

Samen werken aan werk

Psychische aandoeningen en werk: wat we weten, wat we kunnen doen



Samen werken aan werk

Psychische aandoeningen en werk: wat we weten, wat we kunnen doen

April 2017
Peter van Eekert
ARCO SZ

If you want to go fast, go alone. If you want to go far, go together.

If you think work is bad for people with mental illness, try poverty, unemployment, and social isolation.

Inhoud

Inleiding	1
1. Psychische gezondheid en werk	3
1.1 Wat zijn psychische aandoeningen?	3
1.2 Hoe vaak komt het voor?	3
1.3 Aandoening en werk	3
1.4 Uitval door psychische klachten	3
1.5 Kosten	4
1.6 Wisselwerking tussen psychische gezondheid en werk	4
1.7 Ongezonde belasting	5
1.8 Oriëntatie van de GGZ	5
1.9 Oriëntatie Werk & Inkomen	6
1.10 FACT-en wijkteams	7
1.11 Business case	7
1.12 Integrale aanpak	8
1.13 Verantwoordelijkheden professionals: duiding Zorginstituut Nederland	9
2. Samenwerken aan participatie en herstel: ervaringen in de regio	10
2.1 Noodzaak	10
2.2 Doel	10
2.3 Samenwerken: de professionals aan het woord	11
2.4 Resultaten en vervolgstappen	11
2.5 Kennismaking en netwerkvorming	12
2.6 Kennis en kunde	13
2.7 Concrete vervolgspraken werkateliers	15
2.8 Cliënten en ervaringsdeskundigen	17
2.9 Onderzoek in vier regio's	18
3. Interventies en aanpakken	20
3.1 ICF	20
3.2 Supported employment	20
3.3 Jobcoaching	21
3.4 Werk passend maken	21
3.5 IPS	22
3.6 Stigma bestrijden	22
3.7 Werkgevers en werkgeversbenadering	24
3.8 Ondersteuning	24
3.9 Algemene uitgangspunten begeleiding naar werk	25
4. Randvoorwaarden	27
4.1 Wet Banenafpraak	27
4.2 Financiering IPS	27
4.3 UWV-onderzoekssubsidie IPS	28
4.4 Gemeenten en IPS	28
4.5 Financiering en verbreding	29
4.6 Zorgverzekeraars	30
4.7 Gegevensuitwisseling en privacy	30
Colofon	33

Inleiding

Over het algemeen geldt dat werk een goed medicijn is bij psychische aandoeningen. Door behandeling te combineren met werk of participatie worden betere resultaten bereikt. Ten voordele van de persoon zelf, maar ook de samenleving als geheel. Om tot zo'n geïntegreerde aanpak te komen, moeten de professionals uit de GGZ samenwerken met hun collega's van Werk & Inkomen, zowel van gemeenten als van UWV. Dat begint met het hebben van een gezamenlijk doel, een gedeelde analyse en focus en een op elkaar afgestemde aanpak.

Samenwerking is middel

Samenwerken is nooit een doel op zich. Maar een middel om de cliënt beter te helpen bij herstel en re-integratie. Om de beide aanpakken elkaar te laten versterken in plaats van tegen elkaar in te werken. Samenwerken is noodzakelijk voor de goede aanpak. Op de weg naar een integrale aanpak worden vooral de laatste jaren stevige stappen gezet, maar er ligt nog een flinke weg voor ons. Het is echter wel degelijk haalbaar om snel meters te maken. Door kennis te delen, kennis te willen opdoen en toe te passen, en door van elkaar te leren.

Weten en doen

Wat weten we over de relatie tussen psychische aandoeningen en werk? En wat kunnen zorg- en Werk & Inkomen-professionals samen doen om mensen met psychische aandoeningen beter naar werk te begeleiden? Dat zijn de twee vragen die centraal staan in dit stuk. De informatie die hier wordt gepresenteerd komt uit verschillende bronnen. In hoofdstuk 2 leest u over de ervaringen en meningen van de betrokken professionals, zoals opgetekend in de zogenaamde regionale werkateliers die in 2016 en 2017 zijn gehouden in veel van de 35 arbeidsmarktregio's. Deze werkateliers werden georganiseerd door het UWV, de VNG en GGZ Nederland in samenwerking met de Programmaraad. Het ministerie van SZW maakte dit rapport, waarin de uitkomsten worden gepresenteerd, mogelijk. Hoofdstuk 1 gaat vooral over de inzichten uit wetenschappelijk onderzoek. In hoofdstuk 3 wordt een aantal interventies en aanpakken belicht, en hoofdstuk 4 geeft inzicht in de beleidsmatige ontwikkelingen. Daarnaast zijn in vier voorbeeldregio's leerervaringen opgetekend. De relevante inzichten zijn in dit document verwerkt.

Inspiratie voor vervolg

Het doel van dit rapport is om de gezamenlijke aanpak van GGZ, UWV, gemeenten en andere betrokken partijen verder te brengen. Door onderbouwing te geven aan wat velen al weten: werken, mits onder de juiste condities, is gezond en maakt gezond. En door praktische voorbeelden en tips te presenteren hoe de professionals uit verschillende sectoren hun gezamenlijke aanpak oppakken en inrichten. De regionale werkateliers zijn achter de rug en het is nu zaak om er een vervolg aan te geven. Om de intenties om te zetten in daden. In veel regio's worden al vervolgacties uitgevoerd. Het ministerie van SZW heeft onlangs bekend gemaakt dit ontwikkelingsproces een verdere impuls te

willen geven door geld beschikbaar te stellen om de regionale samenwerking te verstevigen.¹ Als dit rapport inspiratie oplevert om een aanvraag te doen, heeft het zijn functie vervuld.

¹ Zie hierover: <https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2017/03/13/financiele-impuls-bevordering-arbeidsparticipatie-mensen-met-psychische-aandoeningen-%E2%80%93-stimulering-regionale-samenwerking-ggz-en-werkinkomen>

Hoofdstuk 1

Psychische gezondheid en werk

1.1 Wat zijn psychische aandoeningen?

Er zijn meerdere omschrijvingen van psychische aandoeningen in omloop. Kenmerkend zijn plotselinge (acute), aanhoudende (chronische) of steeds terugkerende (recidiverende) storende of bedreigende gevoelens, gedachten, gedragingen of lijden. Psychische aandoeningen is een containerbegrip van lichtere en zware aandoeningen. De aandoening en de intensiteit en de duur van de symptomen verschillen van persoon tot persoon. Het verloop laat zich vaak niet voorspellen. Bij sommige aandoeningen kunnen symptomen door medicatie en therapie afnemen of zelfs verdwijnen, maar andere aandoeningen kunnen telkens terugkomen. Sommige mensen met een psychische aandoening hebben altijd professionele ondersteuning nodig, de meesten periodiek en sommigen hoogstens voor een hele korte tijd.

1.2 Hoe vaak komt het voor?

Psychische klachten, in lichtere of zwaardere mate, komen veel voor. Gemiddeld genomen krijgt jaarlijks bijna twee op de tien Nederlanders (18%) te maken met een psychische aandoening, zo blijkt uit onderzoek. Over langere periode bezien is het zo dat bijna de helft van alle Nederlanders ooit in zijn of haar leven een aandoening had of heeft.

1.3 Aandoening en werk

Betekent het hebben van een aandoening dat werk onmogelijk wordt? Nee. Over het algemeen kunnen en willen veel mensen met een psychische aandoening werken. In Nederland waren in 2012 naar schatting 640.000 volwassenen in behandeling bij de GGZ. Driekwart van hen kreeg een kortdurende ambulante behandeling. Hun arbeidsparticipatie is niet veel lager dan die in de rest van de beroepsbevolking in Nederland. Voor deze groep speelt meestal vooral de vraag hoe te voorkomen dat ze door hun psychische problematiek hun betaalde baan verliezen. Ongeveer een kwart van alle GGZ-cliënten heeft een ernstige, vaak langdurige aandoening (al dan niet in combinatie met beperkingen op sociaal gebied). In deze groep is de arbeidsparticipatie veel kleiner, naar schatting heeft 19% een baan van 12 uur per week of meer. Maar 60% tot 70% van de GGZ-cliënten met een ernstige aandoening wil ooit (weer) werken.

1.4 Uitval door psychische klachten

Het arbeidsverzuim om psychische redenen is groot en in de periode 2010-2013 is het verzuimpercentage door psychische aandoeningen sterk gestegen. Werknemers met psychische aandoeningen re-integreren trager en vallen vaker definitief uit. Ruim een derde van de arbeidsongeschikten is afgekeurd wegens psychische klachten. Van de bijstandsgerechtigden heeft naar schatting 40% psychische problemen.

Mensen met psychische aandoeningen hebben aanzienlijk minder kansen op de arbeidsmarkt. Voor mensen met ernstige psychische aandoeningen geldt dat zij 30% minder kans hebben op een betaalde baan en drie tot vier keer zo vaak werkloos zijn dan mensen zonder psychische

aandoeningen. Voor mensen met lichte tot milde psychische aandoeningen geldt dat zij 10 tot 15% minder kans hebben op een betaalde baan en twee keer zo vaak werkloos zijn dan mensen zonder psychische aandoeningen. Langdurige psychische aandoeningen leiden tot een vervroegde uitstroom op de arbeidsmarkt. Dit is met name het geval bij personen in de leeftijd van 50 - 59 jaar die lijden aan een zware depressie. Binnen deze groep is de kans twee keer zo groot om binnen vier jaar te stoppen met werken.²

1.5 Kosten

Eind 2014 publiceerde de OECD een belangwekkend rapport over de relatie tussen geestelijke gezondheid en werk in Nederland.³ De werkloosheid onder mensen met een psychische aandoening is significant hoger, en groter naarmate de aandoening ernstiger is. Veel betrokkenen hebben wel de wens tot werken. De totale kosten van psychische aandoeningen bedragen in ons land 3,3% van het bruto nationaal product. Het gaat daarbij om directe kosten, namelijk die van gezondheidszorg, maar vooral om indirecte kosten, zoals die van werkloosheid, uitkeringen en productiviteitsverlies. Vergeleken met andere OECD-landen is het probleem van psychische aandoeningen in relatie tot werk groot in Nederland. Het aantal mensen met een arbeidsongeschiktheidsuitkering op psychische gronden is relatief groot en stijgend.

1.6 Wisselwerking tussen psychische gezondheid en werk

Er is een duidelijke wisselwerking tussen psychische gezondheid en werk. Werk laat psychische klachten over het algemeen afnemen, terwijl werkloosheid of inactiviteit ze juist versterkt.⁴ Werk heeft een positief effect op de gezondheid omdat het structuur biedt, voor sociale contacten zorgt en bijdraagt aan het gevoel van eigenwaarde. Let wel: dit geldt onder de juiste randvoorwaarden: kwalitatief goed werk en zo nodig adequate begeleiding. In een onderzoek naar de methodiek Fit4Work, een methode met geïntegreerde aanpak van behandeling in de GGZ en re-integratie, stelden Burdorf en Schuring vast dat starten met betaalde arbeid de psychische gezondheid verbetert (alsmede de fysieke gezondheid). Het vergroot de controle over het eigen leven en verhoogt de zelfwaardering. Starten met betaalde arbeid maakt mensen zeer gelukkig.⁵

Andersom is het aangetoond dat langdurig aan de kant van samenleving en arbeidsmarkt staan, al dan niet met een uitkering, een oorzaak van psychische klachten kan zijn.⁶ De ervaringen van veel begeleiders en betrokkenen (ervaringsdeskundigen) wijzen in dezelfde richting.⁷

Psychische aandoeningen zijn dus niet alleen (mede) de oorzaak dat mensen in de uitkering belanden, ze kunnen er ook het gevolg van zijn of erdoor versterkt worden. Zeker bij een combinatie van problemen op verschillende terreinen, zoals financiën, opvoeding en huisvesting, weten mensen

² OECD: Report Health at a glance, Europe 2016

³ OECD: Mental Health and Work: Netherlands. OECD Publishing, 2014. Dit rapport maakt deel uit van een serie publicaties over diverse OECD-landen.

⁴ Dit is wetenschappelijk aangetoond in het proefschrift The Role of Health and Health Promotion in Labour Force Participation van Merel Schuring.

⁵ Zie: https://www.divosa.nl/sites/default/files/werkwijzer_bijlage/divosa_vjc2016-werk-participatie-gezondheid-lex-burdorf.pdf

⁶ Zie McKee-Ryan, F., Song, Z., Wanberg, C. R., & Kinicki, A. J. (2005). Psychological and physical well-being during unemployment: a meta-analytic study. Journal of Applied Psychology, 90(1), 53.

⁷ Zie hierover bijvoorbeeld:

http://www.ggz nederland.nl/uploads/assets/Manifest%20Betere%20Geestelijke%20Gezondheid_1.pdf

vaak niet meer waar te beginnen. Dat kan leiden tot bijkomende psychische aandoeningen.⁸ Het is dan ook belangrijk om te voorkomen dat lichte problemen verergeren.

“Het is belangrijk om mee te doen. Werk, dagbesteding of een andere creatieve bezigheid maakt me blij.”

