
Samenwerken voor uitkeringsgerechtigden
met gezondheidsproblemen



Inspectie Werk en Inkomen
*Ministerie van Sociale Zaken en
Werkgelegenheid*

Samenwerken voor uitkeringsgerechtigden
met gezondheidsproblemen

Colofon

| | |
|-----------|---------------------|
| Programma | Dienstbare Overheid |
| Nummer | R 11/04, juli 2011 |
| ISSN | 1383-8733 |
| ISBN | 978-90-5079-248-6 |

Voorwoord

Een belangrijke doelstelling van de sector werk en inkomen is het activeren en re-integreren van zoveel mogelijk uitkeringsgerechtigden. Voor het realiseren van die doelstelling is zij afhankelijk van verschillende andere sectoren. Een van die sectoren is de gezondheidszorg. De gezondheidszorg is een belangrijke sector, omdat uitkeringsgerechtigden relatief vaak kampen met gezondheidsproblemen. Om de dienstverlening tussen de sectoren op elkaar aan te laten sluiten, is het nodig dat er wordt samengewerkt tussen de professionals uit de sector werk en inkomen en de gezondheidszorg. Samenwerking biedt kansen om de dienstverlening aan uitkeringsgerechtigden met gezondheidsproblemen effectiever en efficiënter te laten verlopen. Door samen te werken met andere sectoren, komen de uitvoerders van de sociale zekerheid toe aan een van de opdrachten die hen is gesteld in de Wet SUWI, namelijk het verlenen van dienstverlening in samenwerking met hulpverleners die zich bevinden in aanpalende terreinen als onderwijs, (jeugd)zorg en maatschappelijke ondersteuning.¹

Met dit rapport beoogt de inspectie een bijdrage te leveren aan het functioneren van het stelsel werk en inkomen door de belangrijkste leerpunten uit innovatieve samenwerkingsinitiatieven tussen de twee sectoren te beschrijven. Een belangrijke voorwaarde blijkt dat de betrokken professionals een gevoel van urgentie delen en een gemeenschappelijk doel voor ogen hebben. Het gemeenschappelijke doel in de bestudeerde initiatieven is het vergroten van de kansen op de arbeidsmarkt van hun gezamenlijke cliënten, met als meest gebruikte uitgangspunt 'first place, then train': gezondheidsproblemen zijn (al dan niet gefaseerd) het best op te lossen door mensen te activeren en zo mogelijk aan het werk te helpen. In het licht van de aankomende arbeidskrachte is het creëren van draagvlak voor dit gemeenschappelijke doel in het bijzonder van belang.

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

¹ Kamerstukken II, 31514, nr. 3, p.4.

Inhoud

Samenvatting en beschouwing—7

1 Inleiding—13

2 Beleid en wettelijke context—17

3 Samenwerkingsinitiatieven—21

3.1 Inleiding—21

3.2 Bestudeerde samenwerkingsinitiatieven—21

4 Patronen en verschillen in samenwerkingsinitiatieven—27

4.1 Knelpunten—31

4.2 Succesfactoren—32

5 Reacties Divosa, VNG en UWV en nawoord IWI—35

Bijlage 1 Reacties Divosa, VNG en UWV—37

Bijlage 2 Initiatieven op het gebied van samenwerking Werk en Inkomen en
Zorg—45

Bijlage 3 Bronnenlijst—53

Publicaties van de Inspectie Werk en Inkomen—57

Samenvatting en beschouwing

Inleiding

De sector werk en inkomen is voor het realiseren van een van haar belangrijkste doelstellingen, namelijk het re-integreren en activeren van mensen met een uitkering, mede afhankelijk van de gezondheidszorg. Gezondheidsproblemen belemmeren de deelname aan de maatschappij en het arbeidsproces. Tegelijkertijd blijkt uit onderzoek dat door inactiviteit en passiviteit de ervaring van gezondheidsproblemen verergert.² Uitkeringsgerechtigden met gezondheidsproblemen kunnen op die manier in een vicieuze cirkel van inactiviteit en (ervaren) gezondheidsproblemen terecht komen.

Een activerende dienstverlening vanuit de sectoren werk en inkomen en de gezondheidszorg – waarbij de dienstverlening aan de cliënt door de professionals uit die sectoren onderling wordt afgestemd - kan die cirkel doorbreken. Samenwerking tussen de professionals is hiervoor nodig. Als er niet wordt samengewerkt, bestaat het risico dat de professionals langs elkaar heen werken en hun eigen verschillende doelen nastreven. Het doel van de dienstverlening voor de cliënt vanuit de sector werk en inkomen, namelijk het vergroten van zijn of haar kansen op de arbeidsmarkt, komt op die manier in het geding.

Samenwerking is in het belang van de cliënt en leidt tot een meer effectieve en efficiënte dienstverlening.³ Een betere dienstverlening leidt er uiteindelijk toe dat meer mensen in staat zijn deel te nemen aan de arbeidsmarkt. Dat is mede met het oog op de aankomende arbeidskrapte belangrijk. Betere samenwerking versterkt daarmee het streven van het Kabinet-Rutte-Verhagen naar een optimale benutting van het aanwezige arbeidspotentieel en de beschikbare middelen.⁴

In 2010 is de Inspectie Werk en Inkomen een meerjarig onderzoeksprogramma gestart naar de samenwerking in de dienstverlening aan cliënten met multiproblematiek.⁵ Het eerste onderzoek van dit programma, getiteld 'Maatwerk bij meervoudigheid', heeft de inspectie vorig jaar uitgebracht.⁶ Dat rapport ging over de dienstverlening, de effecten van de dienstverlening, en de samenwerking met organisaties uit andere domeinen voor de groep WW'ers en WWB'ers met meervoudige problematiek. In het huidige onderzoek, dat een vervolg is op het onderzoek 'Maatwerk bij meervoudigheid', beantwoordt de inspectie de volgende centrale vraagstelling:

Welke aandachtspunten en voorwaarden voor succes kunnen worden onderscheiden in bestaande samenwerkingsinitiatieven tussen professionals in de sectoren werk en inkomen en de gezondheidszorg?

De inspectie heeft ter beantwoording van de onderzoeksvraag acht samenwerkingsinitiatieven bestudeerd, interviews gehouden met stakeholders en de eerste bevin-

² Schuring et al. 2011.

³ Eén van de aanbevelingen van het rapport 'Doorzetten en loslaten, de toekomst van de wijkaanpak' (pagina 49 aanbeveling 4) is dat samenwerking ertoe kan bijdragen dat er focus wordt aangebracht in activiteiten, doelstellingen en prioriteiten.

⁴ Regeerakkoord Kabinet-Rutte-Verhagen, 30 september 2010, paragraaf 11. Werk en sociale zekerheid.

⁵ De inspectie definieert meervoudige problematiek als de situatie waarin sprake is van problemen in twee of meer probleemclusters, zoals economische problemen, culturele problemen, normatieve problemen en/of gezondheids- of psychosociale problemen, waarbij de problemen complex zijn, elkaar versterken en op elkaar ingrijpen.

⁶ Maatwerk bij meervoudigheid, IWI 2010.

dingen besproken in een expertmeeting.^{7 8} In de beschrijving van de bestudeerde initiatieven legt de inspectie de focus op de oplossingen die in de uitvoering zijn gevonden voor een effectievere dienstverlening aan cliënten met gezondheidsproblemen door een nauwe(re) samenwerking tussen de betrokken professionals. De inspectie brengt daarmee de belangrijke voorwaarden voor samenwerking in beeld.

Door samen te werken met andere hulpverleningsinstanties, komen de uitvoerders van de sociale zekerheid toe aan een van de opdrachten die hen is gesteld in de Wet SUWI, namelijk het verlenen van dienstverlening in samenwerking met hulpverleners die zich bevinden in aanpalende terreinen als onderwijs, (jeugd)zorg en maatschappelijke ondersteuning.⁹ De samenwerkingsinitiatieven tussen de professionals werk en inkomen en de gezondheidszorg moeten verder worden gezien in het licht van een verscheidenheid aan wetgeving, budgetten, organisaties en beleidsinitiatieven die de samenwerking compliceren. SZW en VWS ondersteunen en stimuleren samen met UWV, VNG en Divosa de samenwerking tussen de verschillende professionals door het ontwikkelen van vooral 'evidence based' methodieken en het wegnemen van belemmeringen in de wetgeving.

Resultaten

Een gemeenschappelijk doel van de bestudeerde initiatieven is om de uitkeringsgerechtigden met gezondheidsproblemen zoveel mogelijk te versterken en te activeren, zodat hun kansen op de arbeidsmarkt toenemen. Het meest gebruikte uitgangspunt daarbij is 'first place then train', ofwel: gezondheidsproblemen zijn het best op te lossen door mensen (eerst, al dan niet gefaseerd) te activeren en - zo mogelijk - aan het werk te helpen. Achterliggende gedachte is dat mensen door te participeren meer zelfvertrouwen krijgen en meer perspectief zien in hun situatie. Door te werken krijgen mensen langzaam maar zeker meer regie over hun eigen leven. In sommige gevallen kampen mensen met zodanig ernstige problemen dat activering en/of zelfregie (nog) niet aan de orde zijn. In die gevallen is de aandacht van de dienstverlening eerst gericht op wegnemen van persoonlijke belemmeringen.

In alle bestudeerde initiatieven is er één persoon aangesteld, die min of meer de regie heeft over de dienstverlening. Er is een functionaris die een compleet en actueel beeld heeft van het traject, die de cliënt volgt en fungeert als contactpersoon voor de cliënt met de verschillende dienstverleners. De regisseur kan werkzaam zijn in de sector werk en inkomen, in de gezondheidszorg of een extern ingehuurde professional zijn. In de meeste initiatieven is er voor de regisseur ook een belangrijke rol weggelegd in het vergroten van de zelfregie en zelfredzaamheid van cliënten. In het onderzoek kwam het belang van beslissingsbevoegdheid van de regisseur naar voren, omdat geen enkele organisatie het mandaat heeft om de klant integraal te helpen. Dat speelt vooral wanneer er verschillen zijn in inzicht ten aanzien van de behandeling.

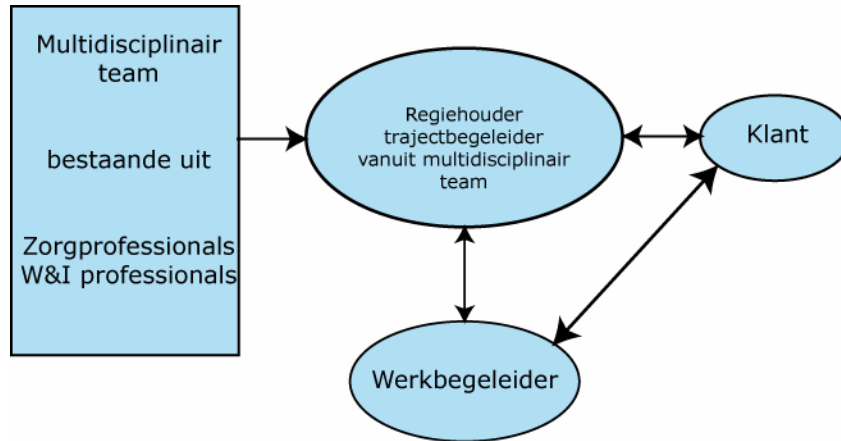
⁷ De acht initiatieven zijn toegelicht in hoofdstuk 3 en in de bijlage: Activerende Zorg Coaching (AZC), Werk, Een Zorg Minder (WEZM), Pilot WMO-WWB, Individual Placement Support (IPS), Methodisch Re-integreren, Fit-4-Work, Gezamenlijk Beoordelen en Mens Centraal.

⁸ In de expertmeeting heeft de inspectie een conceptversie van dit rapport (een zogenaamd werkdocument) besproken met beleidsmedewerkers en uitvoerders uit de beide sectoren. Het doel van de bijeenkomst was het bespreken van de conceptbevindingen.

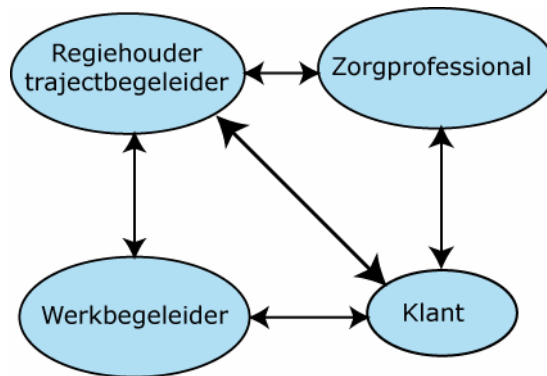
⁹ Kamerstukken II, 31514, nr. 3, p.4.

Er zijn twee vormen te onderscheiden in de wijze waarop regie wordt gevoerd.

Model 1



Model 2



In het eerste geval is er sprake van een multidisciplinair team – bestaande uit professionals van de sector werk en inkomen en de gezondheidszorg (soms ook met andere professionals uit de sectoren welzijn, wonen of onderwijs) – waaruit een centrale contactpersoon is aangewezen, die de contacten onderhoudt met de cliënt. In het tweede geval is er geen team, maar is er één contactpersoon die als ‘spin in het web’ de contacten onderhoudt met de cliënt, de professionals in de gezondheidszorg, de sector werk en inkomen en (zonodig) met andere dienstverleners. Indien de regisseur opereert als ‘spin in het web’ constateert de inspectie twee aandachtspunten. Ten eerste heeft de cliënt in die samenwerkingsvorm nog te maken met verschillende contactpersonen. Uit het inspectieonderzoek ‘Balans in dienstverlening’ (2011) blijkt dat de cliënt de voorkeur geeft aan één of zo min mogelijk contactpersonen.¹⁰ Ten tweede is de informatie-uitwisseling tussen de professionals,

¹⁰ Balans in Dienstverlening, IWI 2011.

het creëren van een gemeenschappelijke cultuur (te) sterk afhankelijk van één persoon, in vergelijking met de samenwerking in een multidisciplinair team.

