren.[16] Wel is te zien dat er, in het geval van meervoudige problematiek, eerder wordt gekozen voor 'laagdrempelige' instrumenten, zoals sporten, deelnemen aan een club of vrijwilligerswerk.

Ook in het kwalitatieve onderzoek bij UWV is aangetroffen dat samenwerking leidt tot een betere afweging van de inzet van instrumenten. Bij de inzet van trajecten door arbeidsdeskundigen is veelal al sprake van maatwerk. De arbeidsdeskundige maakt aan de hand van de uitkomsten van de diagnose een afweging of een klant meteen bij een werkgever kan worden geplaatst, of dat er eerst een proefplaatsing nodig is, of dat de klant met een activerings- of coachingstraject moet starten:
Arbeidsdeskundige: Als ik iemand krijg die bijvoorbeeld spanningsklachten heeft en die de regie over zijn eigen leven kwijt is […] en ontzettend in de slachtofferrol zit, dan heeft het geen zin om re-integratie in te zetten als die persoon niet weer de

[16] In de interviews met klantmanagers, arbeidsdeskundigen en verzekeringsartsen is een fictieve casus voorgelegd van een klant met psychische problematiek. Aan de respondenten is een aantal vragen gesteld over hoe ze de dienstverlening voor deze klant zouden inrichten en of ze hierbij samenwerking zouden zoeken met de gezondheidszorg. Voor de volledige casus, zie de nota van bevindingen van het kwalitatieve onderzoek.

verantwoordelijkheid over zijn eigen leven oppakt. Dan zet ik eerst een coach in voor zes à acht gesprekken."
Uit de interviews blijkt dat samenwerking de mogelijkheid biedt om nog beter zicht te krijgen op participatiemogelijkheden. In de praktijk nemen de geïnterviewde arbeidsdeskundigen Wajong contact op met andere zorgbegeleiders over de inzet van trajecten. Dit contact met de gezondheidszorgprofessionals biedt de arbeidsdeskundigen de mogelijkheid om beter zicht te krijgen op de situatie van de jongeren en eventuele valkuilen die belangrijk zijn voor de re-integratie naar werk.
Arbeidsdeskundige Wajong: "De contacten gaan over inzetbaarheid, hoe zij de jongere ervaren, wat zij hebben gezien, hoe zij denken dat iemand kan functioneren. Zij kennen die jongeren heel goed. Ik heb wel een papiertje, maar zij maken betrokkene mee in de woonwerksituatie. Zij kunnen aangeven wat de valkuilen zijn en waar je rekening mee moet houden, als je over werk praat."

4.3 Eenduidige communicatie

Het laatste onderdeel van klantgerichte dienstverlening is eenduidige communicatie naar de klant. Het gaat hierbij om gedeelde opvatting over participatiedoelen en –trajecten tussen de ggz en de gemeente. Op dit onderdeel is in het kwalitatieve onderzoek onder gemeenten een relatie gevonden met samenwerking. In de twee gemeenten met intensieve samenwerking heeft de klant tijdens het traject een duidelijk aanspreekpunt. Dit kan de klantmanager zijn of de psycholoog, maar deze persoon spreekt namens het hele 'team'. Het is in de samenwerkende gemeenten niet zo dat een klant verschillende verhalen kan horen van de psycholoog en de klantmanager. In de overige gemeenten wordt er incidenteel afgestemd. Het gaat dan voornamelijk over de vraag of de klant in staat is om een re-integratietraject te volgen. Er worden in deze gemeenten geen afspraken gemaakt met de gezondheidszorg over eenduidige communicatie naar de klant.

Bij UWV zijn in het kwalitatieve onderzoek geen gevallen aangetroffen waarbij standaard de participatiemogelijkheden en inzet van trajecten worden afgestemd, zodat de klant vanuit zowel UWV als ggz hetzelfde verhaal krijgt over de arbeidsmogelijkheden. Er zijn in het onderzoek wel voorbeelden aan getroffen waarin incidenteel sprake is van afstemming over de opvattingen over participatiedoelen en -trajecten. In deze gevallen neemt een medewerker van een ggz-instelling contact op met het UWV om aan te geven dat een klant toe is aan een traject.

5 Relatie samenwerking en activerende dienstverlening

De inspectie concludeert op basis van het onderzoek dat samenwerking bijdraagt aan een meer activerende dienstverlening. Voornamelijk bij gemeenten en in mindere mate bij UWV is een meerwaarde van samenwerking gevonden voor activerende dienstverlening. In deze paragraaf wordt de relatie uiteengezet.

5.1 Het formuleren van doelen gericht op participatie

De kwantitatieve analyse laat zien dat klantmanagers vaker participatiedoelen voor ogen hebben, naarmate zij vaker afstemmen met gezondheidszorgprofessionals over de aansluiting van traject en behandeling. Ook uit het kwalitatieve onderzoek blijkt de relatie tussen samenwerking en activerende dienstverlening. In de twee gemeenten waar wordt samengewerkt in een opdrachtgever-opdrachtnemerrelatie, is de focus op arbeid voor de klanten met psychische problemen groter. Door de continue afstemming tussen psychologen en klantmanagers houden beiden het einddoel van het traject in het oog, namelijk uitstroom naar werk. Ook de psychologen die klanten begeleiden zien hun dienstverlening als een bijdrage aan dit doel: *Klantmanager gemeente: "De ggz-mensen die hier zitten zijn arbeidshulpverleners. Die hebben een doelstelling die gelijk aan die van ons staat. Alleen iemand gelukkig maken en zeggen: werken, dat komt wel; dat is niet altijd de bedoeling. We staan wat dat betreft met de ruggen tegen elkaar. Hier hebben we een klein luikje gevonden waardoor we elkaar aankijken."*

Op basis van de kwantitatieve analyses bij UWV is er op een punt samenhang gevonden tussen samenwerking en activerende dienstverlening. Uit de analyses komt naar voren dat professionals die vaker contact hebben met de gezondheidszorg een meer activerende dienstverlening hebben dan professionals die minder contact hebben, in de zin dat professionals vaker van mening zijn dat werken aan werk samen kan gaan met werken aan het oplossen van problemen.

Uit de kwalitatieve analyses van de interviews met arbeidsdeskundigen en verzekeringsartsen komt eveneens een relatie naar voren tussen samenwerking en activerende dienstverlening. Contacten met bijvoorbeeld maatschappelijk werk of instellingen voor begeleid wonen, dragen ertoe bij dat de arbeidsdeskundige Wajong meer kennis heeft van de vermindering (of toename) van gezondheidsbelemmeringen. Die kennis gebruiken de arbeidsdeskundigen om participatiedoelen te stellen en trajecten in te zetten. Zonder dit contact, heeft een arbeidsdeskundige mogelijk geen kennis van de positieve ontwikkelingen bij de Wajonger.

Wanneer de geïnterviewde arbeidsdeskundigen Wajong in een lokaal netwerk zitten, met daarin bijvoorbeeld welzijnsinstellingen, maatschappelijk werk, begeleid wonen, en schuldhulpverlening, verloopt deze samenwerking beter. Partijen die van belang zijn voor de dienstverlening, zoeken elkaar veel makkelijker en veel sneller op, als ze via het netwerk een contactpersoon hebben of weten voor welke dienstverlening ze bij elkaar terechtkunnen. De kennis en informatie vanuit de netwerken gebruiken arbeidsdeskundigen ook in de dienstverlening aan de klant, bijvoorbeeld door de

klant te wijzen op bewegingstrajecten van de ggz of aan de klant gegevens te verstrekken van contactpersonen bij hulpverlenende instellingen.