Ervaringsdeskundige

1.7 Ongezonde belasting

De relatie tussen werk en psychische gezondheid wordt ook door de OECD bevestigd in eerdergenoemd rapport. Werkloosheid is erg schadelijk voor psychische gezondheid, terwijl anderzijds mensen met een psychische aandoening die werk vinden een aanmerkelijke verbetering van hun geestelijke gezondheid ervaren. Echter, banen van slechte kwaliteit kunnen juist weer schadelijk zijn. Dit is belangrijk omdat mensen met een psychische aandoening vaker werken in een baan die slecht aansluit bij hun vaardigheden en competenties. Zij werken relatief ook vaker in laaggeschoolde banen, waarin hoge psychische druk samengaat met weinig beslissingsruimte. Dit is een recept voor een ongezonde belasting en spanning, die leidt tot ongezonde werkstress, een oorzaak van psychische problemen.

1.8 Oriëntatie van GGZ

“De GGZ is niet gericht op werk, maar op ziekte.”

GGZ-medewerker

De GGZ is bezig zich te heroriënteren. Volgens het rapport ‘Over de brug’ van kenniscentrum Phrenos⁹ is er sprake van een kentering in de GGZ. Er is naast symptomatisch herstel meer aandacht voor functioneel en persoonlijk herstel, meer ruimte voor eigen regie en zelfmanagement van de cliënt en zijn of haar omgeving wordt meer betrokken. Behandeling en maatschappelijk herstel, waaronder werk, worden sterker als één parallel proces gezien en mede daardoor neemt de aandacht voor samenwerking tussen GGZ en andere sectoren toe. Deze ontwikkeling wordt in de hand gewerkt door de ambulantisering en de daaraan gekoppelde afbouw van het aantal bedden in de GGZ, die is ingezet met het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ uit 2012.

Ondanks een beweging richting integratie van behandeling en rehabilitatie, is de aandacht voor werk in de ogen van sommige deskundigen nog steeds te klein. Volgens prof. Han Anema zou participatie veel meer een behandeldoel moeten zijn in de GGZ en dient er niet te worden gewacht met werk(hervatting) tot de klachten verholpen zijn.¹⁰ Werk is één van de sterkste gezondheidsdeterminanten. Belangrijk is de persoonlijke overtuiging van de betrokkene dat hij of zij kan werken, ondanks de klachten. De omgeving heeft daar grote invloed op.

“Leg in de opleiding van de sociaalpsychiatrisch verpleegkundige meer nadruk op werk en de invloed van het hebben van een baan.”

Deelnemer werkatelier

⁸ zie ook de factsheet ‘Arbeid en psychische aandoeningen’ van het Trimbos Instituut:

<https://assets.trimbos.nl/docs/47efb503-d62e-44c1-ae46-ff17cfb8775b.pdf>

⁹ Zie voor het rapport ‘Over de brug’: <http://www.kenniscentrumphrenos.nl/items/de-brug-pva-epa>

¹⁰ Prof. dr. Han Anema sprak op het Congres Mensenwerk, 11 februari 2015. Zie ook het artikel over zijn oratie:

<https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/participatie-als-behandeldoel.htm>

“Mijn herstel is in een opwaartse spiraal gekomen nadat ik het advies van mijn trajectbegeleidster in de wind sloeg en koos voor een baan als ervaringsdeskundige. Zij vond dat ik dat niet zou kunnen ‘handlen’, net zoals de verzekeringsarts die mij het advies gaf om niet te veel stress aan te gaan. Ik werk nu zowat 11 jaar als ervaringsdeskundige en heb mij weten te ontwikkelen tot coördinator van de ervaringsdeskundigen. Daar waar ik een aantal jaar heb geloofd dat de maatschappij niet meer op mij zat te wachten, heb ik nu de overtuiging dat ik een toegevoegde waarde ben hierin. Natuurlijk is het niet altijd rozengeur en maneschijn. Ik heb nog steeds mijn ups en downs, kan moeilijk grenzen stellen en rek het elastiekje dan wel erg ver uit. Maar dat maakt wel dat ik het gevoel heb dat ik leef! Het recht om risico’s te nemen heeft mij ver in mijn herstel gebracht. UWV en GGZ zouden met een samenwerking dit resultaat wellicht nog sneller en beter hebben kunnen bewerkstelligen. Ik was zo’n lekkere eigenwijs die precies het tegenovergestelde deed van wat men mij vertelde, maar er zijn genoeg mensen die het advies van anderen ter harte nemen en dus maar niet aan het werk gaan. Want oh wee, het kan nog eens verkeerd uitpakken en dan zijn we verder van huis!”
Ervaringsdeskundige

1.9 Oriëntatie Werk & Inkomen

Ook bij Werk & Inkomen is men de blik aan het verbreden. Tot niet zo lang geleden was er regelmatig een tamelijk dwingende aanpak bij re-integratie waarbij alleen de vraag op de arbeidsmarkt leidend was. In dat soort aanpakken was geen ruimte voor de eigenheid van het werkzoekende individu. Zo’n benadering werkt niet voor mensen met een psychische kwetsbaarheid. Zij werden dan ook al snel onbemiddelbaar verklaard, kregen een zogenaamd rusttraject, of werden doorverwezen naar sociale activering, vrijwilligerswerk, de sociale werkvoorziening of participatieactiviteiten.

“Er is een cultuuromslag nodig. Er wordt te snel gedacht: die mensen kunnen niets, het is een moeilijke groep, er is extra geld nodig. Er is een grote blinde vlek voor wat mensen wel kunnen. En ook vooroordelen, bij begeleiders en bij werkgevers. Werkzoekenden met psychische aandoeningen staan achteraan de rij, en de rij is lang...”
Arbeidsdeskundige

Het convenant dat UWV en GGZ enkele jaren geleden afsloten bracht samenwerking op gang, zowel in de regio’s als landelijk. Inmiddels groeit ook bij gemeenten de aandacht.¹¹ Dit heeft onder meer te maken met het feit dat vanaf 2015 mensen met arbeidsvermogen niet langer in de Wajong komen en een beroep gaan doen op de Participatiewet. Gemeenten krijgen dus meer te maken met mensen met een psychische aandoening. Het is een misvatting dat werknemers of werkzoekenden met een psychische aandoening niet kunnen werken of alleen simpel werk aankunnen. Psychische aandoeningen komen voor bij mensen met allerlei kwalificaties en opleidingsniveaus. Niet zelden verergert niet werken of een baan (ver) onder het niveau de problemen in plaats van ze te helpen oplossen. Iedereen wil volwaardig functioneren, op zijn of haar niveau.

“Geloof in werk is een veel betere voorspeller van succesvolle re-integratie dan psychische gezondheid. Dit is in wetenschappelijk onderzoek aangetoond. Dat geloof ontbreekt vaak bij klantmanagers. Er wordt te snel gezocht naar oplossingen als vrijwilligerswerk.”
Jobcoach

¹¹ Divosa maakte twee werkwijzers, een digitale kenniswijzer en een e-learning voor klantmanagers: <https://www.divosa.nl/werkwijzer-psychische-aandoeningen-en-lichte-verstandelijke-beperkingen>

1.10 FACT- en wijkteams

Het Trimbos Instituut onderzocht de samenwerking van GGZ (FACT-teams¹²) en sociaal domein (sociale wijkteams) rond personen met ernstige psychische aandoeningen (EPA).¹³ De goede voorbeelden liggen bepaald niet voor het oprapen, aldus de rapportage. De situatie is complex, door deelbelangen, geografische werkgebieden die niet aansluiten, en verschillende wettelijke- en financieringskaders. Samenwerking kost veel energie en is vooral een kwestie van willen en mogelijkheden om te 'geven en nemen'. In de praktijk hebben de FACT-teams voor de sociale wijkteams (in wisselende mate) een functie in consultatie en advies bij psychische problemen, meegaan op huisbezoek, en regie nemen wanneer cliënten tot de EPA-doelgroep horen. Omgekeerd zijn de wijkteams voor FACT van betekenis voor een betere aansluiting bij de (voorzieningen in de) wijk, aanpak van woonproblemen en schulden, en het regelen van ondersteuning voor gezinsleden zodat het systeem als geheel beter geholpen is.

De Trimbos-onderzoekers zien enkele factoren die de samenwerking bevorderen:

- Medewerkers dienen over en weer te weten wat ze van elkaar kunnen verwachten. Hierover bestonden bij aanvang nog weleens misverstanden. Die werden weggenomen door gezamenlijk werkoverleg, aansluiten bij elkaars werkoverleg en het organiseren van informatiebijeenkomsten (en scholingsbijeenkomsten) over zowel het sociaal domein als de GGZ.
- Meer inzicht in wat samenwerking voor cliënten kan betekenen. Positieve voorbeelden en ervaringen dragen bij aan het versterken van samenwerking, net als werken met vaste contactpersonen.
- De behoefte van de individuele cliënt is de basis voor samenwerking.
- Om op operationeel niveau goed samen te kunnen werken dienen managers en bestuurders dit te faciliteren en optimaal gebruik te maken van regelmogelijkheden.

1.11 Business case

Werk helpt dus bij herstel, biedt structuur en draagt bij aan geluk. Maar hoe zit het met de kosten in vergelijking tot de baten? Recent onderzoek van het Erasmus Medisch Centrum naar zes re-integratieprojecten voor mensen met psychische aandoeningen laat zien dat de investeringen op een termijn van enkele jaren worden terugverdiend door gemeenten en zorgverzekeraars.¹⁴ Er werden zes projecten onderzocht over arbeidstoeleiding van mensen met grote afstand tot de arbeidsmarkt en psychische gezondheidsproblemen. Van drie projecten maakten zij ook een economische evaluatie, waarbij onder meer informatie over uitkeringskosten, trajectenkosten en inkomsten uit (deeltijd)werk op individueel niveau is verzameld en inzicht is verkregen in zorgkosten voor en na het

¹² Assertive Community Treatment (ACT) is een bewezen effectieve ambulante behandeling uit Amerika van mensen die langdurig zorg nodig hebben. Een multidisciplinair team van hulpverleners met een gedeelde caseload biedt samenhangende hulp op alle gebieden: wonen, financiën, werk of school en (samen)leven. Flexible Assertive Community Treatment (FACT) is een in Nederland ontwikkelde variant op ACT voor alle mensen met langdurige of blijvende ernstige psychiatrische aandoeningen buiten het ziekenhuis. FACT heeft tot doel continuïteit te bieden bij het begeleiden, behandelen en ondersteunen van herstel. Behandeling (cure) en support (care) gaan hand in hand. Patiënten krijgen thuis op hun situatie toegesneden steun om weer mee te doen in de maatschappij op de manier waar ze zich prettig en veilig bij voelen. De teams zoeken daarbij ook contact met familie en buurt. Patiënten leren hoe ze het beste met hun ziekte kunnen omgaan en voor zichzelf kunnen zorgen. En ze werken aan een leven buiten de GGZ met een zinvolle dagbesteding, sociale betrokkenheid en meer meedoen in de samenleving.

¹³ Zie voor het rapport: <https://assets.trimbos.nl/docs/97ad37ee-bffa-46e6-b55e-0a01c646ed51.pdf>

¹⁴ Het rapport is onder meer hier te downloaden: <https://www.movisie.nl/publicaties/monitoren-arbeidstoeleiding-mensen-grote-afstand-tot-arbeidsmarkt-gezondheidsproblemen>. Zie ook de infographic die Erasmus MC heeft opgesteld.

starten met betaald werk. De conclusie is dat de projecten zorgen voor een besparing van uitkeringskosten voor de gemeente, een besparing van zorgkosten voor de zorgverzekeraar en een toename van inkomsten uit werk voor de cliënt. De terugverdientijd voor de gemeente loopt afhankelijk van het project uiteen van vier tot zeven jaar, die voor de zorgverzekeraar van twee en een half tot vijf jaar. De onderzoekers tekenen daarbij aan dat andere relevante positieve effecten, zoals een stijging op de participatielader of verbetering van de zelfredzaamheid niet in euro's zijn uit te drukken. Omdat de zorgverzekeraars een duidelijke kostenbesparing zien optreden zouden zij volgens de onderzoekers kunnen meebetalen aan effectieve interventies voor arbeidstoeleiding voor mensen met gezondheidsproblemen.¹⁵

Mensen met een goede mentale conditie presteren beter op hun werk, zijn innovatiever, verdienen gemiddeld meer en zijn ook fysiek gezonder. Het economische belang van goede geestelijke gezondheid is daarom evident. Alleen al voor Nederland kan de opbrengst hiervan oplopen tot bijna 20 miljard euro per jaar. Met het voorkomen van stress, burn-out en depressie kunnen miljoenen aan ziektekosten worden uitgespaard. Want één op de drie ziekmeldingen heeft met deze klachten te maken. Onder dertigers zijn psychische klachten zelfs de belangrijkste reden voor ziekteverzuim. Daarbij is het goed om te weten dat investeren in geestelijke gezondheid loont. Elke euro die we hieraan besteden, levert het viervoudige op. Manifest betere geestelijke gezondheid¹⁶

1.12 Integrale aanpak

De OECD¹⁷ beveelt aan om psychische problemen altijd geïntegreerd aan te pakken. Dat vereist samenwerking van en coördinatie tussen organisaties en professionals op het terrein van gezondheid, GGZ, werk, uitkeringen en ook onderwijs. Zij dienen cliënten naar elkaar door te verwijzen en informatie te delen. Met name in de gezondheidszorg in Nederland bespeurt de OECD een neiging om zich geïsoleerd op te stellen zonder aandacht voor werk, ondanks het sterke bewijs dat werk goed is voor de geestelijke gezondheid en een belangrijk instrument is in de behandeling.