Elk initiatief heeft een eigen specifieke aanpak, vaak op lokaal niveau, maar het creëren van een aantal gemeenschappelijke instrumenten ziet de inspectie in verschillende initiatieven terugkomen. Zo wordt samenwerking bevorderd door:

- het opstellen van een samenwerkingsprotocol, waarin opgenomen is een gemeenschappelijk begrippenkader, gemeenschappelijke doelen, een gezamenlijke aanpak of werkwijze en een heldere taak- en verantwoordelijkheidsverdeling tussen de professionals;
- het systematisch in kaart brengen van de bestaande activeringsinstrumenten;
- het opstellen van een gezamenlijk inkoopkader of afspraken maken over gezamenlijk in te zetten middelen;
- een gezamenlijk systeem voor gegevensuitwisseling.

De instrumenten voor de activering van cliënten zijn bestaande instrumenten, zoals individuele re-integratieovereenkomsten, Wsw-plekken, jobcoaches, AWBZ-dagbestedingen etc. Nieuw is dat er in sommige initiatieven sprake is van een gezamenlijke en integrale diagnose waarin wordt beoordeeld welke instrumenten het meest geschikt zijn voor de cliënt.

In de evaluaties van de samenwerkingsinitiatieven komen ook aandachtspunten naar voren. De aandachtspunten komen in enkele gevallen overeen met die uit het onderzoek Maatwerk bij meervoudigheid (2010). Professionals die verantwoordelijk zijn voor de begeleiding van cliënten met meervoudige problematiek, zouden moeten beschikken over de juiste competenties en –indien mogelijk– een aangepaste caseload moeten hebben. In een aantal van de door de inspectie bestudeerde initiatieven is er aandacht voor de vereiste competenties van de professionals werk en inkomen. Zij krijgen extra opleidingen aangeboden om te leren omgaan met de specifieke groep uitkeringsgerechtigden. Uit de beschrijvingen en evaluaties kan de inspectie niet opmaken of in de initiatieven de caseload van de betrokken professionals is aangepast. In een enkele evaluatie wordt een te grote caseload door de uitvoerders wel als knelpunt genoemd. De inspectie acht het overigens mogelijk dat een effectievere manier van samenwerking minder op gespannen voet staat met een grote caseload. Bijvoorbeeld omdat de begeleiding van het - in gezamenlijk overleg - vastgestelde traject door een externe of andere professional wordt overgenomen dan aanvankelijk beoogd.

In Maatwerk bij meervoudigheid wordt eveneens het belang van een verbeterde informatie-uitwisseling aangegeven. De inspectie constateert dat een goede informatie-uitwisseling in een aantal initiatieven is geborgd via een centraal registratiesysteem dan wel via periodiek en intensief overleg tussen de betrokken professionals. Er ontstaan problemen als partijen niet consciëntieus gebruik blijven maken van het systeem of als de regiehouder de informatie-uitwisseling onvoldoende onder zijn hoede heeft. Daarnaast kunnen drukke werkzaamheden in de 'eigen organisatie' leiden tot een groot verloop van personeel in de samenwerkingsverbanden. Verloop van personeel leidt vervolgens tot onvoldoende borging van kennis.

Andere aandachtspunten die uit de initiatieven naar voren komen zijn meer cultureel en structureel van aard. Cultuurverschillen tussen de sectoren en organisaties kunnen de samenwerking in de weg staan. Onbekendheid met elkaars werelden kan leiden tot een moeizame start van samenwerking. Structurele aandachtspunten die naar voren komen zijn de verschillende doelen, de financiering en de wijze van verantwoorden tussen de twee sectoren. Professionals in de gezondheidszorg worden bijvoorbeeld bezoldigd per behandeling van de cliënt. Zij hebben naast de behande-

lingen weinig (geen) tijd over of middelen beschikbaar om te investeren in samenwerkingsinitiatieven. In de sector werk en inkomen worden de professionals gestuurd op het aandeel uitkeringsgerechtigden dat uitstroomt uit de uitkering. Andere structurele aandachtspunten liggen in de aard en de vraagkant van de arbeidsmarkt. Te weinig banen op instapniveau (aard) en terughoudende werkgevers (vraag) bemoeilijken de activering van de doelgroep.

Uit bovengenoemde aandachtspunten onderscheidt de inspectie een aantal voorwaarden dat van belang is voor het slagen van samenwerking. Een belangrijk startpunt is het creëren van een gemeenschappelijke 'sense of urgency': door samenwerking kan de dienstverlening winnen aan effectiviteit. Budgettaire ontwikkelingen, ontwikkelingen in de wet- en regelgeving en ontwikkelingen in de sector zelf, zoals de toekomstige regeling voor doelgroepen aan de onderkant van de arbeidsmarkt, benadrukken de bedoelde 'sense of urgency'. Daarna is het formuleren van een gemeenschappelijk doel van belang. In de bestudeerde initiatieven is dat het activeren van uitkeringsgerechtigden met gezondheidsproblemen, met als meest gebruikte uitgangspunt 'first place then train'.

In de initiatieven wordt gepleit voor het creëren van tijd, plaats en ruimte voor de totstandkoming en structurele inbedding van samenwerkingsinitiatieven. Het overbruggen van cultuurverschillen is vooral in de aanloopfase van de samenwerking belangrijk. Ook is het van belang dat er een regisseur is die de vinger aan de pols houdt ten aanzien van het verloop van het proces, de samenwerking met de andere professionals en de contacten onderhoudt met de cliënt. Uit de initiatieven blijkt dat het werken in een multidisciplinair team voordelen heeft ten aanzien van de informatie-uitwisseling tussen de professionals. Een team leidt daarnaast voor de cliënt tot minder contactpersonen. Tot slot is voor het slagen van de samenwerking gemeenschappelijk instrumentarium nodig, zoals een gemeenschappelijk begrippen- en inkoopkader en informatiesysteem.

Beschouwing

Op basis van de resultaten van dit onderzoek constateert de inspectie dat er de afgelopen jaren verschillende initiatieven zijn ontstaan met als doel: een effectievere samenwerking tussen professionals uit de sector werk en inkomen en de gezondheidszorg. Uit de evaluatie van een aantal van de initiatieven blijkt dat door de nauwere samenwerking de dienstverlening aan de groep cliënten ook daadwerkelijk verbetert en effectiever is, zoals het realiseren van een eenduidige integrale indicatie en de inzet van passende trajecten. Dat is een positieve ontwikkeling, die bijdraagt aan de huidige kabinetsdoelstelling om zoveel mogelijk mensen met arbeidspotentieel te activeren.

Er is een aantal aandachtspunten aan de oppervlakte gekomen, die de samenwerking bemoeilijken. Sommige aandachtspunten kunnen niet direct worden opgelost door de uitvoeringsinstellingen zelf, maar zitten op het vlak van wet- regelgeving en het daaruit voortvloeiende beleid en ministeriële aansturing. Voor wat betreft wet- en regelgeving onderzoeken de ministeries van SZW en VWS of er daarin knelpunten zijn (waaronder de financiering) die de samenwerking bemoeilijken.

Voorwaarden voor samenwerking die wel door uitvoeringsinstellingen kunnen worden opgepakt, zijn:

- investeren in het creëren van een gemeenschappelijk gevoel van urgentie en het formuleren van gemeenschappelijke doelen (bijvoorbeeld activering met als uitgangspunt *first place, then train*);
- het aanwijzen en opleiden van een regisseur, die bij voorkeur opereert vanuit een multidisciplinair team; en

- het ontwikkelen van deskundigheid en gezamenlijke instrumenten die de samenwerking ondersteunen.

De inspectie heeft in dit onderzoek ten aanzien van de samenwerking vooral de voorlopers en enkele door de uitvoering bevonden 'best cases' bestudeerd. In het onderzoek wordt niettemin duidelijk dat ook bij de voorlopers nog winst valt te behalen bij de activering van uitkeringsgerechtigden met gezondheidszorgproblemen. De inspectie heeft geen landelijk beeld van in hoeverre de bestudeerde initiatieven indicatief zijn, en hoe de voorwaarden voor samenwerking zijn georganiseerd in de praktijk.

In het najaar 2011 start de inspectie het derde onderzoek van het meerjarig onderzoeksprogramma. In dit onderzoek geeft de inspectie een landelijk en empirisch beeld van in hoeverre de samenwerking in de uitvoeringspraktijk effectief verloopt. In dit onderzoek wordt tevens aandacht besteed aan de investering en opbrengsten - qua tijd en middelen - die samenwerking voor de uitvoering met zich meebrengen. In het vervolgonderzoek wordt ook nagegaan hoe de door de inspectie geduide voorwaarden voor succes zijn georganiseerd, en de gevolgen van samenwerking voor de kansen (waaronder de zelfredzaamheid) van cliënten op de arbeidsmarkt.¹¹

De inspectie beoogt met haar meerjarig onderzoeksprogramma een bijdrage te leveren aan het realiseren van de doelstelling van het stelsel van werk en inkomen, in de zin dat voor uitkeringsgerechtigden met verschillende problemen de afstand tot de arbeidsmarkt wordt verkleind, en het arbeidspotentieel optimaal wordt benut.

¹¹ Voor dit onderzoek heeft er geen onderzoek in de praktijk plaatsgevonden.

1 Inleiding

Uitkeringsgerechtigden met meervoudige problematiek kampen vaak ook met (ernstige) gezondheidsproblemen.¹² Soms zijn de gezondheidsproblemen zelf de oorzaak van het niet aan het werk zijn. Onderzoek wijst daarentegen uit dat door inactiviteit de ervaren gezondheidsproblemen meestal niet verbeteren. Voor langdurige uitkeringsgerechtigden met gezondheidsproblemen vereist een actieve op participatie gerichte dienstverlening samenwerking tussen de sector werk en inkomen en de gezondheidszorg. Die samenwerking is nodig om mensen die inactief zijn, maar wel arbeidspotentieel hebben, aan de slag te helpen.

De samenwerking tussen de sector werk en inkomen en aanverwante sectoren blijft evenwel een intensief en moeilijk proces (2008).¹³ Samenwerking en afstemming vereisen middelen en tijd, die niet altijd aanwezig zijn. Als er niet wordt samengewerkt, bestaat het risico dat de professionals langs elkaar heen werken en hun eigen verschillende doelen nastreven, waardoor de dienstverlening aan de cliënt efficiënt noch effectief is.¹⁴ De Jong (2008) concludeert eveneens dat maatwerk voor mensen met meerdere problemen moeilijk is, omdat geen enkele instelling het monopolie heeft om hen integraal te helpen. Dat is juist voor kwetsbare groepen een probleem. Ook al worden ze gestimuleerd zelfredzaam te zijn en de regie in eigen handen te nemen, hun probleemsituatie beperkt de mogelijkheden daartoe.

De inspectie constateerde in haar onderzoek "Maatwerk bij meervoudigheid" enkele aandachtspunten die bij de dienstverlening aan cliënten met meervoudige problematiek in acht moeten worden genomen. De aandachtspunten richten zich op een samenhangende dienstverlening met een gestructureerde werkmethode, regievoering, informatie-uitwisseling en het zichtbaar maken van effecten.¹⁵

Uit het onderzoek bleek ook dat de aandacht en de begeleiding voor mensen met meervoudige problematiek toenemen. Enkele jaren geleden werd de groep cliënten met meervoudige problematiek nog aangeduid als het zogenaamde "granieten bestand", of als zeer moeilijk tot onbemiddelbare uitkeringsgerechtigden. Door de 'harde kern' van het uitkeringsbestand nu te benoemen als mensen met meervoudige problematiek is een aantal jaren geleden de focus voor die cliënten naar een meer participatiegerichte dienstverlening verschoven.

De inspectie wil een bijdrage leveren aan het doeltreffend functioneren van het stelsel werk en inkomen door in beeld te brengen hoe bestaande en gedocumenteerde samenwerkingsinitiatieven tussen de sector werk en inkomen en de gezondheidszorg zijn verlopen, en de knelpunten en succesfactoren te onderscheiden. De inspectie gaat daarbij in op de wijze waarop de samenwerkingsinitiatieven omgaan met de belangrijkste aandachtspunten uit het rapport 'Maatwerk bij meervoudigheid'. De focus ligt op hoe de werkwijze, de regie en de informatie-uitwisseling in de initiatieven zijn georganiseerd. De inspectie kan in dit rapport nog niet ingaan op de effectiviteit van de verschillende initiatieven, omdat niet alle initiatieven geëvalueerd zijn. In een derde onderzoek van haar meerjarig onderzoeksprogramma, dat in het najaar van 2011 zal starten, onderzoekt de inspectie hoe de samenwerking tussen de

¹² 50 procent van de WWB-gerechtigden, alle arbeidsongeschikten en een onbekend aandeel van de WW-gerechtigden. Divosa 2010, Statistische gegevens UWV-site 2011.