Daar waar samenwerking met bepaalde gezondheidszorgprofessionals ontbreekt, ziet de inspectie in het kwalitatief onderzoek dat de dienstverlening minder activerend is. Zo ervaren arbeidsdeskundigen Wajong die weinig contact hebben met bepaalde gezondheidszorgprofessionals, het als een gemis dat zij zo moeilijk bereikbaar zijn voor een oordeel of visie. *"Ik zou willen weten: hoe denkt de psycholoog nou? Die bemoeien zich niet met re-integratie. Maar we zouden er heel veel aan hebben als de psycholoog zegt: ik verwacht dat klant op deze termijn wel kan participeren. Belangrijke zaken die in de gaten moeten worden gehouden zijn dit of dat. Dat zou voor ons waardevolle informatie zijn. Maar je ziet en hoort hen nooit. Ik moet het zelf aan de klant vragen."*

Het formuleren van participatiedoelen voor klanten met psychische problematiek is niet vanzelfsprekend. Door de geënquêteerde UWV-professionals worden er wel vaker voor (bijna) alle klanten doelen geformuleerd dan door klantmanagers. Krap een derde van de klantmanagers geeft aan dat er voor klanten met psychische problemen vaak of altijd sprake is van een participatiedoel, gericht op activering. Bij UWV zegt de helft van de respondenten dit. Daarnaast is in de enquête 48 procent van de klantmanagers het eens met de stelling dat klanten met psychische problematiek bij uitstek gebaat zijn bij werk of activering. Bij UWV is dit 75 procent.

De geïnterviewde arbeidsdeskundigen noemen als doel van de re-integratietrajecten uitstroom naar werk, actief in dagbestedingsactiviteiten of vrijwilligerswerk (als dit het hoogst haalbare is voor de klant), werken aan een betere zelfredzaamheid en een beter zelfsturend vermogen. Als de arbeidsdeskundigen inschatten dat de problemen ernstig zijn, kiezen ze eerst voor een aantal tussenstappen, die tot doel hebben om de zelfredzaamheid te vergroten, een dagritme op te bouwen en/of de psychische en fysieke condities te verbeteren. Er zijn er geen voorbeelden aangetroffen waarbij arbeidsdeskundigen alleen kiezen voor het oplossen van zorgproblemen voor klanten met psychische problemen. De focus op activering is altijd aanwezig in de dienstverlening.
Uit de interviews met klantmanagers blijkt dat zij soms ook werken met 'tussendoelen'. Een participatiedoel kan dan zijn dat er wordt gestreefd naar een stabilisatie van de leefsituatie als onderdeel van het plan van aanpak richting participatie. Bij de klanten die door de geïnterviewde klantmanagers worden begeleid is er, zoals eerder gezegd, vaak sprake van multiproblematiek.[17] Een deel van de klantmanagers verwijst daarom door naar psychische hulpverlening, maar vaak ook naar schuldhulpverlening om iemands leven weer op de rit te krijgen. Pas daarna is er aandacht voor participatie. Regulier werk is volgens de meeste geïnterviewde klantmanagers pas realiseerbaar op langere termijn, meestal minimaal anderhalf jaar. Dit is ook terug te zien in het doel dat de klantmanagers formuleren voor de klant in de voorgelegde casus. Alle klantmanagers, op één na, geven aan dat het belangrijk is dat eerst de thuissituatie op orde is voordat er, voorzichtig, kan worden begonnen met participatie: *"Ik zou eisen dat ze goed en gemotiveerd meewerkt, dat zijn al twee mooie doelen voor het begin. Uiteindelijk als dat beter gaat kan je stapjes zetten met vrijwilligerswerk. Ik zou in dit geval op gebied van participatie niet denken aan regulier werk, omdat ze nog te veel dingen heeft die spelen. Ik zou eerdere denken aan vrijwilligerswerk, of misschien kan ze*

[17] Het gaat hier in bijna alle gevallen om klantmanagers die klanten begeleiden met een grote afstand tot de arbeidsmarkt.

beginnen met een sportabonnement, dat doen we ook wel om lichamelijk sterker te worden."

5.2 Het vergroten van de zelfredzaamheid

Nagegaan is in hoeverre klanten worden gestimuleerd om hun eigen dienstverlening tot stand te brengen. Er is gekeken naar de mate waarin klanten worden betrokken bij het opstellen van het plan van aanpak en de mate waarin participatiedoelen met hen worden besproken. Uit de kwantitatieve analyse blijkt dat de vorm en inhoud van samenwerking bij gemeenten niet alleen een positieve relatie hebben met het formuleren van participatiedoelen voor de klant, maar ook met het bespreken van deze doelen met de klant. Indien een klantmanager tijdens de diagnose vaker contact zoekt met professionals uit de gezondheidszorg dan worden ook vaker participatiedoelen met klanten besproken. Indien een klantmanager vaker samenwerkt met de gezondheidszorg via bilaterale structurele contacten of in een multidisciplinair team, dan bespreekt hij of zij ook vaker de participatiedoelen met de klant.

Bij UWV is op dit onderwerp geen kwantitatieve relatie gevonden. De helft van de professionals van UWV geeft aan dat het bespreken van doelen met de klant altijd gebeurt en ruim zestig procent betrekt de klant altijd bij het opstellen van het plan van aanpak. Ruim de helft van de geënquêteerde UWV-professionals is ook van mening dat klanten goed in staat zijn om mee te denken over hun dienstverlening. Uit de interviews met arbeidsdeskundigen komt naar voren dat het betrekken van de klant bij het opstellen van het plan van aanpak niet alleen wordt gedaan met het oog op het vergroten van de zelfredzaamheid, maar ook om klanten beter aan te kunnen spreken op hun verantwoordelijkheden: *Arbeidsdeskundige: "Als het iemand is die al jarenlang in de uitkering zit, dan hebben we daar niet zo heel veel sanctiemogelijkheden voor. De vernieuwde Wajong wel. Daarom is ook het opstellen van het plan belangrijk. Als klanten zeggen dat ze geen zin hebben, verwijs ik naar het plan waarin we gezamenlijk afspraken hebben gemaakt over wat de klant zou gaan doen op het gebied van activeren of participeren."*

Tabel 4
Activerende dienstverlening UWV en gemeenten (%)

	Nooit	Soms	Regel-matig	Vaak	Altijd
UWV n=174					
Mate waarin bij klanten met psychische problemen participatiedoelen worden besproken.	15	26	1	0	58
Mate waarin klanten met psychische problemen worden betrokken bij het opstellen van het plan van aanpak.	12	24	3	0	61
Mate waarin klanten met psychische problemen worden gestimuleerd mee te werken aan de eigen dienstverlening.	1	5	18	39	37
Gemeenten n=82					
Mate waarin bij klanten met psychische problemen participatiedoelen worden besproken.	5	13	31	26	26
Mate waarin klanten met psychische problemen worden betrokken bij het opstellen van het plan van aanpak.	4	10	22	26	39
Mate waarin klanten met psychische problemen worden gestimuleerd mee te werken aan de eigen dienstverlening.	4	9	28	32	28

Klantmanagers van gemeenten geven in de enquête minder vaak aan dat ze de *altijd* doelen bespreken met de klant en altijd de klant betrekken bij het opstellen van het plan van aanpak. Uit het onderzoek komt hiervoor geen goede verklaring naar voren. In de interviews zeggen klantmanagers juist dat klantbetrokkenheid belangrijk is, omdat in hun ervaring motivatie van de klant een belangrijke voorwaarde is voor het slagen van een traject. De geïnterviewde klantmanagers zeggen dan ook dat ze de klant betrekken bij het formuleren van doelen en trajecten. In de enquête vindt bijna de helft van de klantmanagers dat klanten met psychische problemen goed in staat zijn om mee te denken over hun dienstverlening.