Ondanks de sterke gerichtheid van het Nederlandse uitkeringsstelsel op de (resterende) capaciteiten van de uitkeringsontvanger en zijn uitstroom naar werk blijft de dienstverlening aan cliënten met psychische aandoeningen achter. Dat komt door een gebrekkig ontwikkelde ondersteuning door casemanagers. Omdat mensen met een mentale aandoening vaak ook andere problemen hebben is een multidisciplinaire ondersteuning nodig, waarin zorg, werk en inkomen en andere sociale sectoren worden gecombineerd. In Nederland zijn de GGZ en werk en inkomen sterk gescheiden. Dat komt vooral door de verschillende financieringssystemen. Het gevolg is dat de GGZ-aanbieders niet worden gevraagd of aangemoedigd om werk een plaats te geven in de behandeling. Andersom hebben UWV, gemeenten, werkgevers en Arbo-professionals te weinig aandacht voor afstemming met zorgaanbieders en -professionals. Samenwerking wordt bovendien bemoeilijkt door de regels rond gegevensuitwisseling, aldus de OECD.

¹⁵ In reactie op deze aanbeveling heeft het Zorginstituut Nederland laten weten het hier niet mee eens te zijn. De wettelijke taak van zorgverzekeraars is het vergoeden van zorgkosten en niet van andere kosten. Zie ook de duiding van het Zorginstituut, paragraaf 1.13.

¹⁶ <http://www.ggznederland.nl/actueel/manifest-betere-geestelijke-gezondheid>

¹⁷ http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/mental-health-and-work_9789264124523-en

1.13 Verantwoordelijkheden professionals: duiding Zorginstituut Nederland

Over de verantwoordelijkheden van de zorgprofessional voor re-integratie en arbeidstoeleiding deed het Zorginstituut Nederland onlangs de uitspraak dat het tot goede zorg behoort om rekening te houden met de situatie van de cliënt en met factoren die herstel van de stoornis bevorderen of belemmeren, waaronder de sociale omstandigheden zoals relatie, gezinssituatie, huisvesting, financiële situatie, hobby's, maar ook werk. Het hoort dan ook bij de zorg die huisartsen, psychiaters, klinisch psychologen en verpleegkundigen bieden om deze sociale omstandigheden te betrekken in het behandelplan. Het behoort echter niet tot het werk van de zorgprofessionals om de sociale omstandigheden van de cliënt daadwerkelijk te (helpen) verbeteren. De begeleiding naar woning, werk, sport en relaties behoort tot het participatiedomein.¹⁸

Tegelijk signaleert het Zorginstituut dat er in de praktijk nog veel mis gaat in de afstemming tussen professionals uit de verschillende domeinen, zowel op beleids- als op uitvoeringsniveau. Afstemming met andere professionals behoort ook tot het werk van zorgprofessionals, en andersom mag dat ook van de professionals in het sociaal domein worden verwacht. Casemanagement is een goed middel om die afstemming te bereiken als eenvoudige middelen om tot afstemming te komen tekortschieten.

¹⁸ Zorginstituut Nederland, 'Bevorderen van participatie van cliënten met een psychische stoornis', 29 augustus 2016.

Hoofdstuk 2

Samenwerken aan participatie en herstel: ervaringen in de regio

Uit het vorige hoofdstuk nemen we mee dat samenwerken tussen GGZ en Werk & Inkomen noodzakelijk is, maar nog te weinig gebeurt. Die ervaring klonk ook door in de regionale werkateliers. Professionals uit de verschillende domeinen vinden over het algemeen dat ze nog aan het begin staan van afstemming en samenwerking, uitzonderingen daargelaten. Niet zelden is er in een regionaal werkatelier sprake van een eerste kennismaking met elkaar. Let wel: dit doet niets af aan de gedrevenheid van de professionals. Maar zoals een deelnemer het zei: “Er is veel inspiratie en enthousiasme, maar nog weinig infrastructuur die kan bundelen en richten.” Alle redenen dus om daar flink aan te trekken en (vervolg)stappen te zetten.

In een werkatelier werd gevraagd de huidige samenwerking te waarderen. Het ‘rapportcijfer’ varieerde van 5 tot 7,5. GGZ en UWV werken in deze regio redelijk tot goed samen. Dat heeft mede te maken met het convenant dat beiden (op landelijk niveau) enkele jaren geleden afsloten. Wat betreft gemeenten en GGZ is het beeld wisselend: samenwerking is er (nog) niet, in de kinderschoenen, of slecht, maar in een beperkt aantal gevallen ook redelijk tot goed. Op uitvoeringsniveau is samenwerking beter dan op beleids- en managementniveau. Samenwerking is incidenteel en niet in de organisaties verankerd. Er is weinig context en weinig kennisuitwisseling tussen gemeenten en GGZ. Een methodiek als IPS (zie verderop) is voor vrijwel alle gemeenten, maar ook voor een aantal deelnemers vanuit UWV en GGZ, een eyeopener.¹⁹

2.1 Noodzaak

Samenwerken is geen doel op zich, maar een middel. Het is een noodzakelijke voorwaarde om mensen met psychische problemen beter te helpen. Temeer daar door de Participatiewet steeds meer mensen met een psychische aandoening voor re-integratie zijn aangewezen op de gemeenten. De kracht van ondersteuning en behandeling neemt over het algemeen sterk toe als beide domeinen tot een geïntegreerde aanpak en benadering komen. Gelukkig weten uitvoerende professionals, beleidsmakers en bestuurders elkaar steeds beter te vinden.²⁰ Steeds meer zorgverleners zien werk en participatie als nuttige en noodzakelijke onderdelen van genezing en rehabilitatie en integreren die in hun behandeling. Bijvoorbeeld met arbeidsmatige dagbehandeling of werk onder begeleiding van gespecialiseerde trajectbegeleiders of jobcoaches, vaak in een ambulante behandelteam.

2.2 Doel

Samenwerken en gecoördineerd optreden begint met het hebben van een gedeelde analyse en een gedeeld doel. Zodat GGZ en Werk & Inkomen dezelfde boodschappen afgeven en niet tegen elkaar in werken. Daarnaast bedienen de verschillende partijen ook verschillende doelgroepen, hanteren verschillende subsidies en financieringsregels, en zijn gebonden aan verschillende wetten. De verschillende doelstellingen en methoden moeten door de partijen onderling afgestemd worden. Ook moet er over doelgroepen en budgetten heen gekeken worden, zodat deze niet beperkend

¹⁹ De website www.werkenmetips.nl geeft veel relevante informatie.

²⁰ In het project MensenMetMogelijkheden (MMM) hebben professionals uit meer dan 20 beroepsgroepen elkaar leren kennen rond het aan het werk krijgen van mensen met een psychische kwetsbaarheid. Zie: <http://www.mmm-mensenmetmogelijkheden.nl>

werken. Als iedere organisatie en professional rond de mens met een psychische aandoening binnen zijn eigen kader blijft, in zijn eigen koker of hokje, met de doelstellingen en middelen van zijn organisatie en functie, doen we de cliënt ernstig tekort. Want de cliënt is een mens die je niet in stukjes kan opdelen. Er is dan ook geen alternatief voor een geïntegreerde aanpak. Een aanpak die uitgaat van heel de mens.

“Alleen de focus op werk werkt niet. De verbinding met alle sectoren en alle betrokkenen is cruciaal voor succes. Echte inclusie betekent kijken naar personen met een beperking plus kijken naar hun omgeving.”
Deelnemer

2.3 Samenwerken: de professionals aan het woord

Om te bevorderen dat meer mensen met psychische kwetsbaarheid aan het werk komen, zijn in de periode mei 2016 tot april 2017 regionale werkateliers gehouden. Deze werkateliers werden georganiseerd door UWV, de VNG en GGZ Nederland, in samenwerking met de Programmaraad en altijd in samenspraak met betrokken regionale partijen. Het doel was driedelig: kennismaking en netwerkvorming, uitwisselen van kennis en kunde tussen de werelden van zorg en werk en maken van concrete vervolgspraken over afstemming en integrale benadering. Uiteindelijk is in de overgrote meerderheid van de 35 arbeidsmarktregio's in Nederland een werkatelier gehouden.²¹ Niet allemaal: enkele regio's gaven aan nog niet aan een werkatelier toe te zijn, terwijl in andere regio's de samenwerking al dermate goed op gang is gekomen dat een werkatelier overbodig werd geacht. In meerdere regio's zijn inmiddels al vervolgbijeenkomsten geweest.

Daarnaast is begin 2016 een onderzoek gestart naar de regionale samenwerking gericht op optimale arbeidsparticipatie van werkzoekenden met psychische aandoeningen. Het eindrapport wordt na de zomer 2017 verwacht. De vier arbeidsmarktregio's die deelnemen in dit onderzoek, uitgevoerd door bureau ZINZIZ, zijn:

- 1) Regio Friesland
- 2) Regio Holland-Rijnland
- 3) Regio Rijk van Nijmegen
- 4) Regio Stedendriehoek en Noord-Veluwe.

In dit hoofdstuk vatten we de inzichten, ideeën, ervaringen, resultaten en (mogelijke) vervolgstappen samen die in de werkateliers naar boven kwamen. Zodat deze voor iedereen toegankelijk zijn en kunnen dienen als inspiratie voor het vervolg en wellicht het regionale plan van aanpak voor de aanvraag van de financiële impuls bij SZW. In de afsluitende paragraaf 2.9 zijn de (voorlopige) uitkomsten van de vier voorbeeldregio's verwoord. Deze liggen in dezelfde lijn als die uit de werkateliers.

2.4 Resultaten en vervolgstappen

Het is lastig om de creatieve ideeënstroom van de werkateliers op te delen in afzonderlijke stukjes en aparte kopjes. Toch is dat nodig om ze overdraagbaar te maken. We hebben gekozen voor een hoofdindeling in drieën, conform de doelstellingen van de werkateliers:

²¹ Op de site van VNG Congressen is te zien waar een atelier is gehouden: <https://www.vngcongressen.nl/producten/regionaal-werkatelier-psychische-kwetsbaarheid.aspx>. Veel van de presentaties en inleidingen die zijn gehouden zijn beschikbaar, zie: <https://www.vngcongressen.nl/onze-diensten/hand-outs.aspx>

1. Kennismaking en netwerkvorming
2. Kennis en kunde
3. Concrete vervolgspraken

2.5 Kennismaking en netwerkvorming

Beelden doorbreken

Professionals hebben beelden van elkaar, over en weer. Oordelen, soms vooroordelen. “We vinden wel erg veel van elkaar als organisaties”, aldus een deelnemer. Elkaar (beter) leren kennen als professionals van verschillende organisaties geeft inzicht in elkaars rollen, doelen, werkwijzen, context. Het vergroot het begrip waarom er wordt gehandeld zoals er wordt gehandeld. En geeft basis om aan een gezamenlijke doelstelling te werken en die uit te werken in concrete stappen, werkwijzen of projecten.

“Kijk bij elkaar in de keuken. Doe aan kruisbestuiving! Er is bij professionals veel behoefte aan kennis en onderling contact.”

Deelnemer

Korte lijstjes

In alle werkateliers is besloten om de deelnemerslijst met namen, organisaties en contactgegevens met elkaar te delen. Daarmee is de basis gelegd voor een netwerk van professionals die elkaar kunnen consulteren. Deze lijst kan gaandeweg worden uitgebreid en ook de basis vormen voor een online platform of informatienetwerk, een LinkedIn of WhatsApp groep, een e-mail nieuwsbrief en dergelijke. De contactgegevens kunnen deel uitmaken van een sociale kaart (zie verderop).

“Doe vooral ook aan preventie: voorkom dat mensen uitvallen door een psychisch probleem. Betrek Arbodiensten, zij hebben daar een belangrijke rol in.”

Deelnemer

Verspreiden van informatie binnen de eigen organisatie

De deelnemers aan de werkateliers kunnen binnen hun eigen organisatie de rol van ambassadeur spelen. Bijvoorbeeld door hun collega's te informeren, ze te betrekken bij vervolgstappen of een vraagbaak te zijn.

Werkbezoek

In diverse gevallen is besloten om werkbezoeken aan elkaars organisatie te organiseren, een gezamenlijk overleg te voeren of een rondleiding te verzorgen, alles met het doel elkaar beter te leren kennen en begrijpen.

Dezelfde taal

Zorg dat je dezelfde taal spreekt, zo wordt regelmatig gezegd. Dat bereik je door elkaar op te zoeken, casusbesprekingen, intervisie, etc.

“Er is veel jargon, ik heb veel nieuwe woorden geleerd!”

Deelnemer

Wmo

Op dit moment zijn vanuit gemeenten vooral de afdelingen Werk & Inkomen betrokken. Niet minder belangrijk is het om de Wmo-afdeling en (indien van toepassing) de sociale wijkteams aan te haken.

2.6 Kennis en kunde

Producten en kennis

Gebruik elkaars producten, kennis, opleidingen trainingen etc., zo klonk het in veel werkateliers. Men was soms verrast over het aanbod van kennisinstrumenten, opleidingen of trainingen dat collega-organisaties blijken te hebben en de bruikbaarheid daarvan voor de eigen professionals of voor de cliënten. Dit is zeker iets om op te nemen in een sociale kaart.