¹³ Jong de et. al. 2008, Maatwerk bij meervoudigheid IWI 2010.

¹⁴ Door IWI georganiseerde expertmeeting, 27 mei 2011.

¹⁵ Maatwerk bij meervoudigheid, IWI 2010, p. 7-9.

sector werk en inkomen en de gezondheidszorg landelijk verloopt en in hoeverre de samenwerking tot een doeltreffende dienstverlening voor de cliënt leidt.

Onderzoeksvraag

De centrale vraagstelling van dit onderzoek is:

Welke aandachtspunten en voorwaarden voor succes kunnen worden onderscheiden in bestaande samenwerkingsinitiatieven tussen professionals in de sector werk en inkomen en gezondheidszorg?

De deelvragen luiden als volgt.

- 1 Welke samenwerkingsinitiatieven tussen de professionals in de sector werk en inkomen en de gezondheidszorg zijn er te onderscheiden?
- 2 Hoe zijn de werkwijze, regie en informatie-uitwisseling in de initiatieven georganiseerd?
- 3 Welke knelpunten en succesfactoren komen in de samenwerkingsinitiatieven naar voren?

Het begrip gezondheidszorg wordt in dit rapport ruim geïnterpreteerd in die zin, dat daartoe in bepaald opzicht ook de WMO wordt gerekend. Van de negen taakvelden van de WMO zijn er verschillende die raken aan medische of psychische problemen (zoals bijvoorbeeld verslavingsbeleid en het activeren van en het verlenen van voorzieningen voor mensen met beperkingen, psychische beperkingen of psychosociale problematiek); voor voorzieningen of andere vormen van ondersteuning is een indicatiebeslissing nodig, waarin een medische beoordeling besloten ligt.¹⁶

Onderzoeksmethode

De inspectie heeft inzicht verworven in de samenwerking tussen de sector werk en inkomen en de gezondheidszorg op basis van een documentenstudie (o.a. beleidsnota's, projectplannen, evaluaties en andere literatuur), en gesprekken met stakeholders (SZW, VWS, UWV, VNG, DIVOSA). Eveneens is er een interactieve expertbijeenkomst gehouden, waarin we met de deelnemers de voorlopige bevindingen en de conclusies van het onderzoek hebben besproken.

Uit de documentenstudie blijkt dat verschillende initiatieven, instrumenten en projecten zijn en worden uitgetoetst, waarbij sommige samenwerkingsprojecten ook al geëvalueerd zijn. Uiteindelijk heeft de inspectie acht samenwerkingsinitiatieven bestudeerd, die zich richten op de activering van uitkeringsgerechtigden met gezondheidsproblemen. De acht beschreven cases betreffen zowel pilots als methodieken. Het is aannemelijk dat er in de uitvoering meer of vergelijkbare initiatieven bestaan. De inspectie verwacht evenwel dat zij door de uitgebreide documentenstudie en gesprekken met sleutelfiguren van beleid en uitvoering, de meest relevante initiatieven heeft onderzocht.

¹⁶ Zie artikel 1, onderdeel g, WMO.

Desalniettemin bestaan er naast de door de inspectie bestudeerde initiatieven meer lokale initiatieven, vaak op gemeentelijk niveau, die investeren in de samenwerking tussen verschillende sectoren, zoals werk en inkomen, zorg, wonen, onderwijs en maatschappelijke ondersteuning. Die initiatieven richten zich bijvoorbeeld op het betrekken en activeren van gezinnen met meerdere problemen.¹⁷ Het onderzoek van de inspectie richt zich specifiek op samenwerkingsinitiatieven voor individuele uitkeringsgerechtigden met gezondheidszorgproblemen. De inspectie heeft daarom de initiatieven die zich richten op huishoudens met een bredere multiproblematiek, niet in het onderzoek betrokken. Enkele initiatieven die de inspectie in haar onderzoek betreft, gaan overigens wel uit van een integrale aanpak van de problematiek van uitkeringsgerechtigden, waarbij niet alleen de gezondheidsproblemen, maar ook andere problemen worden aangepakt.

De studie biedt geen landelijk representatief beeld van hoe de samenwerking tussen de twee sectoren verloopt en welke voordelen samenwerking oplevert voor de kansen van cliënten op de arbeidsmarkt. In het derde onderzoek (tweede helft 2011) van het meerjarig onderzoeksprogramma zal de inspectie daarop ingaan.

Leeswijzer

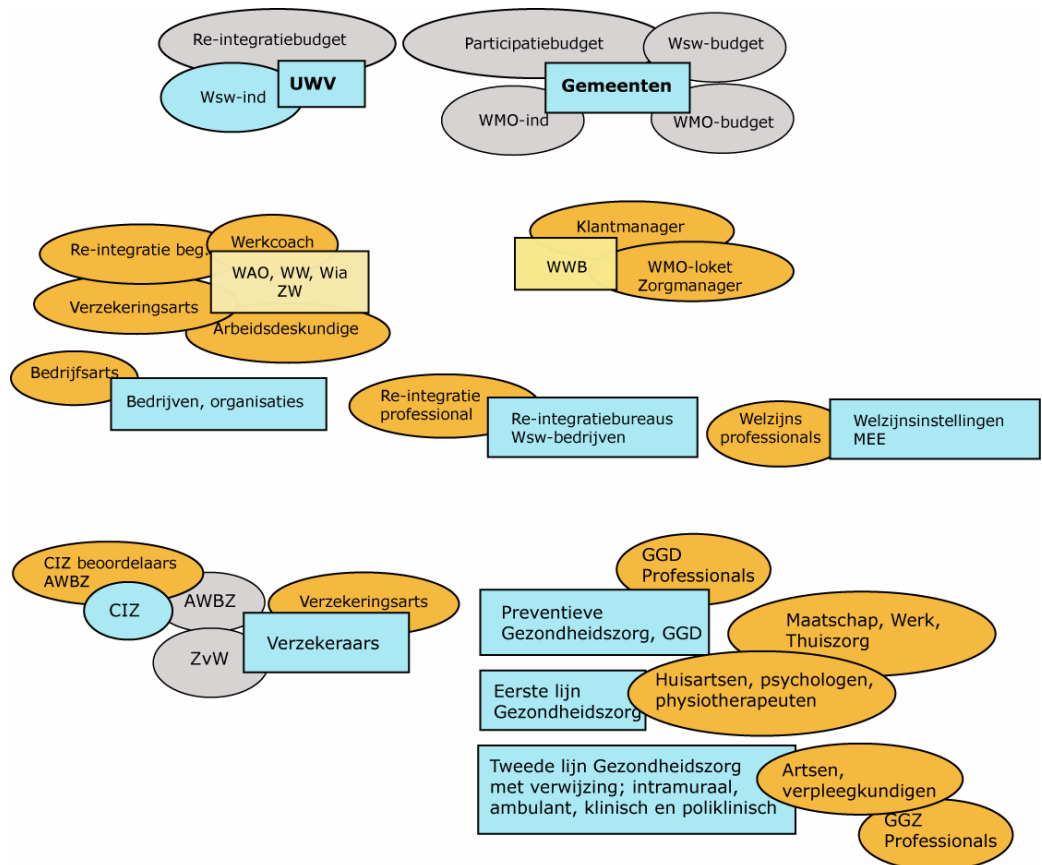
In het volgende hoofdstuk wordt een kort beeld geschetst van de wettelijke en de beleidscontext. Daarna worden in hoofdstuk drie de belangrijkste bevindingen uit de acht bestudeerde samenwerkingsinitiatieven beschreven. Hoofdstuk vier wordt gebruikt om de patronen en verschillen van de initiatieven te duiden en voor de beantwoording van deelvragen twee en drie. In de bijlage is een uitgebreide toelichting op de acht initiatieven opgenomen.

¹⁷ Bijvoorbeeld het project *Aan de slag achter de voordeur*. Initiatiefnemers van het experiment zijn BZK en VWS. De doelgroep is huishoudens met meervoudige problematiek die te maken hebben met een veelheid aan instanties als de uitkerende instantie, voedselbanken, huisartsen, scholen, schuldhulp, politie, jeugdzorg, MEE, jongerenwerk, maatschappelijk werk, CIG, verslavingszorg re-integratiebedrijven, maatschappelijke opvang, GGZ, maar ook buurtopvang en moskeeen.

2 Beleid en wettelijke context

Figuur 1 geeft een beeld van organisaties en professionals uit de sector werk en inkomen en de sector gezondheidszorg. De lichtblauwe vakken geven de organisaties in de sector werk en inkomen en in de gezondheidssector weer. De grijze vlakken zijn de financieringsbronnen. Dat zijn de budgetten waaruit de organisaties kunnen putten voor participatie-, re-integratie- en gezondheidsdoeleinden. De lichtgele vlakken zijn de uitkeringsgerechtigden in de sociale zekerheid. De donkergele vlakken zijn de professionals die bij de verschillende organisaties en instellingen werken en direct contact hebben met de cliënten in de sociale zekerheid.

Figuur 1



In het in figuur 1 gerepresenteerde veld werken instellingen en professionals in de eerste plaats om hun wettelijke taken, organisatiedoelen en/of professionele taken en doelen uit te voeren c.q. te bereiken. Geregeld is samenwerking met instanties of professionals uit een andere sector nodig om cliënten met meerdere problemen een adequate dienstverlening te bieden. Zij handelen daarbij echter primair vanuit hun eigen wettelijke en professionele referentiekaders.

Wettelijke context

De sector werk en inkomen heeft voor de dienstverlening aan burgers te maken met de volgende wetten:

- 1 Wet structuur uitvoeringsorganisatie werk en inkomen (SUWI)
- 2 Wet werk en bijstand (WWB)
- 3 Wet Investeren in Jongeren (WIJ)
- 4 Wet sociale werkvoorziening (Wsw)
- 5 Werkloosheidswet (WW)
- 6 Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO)
- 7 Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen (WIA)
- 8 Wet werk en arbeidsondersteuning jonggehandicapten (Wajong)
- 9 Ziektewet

De Wet SUWI heeft steeds een opdracht bevat aan de SUWI-partijen tot samenwerking met elkaar en met andere diensten, instellingen en bestuursorganen die werkzaamheden verrichten die verband houden met de uitoefening van die taken. Thans ligt deze opdracht besloten in artikel 9, eerste en tweede lid, van de Wet SUWI.

In een passage uit de memorie van toelichting bij het huidige artikel 9 van de Wet SUWI wordt ingegaan op de samenwerking met partijen buiten de SUWI-keten. *De ketenpartners dienen een samenhangende dienstverlening aan te bieden, waarin de werkzoekende of de werkgever de keten als geheel kan aanspreken en de keten ook als geheel zijn diensten aanbiedt. (...) De verdere ontwikkeling van de keten werk en inkomen maakt het mogelijk de aanpalende domeinen van onderwijs, inburgering, (jeugd)zorg en maatschappelijke ondersteuning nadrukkelijker te betrekken bij de dienstverlening.*¹⁸

Aan de kant van de gezondheidszorg ontbreekt zo'n opdracht tot samenwerking in de wetgeving die betrekking heeft op de uitvoering daarvan. Deze wetgeving bestaat met name in de volgende wetten:

1. Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)
2. Zorgverzekeringswet (Zvw)
3. Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).

Beleidscontext

Zowel SZW als VWS richten hun beleid onder andere op meer samenhang tussen de sector werk en inkomen en andere beleidsterreinen, waaronder de sector gezondheidszorg. Bewindspersonen van SZW en VWS hebben verschillende brieven aan de Tweede Kamer gestuurd over de samenhang tussen verschillende wetten die door gemeenten worden uitgevoerd, met name de WMO, WWB, WSW en WIJ.¹⁹

De staatssecretaris van SZW acht het wenselijk dat verbindingen worden gelegd tussen de beleidsterreinen van SZW en VWS. Omdat het oplossen van participatieproblemen op de arbeidsmarkt en in de samenleving alleen mogelijk is in samenhang met andere departementen die gaan over zorg, onderwijs, integratie, wijkenaanpak en justitieel beleid, zal de aanpak van multiproblematiek in de kabinetsperiode van het Kabinet-Rutte-Verhagen op de agenda's van de betrokken bewindslieden blijven staan. De staatssecretaris wil met zijn collega's nagaan op welke wijze de interdepartementale aanpak van arbeidstoeleiding van personen met meervoudige

¹⁸ Kamerstukken II, 31 514, nr. 3, p.1-4.

¹⁹ Zie m.n. Kamerstukken II, 2009-2010, 29 538, nr. 108, en Kamerstukken II, 2010-2011, 26 448, nr. 445.

problemen verder verbeterd kan worden, op basis van de ervaringen, opgedaan in de bestaande interdepartementale actieprogramma's.²⁰

SZW ziet de rol van het Rijk ten opzichte van de uitvoering als ondersteunend en faciliterend. SZW overlegt met andere departementen over de aanpak van multiproblematiek, en overlegt met de VNG over de belemmeringen die professionals ervaren in de wet- en regelgeving.²¹ Vervolgens gaat SZW met andere departementen na welke acties nodig zijn om de aansluiting tussen wet- en regelgeving in meerdere sectoren te verbeteren en de bureaucratie in te dammen.

²⁰ Kamerstukken II, 2010-2011, 26 448, nr. 445, p.4.

²¹ Kamerstukken II, 2010-2011, 26 448, nr.461.