5.3 Het aanbod van activerende trajecten

Ten derde is er een relatie tussen de samenwerking in gemeenten en het aantal klanten in een activeringstraject. Wanneer er vaker wordt samengewerkt met de gezondheidszorg via incidentele en structurele bilaterale contacten heeft een klantmanager relatief meer klanten met psychische problemen op een activeringstraject dan wanneer een klantmanager niet op die wijze samenwerkt. Uit het kwalitatieve onderzoek blijkt dat samenwerking de mogelijkheid biedt om bepaalde kosten van de re-integratie, bijvoorbeeld begeleiding door de psycholoog in het traject, te vergoeden uit de zorgverzekering. Hierdoor zijn er voor deze gemeenten meer mogelijkheden om trajecten aan te bieden aan klanten met psychische problemen.
Voor UWV is deze relatie niet aangetroffen.

Ongeveer een derde van het aantal bijstandsgerechtigden met psychische problemen wordt volgens de geënquêteerde klantmanagers geactiveerd richting de arbeidsmarkt. Uit de gehouden interviews met klantmanagers blijkt dat er verschillen zitten tussen klantmanagers in de manier waarop ze omgaan met activering. De verschillen zijn er niet per definitie tussen gemeenten, maar ook tussen klantmanagers met dezelfde functie van dezelfde gemeente. Bij sommige klantmanagers ligt de nadruk meer op zorg terwijl anderen meer gericht zijn op

participatie. Het betreft individuele verschillen, waarvoor geen duidelijke verklaring is gevonden.
Als klanten in de casegemeenten trajecten krijgen aangeboden gaat het meestal om sportactiviteiten, activiteiten in het wijkcentrum of vrijwilligerswerk. Die activiteiten worden ingezet met als uiteindelijk doel regulier werk, maar beogen in eerste instantie om klanten meer zelfvertrouwen of een arbeidsritme te geven of zoals klantmanagers het verwoorden ze letterlijk weer 'in beweging' te krijgen. Deze trajecten worden niet alleen aangeboden door re-integratiebureaus, maar ook door bijvoorbeeld wijkhuizen of vrijwilligerscentrales. Een mogelijke verklaring voor het feit dat het merendeel van de klanten met psychische problemen geen traject krijgt aangeboden is dat gemeenten bezuinigen op het re-integratiebudget. Een aantal van de casegemeenten geeft aan hierdoor keuzes te maken in de dienstverlening en voor klanten met een grote afstand tot de arbeidsmarkt minder instrumenten in te zetten. Een andere verklaring is het aantal ontheffingen. Bijna de helft van de bijstandsgerechtigden met psychische problemen heeft een ontheffing van de arbeidsplicht.

Bij UWV volgt minder dan de helft van het aantal klanten met psychische problemen een activeringstraject, aldus 90 procent van de respondenten (zie onderstaande tabel). Een derde van de respondenten geeft aan helemaal geen klanten met psychische problemen te hebben, die een activeringstraject volgen.

Tabel 5
Klanten met psychische problemen met een activeringstraject

Percentage klanten met psychische problemen dat een activeringstraject volgt	**% UWV-professionals (n=175)**
0	38
< 25%	27
25-50%	26
50-75%	0
> 75%	10
	100,0%

De trajecten van UWV voor klanten met psychische problematiek zijn volgens de geinterviewde arbeidsdeskundigen gericht op uitstroom uit de uitkering of de ziektewet, tenzij iemand helemaal geen mogelijkheden heeft. Het aanbod bestaat uit re-integratietrajecten, stages en trainingen, vaak in combinatie met psychische ondersteuning door psychologen of SPV'ers ter plekke bij de re-integratiebureaus.

Een opvallende bevinding uit het kwantitatieve onderzoek is dat samenwerking met de gezondheidszorg via een centrale contactpersoon een negatieve relatie heeft met het aantal klanten met psychische problemen op traject en met het bespreken van participatiedoelen met de klant. Mogelijk hangt dit samen met het feit dat het hier gaat om *indirecte* samenwerking. De contacten tussen de klantmanager en de professionals uit de gezondheidszorg lopen via de centrale contactpersoon. Uit het kwalitatieve onderzoek komen twee voorbeelden naar voren van indirecte samenwerking via een centrale contactpersoon. In beide gevallen komt deze contactpersoon uit de gezondheidszorg. Klanten zijn daar onder begeleiding en nog niet altijd toe aan activering.
Uit de casestudies blijkt daarnaast dat minder intensieve samenwerking niet altijd leidt tot meer activerende dienstverlening. Klantmanagers die niet intensief samenwerken, nemen voornamelijk contact op met de gezondheidszorg als ze

twijfelen over de belastbaarheid van een klant. De gezondheidszorgprofessional geeft dan zijn/haar visie op deze belastbaarheid. Hierdoor komt niet per definitie een sterkere nadruk op activering te liggen. Het kan zijn dat de psycholoog vindt dat een klant wel kan participeren, maar het ook kan zijn dat hij juist op de rem gaat staan en zegt dat een klant een tijdje rust moet krijgen. Zestig procent van de klantmanagers geeft daarnaast in de enquête aan zich bij de begeleiding van klanten met psychische problematiek te laten leiden door het oordeel van de gezondheidszorgprofessional. In de casegemeenten zonder structurele samenwerking komen klanten met psychische problemen daarnaast vaak terecht bij klantmanagers die klanten begeleiden met een zeer grote afstand tot de arbeidsmarkt. Deze klantmanagers zijn vaker meer gericht op zorg en stabilisatie van de problematiek.

6 Efficiënte dienstverlening en samenwerking

Het laatste onderdeel is de relatie tussen samenwerking en efficiënte dienstverlening. Hierbij gaat het om het voorkomen van dubbele uitvraag en het zorgen van aansluitende inzet van de trajecten.[18]
Er is in de kwantitatieve en kwalitatieve analyses van de gemeentedata op beide thema's geen relatie aangetroffen met de huidige vormen van samenwerking. Het voorkomen van dubbele uitvraag komt in de onderzochte cases zelden voor. Professionals mogen alleen informatie delen met toestemming van de klant en dit belemmert de uitwisseling van gegevens. Ook willen professionals vaak hun eigen analyse maken en daarvoor zelf het verhaal van de klant horen. De klant moet daarom op meerdere plekken hetzelfde verhaal doen.
Wanneer in twee gemeenten wel informatie wordt gedeeld, is wanneer er trajecten worden aanbesteed. De gemeente geeft dan een algemene omschrijving van de problematiek, waarop een re-integratiebureau kan inschrijven.