Het is belangrijk om toegang te hebben tot kennis over elkaar en elkaars werkwijzen, producten en interventies in de regio. En tot achterliggende kennis over interventies, aanpakken etc. Dat kan op verschillende manieren ingevuld worden, zoals hieronder blijkt: (online) kennisplatform, sociale kaart, bijeenkomsten, etc.

Beleid en bestuur

De regionale werkateliers waren met name gericht op de uitvoerders. Het is uiteraard ook belangrijk dat het beleid van de betrokken instellingen en organisaties meegaat in de veranderingen. Daarom werd aanbevolen om voor beleidsmakers een specifieke uitwisseling te starten over beleid, bijvoorbeeld via een Linkedingroep, een online platform of bijeenkomsten. Bestuurlijk commitment is een noodzakelijke voorwaarde voor geslaagde samenwerking. Dit blijkt ook uit het onderzoek in de vier voorbeeldregio's. Daarbij hoort dat er voldoende capaciteit wordt vrijgemaakt om de samenwerking vorm te geven en het aanstellen van een duidelijke trekker (projectleider), zowel binnen de samenwerkende organisaties als op gezamenlijk niveau.

Regionale Sociale kaart

Dit is een thema dat zeer vaak ter sprake kwam. Vaak is er al iets van een regionale sociale kaart, maar meestal vanuit één van de samenwerkingspartners en daarmee onvolledig. Een goede sociale kaart is de basis voor betere afstemming. Nu is het vaak nog onduidelijk wie waarvoor verantwoordelijk is en wie waarbij betrokken kan of moet worden. Daarom is het voornemen in veel regio's om daaraan te gaan (verder) werken. Een duidelijk voorbeeld van dit soort omissies zijn cliëntenorganisaties en organisaties van ervaringsdeskundigen. Een goede sociale kaart biedt een basis om elkaars producten te gebruiken. Dat versterkt de onderlinge band.

Een regionale sociale kaart zou in ieder geval dienen te bevatten:

- Organisaties (breed).
- Contactgegevens personen.
- Producten (per organisatie).
- Interventies en methodieken.

De lijst met contactgegevens van de deelnemers aan het werkatelier is een begin of basis van een sociale kaart. Ook bestaande sociale kaarten van partners kunnen dat zijn. Door de sociale kaart digitaal te maken wordt het een levend document dat up to date kan worden gehouden. Aan veel regionale gesprekstafels is een begin gemaakt met uitwisselen wie wat doet en welke producten, aanpakken en interventies worden gebruikt. In enkele regio's is het voornemen geuit om een sociale kaart conferentie te houden: een vervolgbijeenkomst waar partijen langer dan tijdens het werkatelier aan het woord kunnen zijn om te delen wie zij zijn en wat zij aanbieden.

Trainingen

Relevante trainingen of opleidingen volgen met collega's uit de eigen organisatie helpt om de deskundigheid te vergroten. Maar het kan ook erg nuttig zijn om dit gezamenlijk, als professionals uit verschillende organisaties, te doen. Naast de inhoudelijke waarde daarvan heeft dit ook kortere lijntjes en betere contacten tussen personen van diverse achtergrond tot gevolg. Het kan ook over en weer, zo werd gesuggereerd: gemeenten en UWV kunnen de GGZ trainen in het mogelijke aanbod op

het gebied van werk. En andersom kan de GGZ de gemeenten of UWV helpen bij in het herkennen van psychische problematiek.

Actief kennis delen

In een regio organiseert een GGZ-instelling zogenaamde klinische lessen. Die zijn voor de eigen organisatie, maar ook interessant voor UWV, gemeente en andere betrokken organisaties. GGZ zou deze bijeenkomsten kunnen communiceren naar de deelnemers van het betreffende werkatelier. Andere organisaties kunnen aanbieden om zelf ook een dergelijke les of presentatie te geven, zodat ook zij hun kennis kunnen delen.

Common Mental Disorders

Aan diverse regionale gesprekstafels werd gesignaleerd dat gemeenten goede aanpakken en kennis van Common Mental Disorders (CMD) nodig hebben. Deze categorie komt namelijk veel voor in de uitkeringsbestanden, maar is lang niet altijd in behandeling bij de GGZ. Meermalen kwam de vraag op tafel of de werkzame elementen van IPS ook op de CMD-doelgroep kunnen worden toegepast, en of dat kan los van een behandeling bij de GGZ. Voor CMD zijn goede ervaringen met de aanpak Fit4Work, Excit en WRAP, zo werd gesteld. CMD-interventies zijn niet bewezen werkzaam zoals IPS. Maar de werkzame elementen zijn wel bekend:

- Ondersteuning vanuit en betrekken van familie en verdere netwerk van betrokken cliënt.
- Redelijke caseload van begeleider.

Ervaringsdeskundigheid

Ervaringsdeskundigen en hun kennis zijn nog onvoldoende verbonden aan de organisaties. Een actie die in een regio is afgesproken is het opstellen van een 'Mission Statement' met betrekking tot ervaringsdeskundigheid. Hoe gaan we werken aan inzet van meer ervaringsdeskundigen in de regio? Wat verwachten we van hun rol en wie betrekken we daarbij? Daarbij gaat deze regio samenwerken met onder meer de stichting Samen Sterk zonder Stigma.

Deskundigheid kweken

Stimuleer als bestuur en management van een organisatie dat de deskundigheid groeit. Zorg ervoor dat er mensen zijn in je organisatie die goed thuis zijn in de problematiek en handswijze van je collega-organisaties in het andere domein. Als de organisatorische basis hiervoor te smal is, biedt het regioniveau wellicht een kans om dit te verwerklijken.

Financiële zekerheid voor de cliënt

Let op financiële zekerheid voor de cliënt, was een boodschap die in meerdere werkateliers werd afgegeven. Er dreigt altijd de armoedeval en verstrikt raken in de vele inkomensregelingen. Angst voor financiële onrust maakt dat sommige cliënten bewust niet aansturen op werk. Goede, laagdrempelige informatie verschaffen (door UWV, gemeente of een ingehuurde dienstverlener) kan helpen. Enerzijds aan cliënten (over de gevolgen van veranderingen in werksituatie), en anderzijds aan begeleiders zodat ook zij voldoende kennis hebben. Dit is des te belangrijker omdat UWV en gemeenten financiële gevolgen achteraf beoordelen en doorrekenen, terwijl de cliënt erbij gebaat is om vooraf te weten wat de financiële gevolgen zijn van aan het werk gaan. Ook wordt gesignaleerd dat het sanctiebeleid van uitkeringsorganisaties belemmerend kan werken voor de werkkansen. Dit dient dus terughoudend te worden ingezet, en altijd in overleg met alle begeleiders rond de cliënt.

“Neem de tijd voor een traject als dat nodig is, vaak wordt de noodzakelijke tijdsbesteding onderschat.”

Deelnemer

Lange termijn

Denk op de langere termijn, is het advies van vele deelnemers. Het stopt niet altijd met toeleiding. Soms is langere begeleiding nodig, ook op de werkplek. Soms misschien blijvend.

“Verkrijgen van werk is niet mijn probleem. Dat is het behouden van werk! Het gaat om de details, om finetunen. Dingen aanpassen waar nodig: wat kan ik aan, onder welke omstandigheden, hoeveel werk. Bovendien heb ik betere en minder goede periodes. Opbouwen, tijd nemen daarvoor is heel belangrijk, heb ik gemerkt. Het is ook een proces bij mezelf van toegeven, acceptatie. Ik heb wat ik heb, en dat levert beperkingen op.”

Ervaringsdeskundige

2.7 Concrete vervolgfspaken werkateliers

Bijeenkomsten

Om te blijven netwerken, op de hoogte te blijven van elkaars producten en om ideeën in concrete plannen om te zetten zijn terugkerende bijeenkomsten wenselijk. Bovendien zijn inhoudelijke sessies goed om met elkaar een band op te bouwen. Dat kan door bepaalde thema's aan de orde te stellen in vervolg- of verdiepingsbijeenkomsten, zoals:

- Gegevensuitwisseling en privacy.
- Benutten van elkaars expertise.
- Belemmerende regels en procedures in de uitvoering, hoe die weg te nemen?
- Vacatures en werkgeversbenadering.
- Warme overdracht, verhouding behandelplan en re-integratie- of participatieplan.

Een stap verder is om regionale kenniskringen of kwaliteitskringen te vormen. In een kwaliteitskring kan casuïstiek worden besproken, om van daaruit samen een aanpak te ontwikkelen. Pak dit proces veranderkundig aan, adviseert één van de deelnemers. Begin met een gedeelde analyse, focus en doel en ga van daaruit kennis delen en opbouwen. Start snel, begin bijvoorbeeld met pilots en creëer goede voorbeelden om actief uit te dragen.

Cliënt centraal

De cliënt die met meerdere organisaties te maken heeft dient centraal te staan. Dat kan onder meer door elkaars informatie te delen. Dat heeft een privacyaspect, maar de belangen van cliënten zouden volgens deelnemers niet altijd goed worden behartigd door de juridische kant voorop te stellen. Goede informatieoverdracht geeft een beter beeld en dus een betere uitvoering van plannen. De cliënt centraal stellen kan door een Participatiepaspoort, zo werd aan een gesprekstafel gesuggereerd. Zo heeft de cliënt een beeld van welke organisaties er met hem of haar bezig zijn.

“De cliënt en zijn behoefte staan centraal. Geld, regels en wetten zijn ondersteunend en niet leidend.”

Deelnemer

Gezamenlijke cliëntbesprekingen

Dit punt komt in veel zo niet alle regionale werkateliers naar boven. Gezamenlijke besprekingen voorkomen dat een klant steeds opnieuw zijn verhaal moet doen. En dat verschillende boodschappen worden afgegeven: ‘U moet aan de slag en solliciteren’ versus ‘wacht daar nog maar mee tot u hersteld bent’.

Één loket, één team

Maak één loket voor de burger die bij de GGZ in behandeling is en toegeleid kan worden naar werk. Door een ‘dedicated team’ op te zetten, over de organisaties heen, kun je verkokerde aanpak doorbreken. Begin dus met doen! Richt dat team met name op matches en werkplekken vinden.

“Zoek, als GGZ, UWV en gemeente, ook in je eigen organisatie, naar mogelijkheden voor kandidaten met een psychische aandoening. Practice what you preach!”

Deelnemer

Casemanagement en budgetten ontschotten

Een nadere invulling of uitwerking van gezamenlijke casusbesprekingen is het instellen van casemanagement. Dan komen ook de diverse budgetten in beeld. In veel regio’s wordt gepleit voor ontschotten daarvan. Wellicht kunnen de budgetten worden ingezet door casemanagers, of worden beheerd door sociale wijkteams (als daar een samenwerking met de GGZ is). In verschillende regio’s wordt de samenwerking tussen wijkteams en GGZ (FACT teams) onderzocht. Overigens wordt in de praktijk ook door gezamenlijke cliëntbespreking aan ontschotting gedaan. Casusbesprekingen zijn namelijk een goede manier om elkaars aanpak en aanbod (producten, interventies) te leren kennen en gecoördineerd in te zetten.

Gegevensuitwisseling en privacy

In de domeinoverstijgende samenwerking van GGZ, UWV, gemeenten en zo mogelijk andere partijen lopen de organisaties en professionals snel aan tegen (al dan niet vermeende) wettelijke restricties op gegevensuitwisseling. Dit onderwerp vormde dan ook in vrijwel ieder werkatelier een belangrijk discussiepunt. Zie overigens ook hoofdstuk 4, paragraaf 4.7 over gegevensuitwisseling. In de regio’s zijn de volgende oplossingen gevonden:

- Zoveel mogelijk driegesprekken organiseren: cliënt, GGZ-instelling en Werk & Inkomen (gemeente of UWV).
- GGZ en UWV indien nodig laten aansluiten bij de sociale teams van de gemeente.
- Één team rondom een cliënt; wanneer er vragen zijn over de uitkering, dan kan iemand van UWV of gemeente bij dat team aanschuiven om opheldering te geven.
- Casuïstiekbespreking anonimiseren; dan kan men puur de casus bespreken en niet de cliënt. Hiermee kan men advies inwinnen bij anderen, zonder daarmee de privacy van de cliënt te benadelen.
- De cliënt proactief vragen naar zijn behandelplan en een machtiging om dit plan of andere documentatie te mogen delen. Daarbij het voordeel voor de klant van deze machtiging benadrukken.
- De GGZ in deze regio geeft de patiënt een kopie van het dossier als hij daarom vraagt.

“Als je met, en niet alleen over de cliënt praat, heb je nooit het probleem van privacy.”

Deelnemer

“De informatie-uitwisseling met de GGZ gaat soms moeizaam. Wat helpt is om de juiste vraagstelling te hebben naar de GGZ en om driegesprekken te plannen waardoor je het privacy probleem niet meer hebt.”