3 Samenwerkingsinitiatieven

3.1 Inleiding

De inspectie beschrijft in dit hoofdstuk de belangrijkste aspecten van acht recente samenwerkingsinitiatieven. De in de documenten beschreven methodieken, pilots en instrumenten hebben vaak hun oorsprong in bepaalde regio's. Ze zijn ontstaan vanuit lokale of regionale uitvoeringsorganisaties uit de sector werk en inkomen, al dan niet in samenwerking met gezondheidszorginstellingen.

Zoals eerder genoemd, is in het inspectieonderzoek *Maatwerk bij meervoudigheid* een aantal aandachtspunten naar voren gekomen die bij de dienstverlening aan cliënten met meerdere problemen in acht moeten worden genomen. Daarbij ging het om de volgende aandachtspunten.

- 1) Er dient een gestructureerde werkwijze te zijn met een aantal basisingrediënten:
 - een intensieve wijze van uitvraag bij het eerste contact met de cliënt om alle problemen boven tafel te krijgen;
 - een juiste en vroegtijdige doorverwijzing en ondersteuning, waarbij maatwerk en het bevorderen van zelfredzaamheid sleutelbegrippen zijn;
 - professionals die verantwoordelijk zijn voor de begeleiding van cliënten met meervoudige problematiek, zouden zo mogelijk een aangepaste caseload moeten hebben en beschikken over de juiste competenties.²²
- 2) Er dient een domeinoverstijgende vorm van dienstverlening plaats te vinden, waarbij samenwerking met andere sectoren aan de orde is én waarbij op uitvoerend niveau een zekere vorm van regie nodig is teneinde de dienstverlening van verschillende professionals op elkaar te laten aansluiten.
- 3) Er dient een structurele informatie-uitwisseling plaats te vinden o.a. door betere registratie, ondersteund door automatisering.
- 4) Er dient inzicht te worden gegeven in de effecten van de interventies, ook in termen van maatschappelijke opbrengsten.

Kort samengevat gaat het dus om een gestructureerde werkmethode, regievoering, informatie-uitwisseling en het zichtbaar maken van effecten. De inspectie heeft de acht samenwerkingsinitiatieven bezien tegen het licht van de eerste drie genoemde aandachtspunten. Voor zover er informatie beschikbaar was over de effectiviteit van de samenwerkingsinitiatieven, zijn deze ook meegenomen in het onderzoek. Daarbij richt de inspectie zich vooral op de verschillen in de wijze waarop de initiatieven omgaan met de aandachtspunten. Eveneens is gekeken naar de knelpunten die gepaard gingen met de aanpak.

3.2 Bestudeerde samenwerkingsinitiatieven

De inspectie heeft in dit onderzoek de volgende samenwerkingsinitiatieven nader bestudeerd: Activerende Zorg Coaching (AZC), Werk Een Zorg Minder (WEZM), Pilot

²² Uit het onderzoek blijkt dat een professional een vertrouwensband met een cliënt met een meervoudige problematiek moeten hebben en aan hem intensieve en flexibele ondersteuning moet bieden, om recht te doen aan de complexe situatie en de begeleiding.

WMO-WWB, Individual Placement Support (IPS), Methodisch Re-integreren, Fit-4-Work, Gezamenlijk Beoordelen en Mens Centraal.

De samenwerkingsinitiatieven richten zich allemaal op mensen die vaak langdurig een uitkering hebben en kampen met problemen op medisch vlak, en in sommige initiatieven ook op sociaal vlak. Er zijn initiatieven die personen met ernstige psychische problematiek en ernstige verslavingsproblemen expliciet uitsluiten (Activerende Zorg Coaching en Fit-4Work). Andere initiatieven richten zich juist op die doelgroep (Pilot WMO-WWB en IPS). Enkele initiatieven richten zich alleen op bijstandsgerechtigden, maar de meeste initiatieven richten zich op diverse uitkeringsgroepen, juist vanwege de beoogde samenwerking tussen UWV en gemeenten. (Activerende Zorg Coaching en Werk, Een Zorg Minder). Gezamenlijke Beoordeling richt zich primair op vermindering van de administratieve lasten voor de cliënt.

In de samenwerkingsinitiatieven zijn drie doelen te onderscheiden die zich richten op het versterken van de cliënt:

- verbeteren van zelfredzaamheid en zelfregie²³;
- vergroten van sociale participatie²⁴;
- het realiseren van duurzame activering naar werk.²⁵

De initiatieven hebben gemeenschappelijk dat de zorg niet apart wordt aangeboden, maar geïntegreerd in activerings- en participatietrajecten. De initiatieven verschillen wel in aanpak. Enkele vormen beogen eerst het versterken en motiveren van de cliënt²⁶ en een aantal verwachten dat het versterken van de cliënt juist wordt gerealiseerd door de cliënten aan het werk te zetten.²⁷

Ook uit de expertbijeenkomst blijkt dat er overeenstemming is over de rol van activering. Activering van de cliënt is niet alleen van belang voor de cliënt om zich uiteindelijk aan de uitkerings situatie te kunnen onttrekken, maar kan ook een onderdeel zijn van het behandelingsproces. Het activeren van de cliënt draagt bij aan de 'genezing', of kan, anders dan veelal wordt aangenomen, ook plaatsvinden zonder dat er eerst gewerkt wordt aan verbetering van de gezondheid. Een deelnemer van de expertbijeenkomst gaf als voorbeeld dat mensen met depressieve klachten ook kunnen werken; werk heeft over het algemeen geen negatieve invloed op de depressieklachten.²⁸

Naast het versterken van de cliënt en het vergroten van haar of zijn kansen op de arbeidsmarkt, hebben de initiatieven hebben alle als doel de samenwerking bij dienstverlening aan de cliënt te ondersteunen en gemakkelijker te maken. Enkele projecten richten zich specifiek op verbetering van het samenwerkingsproces, bieden bijvoorbeeld digitale ondersteuning om samenwerking te bevorderen of een tool om het gezamenlijk beoordelen bij de diagnose tot stand te brengen (Mens Centraal en Gezamenlijke Beoordeling).

Hieronder volgt een korte omschrijving van de acht samenwerkingsinitiatieven. In de korte omschrijvingen is steeds expliciet aangegeven wat specifiek en onderscheidend is voor de aanpak. Een uitgebreidere beschrijving van de initiatieven staat in bijlage 3.

²³ Activerende Zorg Coaching en Methodisch Re-integreren.

²⁴ Pilot WMO-WWB en Werk, Een Zorg Minder.

²⁵ IPS, fit -4- work, Methodisch re-integreren.

²⁶ Zoals de projecten Activerende Zorg Coaching, Werk, Een Zorg Minder en voor sommige cliënten ook de Pilot WMO-WWB.

²⁷ IPS, Methodisch Re-integreren, Fit-4-work.

²⁸ Croon, 2011.

Activerende Zorg Coaching

Activerende Zorg Coaching is een integrale benadering, gericht op bijstandsgerechtigden met (fysieke of psychische) gezondheidsproblemen. Het doel van de aanpak is de zelfredzaamheid van de deelnemer te vergroten, met als einddoel sociale en maatschappelijke activering. De activerende zorgcoach speelt een centrale rol in de methodiek en voert de regie. Hij stelt een traject-annex-coachingsplan op, treedt op als coach van de deelnemer, brengt de mogelijkheden op verschillende leefgebieden in kaart en fungeert als makelaar naar zorgvoorzieningen, vrijwilligerswerk of andere vormen van participatie. Een belangrijk instrument daarbij is het huisbezoek. Hij of zij onderhoudt eveneens de contacten met, en verzorgt de informatie-uitwisseling tussen, de cliënt, de casemanager, de zorgprofessionals en de werkbegeleiders van de activeringsinstellingen. Het slagen van de aanpak is daarmee sterk afhankelijk van de werkwijze en competenties van de zorgcoach.

WEZM

Het project *Werk een zorg minder* (WEZM) is ontwikkeld door het re-integratiebedrijf WerkPro, dat dit project uitvoert samen met re-integratiebedrijf React Twente en met vier Friese gemeenten. In de methode wordt de eerste zes maanden de zorgproblematiek aangepakt vanuit activering (de eerste fase) en daarna worden de werkmogelijkheden opgebouwd (de tweede fase). Het doel is activering en maatschappelijke participatie voor een groep langdurige WWB'ers met multiproblematiek. Om dit te bereiken wordt gedurende twee jaar een variëteit aan werkzaamheden aangeboden. Een externe trajectbegeleider regisseert en onderhoudt de contacten tussen de cliëntmanager van de gemeenten, de werkbegeleider op de activeringscentra en de cliënt. Specifiek aan de aanpak zijn de in de tweede fase te gebruiken competentiescan en de empowerment groepsbijeenkomsten. De competentiescan voorziet in informatie voor de gemeente (rapportage en beeld van de cliënt), de deelnemer zelf (inzicht in mogelijkheden en beperkingen, leerdoelen kunnen stellen), de werkbegeleider (uitgangspunten voor aansturing en ondersteuning op de werkvloer) en de trajectbegeleider (carrièreontwikkeling van de cliënt). Als goed hulpmiddel voor een warme overdracht, aan het einde van de tweede fase, wordt genoemd het bespreken van de competentiescan.

Pilot Wmo WWB

De gemeente Amsterdam is in 2006 de *Pilot Wmo-Wwb* gestart, waarbij de Dienst Werk en Inkomen, de dienst Zorg en Welzijn en de GGD nauw samenwerkten om 450 uitkeringsgerechtigden zonder dagbesteding (zowel WWB als UWV-cliënten) - met veelal chronische psychiatrische aandoeningen of verslaving - naar een passende vorm van dagbesteding toe te leiden. De dagbestedingen die worden aangeboden, kennen een grote verscheidenheid: bierbrouwen, papier prikken, werken in een kwekerij, een opleiding volgen (MBO niveau), eten koken en serveren in een restaurant. Dit brede palet is nodig vanwege de grote verschillen in belastbaarheid en affiniteit van de klanten die worden bediend. De casemanagers van het team Bijzondere Doelgroepen zijn de regiehouders. Zij brengen de competenties van de doelgroep en het aanbod van trajecten in kaart, zorgen voor de inkoop van trajecten en voor gerichte inzet van diverse begeleiders. De GGD indiceert kandidaten voor deelname aan de pilot en zijn trajecthouder. Kenmerkend voor de aanpak is dat door de (jarrenlange) nauwe samenwerking tal van gezamenlijke specifieke instrumenten zijn ontwikkeld, zoals cliëntprofielen, een website met dagactiviteiten (die aan de cliëntprofielen gekoppeld kunnen worden), een opleidingsmodule voor casemanagers, een nieuwe en gezamenlijke wijze van inkopen van trajecten, en ten slotte een webapplicatie ter ondersteuning van het administratieve proces en de informatie-uitwisseling. De applicatie biedt aan de cliëntmanagers ondersteuning bij de regievoering op projecten.

IPS

Individual Placement en Support (IPS) is een methodiek voor de begeleiding van mensen met ernstige psychische aandoeningen naar betaald werk. IPS komt oorspronkelijk uit de Verenigde Staten en wordt onder andere toegepast in Amsterdam (het VIP-team in het AMC) en bij de GGZ Noord Holland Noord (de samenwerking van de GGZ met diverse SW-bedrijven). De doelgroep van IPS bestaat uit mensen met ernstige psychische aandoeningen, waaronder schizofrenie of andere psychosen, bipolaire stoornissen en angst- en stemmingsstoornissen. De kern van de methodiek is dat arbeidsintegratie onderdeel is van de GGZ-hulp. Het uitgangspunt is 'first place then train'. De volgende concrete ambities zijn geformuleerd: effectieve begeleiding van mensen met beperkingen naar en in betaald werk en hen in staat stellen om als volwaardig burger te leven, wonen, recreëren en werken. Om dit te realiseren is een paradigmaverschuiving nodig: zorg moet zich verplaatsen van intramurale instellingen naar zorg in de samenleving, waarbij de zorg meer is gericht op de ondersteuning van mensen bij participatie in de samenleving: de 'vermaatschappelijking van zorg'. De begeleiding wordt verzorgd door een multidisciplinair team, bestaande uit psychiaters, assistent-artsen, verpleegkundigen, maatschappelijk werkers en arbeidsdeskundigen. De regie op de dienstverlening is belegd bij de trajectbegeleider, meestal één van de teamleden. Afstemming en informatie-uitwisseling vindt plaats binnen het multidisciplinaire team. IPS is een effectieve methode (evidenced based). In de praktijk blijkt IPS echter moeizaam op gang te komen in GGZ-instellingen. Dat heeft te maken met hoge start- en exploitatiekosten, financiering en regelgeving die niet goed aansluit op de methode IPS (zorgmiddelen zijn niet bedoeld voor arbeidstoeleiding). Daarnaast ontbreekt een integraal wettelijk kader, waardoor taken en verantwoordelijkheden over een groot aantal partijen zijn verdeeld.