Bij UWV is wel een verband tussen afstemming met zorgprofessionals en de sluitende aanpak. Hoe meer professionals inhoudelijk afstemmen met zorgprofessionals, des te vaker zijn zij in staat om klanten *direct na de diagnose* een aanbod te doen. Er is zowel kwalitatief als kwantitatief geen relatie gevonden tussen de huidige samenwerking en de uitvraag van persoonsgegevens. Uit het kwalitatieve onderzoek blijkt dat elke behandelaar of professional vanuit de eigen discipline opnieuw een intake verricht, ondanks het feit dat er soms wel een (bilaterale) samenwerkingsrelatie is. Er zijn geïnterviewde professionals die geen informatie willen uitwisselen, om waardevrij de klant te kunnen beoordelen. Verder is er ook geen duidelijke relatie tussen samenwerking en de continuïteit van inzet van trajecten. Klanten zijn zelf verantwoordelijk om bij de arbeidsdeskundigen of zorgprofessional aan te geven hoe de dienstverlening verloopt en wanneer een traject is afgelopen.

Tweederde van de geënquêteerde klantmanagers en van de UWV professionals geeft aan gebruik te maken van een digitaal klantdossier. Echter, dit dossier wordt bij slechts zeven procent van de klantmanagers en slechts een paar procent van de UWV professionals gedeeld met de gezondheidszorgprofessional.[19] Meer arbeidsdeskundigen dan verzekeringsartsen maken gebruik van een digitaal klantdossier.

Na het stellen van de diagnose blijkt het in de praktijk niet altijd mogelijk direct een passend aanbod te doen. Van de geënquêteerde klantmanagers zegt zestien procent dat het nooit mogelijk is direct een passend aanbod te doen, volgens 49 procent soms en 24 procent zegt dat het regelmatig mogelijk is direct een passend aanbod te doen. Een kleine minderheid (elf procent) geeft aan dat het vaak of altijd mogelijk is direct een passend aanbod te doen.
Zoals eerder aangegeven stemmen de geïnterviewde klantmanagers weinig af met professionals uit de ggz, en vice versa. Beide groepen leveren hun eigen diensten

[18] Dit is een smalle definitie van efficiënte, er is geen kosten-batenanalyse uitgevoerd.

[19] Dit hoeft niet te betekenen dat dubbele uitvraag niet voorkomt; zie vorige noot.

aan de klant los van wat de ander doet. In die zin wordt er dus niet gewerkt aan een sluitende aanpak. In twee casegemeenten met een specifieke aanpak is er wel sprake van een sluitende dienstverlening. De psycholoog en de klantmanager hebben in deze gemeenten regelmatig overleg, waardoor zij hun dienstverlening kunnen afstemmen en de klantmanager goed zicht heeft op de voortgang van het traject bij de psycholoog. Hier is echter geen relatie gevonden met samenwerking, omdat in de niet samenwerkende casegemeenten geen problemen zijn aangegeven met het aansluitend aanbieden van trajecten. Het is daarmee niet aangetoond dat de dienstverlening in de samenwerkende gemeenten door de betere afstemming *meer* sluitend is.

Van de geënquêteerde arbeidsdeskundigen en verzekeringsartsen zegt zes procent dat het nooit mogelijk is direct een passend aanbod te doen, volgens 38 procent soms en veertig procent zegt dat het regelmatig mogelijk is direct een passend aanbod te doen. Een kleine minderheid (veertien procent) geeft aan dat het vaak of altijd mogelijk is direct een passend aanbod te doen. In de onderzochte cases is er desalniettemin meestal geen sprake van een sluitende aanpak. Diverse respondenten spreken van wachtlijsten bij de ggz, maar geven ook aan daar geen invloed op te hebben. Een geïnterviewde verzekeringsarts zegt dat er soms een wachttijd is van drie maanden voor traumabehandelingen.

In sommige gevallen wordt er door de professionals uit de gezondheidszorg afgestemd om de trajecten te laten aansluiten. Een voorbeeld hiervan is een instelling voor begeleid wonen waar de participatiebegeleider van die instelling regelmatig contact heeft met de arbeidsdeskundige Wajong om de activiteiten richting werk te bespreken. Deze begeleider neemt onder andere contact op wanneer bewoners toe zijn aan activerende dienstverlening. Op deze manier is er sprake van aansluitende trajecten, maar deze voorbeelden zijn niet heel frequent aangetroffen bij de onderzochte kantoren. Er is een arbeidsdeskundige die aangeeft dat een oorzaak is gelegen in de onbekendheid van elkaars mogelijkheden: "*Interviewer: "Hoe zou dat komen dat het nog niet op gang komt?" Respondent: "Ik denk dat het ook een stukje onwetendheid is over de mogelijkheden die wij hebben. We kennen elkaars ins en outs niet."*

7 Knelpunten en successen

Er komt uit het onderzoek bij gemeenten en UWV een aantal factoren naar voren dat van invloed is op het succes van de samenwerking. Deze factoren worden hieronder besproken. Het gaat hierbij niet om succesfactoren in de samenwerking of in de dienstverlening zelf, zoals bezuinigingen of economische tegenwind, maar om factoren in de samenwerking die ervoor zorgen dat de dienstverlening meer klantgericht, efficiënt en activerend is. Met andere woorden: welke facetten van de samenwerking dragen bij aan een betere dienstverlening en welke factoren belemmeren deze bijdrage. Tot slot wordt in dit hoofdstuk het perspectief van de ondervraagde professionals op de succes- en faalfactoren van samenwerking weergegeven.

Uit de kwalitatieve analyses komt naar voren dat voor gemeenten de samenwerking in een opdrachtgever-opdrachtnemerrelatie een succesfactor is. Deze vorm van samenwerken heeft drie belangrijke voordelen. Allereerst heeft de gemeente een directe invloed op de inzet van de ggz-medewerkers: wie betaalt, bepaalt. Zij werken in dienst van de gemeente en hebben als doel om bij te dragen aan de dienstverlening. In de twee gemeenten waar deze vorm van samenwerking is gekozen, is zichtbaar dat de ggz-medewerkers een activerende instelling hebben. Bij incidentele samenwerking tussen de ggz en de gemeente wordt soms ook geprobeerd doelen af te stemmen, maar uit de verschillende interviews blijkt dat de ggz zich in dat geval toch in eerste instantie richt op zorgverlening in plaats van op activering. Zo zegt een ggz-begeleider: *"Wat ik doe is vooral gericht op het ontwikkelen van arbeids- en toekomstperspectief. Is andere insteek dan vooral naar klachten kijken en laten afwezig zijn zoveel mogelijk van klachten. Ik bevind me meer in koers gericht op wat kun je wel en hoe kun je wat je kunt verder ontwikkelen. Dat proces stimuleren, als coach eigenlijk."* Het lijkt er dus op dat deze medewerker arbeidsgericht is, maar zegt even later betrokkene het volgende: *"Regelmatig maak je mee dat een klant er niet aan toe is. In dat geval probeer ik vooral met cliënt die ik in behandeling heb, prioriteiten te stellen. Als iemand die er nog niet aan toe is door de fysieke, maar vooral psychische omstandigheden, doen we er goed aan te zorgen voor goede levensstructuur waarin ze zich veilig kunnen voelen. Met daarbij juiste financiële ondersteuning om te kunnen leven. Uitkeringstechnisch dus."*

Een tweede voordeel van de opdrachtgever-opdrachtnemerrelatie is dat binnen de gemeente iemand aanwezig is uit de medische beroepsgroep die een brug kan vormen naar andere medici. Zoals hierboven aangegeven is privacywetgeving een belangrijk obstakel en zit dit niet alleen in wettelijke regels, maar ook in het vertrouwen dat professionals in elkaar hebben. Uit het onderzoek blijkt dat medici makkelijker informatie delen met andere medici dan met bijvoorbeeld klantmanagers. Wanneer binnen de gemeente een psycholoog werkzaam is, kan hij/zij makkelijker de samenwerking aangaan met andere gezondheidszorgprofessionals. Dit voordeel is ook terug te zien bij UWV, waar de verzekeringsarts de brug vormt tussen de uitkerende instantie en de gezondheidszorg.