Deelnemer

Werkgevers

Werkgevers moeten meer worden betrokken bij het creëren van kansen op werk voor mensen met een psychische kwetsbaarheid. Met dit doel voor ogen gaat een regio een ‘meet and greet’ organiseren met werknemers en werkgevers. In meerdere regio’s is geconstateerd dat iedere partner een eigen werkgeversbenadering heeft. Dus meerdere organisaties bedienen op hun eigen manier

dezelfde klantgroep. Hierdoor spreken werkgevers te veel verschillende partijen. Een werkgeversservicepunt (WSP) waarin de diverse partijen betrokken zijn zou vanuit één punt de werkgevers moeten benaderen. Meerdere GGZ-instellingen die zelf werkgevers benaderen voor vacatures hebben de ervaring dat contact met een werkgeversservicepunt (doorgaans van UWV en gemeenten) hen helpt. Andersom kan het werkgeversnetwerk van de GGZ waardevol blijken voor gemeente en UWV. Zo werd in één van de regio's voorgesteld om een werkconferentie te organiseren met het werkgeversservicepunt, traject- en coaching organisaties vanuit UWV, GGZ, en andere betrokken partijen. Zo kunnen vraag- en aanbod van werk onderling afgestemd en ingevuld worden, en elkaars specifieke expertise duidelijk worden.

Intervisie

Breng verschillende disciplines vanuit gemeenten, UWV, GGZ bij elkaar in intervisie-sessies. Er zijn bijvoorbeeld heel veel verschillende begeleidingsstijlen, zelfs binnen één organisatie of beroepsgroep. En dus al helemaal tussen organisaties en disciplines. Door intervisie zal ook gemakkelijker een gemeenschappelijke taal ontstaan.

2.8 Cliënten en ervaringsdeskundigen

De werkateliers waren primair gericht op GGZ, UWV en gemeenten. Maar het netwerk rond de cliënt met een psychische aandoening die aan het werk wil, is niet beperkt tot gemeente, UWV en GGZ. Twee groepen willen wij hier kort belichten, namelijk cliënten (cliëntenraden en -organisaties) en ervaringsdeskundigen.

Cliënten

Niet in alle arbeidsmarktregio's zijn onafhankelijke cliëntenorganisaties verbonden of betrokken. De ervaringen in de voorbeeldregio's (zie verderop) leren dat het voor bestuurlijke en uitvoerende organisaties niet altijd helder is wat zij van die cliëntenraden en -organisaties moeten verwachten en hoe ze met hen kunnen samenwerken. Ook bij cliëntenraden en cliëntenorganisaties is het niet altijd duidelijk wat hun rol is en hoe ze er samen voor kunnen zorgen dat ze invloed hebben op de samenwerkende organisaties.

Wat is het verschil tussen cliëntenraden en cliëntenorganisaties? Cliëntenparticipatie en cliëntenraden hebben een wettelijke basis. Cliëntenraden adviseren gevraagd en ongevraagd aan de gemeente, UWV of GGZ-instelling. Cliëntenorganisaties zijn er op landelijk, regionaal en lokaal niveau. Zij ontplooiën meerdere activiteiten, zoals informeren, lotgenotencontacten, belangenbehartiging, hersteltrajecten en het opbouwen van ervaringsdeskundigheid. Dat laatste gebeurt onder meer door opleidingen voor ervaringsdeskundigen te organiseren. GGZ-instellingen doen in toenemende mate een beroep op ervaringsdeskundigheid, ook in het veld van Werk & Inkomen begint de waardering voor de toegevoegde waarde van (opgeleide) ervaringsdeskundigen te ontstaan.

De Landelijke Cliëntenraad (LCR) en Mind Landelijk Platform Psychische Gezondheid zijn van mening dat het voor de GGZ- en Werk & Inkomen-organisaties van belang is om met zowel cliëntenraden als cliëntenorganisaties te overleggen. Liefst gecombineerd, dat geeft minder overleg en eenduidige adviezen. Enkele voorbeelden van onderwerpen waar zeker met cliënten over gesproken moet worden:

- Privacy. Welke informatie is noodzakelijk en is dit met vertegenwoordigers van cliënten besproken? Privacy heeft ook betrekking op introductie van kandidaten bij werkgevers.
- Wanneer dienstverlening meer integraal wordt, weet de cliënt dan nog bij wie deze moet zijn voor welke vragen?

- Wanneer een cliënt zich niet veilig voelt bij een begeleider of het niet eens is met de gekozen lijn, wat kan een cliënt dan doen?
- Kan de cliënt terecht bij een onafhankelijke cliëntondersteuning om zelf een voorstel te doen aan zijn begeleiders?

Het advies van LCR en Mind Landelijk Platform Psychische Gezondheid is: maak in de regio een inventarisatie van actieve cliëntenraden en cliëntenorganisaties. Dit zou een vast onderdeel van de regionale sociale kaart moeten zijn.

“Iemand met een psychische aandoening heeft behoefte aan belangenbehartigers, die met je meedenken en meepraten. Vanuit gemeenten of UWV zijn die er vaak niet, die partijen zijn moeilijk benaderbaar als gesprekspartner. In de regionale samenwerking moet cliëntenhulpverlening worden gestimuleerd.”

Ervaringsdeskundige

Ervaringsdeskundigen

Tijdens veel regionale werkateliers hielden ervaringsdeskundigen een verhaal over hun persoonlijke belevenissen en ervaringen met behandelaars in de GGZ en professionals in het domein van Werk & Inkomen. Dit maakte over het algemeen veel indruk, en bood de deelnemers inzicht en reflectie op hun handelen. Ervaringsdeskundigheid is over het algemeen nog weinig ingebed in de organisaties. Het zou dan ook een goede zaak zijn als de samenwerkende partijen ervaringsdeskundigen meer betrekken bij hun werk. Door ervaringsdeskundigen in het regionaal netwerk (sociale kaart) te hebben kan makkelijker contact worden gelegd als bijvoorbeeld een werkcoach of een klantmanager met een vraag zit. Laat ervaringsdeskundigen daarnaast trainingen of voorlichting geven aan begeleiders uit zorg en Werk & Inkomen. Er zijn gecertificeerde ervaringsdeskundigen die een toegespitste opleiding hebben gevolgd. Ook is het mogelijk om zelf (opgeleide) ervaringsdeskundigen in dienst te nemen. En vanuit het eigen klantenbestand te zien of er kandidaten zijn die zo'n opleiding willen volgen. Kijk of zorgverzekeraars hieraan willen meebetalen.

2.9 Onderzoek in vier regio's

Zoals in paragraaf 2.3 aangegeven wordt in vier regio's de samenwerking tussen GGZ en Werk & Inkomen nader onderzocht. In het najaar van 2017 verschijnt het eindrapport hierover, inmiddels zijn twee tussentijdse rapportages beschikbaar.²² Op basis daarvan hebben de onderzoekers tien 'lessons learned' geformuleerd, die hieronder zijn overgenomen.²³

1. Betrokken organisaties moeten elkaars taal leren kennen
 - Dit kan door met elkaar over casuïstiek in gesprek te gaan en hiermee ook elkaars referentiekader te doorgronden
 - Door elkaars 'krachtenveld' en begrippenkader te verkennen en de wet- & regelgeving die voor alle betrokkenen geldt
2. Onderlinge afstemming via face-to-face contact
 - Door fysiek bij elkaar te komen sla je een brug tussen personen en organisaties
 - Maakt het makkelijker afspraken te maken over verantwoordelijkheden en vervolgacties
3. Benut bestaande netwerkstructuren van (potentiële) betrokkenen

²² Meer informatie op de site van ZINZIZ: <https://zinziz.nl/project/de-werkkamer>

²³ Zie <https://zinziz.nl/wp-content/uploads/2017/03/10-Lessons-Learned-van-de-projectleiders.pdf>

- Als ambassadeur kunnen zij (vanaf hun relevante positie) draagvlak creëren binnen en buiten hun organisaties. Maak ze medeverantwoordelijk als trekker van het project, waarmee ze hun enthousiasme kunnen uitdragen
 - Een projectleider met een breed netwerk is een pré
4. Projectleider die bereikbaar is en zichtbaar investeert
 - Vooral in het begin van het project is het belangrijk om als projectleider vaak je gezicht te laten zien, betrokkenheid te tonen en positief te zijn
 - Een faciliterende rol aan te nemen en de vaart erin te houden
 - En beschikbaar te zijn voor vragen en obstakels
 5. Start het proces bij de uitvoering
 - Op dit niveau stimuleren van het elkaar leren kennen en begrijpen. Informatie ophalen en daarmee opschalen naar niveau van beleid en management
 6. Casuïstiekbijeenkomsten zijn het smeermiddel tot wederzijds begrip
 - Betrokkenen leren van elkaar hoe organisaties rondom de cliënt te werk gaan
 - Illustratief voor het cliëntproces en biedt inzicht in wat er nodig is (en van wie)
 - Levert directe opbrengst doordat betrokkenen contactgegevens uitwisselen
 7. Benut bestaande kennis en ga niet het wiel niet opnieuw uitvinden
 - Bestudeer bestaande of gebruikte werkwijzen en methodieken
 - Selecteer de werkzame componenten (binnen jouw context)
 8. Samenwerking komt niet vanzelf
 - Maak hier tijd/capaciteit voor vrij (of regel dit)
 - Maak iemand regiehouder voor het faciliteren van het proces
 9. Betrekken van belangenorganisaties
 - Zij weten van de hoed en de rand door hun ervaringsdeskundigheid
 - Integreer van het perspectief v/d cliënt, qua benadering en bejegening (stigma)
 10. Vind een balans tussen lokaal en regionaal samenwerken
 - Houd rekening met de lokale dynamiek en eigenheid, leer van elkaars voorkeuren en beweegredenen
 - Organiseer dichtbij waar dit mogelijk is en verbind op relevante regionale structuren

Hoofdstuk 3

Interventies en aanpakken

Er zijn vele aanpakken, interventies en methodieken om werkzoekenden met een psychische aandoening te ondersteunen bij het verwerven en behouden van werk. In de werkateliers kwamen zij aan de gesprekstafels vaak ter sprake. Hier worden enkele belangrijke interventies aangestipt. Let op; dit zijn korte typeringen van enkele bekende redelijk vaak toegepaste interventies. Het repertoire aan mogelijke aanpakken, interventies en projecten is veel groter.²⁴ De samenwerkingspartners in veel regio's hebben eigen initiatieven of projecten. Al deze aanpakken kunnen worden opgenomen in de regionale sociale kaart, zodat de samenwerkingspartners weten van elkaars aanpakken en producten. De weergave in dit hoofdstuk is slechts bedoeld om een basis te leggen en enig houvast te geven. We gaan iets dieper in op IPS omdat die GGZ-methodiek in veel werkateliers is belicht en momenteel de vraag speelt in hoeverre en onder welke omstandigheden IPS ook voor gemeenten toepasbaar is.

3.1 ICF

Om een integrale, holistische benadering te bevorderen is het ICF-raamwerk bijzonder nuttig. ICF staat voor International Classification of Functioning, Disability and Health. Het is een model dat is geïntroduceerd door de Wereldgezondheidsorganisatie. Het ICF-raamwerk wordt gebruikt in de gezondheidszorg en door onderzoekers en beleidsmakers. Zo gebruikt het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) het ICF-raamwerk om iemands zorgbehoefte te bepalen. Het is ook een goed hulpmiddel bij het begeleiden naar werk. Anders dan bijvoorbeeld de bekende DSM-classificatie²⁵ stelt ICF de aandoening niet centraal, maar heeft het ook aandacht voor persoonlijke en externe factoren van de cliënt. ICF biedt een gemeenschappelijke taal, maar vooral een andere manier van kijken. Het is ook goed bruikbaar om iemands participatie te bevorderen.²⁶

“Betrek de hele omgeving van de kandidaat, focus niet alleen op werk.” Deelnemer

3.2 Supported employment

Supported employment of begeleid werken is een stapsgewijze ondersteunings- en begeleidingsmethodiek voor mensen met een blijvende (functionele) beperking om een betaalde

²⁴ Op zoek naar 'werkzame elementen' formuleert bureau Ape de gemene deler van vier interventies:

- omgaan met klachten als uitgangspunt in plaats van klachtreductie;
- de werkplek als oefenplek waar vaardigheden in praktijk kunnen worden ge-bracht;
- activering en een proactieve houding helpen bij snelle werkhervatting en oplossingsgericht denken.

Ape: Werken met psychische klachten – op zoek naar 'good practices', januari 2015

²⁵ Voor het in kaart brengen van de symptomen van psychische ziektebeelden geldt de DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) als een standaardwerk. De vijfde versie uit 2013 (DSM-5) krijgt soms als kritiek dat teveel nadruk ligt op de aandoening en te weinig op context en participatie.

²⁶ Zie voor meer informatie over ICF bijvoorbeeld de 'Werkwijzer Psychische aandoeningen en lichte verstandelijke beperkingen' van Divosa, <https://www.divosa.nl/werkwijzer-psychische-aandoeningen-en-lichte-verstandelijke-beperkingen> In deze publicatie is ook een ICF-gesprekskaart opgenomen, die kan worden gebruikt in het contact met de klant.

baan te krijgen en te houden. Uitgaande van het profiel van de kandidaat wordt naar geschikte banen gezocht en een match gemaakt, en wordt de werknemer begeleid en getraind op de werkplek. Die begeleiding wordt geleverd door jobcoaches.