Methodisch re-integreren

Methodisch re-integreren is een initiatief van UWV en de gemeente Amsterdam. De essentie van de methode is het betrekken van verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen bij de diagnosestelling door de casemanager of werkcoach. Hierdoor kan een betere analyse worden gemaakt van de participatiemogelijkheden van cliënten die langdurig afhankelijk zijn van een uitkering. Centraal in de methode staat dat de casemanager (of werkcoach) de cliënt ondersteunt bij het ontwikkelen van zelfvertrouwen, bewustwording en persoonlijke verandering. Hiervoor brengt de casemanager met behulp van de verzekeringsarts of arbeidsdeskundige de fysieke en psychische beperkingen en mogelijkheden van de cliënt in beeld. Daarnaast worden in de aanpak de samenwerking en de netwerkrelaties met de gezondheidszorg - huisartsen, bedrijfsartsen en verzekeringsartsen – van belang geacht. Een voorbeeld is dat een sociaalverpleegkundige van de GGZ enkele dagdelen per week aanwezig is op het werkplein. Het advies van de verzekeringsartsen en de arbeidsdeskundigen met betrekking tot de re-integratie is richtinggevend. De regie ligt bij de casemanager of werkcoach. Op landelijk niveau loopt een aantal initiatieven om meer invulling te geven aan de multidisciplinaire samenwerking, zoals een multidisciplinair protocol (behandeling, beoordeling en begeleiding in één), multidisciplinaire standaarden, gezamenlijk onderzoek en digitale gegevensuitwisseling tussen zorginstellingen en UWV.

Fit for work

Fit-4-Work is een experiment, nog in aanbestedingsfase, dat is opgezet door UWV en de sociale diensten en GGD-en van Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht. Het experiment beoogt een versterking van de samenwerking van professionals vanuit sector werk & inkomen (arbeidsdeskundigen, verzekeringsartsen, re-integratiebegeleiders, werkcoaches/casemanagers), GGD, gemeentelijke zorgmanagers en GGZ-professionals. Het uitgangspunt van het experiment is dat werk een

belangrijk 'medicijn' is voor het terugdringen van gezondheidsachterstanden. De doelen zijn langdurige plaatsing in regulier werk of andere vormen van participatie en verbetering van de gezondheid voor uitkeringsontvangers met een grote afstand tot de arbeidsmarkt. Tot de doelgroep behoren niet uitkeringsgerechtigden met een ernstige psychiatrische problematiek, of die verslaafd of dakloos zijn. De deelnemer wordt steeds intensief begeleid door dezelfde cliëntmanager, arbeidsdeskundige of casemanager, die ook de uitkeringszaken regelt voor de deelnemer, zodat de cliënt zich helemaal kan concentreren op (zoeken naar) werk en het aanpakken van beperkingen. Bijzonder aan Fit-4-work is dat er gezocht wordt naar een alternatieve financieringssysteem, die het mogelijk moet maken om zorg en re-integratietrajecten parallel te laten lopen.

Gezamenlijke beoordeling

Het project *Gezamenlijke beoordeling* is een onderdeel van het programma STIP.²⁹ Het project als na afloop van STIP voortgezet. Het project is bedoeld voor mensen met een meervoudige hulpvraag, die worden geconfronteerd met verschillende regelingen en verschillende uitvoerende organisaties binnen het kader van werk, inkomen, zorg en welzijn. Het project heeft de volgende doelen: het verminderen van administratieve lasten door het vereenvoudigen van de gegevensuitwisseling tussen de deelnemende organisaties (CIZ, UWV, UWV WERKbedrijf, MEE en gemeenten), het uitvoeren van een integrale en gezamenlijke diagnose en het aanbieden aan de cliënt van een toegesneden pakket van voorzieningen.³⁰ Het resultaat van de samenwerking is geformuleerd als een eenvoudiger, beter en sneller indicatieproces, met minder administratieve lasten voor de cliënt en voor de deelnemende organisaties. De deelnemer krijgt een trajectcoach toegewezen, die fungeert als vast aanspreekpunt voor de cliënt en als coördinator voor de verschillende indicatieprocessen. De medewerkers van het projectteam beschikken over een gezamenlijk systeem voor gegevensuitwisseling. Tevens is er een arts beschikbaar voor het uitwisselen van medische informatie. Na de evaluatie van de pilots is besloten de werkwijze van de Gezamenlijke Beoordeling voor verschillende doelgroepen toe te passen in twaalf lokale projecten. De evaluatie daarvan wordt verwacht in het begin van 2012.

Mens centraal

Het project *Mens Centraal* is een initiatief uit 2006 van het Coördinatiepunt-ICT. Mens Centraal maakt het met een speciale ICT-applicatie mogelijk om informatie van verschillende instanties in samenhang te bekijken, waardoor een hulpvraag integraal opgepakt kan worden. Op die manier worden verschillende ketenpartners betrokken bij het realiseren van het volgende doel: het wegnemen van belemmeringen bij mensen die hulp nodig hebben op het gebied van werk, opleiding, schulden, huisvesting, inkomen en zorg, om hen op weg te helpen naar duurzame arbeids- en maatschappelijke participatie. Ketenpartners leggen gebeurtenissen van cliënten vast in de applicatie Mens Centraal. Daarnaast wordt het systeem automatisch gevoed met informatie uit aangesloten bronbestanden. Op basis van deze gecombineerde informatiebronnen wordt besloten of een cliënt hulp nodig heeft en zo ja, welke ketenpartner dit dan moet oppakken. Het systeem geeft ook automatisch een signaal af als hulp geboden is. Kern van het Mens Centraal concept is dat ketenpartners zelf met elkaar afspreken wie waarvoor verantwoordelijk is en wie de regie

²⁹ De ministeries van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) hebben in samenwerking met de uitvoeringsorganisaties Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV), UWV WERKbedrijf (voorheen CWI) en het Centraal Indicatieorgaan Zorg (CIZ) medio 2006 hun handen ineen geslagen en het programma Stroomlijning Indicatieprocessen (Stip) ontwikkeld. Uitgangspunt is om de indicatieprocessen voor voorzieningen in de zorg en sociale zekerheid minder bureaucratisch te laten verlopen. Programma Stip bestaat uit drie projecten: Pilots Gezamenlijke Beoordeling, Regelhulp, Indicatie dossier

³⁰ MEE is een organisatie die informatie, advies en ondersteuning biedt aan mensen met een lichamelijke, verstandelijke of zintuiglijke beperking, mensen met een autismespectrumstoornis, chronisch zieken, ouderen en hun omgeving.

voert. De structuur van de samenwerking kan dus van geval tot geval verschillen. Alleen in de opstartfase geldt voor alle Mens Centraal-deelnemers dat er een 'Regio-coach' is, die helpt om alle neuzen dezelfde kant op te krijgen.

4 Patronen en verschillen in samenwerkingsinitiatieven

De inspectie vindt in de acht bestudeerde samenwerkingsinitiatieven een aantal overeenkomsten en verschillen. De gemeenschappelijk patronen en verschillen die de inspectie in de initiatieven herkent, worden hieronder beschreven. Hierbij wordt in het bijzonder aandacht besteed aan deelvraag 2: Hoe zijn de werkwijze, regie en de informatie-uitwisseling in de initiatieven georganiseerd? Het hoofdstuk eindigt vervolgens met de beantwoording van de derde deelvraag: Welke knelpunten en succesfactoren komen in de samenwerkingsinitiatieven naar voren? In die beschrijving worden ook de gesprekken met de stakeholders en de conclusies uit de expert-bijeenkomst van 27 mei jl. betrokken.

Wijze van samenwerking

De initiatieven hebben alle als doel om domeinoverstijgend en integraal te werken. De wijze waarop dat gebeurt, verschilt. Sommige initiatieven richten zich in eerste instantie op een nauwere samenwerking tussen de activerings- en gezondheidsprofessionals binnen het domein werk en inkomen - zoals UWV arbeidsdeskundigen - verzekeringsartsen en werkcoaches³¹ of tussen professionals van gemeenten, zoals de casemanager of de WMO-consulent³². In aanvulling daarop bestaan veelal ad hoc en individuele netwerkrelaties met professionals uit de gezondheidssector.

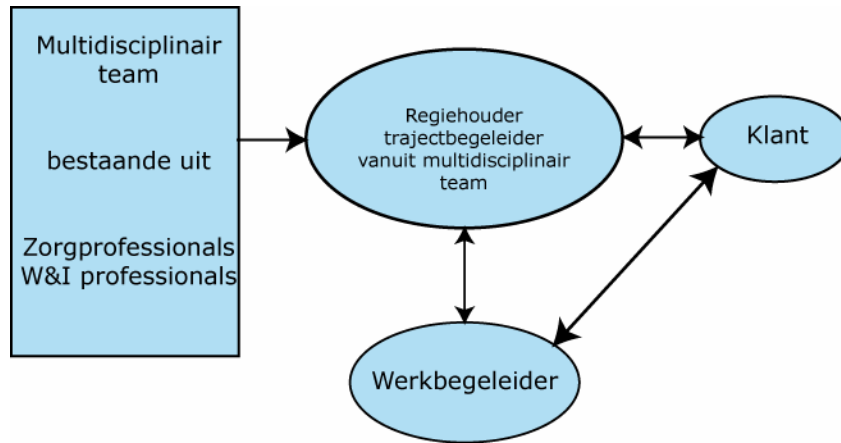
Andere initiatieven kenmerken zich door samenwerking binnen een multidisciplinair team: alleen bij de diagnose of vanaf de diagnose tot het einde van het traject. In de multidisciplinaire teams voeren verschillende professionals periodiek overleg over de cliënt en streven zij een gezamenlijk doel na. De professionals komen uit de sectoren werk en inkomen (bijvoorbeeld werkcoaches, casemanagers of werkbegeleiders vanuit wsw-bedrijven), de gezondheidszorg (bijvoorbeeld van de GGZ, GGD, bedrijfsartsen of CIZ-medewerkers) en soms ook andere sectoren zoals welzijn en wonen. Hierbij wordt ernaar gestreefd om het overleg zoveel mogelijk face-to-face op één fysieke locatie te laten plaatsvinden.

De inspectie kan uit de initiatieven twee hoofdvormen afleiden, op basis waarvan de samenwerkingswijze en regie is georganiseerd. In beide gevallen ontstaat de wijze van samenwerking nadat de cliënt eerst contact heeft gehad met de casemanager of de werkcoach. De casemanager of werkcoach draagt de cliënt vervolgens over aan het multidisciplinaire team of aan de centrale trajectbegeleider. In de onderstaande figuren staan de werkwijzen weergegeven.

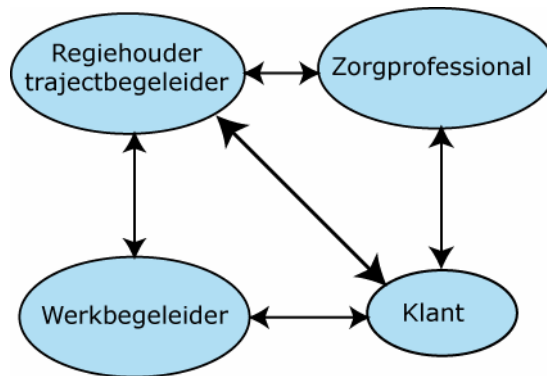
³¹ Methodisch re-integreren.

³² Pilot WMO WWB.

Figuur 2
Model 1



Figuur 3
Model 2



In het eerste model is er sprake van een multidisciplinair team, waarvan zowel de professionals werk en inkomen als de gezondheidszorg-professionals deel uit maken. Vanuit het multidisciplinaire team onderhoudt een regi houder contact met de cliënt en met een eventuele werkbegeleider. De werkbegeleider is de professional die de cliënt direct begeleidt op de plek waar de re-integratie of dagbesteding plaatsvindt.³³ In dit model heeft de cliënt dus contact met één professional uit het team en met de werkbegeleider.

Het tweede model kent geen multidisciplinair team. In dat model is de regi houder of trajectbegeleider de 'spin in het web'. Hij of zij onderhoudt de contacten met de casemanager (of werkcoach), de gezondheidszorgprofessionals, de werkbegeleider en de cliënt. Maar ook tussen de zorgprofessional en de cliënt bestaat direct contact. In dit model heeft de cliënt met diverse professionals te maken. De cliënt is tevens

³³ AZC, Werk een zorg minder.

in sommige initiatieven aanwezig bij het tripartiete overleg met de casemanager en de werkbegeleider.

Regie

In bijna alle bestudeerde initiatieven is er sprake van regie ten aanzien van de begeleiding van de cliënt. De regiehouder houdt overzicht op het dienstverleningsproces, onderhoudt contacten met professionals uit andere sectoren, en is het aanspreekpunt voor de cliënt. In de eerste vorm (zie figuur 2) is de regiehouder onderdeel van het multidisciplinair team. In de tweede vorm (figuur 3) organiseert de regiehouder zelf de samenwerking en afstemming in de dienstverlening voor de cliënt. De regiehouder is in de initiatieven meestal afkomstig uit de sector werk en inkomen, maar kan ook vanuit de gezondheidszorg worden aangewezen. Daarnaast kan het in beide gevallen voorkomen dat de regiehouder een speciaal aangewezen (externe) functionaris is.

Het belang van de regisseur komt naar voren in de evaluaties van de samenwerkingsinitiatieven, en wordt ook erkend door de deelnemers van de expertbijeenkomst. Regie is nodig om de samenwerking richting te geven, verschillende doelen op elkaar af te stemmen, en één centraal aanspreekpunt te creëren. Over de belangrijkste taak van de regiehouders lopen de meningen uiteen. Meestal wordt genoemd dat een regiehouder zich (voornamelijk) moet richten op het vergroten van de zelfregie van de cliënt. Zodra de cliënt voldoende zelfredzaam is, zou een regiehouder niet (meer) nodig zijn. Alleen als de cliënt daar zelf niet toe in staat is, onderhoudt de regiehouder contacten met de verschillende dienstverleners. De inspectie is van mening dat de regiehouder bij verschillen van inzicht tussen professionals beslissingsbevoegd zou moeten kunnen.