Een derde voordeel van deze vorm van samenwerking is dat het meer financiële mogelijkheden biedt. Zo kunnen bepaalde kosten via de zorgverzekeraar worden vergoed en biedt het een oplossing voor de verhoogde eigen bijdrage in de zorg.

Verschillende respondenten geven aan dat de verhoogde eigen bijdrage voor klanten ertoe leidt dat ze geen psychische hulp zoeken. Wanneer er vaste afspraken zijn met één psychologenpraktijk of de psycholoog beschikbaar is binnen de gemeente en onderdeel uitmaakt van de re-integratiedienstverlening wordt deze eigen bijdrage niet door de klant zelf betaald, maar door de gemeente. Het is overigens denkbaar dat dit voordeel zich ook binnen andere vormen van samenwerking of dienstverlening voordoet, maar in de onderzochte cases is dit niet gevonden.

Naast het inzetten van de ggz als opdrachtnemer is volgens de geïnterviewde professionals een goed persoonlijk netwerk een succesfactor. Het gaat hierbij niet alleen om kennis van de sociale kaart, maar ook om persoonlijke relaties. Wanneer deze relaties er zijn, weten professionals wie ze kunnen bellen en nemen ze makkelijker contact met elkaar op. *SPV' er: Met name met het UWV loopt het bij ons goed. Plezierig dat je geen 0900-nummer hoeft te bellen. Het is wel wenselijk dat het zo blijft."*
Wanneer professionals alleen organisaties kennen, worden ze eerder van het kastje naar de muur gestuurd en duurt het lang voordat ze de juiste persoon spreken. Deze succesfactor is vooral aangetroffen bij de geïnterviewde arbeidsdeskundigen van UWV. Daar leidt het persoonlijk netwerk van de arbeidsdeskundige tot goede kennis over de voortgang bij klanten en de mate waarin zij al in staat zijn tot activering. *Arbeidsdeskundige: "Ik heb wel met de mensen die de jongeren begeleiden bij verschillende hulpverleningsinstanties, dus die eigenlijk jongeren begeleiden, noem maar op, jeugdzorg, daar heb ik dan, maar dat is op klantniveau, overleg mee. Dat is dus niet een georganiseerd overleg, alleen als er sprake is van een klant, dan zoek ik naar de bijbehorende begeleider <vanuit het netwerk> en daar ga ik mee aan de slag en die komen eigenlijk ook altijd mee op spreekuur."*

Bij de gemeenten is deze succesfactor niet zo duidelijk aangetroffen. Bij de gemeente is een risico dat een goed, persoonlijk netwerk juist leidt tot een sterke nadruk op zorg- en hulpverlening. De klantmanager ziet zichzelf dan meer als ' een van de hulpverleners' en minder als een re-integratieprofessional. *Klantmanager: "Bij klanten met zoveel problemen, zeg ik, ik ben ervoor om te zorgen voor de juiste hulpverlening, of u heeft het al en ik zorg ervoor dat u het blijft doen, een beetje helpen. Maar daarnaast ben ik er ook voor om u te activeren, naar iets. Sport, vrijwilligerswerk, of wat dan ook."* Ook: "*Ik krijg wel eens een aanmelding van een klant, de klant is depressief, wil niks en is niet gemotiveerd. Dan denk ik, ja dat straalt die persoon ook uit. Dan ga ik in gesprek met die klant, en die klant is best gemotiveerd, maar dat is er aan de hand. Of die klant heeft misschien een gesprek gehad met iemand waarmee het niet klikt. Dus ik moet gewoon kijken of de informatie die ik heb gekregen klopt en is er soms nog meer aan de hand. Dat ik probeer in het eerste gesprek al een beeld te krijgen van wat speelt er precies en wat heeft die klant precies nodig."*

Een voorwaarde voor de bijdrage van een goed netwerk aan activerende dienstverlening is daarmee dat beide professionals bij hun eigen taak en expertise blijven en hier onderling duidelijkheid over hebben. Dat deze duidelijkheid over rollen en taken van belang is, maar niet eenvoudig wordt bereikt, blijkt uit citaten van de medewerker van de GGD en van een ggz-instelling:
Citaat beleidsmedewerker GGD: Het is een zoektocht, welke rol hebben wij in het veld? Ik ervaar geen strijd, maar wel continu de vraag wat is van UWV, wat is van ons. En hoe kunnen we elkaar daarin vinden. Het zoeken naar welke rol je hebt kost

energie. De rol van de GGD zou meer ingeslepen moeten worden. De verhouding tussen gezondheid en werk is zo essentieel dat die er bij iedereen moet zijn.

Citaat beleidsmedewerker ggz: Een risico is als UWV alleen als drijfveer heeft dat mensen uit de uitkering moeten komen en dat er vanuit de ggz teveel vanuit het ziektebeeld wordt gedacht, te beschermend. Als die beide risico's op een goede manier samen komen, als het doel is mensen meer te laten participeren, kun je een gezamenlijk doel formuleren en elkaar daarin versterken. Dan kan samenwerking bijdragen aan een betere dienstverlening maar die is nu incidenteel en niet structureel.

Succesfactoren volgens respondenten
De verschillende geënquêteerde professionals werk en inkomen ervaren weinig knelpunten in de samenwerking met de gezondheidszorg. Samenwerking leidt volgens de grote meerderheid van de respondenten niet tot vertraging of tegenstrijdige signalen in de dienstverlening. Een kwart is van mening dat het ontbreekt aan tijd om samen te werken.

Het belangrijkste knelpunt dat de samenwerking belemmert, is de (onbekendheid met) privacywetgeving. Dit speelt vooral bij de gemeente. Klantmanagers geven aan dat ze moeilijk informatie krijgen van gezondheidszorgprofessionals wat ertoe leidt dat ze hun beeld van participatiemogelijkheden de klant niet kunnen verifiëren of aanvullen. Klantmanagers vragen niet altijd toestemming aan de klant om informatie uit te wisselen, maar ook wanneer ze dit wel doen, is de gezondheidszorgprofessionals niet altijd bereid om informatie uit te wisselen. Hiermee lijkt niet alleen de wetgeving een rol te spelen, maar ook het vertrouwen dat professionals in elkaar hebben. Een klantmanager zegt hierover: *"Ik heb contact gehad met een psychiater van de ggz, die had een houding van: waar bemoei jij je mee. Terwijl ik een verklaring kon overleggen met de handtekening van een klant, dat ik zijn toestemming had om informatie in te winnen. Ik vroeg naar de inhoud van de behandeling en ik kreeg meteen over me heen: jullie moeten altijd naar het verleden vragen. Kortom een heel storend gesprek. Wat me opvalt is: hoe hoger men opgeleid is, hoe groter de afstand naar de sociale dienst. Ik heb makkelijker contact met sociaal psychiatrisch verpleegkundigen. Zij weten waar je het over hebt in de dagelijkse praktijk, als je met klanten praat, waar je tegen aanloopt. De mensen die de diagnoses stellen staan er verder vanaf en begrijpen blijkbaar niet goed dat ik een inschatting moet maken richting werk of niet werk. Daar hebben ze geen kaas van gegeten en ze snappen niet dat ik die vragen moet stellen. Dat is nogal eens als een hobbel in de weg."*

Bij UWV speelt dit punt minder, omdat de uitwisseling van medische gegevens gestructureerd is en voornamelijk via de verzekeringsarts loopt. De arbeidsdeskundigen beperken het contact tot informatie-uitwisseling over participatiemogelijkheden en niet over medische informatie.