Begeleid werken bestaat uit de volgende vier onderdelen²⁷:

1. *Assessment*: samen met de cliënt onderzoeken wie hij is, wat zijn leer- en ontwikkelingsmogelijkheden zijn, wat hij kan en wat hij wil vanuit zijn kracht en kwaliteiten. Duidelijk moet worden waar de motor van de cliënt zit voor het verdere traject en wat de voorwaarden zijn om die motor optimaal te laten draaien.
2. *Plaatsing*: vanuit de kennis van het assessment samen met de cliënt zoeken naar passend werk en hem of haar naar dat werk bemiddelen. Streven naar een optimale match tussen de 'vraag' van de cliënt en de 'vraag' van de werkgever. Zo nodig banen aanpassen of creëren.
3. *Coaching*: het leren functioneren van de werknemer op de werkplek, als uitvoerder van een specifieke functie en als collega op de werkvloer. Het begeleiden van de werknemer in dat leerproces enerzijds en het meenemen van de werkgever en collega's in dit proces anderzijds, zodat zij er een actieve rol in (gaan) spelen.
4. *Loopbaanbegeleiding*: bestendigen van de arbeidsrelatie, onderzoeken van doorgroeimogelijkheden en waar mogelijk afbouwen van de begeleiding.

3.3 Jobcoaching

Jobcoaching biedt mensen die niet zonder ondersteuning een betaalde baan kunnen vinden en houden systeemgerichte begeleiding. De jobcoach gaat uit van werk dat past bij de talenten en de ontwikkelingsmogelijkheden van de werknemer en van een werkomgeving die past bij de werknemer, en kan ook de werkgever en collega's begeleiden.

Jobcoaching is het helpen aanleren van benodigde praktische en sociale vaardigheden op de werkplek om de zelfstandigheid van de werknemer met een functionele structurele beperking te bewerkstelligen. Supported employment is een belangrijk instrument voor jobcoaches. De coaching geldt in de eerste plaats de werknemer met beperkingen. De begeleiding en ondersteuning van de jobcoach kan betrekking hebben op allerlei aspecten, zoals gedragsproblematiek, ontwikkelstoornissen, lichamelijke aspecten, emotionele ontwikkeling, crisisinterventie en communicatie. Het kan daarbij om dingen op de werkplek gaan, maar ook daarbuiten, in het gewone dagelijkse leven. Denk bijvoorbeeld aan helpen bij het structureren van dagelijkse activiteiten, maken van keuzes, onderhouden van contacten, vragen, inrichten van de werkplek en het organiseren van extra voorzieningen. Maar de begeleiding is tevens gericht op de personen in de directe omgeving van de werknemer, zoals collega's en leidinggevenden, zodat de arbeidsintegratie en de sociale integratie optimaal gestalte krijgen. De functie van een jobcoach kan zowel worden vervuld door een medewerker van het bedrijf (leermeester) als door een (extern) aangestelde functionaris.

3.4 Werk passend maken

Een belangrijk middel bij het realiseren van een inclusieve arbeidsmarkt en inclusieve arbeidsorganisaties is het aanpassen van bestaand werk en het creëren van passend werk. Dat kan bijvoorbeeld door middel van 'Inclusief Herontwerp van Werk' (IHW). Dit is een structurele benadering waarmee organisaties geschikt gemaakt kunnen worden om werknemers uit de

²⁷ Uit: 'Methodebeschrijving Begeleid Werken - een individuele, vraaggerichte benadering', Movisie, databank Effectieve sociale interventies

doelgroep op te nemen. Hiermee worden werkprocessen in organisatie geanalyseerd om tot een nieuwe verdeling te komen. Uiteraard worden er ook eisen gesteld aan de begeleiding van de mensen. Jobcarving beoogt eveneens tot passend werk te komen, door taken uit verschillende andere functies samen te brengen tot een takenpakket dat past bij het werknemersprofiel van de werkzoekende. Jobcarving verschilt van IHW omdat het niet een structurele aanpassing betreft. Bij job creation worden nieuwe banen gecreëerd. Job crafting tenslotte is een preventief instrument waarbij werknemers zelf hun baan aanpassen, waardoor ze langer inzetbaar blijven omdat hun baan beter bij hen past.

Het Expertisecentrum Inclusieve Arbeidsorganisatie kan helpen bij het verwezenlijken van meer inclusieve arbeidsorganisaties, onder meer door herontwerp van werk. Dit expertisecentrum is een gemeenschappelijk initiatief van de Universiteit Maastricht en UWV.²⁸

“Kijk naar kwaliteiten en ga niet uit van beperkingen. Hou daar wel rekening mee, probeer ze concreet op te lossen of te tackelen, bij voorbeeld door het werk aan te passen. Dat is overigens lang niet altijd nodig.”
Deelnemer

3.5 IPS

IPS (Individuele Plaatsing en Steun) is een bewezen effectieve methode om mensen met een ernstige psychische aandoening aan het werk te helpen.²⁹ Het wordt in de GGZ ingezet en uitgevoerd door speciaal daartoe opgeleide IPS-jobcoaches. Kenniscentrum Phrenos bewaakt de modelgetrouwe uitvoering. Kenmerkend is de combinatie van behandeling en arbeidstoeleiding. IPS blijkt twee keer zo effectief te zijn voor de doelgroep als normale re-integratie. IPS wordt verder gekenmerkt door:

1. Iedere cliënt die een reguliere baan wil, kan meedoen (zero exclusion).
2. Er wordt snel gezocht naar een echte baan, werken aan werkvaardigheden gebeurt ‘on the job’ (First place then train).
3. Lukt het niet in de eerste baan, dan is dat geen mislukking, maar een ervaring.
4. De arbeidswensen van de cliënt staan centraal.
5. Er wordt langdurige ondersteuning geboden, zowel aan de cliënt als aan de werkomgeving.
6. IPS is geïntegreerd met behandeling: de trajectbegeleider is lid van een ambulante GGZ-team.
7. Doorlopende, systematische inschatting van arbeidsmogelijkheden.
8. Systematische ‘job development’.
9. Individuele begeleiding bij uitkeringskwesties (‘benefit counseling’).

In hoofdstuk 4 belichten we enkele recente ontwikkelingen rond de financiering van IPS en de toenemende betrokkenheid van gemeenten.

3.6 Stigma bestrijden

Hoewel veel Nederlanders ooit in hun leven te maken krijgen met een psychisch probleem, heerst er toch een sterk stigma op psychische aandoeningen. Dit leidt tot een kleinere kans op werk, sociaal

²⁸ <https://www.inclusievearbeidsorganisatie.org/expertisecentrum>

²⁹ Zie voor uitgebreide informatie over IPS en over de relatie tussen psychische aandoeningen en werk in het algemeen de site van kenniscentrum Phrenos: <https://www.kenniscentrumphrenos.nl>, en de site die Phrenos speciaal heeft ingericht over werken met IPS: <https://www.werkenmetips.nl>

isolement, minder zelfvertrouwen en een negatief zelfbeeld. Voor 9 van de 10 personen met een psychische aandoening geldt dat ze last hebben van de gevolgen van een stigma. Het stigma dat de buitenwereld op de persoon legt wordt vaak geïnternaliseerd en wordt een zelfstigma. Een opgelegd stigma kan iemand eventueel nog motiveren om het tegendeel te bewijzen. Bij een zelfstigma verzet iemand zich niet meer tegen het stigma, met alle negatieve gevolgen van dien.³⁰

Werk is vaak het beste medicijn voor mensen met een psychische aandoening. Maar het stigma – bij de omgeving, werkgever, collega's en de persoon zelf - is een groot obstakel om inderdaad een baan te bemachtigen. Welke mogelijkheden en ruimte is er om hier iets aan te doen? Hoe open moet of kan de cliënt zijn over een psychische aandoening? Er is recent generieke module destigmatisering beschikbaar gekomen. Daarin onder meer destigmatiseringsinterventies en handvatten voor professionals maar ook voor cliënten zelf.³¹

Om cliënten met een psychische aandoening beter te begeleiden naar werk moeten eerst de vooroordelen worden geslecht. Die leven niet alleen in de buitenwereld, bij werkgevers en anderen, maar vaak ook binnen een organisatie zoals de sociale dienst. Zo bestaat een hardnekkig beeld dat cliënten met een psychisch probleem bij voorbaat onbemiddelbaar zijn, of alleen simpel werk aankunnen. Hoewel de psychische beperking meestal gevolgen heeft voor de belastbaarheid, betekent het zeker niet dat iemand alleen op een laag niveau kan functioneren.

Goede informatie is van niet te onderschatten belang. Er zijn veel verkeerde denkbeelden en mythes ('autisten hebben geen gevoel'). Door je te verdiepen in de verschillende psychische aandoeningen krijg je een realistischer beeld. Daarnaast bepaalt de manier waarop de begeleider contact maakt of stigma's worden versterkt of juist verminderd. Alleen begripvol, eerlijk en gelijkwaardig contact vermindert stigma's. En het creëert een open en veilige sfeer, waarin door vragen meer begrip ontstaat. Het helpt psychische aandoeningen als deel van een continuüm te zien: iedereen heeft wel eens psychische kwetsbaarheden als spreekangst of somberheid. Wanneer je psychische klachten ziet als symptomen op een spectrum waar je hoger en lager kunt scoren, is dat minder stigmatiserend. Ook het gebruik de juiste gesprekstechnieken kan helpen. Denk aan motiverende gespreksvoering, coaching of vraagverheldering en oplossingsgericht werken. Empowerment van de cliënt kan helpen het zelfstigma te doorbreken. Ervaringsdeskundigen kunnen helpen door hen te helpen om - vanuit een gelijkwaardige positie - keuzes te maken, zodat zij weer bij hun motivatie komen en kwaliteiten en vaardigheden ontdekken.

Openheid?

Is het verstandig om als werkzoekende open te zijn over je aandoening om zo het stigma te doorbreken? Deskundigen, zoals bij Phrenos en de Stichting Samen Sterk Zonder Stigma, zien openheid als ideaal maar constateren tegelijk dat volledige openheid niet altijd de beste weg is. Het vereist een goede afweging. Hierbij kan de interventie Coral helpen. Coral staat voor: 'conceal or reveal' (vertellen of verzwijgen). Coral helpt de persoon met een psychisch probleem zelf om een beslissing te nemen, maar is zeker ook nuttig voor klantmanagers en andere begeleiders om kennis van te nemen en wellicht te gebruiken in het contact met de cliënt.³²

³⁰ Zie hierover: Weeghel, J. van, Pijnenborg, M., Van 't Veer, J., & Kienhorst, G. (red.) (2016). *Handboek destigmatisering bij psychische aandoeningen. Principes, perspectieven en praktijken*. Bussum: Coutinho. Weeghel, J. van (2017). Arbeidsparticipatie en destigmatisering van mensen met psychische aandoeningen. *Epidemiologisch Bulletin. Tijdschrift voor volksgezondheid en onderzoek in regio Haaglanden* 52 (1), 14-20.

³¹ <http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl/project/generieke-module-destigmatisering>

³² Meer informatie en de brochure 'Verzwijgen of vertellen':

<http://www.kenniscentrumphrenos.nl/diensten/projecten-2/doorontwikkeling-coral>

3.7 Werkgevers en werkgeversbenadering

Mensen met psychische aandoeningen aan het werk krijgen lukt als er werkgevers zijn om hen aan te nemen. Dat is nog steeds niet vanzelfsprekend. Maar het lijkt erop dat werkgevers meer open staan voor werknemers met een beperking. Hier zijn drie oorzaken voor aan te geven:

- Ten eerste is de wet- en regelgeving meer en meer gericht op participatie van mensen met een arbeidsbeperking in reguliere banen bij gewone arbeidsorganisaties. Dat is ook het doel van de banenafpraak tussen werkgevers en werknemers. Door de quotumwet dreigen er sancties voor bedrijven die te weinig werknemers met een arbeidsbeperking in dienst hebben.
- Naast deze meer 'negatieve' motivatie zien veel werkgevers er ook het belang van in om tot een meer inclusieve arbeidsmarkt te komen, en zijn zij bereid om daar een steentje aan bij te dragen. Maatschappelijk verantwoord ondernemen wint terrein. Dit wordt nog eens extra gestimuleerd door social return verplichtingen die opdrachtgevers kunnen afspreken met hun opdrachtnemers.
- Ten derde maakt de aantrekkende economie dat werkgevers beseffen dat het economisch gezien onverantwoord is om een belangrijke groep werknemers op voorhand buiten beschouwing te laten.

Werkgeversbenadering

In de praktijk doen veel organisaties aan werkgeversbenadering. Soms samen, in een werkgeversservicepunt. Maar ook regelmatig apart. Het is de moeite waard om de krachten te bundelen. Ieder heeft eigen manier en eigen contactennetwerk en specifieke kennis (regelingen, branchekennis, etc.). Het is zinnig om die bij elkaar te brengen.

Tips

Als het lukt om een klant met een psychisch probleem succesvol te plaatsen, opent dat de weg voor anderen, zo is de ervaring van begeleiders. Verdere tips vanuit professionals:

- Netwerkontwikkeling met werkgevers is van groot belang. Geef een duidelijk en reëel beeld van wat een werkgever kan verwachten.
- Ontzorg de werkgever. Zij vrezen extra belasting, 'gedoe', en een vergrote kans op uitval. Ervaringen vanuit bijvoorbeeld IPS laten zien dat dit zeker niet altijd terecht is.
- Benut de mogelijkheden van begeleiding van werkgevers en de collega's op de werkvloer van de nieuwe werknemer (zie ook de volgende paragraaf).
- Neem bezwaren serieus, maar probeer ze te ontzenuwen of beheersbaar te maken, bijvoorbeeld door de inzet van een jobcoach.
- Een goed middel om werkgevers te helpen is de no-riskpolis, waarmee werkgevers zijn ingedekt tegen mogelijke uitval door ziekte van de nieuwe werknemer. De Participatiewet kent ook de mogelijkheid van een loonkostensubsidie.