Diagnose

In het onderzoek Maatwerk bij meervoudigheid wees de inspectie als belangrijk aandachtspunt aan een intensieve wijze van uitvraag bij het eerste contact met de cliënt om alle problemen boven tafel te krijgen. Ook onderschreef de inspectie het belang van een juiste en vroegtijdige doorverwijzing. De initiatieven Mens Centraal en Gezamenlijk beoordelen besteden in het bijzonder veel aandacht aan de eerste fase van het proces. Met de intensieve integrale beoordeling worden ook goede resultaten geboekt ten aanzien van het vinden van de juiste dienstverlening en ondersteuning. In de evaluatie van AZC, waarin geen specifieke aandacht en tijd was vrijgemaakt voor de diagnose, wordt het gebrek aan tijd aan het begin van het traject als aandachtspunt genoemd. Uit de evaluatie blijkt dat voor het uitvoeren van een juiste en uitgebreide diagnose meer gesprekken nodig waren dan voorzien.

Caseload

Uit het rapport Maatwerk bij meervoudigheid kwam eveneens naar voren dat de specifieke competenties en een aangepaste caseload van de betrokken professionals belangrijk zijn voor het slagen van de dienstverlening aan cliënten met meervoudige problematiek. In sommige initiatieven zijn er speciale opleidingen voor de professionals om te voorzien in de juiste competenties om cliënten met gezondheidszorgproblemen te activeren, zoals IPS-trainingen en jobcoachtrainingen.

De inspectie kan uit de beschrijving van de initiatieven niet opmaken in hoeverre er rekening wordt gehouden met de caseload van de verschillende professionals die verantwoordelijk zijn voor de doelgroep. Uit de evaluaties van het project AZC en Gezamenlijk beoordelen kwam wel naar voren dat voor een goede begeleiding van de cliënt de caseload lichter zou moeten zijn.

Informatie-uitwisseling

Uit het onderzoek Maatwerk bij meervoudigheid werd duidelijk dat een essentieel aspect van samenwerking een gedegen en continue informatie-uitwisseling is. In de initiatieven wordt hier verschillend mee omgegaan. Enkele initiatieven hebben gezamenlijke registratiesystemen ontwikkeld, zoals de initiatieven Gezamenlijk beoordelen, Mens centraal en de Pilot WMO WWB. In een dergelijke elektronische applicatie worden informatiebronnen voor elkaar ontsloten. De partijen kunnen zelf hun informatie in het systeem vastleggen. Uit de evaluatie Pilot WMO WWB blijkt evenwel dat het succes van dergelijk systeem sterk afhankelijk is van het gebruik van het systeem door de deelnemende partijen. Het gebruik van die applicatie was niet optimaal, waardoor er toch een lappendeken aan registratie- en administratiesystemen ontstond.

Indien er geen gezamenlijk registratiesysteem is, vindt de informatie-uitwisseling plaats in het projectteam of het multidisciplinaire team. De frequentie van de uitwisseling is dan afhankelijk van het aantal overlegmomenten. Zonder multidisciplinair team verloopt de informatie-uitwisseling via de trajectcoach of trajectbegeleider, die fungeert als een zogenaamde 'spin in het web' en aan de betrokken professionals terugkoppelt over de voortgang en verloop van het traject van de cliënt. Uit de evaluatie van AZC komt naar voren dat er een risico in schuilt wanneer er sprake is van één regiehouder, zonder dat er sprake is van een multidisciplinair teamoverleg. Indien de activerende zorgcoach ook verantwoordelijk is voor de informatie-uitwisseling, bleek er weinig interne kennisdeling en intervisie plaats te vinden. Dat kan duiden op een te solistisch optreden van de zorgcoach. In de evaluatie werden, net als in het inspectierapport Maatwerk bij meervoudigheid, de competenties van de coach als belangrijkste voorwaarde voor het slagen van de aanpak genoemd. Hij of zij moet communicatief sterk zijn en inzetten op een goede samenwerking met andere professionals.

Instrumenten

Om de samenwerking te bevorderen, wordt een scala van instrumenten gebruikt in de acht bestudeerde initiatieven. Voorbeelden van dergelijke instrumenten zijn:

- het neerleggen van de samenwerkingsafspraken in een multidisciplinair protocol;
- het systematisch in kaart brengen van de mogelijke activerings- en re-integratie-instrumenten;
- het opstellen van een gezamenlijk inkoopkader³⁴;
- een gezamenlijk systeem voor gegevensuitwisseling creëren zoals een elektronisch patiëntendossier oftewel digitale koppeling met het zorgnetwerk³⁵;
- gezamenlijke afspraken over de in te zetten middelen die nodig zijn om de instrumenten te kunnen gebruiken.³⁶

De instrumenten die voor de activering van de cliënt worden ingezet, zijn vaak bestaande instrumenten. Nieuw is dat er, zoals gezegd, in sommige initiatieven gezamenlijk en integraal wordt beoordeeld welke instrumenten het meest geschikt zijn voor de cliënt. De instrumenten voor de cliënten zijn onder andere: het aanbieden van een integraal traject-annex-coachingsplan, het uitvoeren van huisbezoeken, het aanbieden van individuele re-integratieovereenkomsten, een Wsw-indicatie afgeven en plekken beschikbaar stellen, jobcoaches beschikbaar stellen, re-integratietrajecten aanbieden, AWBZ-dagbestedingen mogelijk maken, voorzieningen organiseren voor fysieke ondersteuning en therapieën voor psychische zorg. Bij

³⁴ AZC.

³⁵ IPS en Methodisch Re-integreren.

³⁶ Pilot WMO WWB.

enkele projecten zijn er afspraken gemaakt over het gebruik van elkaars budgetten of instrumenten, zoals de individuele re-integratieovereenkomst (IRO), het budget voor de Wsw, het WMO-budget, de AWBZ en of GGD-middelen.³⁷ Voorbeelden zijn het plaatsen van deelnemers op dagbestedingsactiviteiten, gefinancierd vanuit de AWBZ (Pilot WMO-WWB) en arbeidsintegratie als onderdeel van de GGZ-hulp, waarbij gebruik wordt gemaakt van middelen vanuit de WWB via een multidisciplinair team (IPS).

4.1 Knelpunten

Uit de evaluaties van de samenwerkingsinitiatieven blijken drie soorten knelpunten: operationele of praktische, culturele (onder ander gelegen op het gebied van communicatie en 'eigen' werkwijze) en structurele aandachtspunten.³⁸ De aandachtspunten die uit de evaluaties blijken, zijn aangevuld met knelpunten die tijdens interviews met stakeholders en de expertmeeting zijn genoemd.

Operationele knelpunten

Uit sommige evaluaties van de samenwerkingsinitiatieven blijkt dat casemanagers, werkcoaches of trajectbegeleiders een hoge caseload hebben, waardoor het hen aan tijd ontbreekt om taken goed te kunnen uitvoeren. Een groot verloop van personeel is eveneens punt van zorg. Ook blijken de administratieve lasten aanzienlijk, door de betrokkenheid van veel partijen en regelingen. De informatie-uitwisseling is binnen een aantal initiatieven een punt van aandacht. Indien er sprake is van een gemeenschappelijk elektronisch systeem, dan is het van belang dat de partijen hier gebruik van maken. In sommige gevallen is, zoals eerder genoemd, de informatie-uitwisseling kwetsbaar door een te sterke afhankelijkheid van de regiehouder.

Culturele knelpunten

Uit de bestudeerde initiatieven komen culturele knelpunten naar voren, die duiden op verschillen in werkwijze en organisatiecultuur. Van oudsher is er een verschil in focus tussen de sector werk en inkomen 'gericht op werk' en de gezondheidszorg 'verlenen van zorg en behandeling'. Er is onbekendheid met elkaars werelden, waardoor er sprake kan zijn van een moeizame communicatie. Het leren kennen van elkaars organisatie, cultuur en werkwijze heeft (veel) tijd nodig. Maar als er sprake is van een verloop van personeel is er onvoldoende borging van kennis en verantwoordelijkheden en komt de samenwerking moeizaam op gang. In de expertmeeting is er op gewezen dat functionarissen zelf de regie willen houden en over de vrijheid willen beschikken om zelf beslissingen te nemen. Hierdoor staan zij niet open voor bemoeienis 'van buitenaf' en houden samenwerking af. Ook gaven de deelnemers aan dat samenwerking onzekerheid schept. Daarnaast brengt samenwerking veel overleg met zich mee. In de expertmeeting noemden enkele deelnemers als risico dat samenwerking kan afleiden van de (scherpe) focus op de eigen organisatiedoelen. Een onheldere taakverdeling en werkstructuur wordt veroorzaakt door onduidelijke afspraken over ieders verantwoordelijkheden en rollen.

Structurele knelpunten

Bij de structurele knelpunten kan een in eerste plaats een onderscheid worden gemaakt tussen de wetgeving en de middelen. Op dit moment onderzoeken de ministeries van SZW en VWS, zoals dat is beschreven in hoofdstuk twee, of er sprake is van knelpunten of leemtes in de wetgeving, die samenwerking belemmeren.

³⁷ Zoals beoogd wordt met Fit-4-work, en de pilot WMO-WWB.

³⁸ IPS, Werk een zorg minder, Pilot WMO-WWB.

Een ander structureel knelpunt is dat gezondheidszorgprofessionals niet over middelen (of over kennis over budgetten) beschikken, die nodig zijn voor de aanloop van een samenwerkingsinitiatief. Eveneens kan het hen ontbreken aan financiering voor projecten gericht op arbeidstoeleiding. Een IRO kan bijvoorbeeld alleen worden gebruikt door bedrijven met een re-integratie-erkenning en daar vallen de GGZ-instellingen niet onder.

Daarnaast komt er in de gesprekken met stakeholders naar voren dat de (financiële) verantwoording in de sectoren samenwerking belemmert. Professionals in de gezondheidszorg worden aangestuurd en/of bezoldigd per patiëntbehandeling. In de sector werk en inkomen wordt gestuurd op het aandeel uitkeringsgerechtigden (cliënten) dat uitstroomt uit de uitkering. Dat kan een zogenaamde 'tunnelvisie' in de hand werken en de creativiteit belemmeren die essentieel is om samenwerking tot stand te brengen.

Andere structurele problemen komen voort uit het feit dat langdurig uitkeringsgerechtigden met gezondheidsproblemen een moeilijke doelgroep vormen. Om hen te motiveren zijn vaak meer gesprekken nodig en ook dan komen de cliënten niet altijd hun afspraken na. Dat leidt er eveneens toe dat werkgevers terughoudend zijn om hen een werkplek te bieden. Gebrek aan werkplekken op instapniveau is eveneens een structureel probleem.

4.2 Succesfactoren

De voorwaarden voor samenwerking laten zich ook onderscheiden in operationele, culturele en structurele voorwaarden.

Operationele succesfactoren

Een belangrijke operationele succesfactor, zoals blijkt uit initiatieven, is dat de regiehouder over de volgende competenties beschikt: hij of zij moet in staat zijn adequaat te handelen zowel naar de cliënt als naar de andere functionarissen, samenwerking te realiseren op basis van gelijkwaardigheid met de cliënt en andere professionals, en gericht te zijn op informatie-uitwisseling. Ten aanzien van de cliënt moet worden uitgegaan van individuele potentie en positieve bekrachtiging. Het is tevens van belang dat de regiehouder de andere leefgebieden en het sociale netwerk van de cliënt betreft.³⁹ Cliënten hebben meestal een voorkeur voor het hebben van één contactpersoon. Daarnaast kan de beslissingsbevoegdheid van de regisseur een belangrijke succesfactor zijn.

In sommige evaluaties van de onderzochte initiatieven wordt ervoor gepleit om regelmatig - om de twee à drie maanden - een driegesprek tussen werkbegeleider, trajectbegeleider en deelnemer te houden. Dit ter bevordering van een warme overdracht en goede informatie-uitwisseling. Een heldere taakverdeling tussen de trajectbegeleider, casemanager/werkcoach en de werkbegeleider wordt eveneens als belangrijke voorwaarde gezien.

Een andere operationele succesfactor is dat partijen elkaar op de hoogte houden van de voortgang van het traject. Een gezamenlijk systeem van gegevensuitwisseling kan dit waarborgen. Hergebruik van gegevens leidt ook tot efficiency en tijdbesparing. Op basis van de ervaringen van gemeenten met Mens Centraal in 2007 en 2008 is geconcludeerd dat de betere informatievoorziening ertoe leidde dat het minder tijd kostte om cliënten van dienst te zijn. Dienstverlening kon eerder en effectie-

³⁹ Dat is bijvoorbeeld het geval bij AZC.

ver worden ingezet en de administratieve belasting werd minder. In gezamenlijke werkoverleggen was te merken dat er meer ruimte is voor een gesprek over dienstverlening aan de cliënt, terwijl het eerder vooral ging over elkaars werkprocessen, zo bleek uit de evaluatie.⁴⁰

Culturele succesfactoren

De deelnemers van de expertbijeenkomst onderschreven het belang van een gemeenschappelijk gevoel van 'sense of urgency' ten aanzien van de winst die er is te behalen door met elkaar samen te werken. Deelnemers benadrukten dat het soms jaren kan duren voordat een dergelijke gedeelde 'awareness' wordt bereikt. Het is van belang dat er een goede samenwerkings sfeer ontstaat, waarin alle partijen gedijen. Uit zowel de gesprekken met de stakeholders als uit de expertmeeting komt naar voren dat het huidige tij van bezuinigingen het gemeenschappelijke gevoel van urgentie versnelt.