Bijna een vijfde van de klantmanagers en 27 procent van de UWV professionals is van mening dat contact met de gezondheidszorg voor klanten met psychische problemen niet nodig is. Zoals in hoofdstuk drie is beschreven, vinden professionals het niet per definitie nodig om voor alle klanten samen te werken. Ze werken niet samen wanneer de afstand tot de arbeidsmarkt te groot is, er sprake is van een ontheffing of wanneer de problematiek te licht of te zwaar is. Wanneer er sprake is van samenwerking is de overgrote meerderheid van mening dat een gemeenschappelijk doel dan een belangrijke voorwaarde is.

Tabel 6

Knelpunten en succesfactoren van samenwerking (%)

Beschrijving	**(volledig) oneens**		**Neutraal**		**(volledig) eens**	
	km n=83	**va/ad n=175**	**km n=83**	**va/ad n=175**	**km n=83**	**va/ad n=175**
Samenwerking met professionals uit de gezondheidszorg leidt tot vertraging in de dienstverlening aan de klanten met psychische problemen	79	56	14	31	7	13
Samenwerking met professionals uit de gezondheidszorg leidt tot tegenstrijdige signalen richting klanten met psychische problemen	57	55	17	31	26	14
Voor goede samenwerking tussen professionals is een gemeenschappelijk doel van wezenlijk belang	5	3	12	10	83	87
Voor de begeleiding van klanten met psychische problemen is contact met een professional uit de gezondheidszorg nodig	17	27	33	35	50	39
Het beroepsgeheim van de gezondheidszorgprofessional staat samenwerking in de weg	29	41	31	32	40	27
Meestal ontbreekt mij de tijd om samen te werken met gezondheidszorgprofessionals	51	49	24	31	24	21
Gezondheidszorgprofessionals hebben doorgaans voldoende tijd en middelen beschikbaar om samen te werken	33	31	53	58	15	11

8 Samenvatting reacties Divosa en UWV en nawoord Inspectie SZW

Samenvatting reactie Divosa
Divosa onderschrijft de conclusies van de Inspectie SZW voor wat betreft de voordelen en opbrengsten van intensieve samenwerking voor de dienstverlening aan klanten met psychische gezondheidsproblemen. Divosa geeft aan dat tekorten op het bijstandsbudget nopen tot bepaalde keuzes. Tegelijk propageert ze wel de samenwerking tussen professionals, onder andere door het bundelen van expertise en het bieden van ict-ondersteuning in de vorm van Mens Centraal. Divosa geeft in haar reactie aan dat uit het onderzoek blijkt dat geduld nodig is voor de doelgroep en dat het minimaal anderhalf jaar duurt voordat voorzichtig aan betaald werk kan worden gedacht.
De onderzoeksresultaten van 'Samen de focus op werk' wil Divosa gebruiken om de dienstverlening te optimaliseren, zoals het zoeken naar financieringsmogelijkheden via zorgverzekeraars. Verder is het rapport een steun in de rug voor gemeenten die experimenteren met sociale wijkteams, waar professionals uit meerdere disciplines met elkaar samenwerken.

Samenvatting reactie UWV
In de bestuurlijke reactie geeft UWV aan dat voor wat betreft de re-integratie en bemiddelingstaak, de focus op werk ligt. Als er gezondheidsklachten zijn die de weg naar werk belemmeren wordt gezocht naar een oplossing die de focus op werk in stand houdt, vergroot of bevordert. UWV wijst op een aantal initiatieven die zijn gericht op dienstverlening aan cliënten met psychische problemen. Genoemd wordt een recent met de GGZ afgesloten convenant waarin de nodige stappen worden gezet om ook voor cliënten met psychische problemen in te zetten op demedicalisering. Doel van het convenant is om deze doelgroep zo veel als mogelijk adequaat te behandelen met behoud van werk of optimaal te re-integreren. Voorts is er het initiatief fit-4-work en UWV bevordert dat het thema op de bestuurlijke agenda komt, onder meer door het organiseren van congressen. UWV meent tot slot dat bij de conclusies in het rapport ten aanzien van de intensiteit van de samenwerking, onvoldoende rekening is gehouden met het onderscheid in claimbeoordeling en re-integratietaak. De samenwerking bij de claimbeoordeling is ad hoc en niet intensief.

Nawoord Inspectie SZW
Inspectie SZW sluit het meerjarig programma af, over de samenwerking tussen de sector werk en inkomen en de gezondheidszorg. Met het programma beoogt de inspectie een bijdrage te leveren aan het doeltreffend functioneren van het stelsel van werk en inkomen.
Divosa en UWV herkennen en onderschrijven grotendeels de bevindingen en conclusies ten aanzien van intensieve samenwerking en de daarmee samenhangende dienstverlening aan klanten met psychische gezondheidsproblemen.
De inspectie plaatst bij de opmerking van Divosa, dat uit het onderzoek blijkt dat geduld nodig is voor de doelgroep en dat het minimaal anderhalf jaar duurt voordat voorzichtig aan betaald werk kan worden gedacht, de volgende kanttekening. In het rapport is gerefereerd aan uitspraken van geïnterviewde klantmanagers van gemeenten, die niet intensief of ad hoc samenwerken met de gezondheidssector. De inspectie benadrukt in deze context dat uit het onderzoek ook blijkt, dat als de

samenwerking intensiever is, er sneller een focus kan worden gelegd op werk, ondanks de psychische gezondheidsproblemen.
De inspectie herkent het bezwaar van UWV niet, dat in het rapport ten aanzien van de intensiteit van de samenwerking, onvoldoende rekening is gehouden met het onderscheid in claimbeoordeling en re-integratietaak. Juist vanwege deze twee taken maakt de inspectie bij het presenteren van de onderzoeksresultaten een onderscheid aan tussen de verzekeringsartsen, verantwoordelijk voor de claimbeoordeling, en de arbeidsdeskundigen, verantwoordelijk voor de re-integratietaak. Ook verklaart de inspectie in het rapport waarom er een verschil is aangetroffen tussen de verzekeringsartsen en de arbeidsdeskundigen, voor wat betreft de intensiteit van samenwerking.

9 Reacties UWV en Divosa

Datum
21 AUG. 2012
Van

Postbus 58285, 1040 HG Amsterdam

Ons kenmerk
SBK/85792/IZ

Aan de Inspecteur-Generaal SZW
De heer mr. J.A. van den Bos
Postbus 90801
2509 LV DEN HAAG

Uw kenmerk
2012/4648

Onderwerp
Conceptrapport "Samen de focus op werk"

Geachte heer Van den Bos,

Met uw brief van 6 augustus 2012 heeft u het conceptrapport "Samen de focus op werk" voor een reactie aan ons voorgelegd.

Wij maken graag gebruik van de door u geboden gelegenheid om een reactie te geven op de resultaten en uw oordeel over de samenwerking tussen de professionals sector werk en inkomen en de geestelijke gezondheidszorg voor klanten met psychische gezondheidsproblemen en wat de opbrengsten van die samenwerking voor de dienstverlening betekenen.

In de nota "Samen de focus op werk" stelt de Inspectie dat er onvoldoende gebruik gemaakt wordt van intensieve vormen van dienstverlening en dat daardoor kansen voor een goede dienstverlening, en daarmee voor uitstroom naar werk, worden gemist.