3.8 Ondersteuning

Er zijn vele initiatieven en organisaties die helpen bij het benaderen en ondersteunen van werkgevers. Een korte greep uit de vele initiatieven:

Samen sterk zonder stigma

Samen Sterk zonder Stigma zet zich in voor een samenleving waarin iedereen open kan zijn over psychische aandoeningen. Bespreekbaarheid van psychische aandoeningen op het werk leidt tot eerder hulp zoeken, minder ziekteverzuim, grotere productiviteit en minder presentisme (men is

aanwezig, maar doet niets nuttigs meer). Het draagt bij aan de psychische gezondheid en het welzijn van werknemers, wat ook veel voordelen voor de werkgever oplevert.³³

Werkambassadeurs

Onderdeel van Samen Sterk zonder Stigma zijn de werkambassadeurs: werknemers met een psychische aandoening die werken binnen gewone bedrijven en zich daar inzetten voor de bevordering van bespreekbaarheid en een veilige cultuur.³⁴

Locus

Locus is een in 2011 opgericht publiek-privaat netwerk van bedrijven, gemeenten en SW-bedrijven, dat helpt mensen met een afstand tot de arbeidsmarkt op een duurzame manier in te zetten.³⁵

De Normaalste Zaak

De Normaalste Zaak is een netwerk van kleinere en grotere werkgevers die streven naar 'inclusief ondernemen'. Op www.denormalstezaak.nl zijn onder meer overzichten te vinden van regelingen voor werkgevers die werknemers met een arbeidsbeperking in dienst nemen.

Onbeperkt Ondernemen

De website www.onbeperktondernemen.com bevat voorbeelden, tips en handreikingen voor werkgevers die arbeidsgehandicapten in dienst willen nemen. Ook de begeleiding daarvan komt nadrukkelijk aan bod.

Harrie

Harrie³⁶ staat voor: Hulpvaardig, Alert, Realistisch, Rustig, Instruerend en Eerlijk. Een 'Harrie' is een directe collega van een werknemer met een beperking die optreedt als begeleider:

- Harrie begeleidt de werknemer met een arbeidsbeperking op de werkvloer, ook op het gebied van de werkzaamheden.
- Harrie is het directe aanspreekpunt op de werkvloer voor de werknemer met een arbeidsbeperking.
- Harrie is ook voor de leidinggevende, het team en externen het aanspreekpunt ten aanzien van de werknemer met een arbeidsbeperking.

3.9 Algemene uitgangspunten begeleiding naar werk

Sluit aan bij de wensen en doelen van de klant

Werken is voor mensen met een psychische aandoening niet altijd makkelijk. Om de motivatie te kunnen opbrengen is het daarom extra belangrijk dat het werk zo goed mogelijk aansluit bij de kwaliteiten, wensen en doelen van de persoon.

Werk vanuit een integrale benadering

Wanneer iemand behandeling nodig heeft, is het belangrijk dat de behandeling goed afgestemd is op het traject naar werk. Dit geldt ook voor (blijvende) ondersteuning die iemand nodig heeft. Goede afstemming van behandeling, ondersteuning en begeleiding is essentieel.

³³ <https://www.samensterkzonderstigma.nl/?gclid=ClzNpJLfjdMCFQaVGwod-1oMda>

³⁴ <https://www.samensterkzonderstigma.nl/over-ons/ambassadeurs>

³⁵ <http://www.locusnetwerk.nl>

³⁶ Harrie is een initiatief van kenniscentrum Vilans en CNV Jongeren: <http://www.ikbenharrie.nl>

Denk in mogelijkheden

Iedereen kan iets. Dat is het aangrijpingspunt voor begeleiding naar werk. Wees creatief in het bedenken van oplossingen voor problemen en vertaal mogelijke beperkingen op praktische manier in mogelijkheden. Fixeer je als begeleider niet op de aandoening. Bedenk dat functies aanpasbaar zijn.

Zorg voor voldoende uitdaging

Iedereen kan zich ontwikkelen. Wat hiervoor nodig is, is voldoende uitdaging. Een uitdaging is 100% maatwerk en voor iedereen verschillend. Maar voor iedereen geldt: als iets te moeilijk of te makkelijk is, ontwikkel je jezelf niet.

Het kan en mag misgaan

Bij uitdagingen hoort dat het mis kan gaan. Maar het alternatief; nietsdoen of alleen maar veilige keuzes maken, is niet beter. Tegenslagen en faalervaringen zijn een onderdeel van een leerproces.

Hoofdstuk 4

Randvoorwaarden

Mensen met beperkingen hebben het moeilijk op de arbeidsmarkt, zeker als het gaat om een psychische aandoening. Maar het draagvlak voor een inclusieve arbeidsmarkt en een samenleving waarin iedereen naar vermogen participeert groeit. In de GGZ is de weg naar minder bedden en meer ambulante zorg ingezet. Deze vermaatschappelijking van de zorg versterkt de noodzaak om met andere sectoren, waaronder Werk & Inkomen, samen te werken. In dit afsluitende hoofdstuk geven we een overzicht van enkele belangrijke beleidsontwikkelingen en besteden we aandacht aan de vraagstukken rond gegevensuitwisseling en financiering van trajecten die de domeinoverstijgende samenwerking van UWV, gemeenten en GGZ met zich meebrengt.

4.1 Wet Banenafpraak

Denken in mogelijkheden in plaats van beperkingen kan gerust een paradigmawisseling worden genoemd. In Nederland heeft die gedachte de laatste jaren vooral vorm gekregen door de Participatiewet en de banenafpraak tussen werkgevers, werknemers en overheid. In totaal gaat het om 125.000 extra banen ten opzichte van de peildatum van 1 januari 2013: 100.000 extra banen tot 2026 in de private sector en 25.000 extra banen voor 2024 bij de overheid. Indien de streefcijfers niet worden gehaald kan de minister van SZW een quotum opleggen. Deze banenafpraak is vastgelegd in de Wet banenafpraak en quotum arbeidsbeperkten (Wet BQA) die op 1 april 2015 is ingegaan.³⁷ Op de site 'samen voor de klant' van de programmaraad is achtergrondinformatie beschikbaar.³⁸ Daar staat ook het document kennisdocument 'Wet banenafpraak en quotum arbeidsbeperkten' van het ministerie van SZW. Daarin onder meer informatie over het doelgroepregister en over ondersteuningsmogelijkheden zoals inzet jobcoaching, loonkostensubsidie, no-riskpolis, etc.³⁹

4.2 Financiering IPS

IPS wordt toegepast door de GGZ. Maar toeleiding naar werk maakt integraal onderdeel uit van de methodiek. Dat roept de vraag op: hoe wordt IPS gefinancierd? Vanuit het zorgdomein, dat wil zeggen de Zorgverzekeringswet (Zvw) oftewel de zorgverzekering van de betrokken cliënt? Of vanuit het participatie- of re-integratiebudget van gemeente of UWV? Hoe liggen de verantwoordelijkheden bij een aanpak die domeinoverstijgend is? In augustus 2016 gaf het Zorginstituut Nederland (ZIN) in het rapport 'Bevorderen van participatie van cliënten met een psychische stoornis'⁴⁰ meer duidelijkheid over de verantwoordelijkheden voor het bevorderen van participatie van cliënten in de GGZ. De uitleg van ZIN geldt vanaf het moment van verschijnen, dus vanaf 29 augustus 2016. De

³⁷ https://www.eerstekamer.nl/wetsvoorstel/33981_wet_banenafpraak_en_quotum

³⁸ <https://www.samenvoordeklant.nl>, zie met name: <https://www.samenvoordeklant.nl/wetten>

³⁹ <https://www.samenvoordeklant.nl/sites/default/files/kennisdocument-wet-banenafpraak-en-quotumheffing-versie-februari-2016.pdf>

⁴⁰ Zorginstituut Nederland, 'Bevorderen van participatie van cliënten met een psychische stoornis', 29 augustus 2016. Directe aanleiding voor dit rapport was het duidingsverzoek van minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 28 mei 2015, waarin zij uitleg vraagt waaruit activiteiten ter bevordering van participatie betaald kunnen worden. Minister Schippers formuleerde in een brief d.d. 3 november 2016 haar instemming met de uitkomsten van de duiding van het ZIN en kondigde meerdere acties aan.

conclusie van ZIN is dat de eerste gesprekken van een IPS-traject uit de Zvw gefinancierd kunnen worden, maar de feitelijke toeleiding naar werk niet. In de beginfase van IPS zijn het geneeskundig doel (functioneel herstel) en de motivering van de cliënt voor IPS dusdanig verweven, dat dit tot geneeskundige zorg wordt gerekend wanneer dit door een zorgprofessional geleverd wordt als onderdeel van het behandelplan. De eigenlijke toeleiding naar werk behoort tot het participatiedomein en dient daar ook uit betaald te worden. Dat neemt niet weg dat zorgprofessionals wel een bijdrage kunnen leveren aan het slagen van interventies als IPS, door motiverende gesprekken te voeren, de behandeling aan te passen aan de werk(zoek)ende situatie van de cliënt en door af te stemmen (eventueel in de vorm van casemanagement) met de IPS-trajectbegeleiders.

Wat betekent dit in de praktijk? De vergoeding vanuit de Zvw gaat gemiddeld genomen om de eerste acht gesprekken van een IPS-traject. Dat is onder meer de visie van GGZ-kenniscentrum Phrenos. Dit sluit aan op de reeds ontstane praktijk bij sommige verzekeraars om de beginfase van IPS, doorgaans acht gesprekken, te vergoeden. Zo heeft bijvoorbeeld Zilveren Kruis al een overeenkomst met zorgaanbieders over de vergoeding van de eerste acht gesprekken van een IPS-traject. Ook andere zorgverzekeraars zijn sinds voornoemde duiding van het Zorginstituut verplicht dergelijke gesprekken te vergoeden.

4.3 UWV-onderzoekssubsidie IPS

UWV subsidieert vanaf 1 januari 2017 jaarlijks 500 IPS-trajecten voor mensen met een arbeidsongeschiktheidsuitkering van UWV. Deze subsidie duurt vijf jaar, het gaat in totaal om een bedrag van 20 miljoen euro. GGZ-instellingen kunnen elk half jaar subsidie aanvragen. UWV gaat tegelijkertijd onderzoeken wat de effecten zijn en op welke wijze deze aanpak structureel kan worden gefinancierd. Daarvoor is meer kennis nodig over de activiteiten die binnen een IPS-traject worden uitgevoerd. Door onderzoek een onderdeel te maken van de IPS-subsidie gaat UWV deze kennis nu verzamelen. De subsidieregeling is bedoeld voor GGZ-instellingen met cliënten die een uitkering van het UWV ontvangen, maar inmiddels hebben ook enkele gemeenten die via een GGZ-instelling IPS toepassen een verzoek ingediend om mee te doen aan het onderzoek.⁴¹

4.4 Gemeenten en IPS

IPS is een interventie vanuit de GGZ. UWV heeft daar al aansluiting bij gevonden door IPS-trajecten te financieren voor hun uitkeringsgerechtigden die eveneens behandeling of begeleiding ontvangen vanuit een GGZ instelling. Voor gemeenten is IPS nog relatief onbekend, zo bleek ook tijdens de werkateliers. De aanpak roept over het algemeen enthousiasme op, maar ook vragen, zoals: hoe kun je als gemeente IPS inzetten? Hoe wordt dat gefinancierd? Kan IPS of een IPS-achtige aanpak ook worden ingezet voor andere doelgroepen dan mensen met een ernstige aandoening?

Op dit moment zijn deze vragen nog niet allemaal volledig te beantwoorden. Een aantal gemeenten zet inmiddels IPS in, in samenwerking met GGZ-instellingen. Enkelingen hebben al wat meer ervaring, de meesten staan nog aan het begin. We belichten hier kort twee voorbeelden: Den Haag en Amsterdam.

⁴¹ <https://www.uwv.nl/zakelijk/leveranciers/re-integratiedienstverlening/ik-wil-dienstverlening-voor-re-integratie-aanbieden/detail/onderzoekssubsidieregeling-individuele-plaatsing-en-steun-ips>

Den Haag

Den Haag is met GGZ-instelling Parnassia begonnen met een IPS-pilot met 60 kandidaten. De eerste ervaringen zijn dat dit voor de gemeente feitelijk een paradigmawisseling is; inzetten op de groep moeilijk bemiddelbaren in plaats van op mensen met een relatief korte afstand tot de arbeidsmarkt. Tot voor kort was er geen traditie in het bemiddelen van 'moeilijke' groepen en lag de focus op de groep die relatief makkelijk aan het werk kon komen, en zeker niet op psychische aandoeningen. Mede door de Participatiewet en het feit dat Wajongers, een onbekende groep voor de gemeente, naar de gemeente kwamen is de oriëntatie veranderd. Den Haag heeft na een jaar het project geëvalueerd.⁴² De ambitie was groot: de 60 kandidaten in 1 jaar aan het werk. Dat was te ambitieus. Voor Den Haag en voor GGZ-instelling Parnassia, die in hoge mate vreemden voor elkaar bleken. Er is sprake van een 'flinke leerervaring' en 'pittige gesprekken', maar er is besloten om door te gaan. De leerpunten zijn vooral:

- FACT-teams en IPS-jobcoaches moesten nog groeien.
- De link met het werkgeversservicepunt was te zwak (1 persoon).
- Er was ook een 'housing first' groep. Die is gestopt, het bleek een te zware doelgroep.
- Twee voorbereidende IPS-gesprekken is te weinig (de zorgverzekeraar vergoedt nu acht gesprekken).