Vervolgens is goede communicatie belangrijk, waarbij 'face to face' contact, bijvoorbeeld bij de gezamenlijke diagnosestelling, helpt. Croon (2011) bepleit dat gemeenten moeten investeren in 'netwerkrelaties': met de GGD professionals, huisartsen en ziekenhuizen. Communicatie met artsen is belangrijk, om een goede beoordeling te kunnen maken en gedragsverandering tot stand te brengen.

In de samenwerking is het tevens van belang dat het multidisciplinaire team methodisch werkt met doelen, waarbij zoveel mogelijk de afgesproken methodiek gevolgd wordt. Er moet periodiek in het team gerapporteerd worden over de voortgang en er moet nazorg worden verleend. De interne kennisdeling moet worden geborgd bij wisseling van professionals, maar kennisdelen moet ook onderdeel zijn van de samenwerkingscultuur.

Ter bevordering van de communicatie en samenwerking werd in de expertbijeenkomst het belang van een gemeenschappelijk begrippenkader benadrukt. De definities ten aanzien van de procedures, trajecten en doelen moeten voor alle deelnemende partijen eenduidig zijn. Daarna kan er pas gestuurd worden op resultaten en verantwoording waarbij de samenwerking een onderdeel is.

Structurele succesfactoren

Het gebruik maken van elkaars instrumenten en middelen (re-integratiemiddelen van UWV, gemeenten, verzekeringsgelden, AWBZ-gelden en GGD-inzet en -bemiddeling) lijkt een belangrijke succesfactor voor de samenwerking. Bij de pilot WMO-WWB in Amsterdam is de inzet van financiële middelen vanuit de AWBZ, en de samenwerking tussen gemeentelijke diensten en verzekeringsmaatschappijen, effectief gebleken.

Een andere belangrijke structurele succesfactor, die wordt genoemd in 'Werk, Een Zorg Minder', is dat er in de gemeente activeringscentra zijn die activiteiten en werkbegeleiding bieden aan de deelnemers. Activeringscentra moeten in staat zijn om een variatie in werkzaamheden te bieden aan de deelnemers, niet alleen qua werksoort, maar ook moeten de werksoorten voor verschillende doelen (motivering, dagritme, activering) ingezet kunnen worden.

⁴⁰ Bron: ministerie van SZW, *Aanvraag voor een aanvullende PRIMA-subsidie* d.d. 12 november 2009.

5 Reacties Divosa, VNG en UWV en nawoord IWI

Samenvatting reactie Divosa

Divosa ziet in het rapport belangrijke aanknopingspunten voor gemeenten die op verschillende beleidsterreinen intensiever willen samenwerken. In het bijzonder in het huidige tijd van stelselwijzigingen en ombuigingen van de gemeentelijke budgetten, zijn de verschillende disciplines binnen gemeenten genoodzaakt meer en beter samen te werken. Het is volgens Divosa goed dat de inspectie in het rapport ook oog heeft voor de huidige institutionele belemmeringen ten aanzien van de samenwerking. Tot slot benadrukt Divosa dat - willen gemeenten hun doelstellingen halen en bezuinigingen realiseren - zij naast samenwerking ook op zoek zullen moeten gaan naar innovatieve manieren om de zelfredzaamheid en oplossingskracht van burgers meer centraal te stellen.

Samenvatting reactie VNG

De VNG constateert dat het rapport past in het streven van gemeenten naar ont-schotting en integrale samenwerking. Het rapport geeft op een duidelijke manier de succesfactoren en aandachtspunten weer, waarvan gemeenten in de toekomst kunnen profiteren.

Zoals de inspectie aangeeft zijn SZW en de VNG al in overleg over de bestaande belemmeringen in wet- en regelgeving. En hoewel de VNG aangeeft dat er hieromtrent al veel kennis aanwezig is binnen de ministeries zelf, stelt de VNG het zeer op prijs als de inspectie hier nader onderzoek naar zou doen.

De wettelijke belemmeringen zouden volgens de VNG kunnen liggen in het feit dat er vanuit het perspectief van multiproblematiek een erg smalle basis is voor gegevensuitwisseling (alleen de keten van Werk en Inkomen). Een mogelijkheid zou dan kunnen zijn dat het wettelijk kader van gegevensuitwisseling verbreed zou worden. Uiteraard vinden wij ook dat onder elke vorm van uitwisseling van cliëntgegevens een wettelijke basis moet liggen.

Die wettelijke belemmeringen zouden overigens kunnen zijn dat er een te smalle basis is voor gegevensuitwisseling tussen de sectoren. Op dit moment kunnen buiten de keten werk en inkomen gegevens niet gewisseld worden. Hiervoor moet men via alternatieve methoden te werk gaan, werken met signalen, expliciet toestemming vragen aan de klant etc.

Verder wil de VNG voor de beleidscontext de volgende aandachtspunten meegeven. Vanuit het ministerie van SZW komen er ontwikkelingen op gemeenten af die een goede aanpak van multiproblematiek onder druk zetten, waaronder de aanpassing van de Wet SUWI. De VNG refereert in deze context aan een nieuw registratiesysteem dat als basis zou moeten dienen voor fraude en handhaving.

Samenvatting reactie UWV

UWV geeft aan dat het rapport waardevolle inzichten biedt in wat de samenwerkingsinitiatieven van UWV en gemeenten tot dusver hebben opgeleverd om de dienstverlening aan klanten met gezondheidsproblemen te verbeteren. UWV erkent dat er nog stappen moeten worden gezet om de belemmeringen en knelpunten bij de aanpak van mensen met meervoudige problemen het hoofd te kunnen bieden. Om dit te bewerkstelligen is UWV, ook al naar aanleiding van de door de inspectie eerder gesignaleerde knelpunten, samen met VNG en Divosa in gesprek met het ministerie van SZW.

UWV geeft aan dat bij het realiseren van de verbeteringen rekening moet worden gehouden met een aantal zaken. UWV stelt dat in de samenwerking met andere hulpverleners de integraliteitsgedachte zal worden verlaten. Het beschikbare budget en de herinrichting van de dienstverlening aan werkzoekenden (Redesign Werkbedrijf) noodzaakt UWV hiertoe. De dienstverlening vanuit de verschillende instanties zal veelal achtereenvolgend als een keten plaatsvinden, de zogenaamde complementaire dienstverlening. Die ontwikkeling past volgens UWV niet bij de voorwaarde voor goede samenwerking die de inspectie in haar rapport noemt, namelijk dat samenwerking bij voorkeur plaats zouden moeten vinden in een multidisciplinair team met een regisseur. Tot slot voegt UWV toe dat bij een actieve arbeidsmarktwerking, in het bijzonder bij het in dienst nemen van jonggehandicapten, door werkgevers aan een aantal stevige randvoorwaarden moeten worden voldaan.

Nawoord van de inspectie

De inspectie beoogt met dit rapport een bijdrage te leveren aan het doeltreffend functioneren van het stelsel werk en inkomen. De inspectie constateert dat Divosa, de VNG en UWV de bevindingen en conclusies in het rapport, leerzaam en nuttig achten. En dat volgens hen de inzichten in het rapport handvatten bieden om de samenwerking tussen de sector werk en inkomen en andere hulpverleners te verbeteren, zodat uiteindelijk de dienstverlening aan mensen met multi-problematiek effectiever kan zijn.

Divosa, de VNG en UWV geven in hun reacties aan dat zij samen met SZW aandacht hebben voor de wettelijke belemmeringen die samenwerking bemoeilijken. Daarnaast vragen zij ook aandacht voor de aankomende stelselwijzigingen en budgettaire ombuigingen die de samenwerking tussen verschillende sectoren onder druk kunnen zetten.

De inspectie kan in dit verband slechts kennis nemen van de reactie van het UWV waarin het UWV aangeeft voornemens te zijn de integraliteitsgedachte te verlaten en te kiezen voor complementariteit in de samenwerking met partners. Verder neemt de inspectie kennis van de reactie dat het UWV voor zichzelf geen rol weggelegd ziet als regisseur, die vanuit een multidisciplinair team opereert bij een meer complementaire werkwijze.

Tot slot zal de inspectie in haar vervolgonderzoek – conform de suggestie van de VNG - de gevolgen van de wettelijke belemmeringen voor samenwerking in de uitvoering betrekken.

Bijlage 1

Reactie Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen

Reactie Vereniging van Nederlandse Gemeenten

Reactie Divosa



Postbus 58285, 1040 HG Amsterdam

Aan de inspecteur-generaal van de Inspectie Werk en Inkomen
van het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid
De heer mr. J.A. van den Bos
Postbus 11563
2502 AN DEN HAAG

Datum

25 JUL 2011

Van

Ons kenmerk
SBK/83290/IZ

Uw kenmerk
2011/3904

Pagina
1 van 2

Onderwerp

Bestuurlijke reactie UWV op conceptrapport IWI Samenwerken voor uitkeringsgerechtigden met gezondheidsproblemen

Geachte heer Van den Bos,

Met uw brief van 30 juni 2011 heeft u ons bovengenoemd conceptrapport toegezonden met het verzoek een bestuurlijke reactie te geven.

Wij hebben kennis genomen van de resultaten van uw onderzoek naar de door UWV en gemeenten genomen samenwerkingsinitiatieven tussen de professionals uit de domeinen Werk en Inkomen en Zorg. In uw conceptrapport zijn de samenwerkingsinitiatieven helder op een rij gezet.

Uit uw rapport komt naar voren dat samenwerking tussen professionals in de sector Werk en Inkomen en Zorg een positieve bijdrage kan leveren aan de doelstelling van het kabinet om zoveel mogelijk mensen met arbeidspotentieel te activeren en te laten participeren op de arbeidsmarkt. Maar dat er nog verbeteringen in de samenwerking tussen professionals mogelijk zijn.

Echter bij de uiteindelijk in te vullen en te realiseren verbeteringen moet wel rekening worden gehouden met het volgende.

In de Memorie van toelichting op de Wet SUWI is aan de uitvoerders van het domein Werk en Inkomen (UWV, gemeenten en SVB) een inspanningsverplichting opgelegd om de dienstverlening zo in te richten dat wordt samengewerkt met hulpverleners uit aanpalende terreinen als onderwijs, (jeugd)zorg en maatschappelijke ondersteuning.

Bij de inrichting van de dienstverlening is de focus van UWV gericht op arbeidsparticipatie in betaald werk en het wegnemen van belemmeringen die de arbeidsparticipatie in de weg zouden kunnen staan.

De verbeteringen die UWV in de samenwerking met o.a. de Zorg kan bereiken worden in de nabije toekomst beperkt door de financiële taakstelling die aan UWV is opgelegd en de hieruit voortvloeiende herinrichting van de dienstverlening aan werkzoekenden (Redesign Werkbedrijf). Een van de consequenties is dat er niet langer vanuit een integraliteitsgedachte zal worden samengewerkt. Veel meer zal complementariteit van samenwerkende partners voorop staan. Onze inschatting is dat deze accentverschuiving in de samenwerkingsgedachte consequenties zal hebben voor de door u aangereikte verbetermogelijkheden. Immers het onderzoeksveld kenmerkt zich door de integraliteitsgedachte.

Het kiezen voor een meer complementaire wijze van samenwerking leidt er toe dat in het bijzonder uw suggestie om een regisseur aan te wijzen en op te leiden, die bij voorkeur

opereert vanuit een multidisciplinair team, niet door ons zal worden opgevolgd, omdat deze niet past in onze koers.

Het voorgaande laat onverlet dat UWV zich ook in de toekomst zal blijven inzetten om bij de indicatiestelling gebruik te maken van elkaars expertise. Ook in het kader van de invoering van de nieuwe Wet Werken naar Vermogen pleit UWV voor één sociaal-medisch indicatieproces.

Tot slot maken wij u er op attent dat een actieve arbeidsmarktwerking noodzakelijk is om mensen met meervoudige problemen te ondersteunen bij het (weer) vinden van arbeid. Vooral bij het in dienst nemen van jonggehandicapten door werkgevers moet aan een aantal stevige randvoorwaarden worden voldaan. Dit geldt ook voor mensen met een meervoudige problematiek. Een aspect dat in uw onderzoek onderbelicht blijft.

Hoogachtend

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'D.M.F. Jongen', is written over a horizontal line.

Drs. D.M.F. Jongen
Waarnemend voorzitter Raad van Bestuur

Inspectie Werk en Inkomen (IWI)
mr. J.A. van den Bos
Postbus 11563
2502 AN 'S-GRAVENHAGE

| | | |
|--|--------------------------------|--------------------------|
| doorkiesnummer (070) 373 8785 | uw kenmerk 2011/3908 | bijlage(n) |
| betreft conceptrapport Samenwerken voor uitkeringsgerechtigden met gezondheidsproblemen | ons kenmerk BAWI/U201101372 | datum 3 augustus 2011 |

Geachte heer Van den Bos,

Hierbij reageren wij op het conceptrapport Samenwerken voor uitkeringsgerechtigden met gezondheidsproblemen, dat wij onlangs van u ontvingen.