Voor UWV geldt al langere tijd dat wij voor wat onze re-integratie- en bemiddelingstaak betreft onze focus is gericht op werk. Als er gezondheidsklachten zijn die de weg naar werk belemmeren wordt er gezocht naar een oplossing die de focus op werk in stand houdt c.q. vergroot of bevordert. Samenwerking met zorgprofessionals kan dit bevorderen.
Voor het bepalen van de intensiteit van de samenwerking met zorgprofessionals moet onderscheid worden gemaakt of samenwerking plaats vindt in kader van onze claimbeoordelings- of re-integratietaak. De samenwerking met de zorg bij de claimbeoordeling loopt en is ad hoc en niet intensief. Voor de samenwerking bij re-integratie geldt dat deze in ontwikkeling is en steeds meer aandacht krijgt en geleid heeft tot concrete nieuwe initiatieven zoals het met de GGZ gesloten convenant.
Wij menen dan ook dat u bij het presenteren en wegen van de resultaten uit de enquête en interviews onvoldoende rekening heeft gehouden met deze onderscheidenlijke taken van UWV.

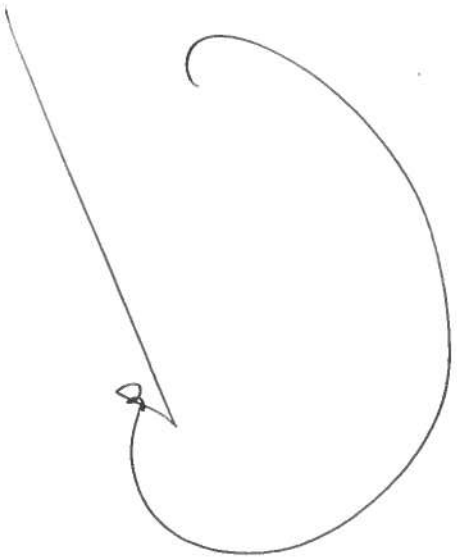
Samen met de GGZ worden de nodige stappen gezet om ook voor cliënten met psychische klachten in te zetten op demedicalisering.
Dit met de GGZ afgesloten convenant heeft tot doel om de benoemde doelgroepen zo veel als mogelijk is adequaat te behandelen met behoud van werk of optimaal te re-integreren. De samenwerking tussen UWV en GGZ zal zowel op beleids- als uitvoerend niveau plaatsvinden en zowel centraal als decentraal.

De uitwerking van het convenant vindt plaats langs de lijnen:
- inventarisatie van lopende samenwerkingsinitiatieven
- themagewijze uitwerking op kennisoverdracht, creëren van gemeenschappelijke uitvoeringsmodellen en instrumentontwikkeling
- validering van de op een aantal plaatsen in Nederland ontwikkelde best practices en landelijke verspreiding daarvan

Ook het project fit-4-work dat UWV in samenwerking met de G4 in september van dit jaar start is voorbeeld van het belang dat UWV hecht aan samenwerking met de zorg voor mensen met psychische problematiek.

Wij zoeken nadrukkelijk de samenwerking met de zorg en bevorderen dat het thema op de agenda komt. Dit doen wij concreet door het organiseren van congressen. Voorbeelden zijn het op 3 november vorige jaar georganiseerde congres kansen op werk voor mensen met psychische klachten en het op 18 juni jongstleden georganiseerde congres over het outsidereffect van mensen met psychische klachten.

Hoogachtend,



mr. drs. B.J. Bruins
Voorzitter Raad van Bestuur

Divosa

Inspectie SZW
Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid
t.a.v. de heer mr. J.A. van den Bos
Postbus 90801
2509 LV DEN HAAG

Utrecht, 20 augustus 2012

Onderwerp: Bestuurlijke reactie conceptrapportage 'Samen de focus op werk
Onze ref.: 120125

Geachte heer Van den Bos,

bezoekadres
Verenigingsbureau
Divosa
Koningin
Wilhelminalaan 5
3527 LA Utrecht

postadres
Postbus 2758
3500 GT Utrecht

telefoon
030-233 233 7

website
www.divosa.nl

e-mail
cb@divosa.nl

Intensieve samenwerking tussen professionals uit de sector werk en inkomen en de geestelijke gezondheidszorg leidt tot betere dienstverlening voor mensen met psychische problemen. Zij krijgen een betere diagnose, meer maatwerk, ontsnappen aan de medicalisering van hun probleem en er zijn meer trajectmogelijkheden. Dat is de conclusie uit uw conceptrapportage 'Samen de focus op werk'.

Dat is goed nieuws. Hoewel uw onderzoek geen uitsluitsel geeft over de effectiviteit van samenwerken, toont u wel aan dat het meer klantgerichte dienstverlening oplevert. Professionals die investeren in samenwerkingsrelaties delen kennis en expertise, krijgen zo meer inzicht in de vraag of mensen kunnen werken en zo ja, hoe je hen vervolgens het juiste zetje geeft. Wel moeten we geduld hebben, blijkt uit het onderzoek. Het duurt vaak minimaal anderhalf jaar voordat deze mensen hun leven op orde hebben en voorzichtig aan betaald werk kunnen denken.

Divosa propageert het samenwerken tussen professionals, ook al zien wij dat sociale diensten door de tekorten op het bijstandbudget hun focus steeds meer moeten verleggen naar mensen die relatief snel kunnen uitstromen. Op dit moment werken wij samen met kennisinstituten uit aanpalende domeinen om de expertise over de aanpak van multiproblematiek te bundelen en eenduidig aan te bieden. Ook heeft Divosa aan de wieg gestaan van Mens Centraal, een ict-systeem wat de samenwerking tussen verschillende domeinen ondersteunt.

Gemeenten kunnen uw onderzoeksresultaten gebruiken bij de optimale inrichting van hun dienstverlening. Ook omdat uw onderzoek aanknopingspunten biedt voor financieringsmogelijkheden via de zorgverzekeraar. Het onderzoek is daarnaast een steun in de rug voor gemeenten die op dit moment experimenteren met sociale wijkteams waar professionals uit meerdere disciplines samenwerken volgens het principe 1 gezin - 1 plan - 1 hulpverlener. Deze teams combineren kennis en expertise en pakken problemen in samenhang op als er sprake is van multiproblematiek.

Met vriendelijke groet,

René Paas, voorzitter Divosa

Bijlage 1

Operationalisatie van begrippen

De legitimatie van het onderzoek en de genoemde normen voor een klantgerichte, efficiënte en activerende dienstverlening zijn ontleend aan de Wet SUWI, aan het huidige kabinetsbeleid, aan de Wet Eenmalige gegevensuitvraag werk en inkomen (WEU), en aan de uitkomsten van eerdere onderzoeken van de inspectie (Maatwerk bij meervoudigheid, 2010; Samenwerken voor uitkeringsgerechtigden met gezondheidsproblemen, 2011). Daarnaast wordt gebruik gemaakt van elementen uit het model voor beoordeling van samenwerking en dienstverlening van het Integraal Toezicht Jeugdzaken (ITJ)[20].

Samenwerking
De Wet SUWI houdt een opdracht in tot samenwerking: de SUWI-partijen werken samen met elkaar en met andere diensten, instellingen en bestuursorganen die werkzaamheden verrichten die verband houden met de uitoefening van die taken. Deze opdracht is te vinden in artikel 9, eerste en tweede lid, van de Wet SUWI.