Amsterdam

In Amsterdam werken GGZ, UWV en gemeenten al enige tijd samen rond IPS. De basis voor samenwerking in Amsterdam is een veranderend perspectief bij GGZ en gemeente. De gemeente zet nu vooral in op mensen met een grote afstand tot de arbeidsmarkt, waar vroeger het geld vooral ging naar cliënten met relatief veel kansen. Het College heeft bovendien extra geld ter beschikking gesteld. Ook bij de GGZ is een heroriëntatie zichtbaar. Het inzicht dat werk helpt bij herstel breekt steeds meer door. Het is dus een kwestie van keuzes maken en ook boven je directe belang uitstijgen en naar de langere termijn kijken, over de grens van je eigen stukje van het sociaal domein heen.⁴³

Lessons learned

- Leer elkaar als GGZ en gemeente goed kennen en formuleer gezamenlijke doelen. Zorg dat de direct betrokkenen in de uitvoering bij elkaar aan tafel zitten.
- Kijk naar de langere termijn, zie IPS als investering in mensen. Maar laat de snellere successen zien.
- Betrek verzekeraars bij de financiering
- Integreer het werkgeversservicepunt in de samenwerking.

4.5 Financiering en verbreding

In meerdere werkateliers stelden gemeenten de vraag hoeveel een IPS-traject kost en hoe dat te financieren. Wat betreft de kosten: dat hangt mede af van de lengte van een traject. Maar gemiddeld genomen rekenen gemeenten die al bezig zijn met IPS met bedragen tussen de 5000 en 8000 euro. UWV gaat uit van een IPS-trajectprijs van 8000 euro, bij een duur van 36 maanden. De opbrengsten van een geslaagd traject zijn groot. Niet alleen kunnen vele jaren uitkeringskosten worden vermeden, de opbrengst slaat ook neer op andere levensgebieden. Zo zouden zorgkosten kunnen dalen. Dit zou een reden kunnen zijn om als gemeente zorgverzekeraars te vragen mee te betalen aan IPS. Door de duiding van het Zorginstituut dienen zorgverzekeraars nu al een deel, namelijk de inzichtgevende en motiverende gesprekken, van het IPS-traject te vergoeden. Inzet van IPS is echter voor een belangrijk

⁴² Zie <https://www.werkenmetips.nl/nieuws/uitkomsten-pilot-ips-gemeente-haag-positief> voor een nieuwsbericht en link naar het evaluatierapport.

⁴³ Zie voor een uitgebreider artikel hierover: <https://www.samenvoordeklant.nl/praktijk/ernstige-psychische-aandoening-en-werk-het-kan>

deel een beleidsmatige keuze. Waar zet je als gemeente je participatiebudget voor in? Zie de voorbeelden van Den Haag en Amsterdam.

Of IPS ook breder in te zetten is, bijvoorbeeld voor de CMD-doelgroep, is een nog onbeantwoorde vraag. IPS is een strikt beschreven methodiek en de GGZ hecht sterk aan modelgetrouwe uitvoering. Niet zonder reden; de effectiviteit heeft mede te maken met modelgetrouw uitvoeren. Anderzijds is ook IPS continu in ontwikkeling en de toenemende vraag van gemeenten naar methodieken (zie bijvoorbeeld ook de aandacht voor verwarde personen) kan maken dat er nieuwe stappen worden gezet.

Tenslotte komt soms naar boven of IPS ook los van de GGZ kan worden toegepast. Niet alle gemeentelijke cliënten met mentale problemen zijn immers in behandeling bij de GGZ. Het antwoord daarop is helder: dat kan niet. Het zit ingebakken in de IPS-methodiek dat er een combinatie van behandeling en arbeidstoeleiding is. Echter; supported employment kent ongeveer dezelfde uitgangspunten als IPS, maar niet het behandellement. Voor gemeenten die iets willen met cliënten die niet in behandeling zijn bij de GGZ, is supported employment dus wellicht een goed alternatief.⁴⁴

4.6 Zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars kwamen al ter sprake vanwege hun financiering van het begin van IPS. Door de integraties in het sociaal domein en de samenwerking met de zorgsector wordt de vraag in hoeverre (zorg)verzekeraars en publieke partijen die verantwoordelijk zijn voor participatie en re-integratie kunnen samenwerken en wellicht tot nieuwe financieringsvormen komen. Zoals al eerder in dit rapport gesignaleerd slaat namelijk een deel van de financiële en maatschappelijke voordelen van betere participatie van mensen met een (in dit geval) psychische aandoening neer bij de zorgverzekeraars. Betrokken partijen zoals VNG, Zorgverzekeraars Nederland en Ministerie van SZW hebben deze materie al verkend.⁴⁵ Op lokaal niveau betalen zorgverzekeraars soms mee aan trajecten, zoals IPS in Amsterdam. Overleg over samenwerking, bijvoorbeeld over de inzet van IPS, kan onderdeel uitmaken van de al bestaande regionale samenwerkingsagenda van verzekeraars en gemeenten.

4.7 Gegevensuitwisseling en privacy

Veel professionals uit de verschillende domeinen lopen aan tegen problemen met gegevensuitwisseling over gemeenschappelijke cliënten. In de praktijk worden daarvoor oplossingen gevonden door het houden van driegesprekken en door de cliënt (schriftelijke) toestemming te vragen voor het delen van zijn gegevens. Ook worden wel anonieme casebesprekingen gehouden. In enkele regio's is of wordt de onderlinge gegevensuitwisseling vastgelegd in een convenant.⁴⁶

⁴⁴ Zie hierover ook de factsheet *Arbeid en psychische aandoeningen van het Trimbos Instituut*.

⁴⁵ Zie: 'Samen voor re-integratie' van VNG en Zorgverzekeraars Nederland, <https://vng.nl/onderwerpenindex/werk-en-inkomen/arbeidsmarktbeleid/publicaties/samen-voor-re-integratie> en 'Een integrale blik op zorg en re-integratie' van VNG en Ministerie van SZW, <https://vng.nl/onderwerpenindex/maatschappelijke-ondersteuning/wmo-2015/nieuws/handreiking-een-integrale-blik-op-zorg-en-re-integratie>

⁴⁶ Zie over gegevensuitwisseling de werkwijzers van Divosa: <https://www.divosa.nl/werkwijzer-psychische-aandoeningen-en-lichte-verstandelijke-beperkingen>. Zie ook: <http://www.ggz nederland.nl/themas/privacywetgeving>. Daar staat onder meer informatie over de [Toolkit Privacybescherming en Informatiebeveiliging](#) die GGZ Nederland voor haar leden heeft ontwikkeld.

Dat er in de praktijk oplossingen worden gezocht en gevonden, neemt niet weg dat vele professionals en organisaties zitten met de vraag: wat mag er wettelijk gesproken nu wel of niet met de gegevens van onze klanten? Aan welke regels moeten wij ons houden? Het antwoord op deze vragen is dat er geen eenduidig beeld is, en dat er verschillende uitgangspunten zijn bij gegevensuitwisseling die kunnen leiden tot tegenstrijdigheden en (daarmee) dilemma's voor de uitvoering. De Autoriteit Persoonsgegevens heeft onderzocht hoe gemeenten omgaan met de verwerking van persoonsgegevens in het sociaal domein en benadrukt dat er domeinoverstijgende wetgeving noodzakelijk is.⁴⁷ Minister Plasterk van het ministerie van BZK heeft in reactie op dit rapport gezegd dat aanvullende wetgeving voor domeinoverstijgende gegevensuitwisseling niet nodig is. Het kabinet vindt dat de huidige regels volstaan.

Autoriteit Persoonsgegevens

De Autoriteit Persoonsgegevens vraagt aandacht voor privacy risico's en wijst erop dat er geen overkoepelende wettelijke regeling is voor de domeinoverstijgende verwerking van persoonsgegevens in het sociaal domein. Elke afzonderlijke wet bevat bepalingen over de verwerking van persoonsgegevens in dat specifieke domein. Gemeenten moeten de verschillende taken in het sociaal domein in samenhang met elkaar kunnen uitvoeren, zo erkent de toezichthouder, maar deze wetten voorzien onvoldoende in een regeling voor deze integrale taakuitvoering. De Autoriteit Persoonsgegevens benadrukt dat gemeenten dit probleem niet kunnen omzeilen door toestemming te vragen aan betrokkenen voor het verwerken van hun gegevens. Vooral niet als gemeenten die toestemming vragen in situaties waarin de betrokkenen afhankelijk zijn van de gemeente voor hulp, zoals de intake of toegangsverlening. Betrokkenen kunnen daarbij niet in vrijheid toestemming geven. De Autoriteit Persoonsgegevens sluit niet uit dat de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp) thans in de weg staat aan de verwerking van persoonsgegevens bij de uitvoering van op zichzelf noodzakelijke en gerechtvaardigde taken in het sociaal domein.

Dilemma's

Wat betekent dit alles? De integraties in het sociaal domein en de samenwerking met de zorgsector brengt qua gegevensuitwisseling (en ook veilige gegevensopslag) dilemma's met zich mee. Hoe garandeer je een vrije toestemming van cliënten terwijl er soms of misschien vaak een bepaalde afhankelijkheidsrelatie is? Hoe is de verhouding tussen de plicht van de professional om zijn cliënt goede hulp en dienstverlening te geven, en de mogelijke beperkingen die de Wbp koppelt aan gegevensuitwisseling? De wettelijke basis is onduidelijk of wordt verschillend geïnterpreteerd. Echter, afzien van gegevensuitwisseling is geen optie want dat maakt een integrale aanpak onmogelijk en doet ook afbreuk aan de zorgplicht die de professional heeft voor zijn cliënt.

Het lijkt er voorsnog op dat de privacy van cliënten het best wordt gewaarborgd als er alleen met uitdrukkelijke toestemming van cliënten gegevens worden uitgewisseld. De partijen in het sociaal domein moeten er daarbij op gespist zijn om vrijwilligheid aan de zijde van de cliënt te waarborgen, zorgvuldig en gewetensvol te handelen en ongewenste druk op cliënten te vermijden. Door gezamenlijke protocollen (GGZ, gemeente, UWV) op te stellen waarin de onderlinge gegevensoverdracht wordt gereguleerd wordt hier een basis aan gegeven. Organisaties en professionals in de domeinen van werk en inkomen en GGZ kunnen alleen maar proberen gewetensvolle oplossingen te vinden die recht doet aan de cliënt en die het mogelijk maakt de opdracht van integrale aanpak te realiseren.

Tips over privacy en gegevensuitwisseling

- Houd steeds voor ogen wat het doel is van de gegevensuitwisseling. Dat wordt snel vergeten. Ga dus na welke gegevens noodzakelijk zijn voor het doel: kan het ook met minder, gaat de uitvraag

⁴⁷ 'Verwerking van persoonsgegevens in het sociaal domein: De rol van toestemming'. Onderzoeksrapport op basis van inlichtingen van 41 gemeenten. Autoriteit Persoonsgegevens, april 2016

niet te ver of is er een andere manier om de gegevens te krijgen (eisen van subsidiariteit en proportionaliteit)?

- Medische informatie is meestal niet nodig, alleen informatie over arbeidsmogelijkheden en arbeidsbeperkingen. Medische dossiers mogen niet worden uitgewisseld, tenzij de klant ze zelf ter beschikking stelt (en beperkt tot de voor het doel relevante informatie).
- Vraag de cliënt altijd toestemming voor gegevensuitwisseling en leg die toestemming schriftelijk vast (dat is overigens geen blanco machtiging). Leg de klant daarbij zorgvuldig uit waarom de gegevens nodig zijn en beperk je tot gegevens die echt nodig zijn.
- Soms kunnen casusbesprekingen tussen zorgverlener en klantmanagers anoniem zijn. Bij niet-anonieme casusbesprekingen is schriftelijke toestemming van de cliënt vereist.
- In driegesprekken komt informatie snel naar boven.

Colofon

Dit is een uitgave van het Ministerie van SZW

Auteur

Peter van Eekert (ARCO SZ)

April 2017

Wij danken iedereen die op een of andere wijze een bijdrage heeft geleverd aan dit rapport, met name alle enthousiaste deelnemers aan de regionale werkateliers. De volgende personen hebben (delen van) het rapport gelezen en van nuttig commentaar voorzien:

- Cris Bergmans, kenniscentrum Phrenos
- Henk-Jan Grotenhuis, ministerie van SZW
- Petra Jagt, VNG
- Marga Oostindie, UWV
- Miranda van Soest, UWV
- Ineke van der Voort - van Beusekom, Zorginstituut Nederland
- Jaap van Weeghel, kenniscentrum Phrenos
- Anneke Westerlaken, Programmaraad
- José Weststrate, GGZ Nederland
- Yvonne Wijnands, ministerie van SZW