In een passage uit de memorie van toelichting bij het huidige artikel 9 van de Wet SUWI wordt ingegaan op de samenwerking met partijen buiten de SUWI-keten.
De ketenpartners dienen een samenhangende dienstverlening aan te bieden, waarin de werkzoekende of de werkgever de keten als geheel kan aanspreken en de keten ook als geheel zijn diensten aanbiedt. (…) De verdere ontwikkeling van de keten werk en inkomen maakt het mogelijk de aanpalende domeinen van onderwijs, inburgering, (jeugd)zorg en maatschappelijke ondersteuning nadrukkelijker te betrekken bij de dienstverlening.[21]

Aan de kant van de gezondheidszorg is in de relevante wetgeving geen opdracht tot samenwerking opgenomen.

Wet SUWI en dienstverlening
Klantgerichtheid is één van de kerndoelen van de Wet SUWI en moet vorm krijgen door bij de inrichting van de dienstverlening niet de logica van de organisaties voorop te stellen maar de logica en behoefte van de cliënt. In de Memorie van Toelichting op de Wet SUWI stelt de wetgever als een van de criteria voor een effectief stelsel van werk en inkomen dat het nieuwe stelsel klantgericht moet zijn, voor de klant goed bereikbaar en voldoende transparant. De uitvoeringsorganisatie dient de klant goed en snel te helpen (efficiëntie) en recht te doen aan de individuele omstandigheden (maatwerk).

WEU
Sinds 1 januari 2008 is de Wet eenmalige gegevensuitvraag werk en inkomen (WEU) van kracht. Het doel van de WEU is dat de burger slechts eenmaal gegevens verstrekt. Bij de start van de WEU is een aantal gegevens vastgelegd dat in principe niet meer dan één keer mag worden uitgevraagd door overheidsinstanties en ketenorganisaties werkzaam in het domein van werk en inkomen.

---

[20] Integraal Toezicht Jeugdzaken (2010), Toezichtkader ITJ. Geraadpleegd in 2012 via http://www.jeugdinspecties.nl/onderwerpen/toezichtkader/.

[21] Kamerstukken *II*, 31 514, nr. 3, p.1-4.

De WEU bestrijkt alleen de ketenpartners. In de gezondheidszorg zijn wetten van kracht die regelen welke gegevens mogen worden verstrekt en gedeeld, zoals de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG), de Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg en andere specifieke regelingen.

ITJ-normen
Vanuit het Integraal Toezicht Jeugdzorg zijn normen opgesteld ten aanzien van samenwerking.

- Doelconvergentie. De mate waarin overeenstemming bestaat tussen de professionals over het gezamenlijk doel van de aanpak om het gezondheidsprobleem te verminderen en activering te bevorderen.
- Gedeelde probleemanalyse. Er is een door de professionals gedeelde analyse van de belemmeringen en kansen van de cliënt. Er is een gedeeld beeld van de oorzaken, de omvang en de aangrijpingspunten voor de aanpak.
- Informatiecoördinatie (uitwisseling). De gegevens worden gedeeld of uitgewisseld die nodig zijn om gezamenlijk doel te bereiken.
- Professionals hebben zicht op de gegevens die rondom de cliënt beschikbaar zijn, op welke knelpunten professionals ondervinden bij het vastleggen of uitwisselen van gegevens en op hoe de overdracht van de dienstverlening verloopt.
- Oplossingsgerichtheid. De activiteiten van de professionals zijn gericht op activering, en daarnaast op het verminderen van het gezondheidsprobleem. De afzonderlijke activiteiten van de professionals worden op elkaar afgestemd.
- Ketenregie. Er is een klantmanager/regisseur die de zorg en dienstverlening op elkaar afstemt. Die regisseur is zichtbaar.
- Continuïteit in de keten. De activiteiten vinden ononderbroken plaats.

In onderstaande tabel is samenvattend per geoperationaliseerd begrip aangegeven op welke bronnen dit is gebaseerd.

Begrip	**Bron**
Samenwerking: vorm en inhoud en frequentie	'Samenwerken voor uitkeringsgerechtigden met gezondheidsproblemen' (IWI onderzoek 2011), ITJ-normen, SUWI
De kwaliteit van de diagnose van de afstand tot de arbeidsmarkt (klantgerichtheid en efficiëntie van de dienstverlening)	SUWI en onderzoek 'Maatwerk bij meervoudigheid' (IWI-onderzoek 2010)
Eenduidige communicatie naar de klant (klantgerichtheid van de dienstverlening)	'Samenwerken voor uitkeringsgerechtigden met gezondheidsproblemen' (IWI onderzoek 2011)
De kwantiteit van de uitvraag van persoonsgegevens (efficiëntie van de dienstverlening)	Wet eenmalige gegevensuitvraag (WEU)
De mate van maatwerk (klantgerichtheid van de dienstverlening)	SUWI, 'Maatwerk bij meervoudigheid' (IWI onderzoek 2010)
Dienstverlening gericht op vergroten zelfredzaamheid (activering van de dienstverlening)	SUWI

Begrip	**Bron**
Continuïteit inzet van trajecten (efficiëntie van de dienstverlening)	Toezichtskader ITJ
Inzet van trajecten gericht op activering (activering van de dienstverlening)	SUWI

Bijlage 2

Lijst van gebruikte afkortingen

AD	Arbeidsdeskundige
ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder
Arbo	Arbeidsomstandighedenwet
DSA	Dynamisch systeem arbeidsparticipatie
EPD	Elektronisch Patiëntendossier
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
ITJ	Integraal Toezicht Jeugdzaken
IWI	Inspectie Werk en Inkomen
IQ	Intelligentiequotiënt
ROM	Routine Outcome Monitoring.
SER	Sociaal Economische Raad
SPV	Sociaal psychiatrisch verpleegkundige
SUWI	Structuur uitvoeringsorganisatie werk en inkomen
SZW	Sociale Zaken en Werkgelegenheid
UWV	Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen
WW	Werkloosheidswet
Wajong	Wet werk en arbeidsondersteuning jonggehandicapten
W&I	Werk & Inkomen
WBP	Wet Bescherming Persoonsgegevens
WEU	Wet eenmalige gegevensuitvraag werk en inkomen
WGA	Werkhervatting Gedeeltelijk Arbeidsgeschikten
WMO	Wet Maatschappelijke Ondersteuning
WPR	Wet Persoonsregistraties
WSW	Wet sociale werkvoorziening
WWB	Wet werk en bijstand
ZW	Ziektewet

Publicaties Inspectie SZW / Werk en Inkomen

2012
Iedereen aan de slag (Programmarapportage Participatie)
Het naleven van verplichtingen (Programmarapportage Inkomenszekerheid)
Gegevensuitwisseling WWB/WIJ (Programmarapportage Informatieprocessen)
De cliënt centraal (Programmarapportage Dienstverlenende overheid)
Vervolgonderzoek Risicobeheersing UWV
Jaarverslag 2011 Inspectie SZW

2011
Veranderprogramma SVB Tien
Iedereen aan de slag. (Programmarapportage Participatie)
De keten volgt klanten, toepassing van klantvolgsystemen (Programmarapportage Informatieprocessen)
Activering jongeren. (Programmarapportage Participatie)
Samenwerken voor uitkeringsgerechtigden met gezondheidsproblemen (Programmarapportage Dienstverlenende overheid)
De voorlichting aan WGA'ers
Onderzoek categoriale aanvullende inkomensondersteuning door gemeenten
UWV en Walvis, tiende rapportage
Jaarverslag 2010 Inspectie Werk en Inkomen