Allereerst constateren wij dat dit rapport past in het streven van gemeenten naar ontschotting en integrale samenwerking. Het rapport geeft op een duidelijke manier de succesfactoren maar ook de aandachtspunten weer en hiervan kunnen gemeenten in de toekomst profiteren.

Wat betreft de beleidscontext hechten wij eraan te benadrukken dat het opsporen van concrete belemmeringen die professionals in wet- en regelgeving ervaren een gezamenlijk belang van SZW en VNG is. Hoewel er hieromtrent al veel kennis aanwezig is binnen de ministeries zelf, willen wij u de suggestie meegeven hier zelf nader onderzoek naar te doen. Als VNG zouden wij een dergelijk onderzoek zeer op prijs stellen.

Die wettelijke belemmeringen zouden overigens kunnen liggen in het feit dat er vanuit het perspectief van multiproblematiek een erg smalle basis is voor gegevensuitwisseling (alleen de keten van Werk en Inkomen). Een mogelijkheid zou dan kunnen zijn dat het wettelijk kader van gegevensuitwisseling verbreed zou worden. Uiteraard vinden wij ook dat onder elke vorm van uitwisseling van cliëntgegevens een wettelijke basis moet liggen. Voor de keten van werk en inkomen is dat geregeld. Op dit moment moet men echter voor elke stap buiten de keten Werk en Inkomen via alternatieve methodes te werk gaan (werken met signalen, expliciet toestemming vragen aan de klant etc.) en kunnen er geen gegevens worden uitgewisseld. We zijn ons er overigens van bewust dat hier een politieke afweging ligt tussen het belang van privacy en het belang van aanpak multiproblematiek en integrale dienstverlening.

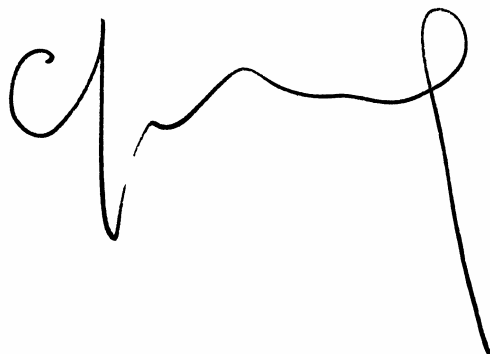
Verder willen wij voor wat de beleidscontext betreft de volgende aandachtspunten meegeven. In het rapport staat dat de aanpak van multiproblematiek op de agenda's van de betrokken bewindslieden blijft staan. Vanuit het ministerie van SZW komen er ook ontwikkelingen op gemeenten af die een goede aanpak van multiproblematiek onder druk zetten, waaronder de aanpassing van de wet SUWI. In het wetsvoorstel staat dat gemeenten ervoor moeten zorgen dat WWB-ers verplicht door het UWV worden geregistreerd als werkzoekenden. Dat registratiesysteem is ook de basis voor fraude en handhaving. In het voorstel wordt geheel geen aandacht besteed aan andere hoedanigheden waarin gemeenten geacht worden deze personen te helpen en of dat het betreffende systeem daarop moet aansluiten.

De ontwikkelingen die in gang worden gezet met de Wijziging van de Wet Werk en Bijstand en samenvoeging van die wet met de Wet WIJ baren ons in dat verband ook zorgen. De nadruk wordt hierbij nog veel meer op de eigen verantwoordelijkheid van de burgers in deze gelegd. Er zal altijd een groep blijven bestaan van mensen met meervoudige problemen (waaronder ook jongeren) die onvoldoende kunnen participeren en niet de verantwoordelijkheid voor het eigen leven kunnen nemen. Als deze mensen buiten beeld van de gemeente komen wordt het moeilijker om de groep met multiproblemen goed op te pakken.

Het rapport constateert dat Mens Centraal er voor zorgt dat er meer hulpvragen in beeld komen. We zijn blij met de constatering dat het een goed systeem is. We zijn zelf positief over dit instrument en brengen het bij zoveel mogelijk gemeenten onder de aandacht. Met de komende decentralisaties en de grotere verantwoordelijkheid van gemeenten op het terrein van werk, participatie en jeugdzorg is het essentieel dat gemeenten goed ondersteund kunnen worden bij de aanpak van multiproblemen. Een bredere gegevensuitwisseling helpt hierbij.

Vanzelfsprekend zijn we desgewenst bereid tot nadere gedachtewisseling.

Hoogachtend,
Vereniging van Nederlandse Gemeenten

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized, cursive script that appears to be 'C.J.G.M. de Vet'.

drs. C.J.G.M. de Vet.
lid Directieraad



Inspectie Werk en Inkomen
T.a.v. de heer Van den Bos
Postbus 11563
2502 AN DEN HAAG

Utrecht, 19 juli 2011

Onderwerp: Bestuurlijke reactie IWI-rapportage 'Samenwerken voor uitkeringsgerechtigden met gezondheidsproblemen'
Onze ref.: 110137

Geachte heer van den Bos,

Bij Divosa is uw rapportage 'Samenwerken voor uitkeringsgerechtigden met gezondheidsproblemen' met veel interesse ontvangen. Uw rapportage bevat belangrijke aanknopingspunten voor sociale diensten die verschillende beleidsterreinen intensiever met elkaar willen verknopen. Het is winst dat leerervaringen uit pilotprojecten en voorlopergemeenten op deze manier gebundeld zijn.

De komende jaren staan gemeenten voor een aantal grote uitdagingen. Zij hebben grote tekorten op hun budgetten voor het betalen van de uitkeringen. Tegelijkertijd worden de re-integratiebudgetten vanaf 2012 gehalveerd. In dezelfde periode vindt er een omvangrijke stelselwijzigingen plaats die gemeenten moeten verankeren in hun lokale beleid. Denk aan de introductie van de nieuwe Wet werken naar vermogen, de afbouw van de sw-sector en de decentralisatie van de Awbz en de jeugdzorg.

Gemeenten verwelkomen de nieuwe taken, hoewel zij zich ook grote zorgen maken over de bezuinigingen die daarmee gepaard gaan. Gemeenten zijn reddeloos als ze de nieuwe taken net zo verkokerd gaan uitvoeren als degene van wie ze de taken kregen. Zij zullen beter en goedkoper presteren als ze hun inwoners centraal stellen en niet de wetten die ze uitvoeren. Zolang verschillende ambtenaren – zonder het van elkaar te weten – proberen hetzelfde gezin te helpen, is er winst te halen. In geld, maar ook in prestaties en menselijk geluk. Uw rapportage gaat dan ook terecht uit van de gedachte dat professionals uit verschillende disciplines meer en beter zouden kunnen samenwerken.

Het is tegelijkertijd ook goed om te zien dat u oog heeft voor institutionele belemmeringen. Het klopt inderdaad dat tegengestelde prestatie-indicatoren en financieringsprikkel een goede samenwerking kunnen blokkeren. Deze ontwikkeling wordt natuurlijk sterker op het moment dat alle betrokken organisaties met taakstellingen te maken krijgen. Het is goed om te weten dat dit de aandacht heeft van de landelijke overheid.

bezoekadres

Verenigingsbureau
Divosa
Oudenoord 174
3513 EV Utrecht

postadres

Postbus 407
3500 AK Utrecht

telefoon

030-233 233 7

fax

030-233 37 26

website

www.divosa.nl

e-mail

cb@divosa.nl

Op drie punten zou ik uw rapportage nog willen aanvullen. Willen gemeenten hun doelstellingen halen en bezuinigingen realiseren dan moeten zij meer doen dan samenwerken alleen. De overheid moet de zelfredzaamheid en oplossingskracht van burgers meer centraal stellen op het moment dat zij ondersteuning nodig hebben. Gemeenten moeten uitvinden hoe de inzet van goedkope interventies de aanspraak op dure interventies kan voorkomen. En gemeenten moeten hun twee-vliegen-in-één-klap beleid verder ontwikkelen, bijvoorbeeld door uitkeringsgerechtigden actief te betrekken bij het opzetten van klusjes- en boodschappendiensten voor ouderen. Zo kan een gemeente de doelstellingen van de Wmo en de Wwb met elkaar verknopen.

Met vriendelijke groet,
Verenigingsbureau Divosa



René Paas
Voorzitter

Bijlage 2

Initiatieven op het gebied van samenwerking Werk en Inkomen en Zorg

Activerende Zorg Coaching⁴¹

De *Activerende Zorgcoach (AZC)*, een initiatief van de gemeente Rotterdam, behelst een integrale aanpak, bestaande uit een parallel traject van zorg én activering. De 'activerende zorgcoach' is verantwoordelijk voor de regievoering. De aanpak is gericht op bijstandsgerechtigden, die als gevolg van (fysieke of psychische) gezondheidsproblemen belemmeringen ondervinden bij de inschakeling op de arbeidsmarkt, maar bij wie wel uitzicht is op participatie.

Het doel van de aanpak is de deelnemers sociaal en maatschappelijk te activeren. Dit doet de activerende zorgcoach door de zelfredzaamheid van de deelnemer te vergroten. Er wordt gewerkt aan de uitdrukkingsvaardigheid, psychosociale vaardigheden, zelfzorg en de motivatie. De benadering is oplossingsgericht, mede om probleemdenken bij deelnemers te doorbreken.

De activerende zorgcoach speelt een centrale rol in deze methodiek. Hij stelt een traject-annex-coachingsplan, treedt op als coach van de deelnemer, brengt de mogelijkheden op verschillende leefgebieden in kaart en fungeert als makelaar naar zorgvoorzieningen, vrijwilligerswerk of andere vormen van participatie. Een belangrijk instrument daarbij zijn de huisbezoeken. Ook belangrijk is het driegesprek tussen de activerende zorgcoach, de casemanager van de gemeente en de deelnemer zelf. Ook al ligt de regie in principe bij de activerende zorgcoach, tegelijk is het de bedoeling dat de deelnemer steeds meer zelf de regie in handen gaat nemen

De centrale regie van de zorgcoach herbergt ook een risico: deze aanpak staat of valt met de wijze waarop de activerende zorgcoach zijn rol invult. Uit de evaluatie blijkt onder meer dat er tussen zorgcoaches weinig kennisdeling en intervisie plaatsvond, wat duidt op solistisch optreden. De competenties van de coach werden niet voor niets genoemd als belangrijkste voorwaarde voor het slagen van de aanpak: hij moet communicatief sterk zijn en inzetten op een goede samenwerking met de gemeentelijke casemanager.

Een waargenomen knelpunt bij de AZC-methode is dat er weinig tijd is voor een goede diagnose, of dat men afhankelijk is van een diagnose door een externe partij. verder blijkt er geen sprake te zijn van een snelle of warme overdracht naar het vervolgtraject, terwijl dat de kans op terugval zou verkleinen.

Werk een zorg minder⁴²

Het project *Werk een zorg minder (WEZM)* is ontwikkeld door het re-integratiebedrijf WerkPro, dat dit project uitvoert samen met re-integratiebedrijf React Twente en vier Friese gemeenten. De gemeenten fungeren als opdrachtgever. Het beoogde resultaat is een sluitende aanpak tussen werk en zorg. Hiervoor krijgt een groep langdurige WWB'ers met een multiproblematiek gedurende twee jaar werkzaamhe-

⁴¹ Bronnen:
D. Peters & Y. van Heerwaarden, Het ontwikkeltraject. Van Activerende Zorgtrajecten naar Activerende Zorg coaching, in Aandacht en kracht, p. 22.
Walraven etc, 2010, Aandacht en Kracht, Verbinden van activering en zorg.

⁴² Bron: <http://www.interventiesnaarwerk.nl/> (geraadpleegd mei 2011).

den aangeboden, vanuit de gedachte dat daarmee hun zorgproblematiek vermindert.

Net als de AZC-methode is de methode WEZM is een gestructureerde, integrale aanpak met activering en maatschappelijke participatie als doel. Integraal wil zeggen dat de thuisomgeving bij de aanpak wordt betrokken. Eerst wordt de zorgproblematiek afgebouwd (de eerste fase) en daarna worden de werkmogelijkheden opgebouwd (de tweede fase).

Het eindstadium van de eerste fase is dat de deelnemers minimaal twee dagdelen aanwezig zijn op een activeringscentrum, waar ze kunnen worden aangesproken op werk en gedrag. In de eerste fase beschikt de trajectbegeleider over een cliëntanalyse, gemaakt aan de hand van een zogenaamde leefgebiedenmatrix. Daarnaast legt hij korte huisbezoeken af en organiseert groepsempowerment en sport- en bewegingsmogelijkheden. De trajectbegeleider voorziet de gemeente, activeringscentra en werklocaties van de benodigde informatie, organiseert overleggen – wanneer nodig met de deelnemer erbij – en verzorgt de terugkoppeling naar alle partijen over de afspraken die er zijn gemaakt met de deelnemer, het verloop en de voortgang.

De tweede fase is de activeringsfase van maximaal twee jaar. Deze wordt uitgevoerd door de werkbegeleider op de gekozen werklocatie. In deze fase gaan de werkbegeleider en trajectbegeleider door met intensieve begeleiding en empowerment, om zelfregie te stimuleren. In de tweede fase kan gebruik worden gemaakt van de competentiescan en van empowerment groepsbijeenkomsten. De competentiescan voorziet in informatie voor de gemeente (rapportage en beeld van de cliënt), de deelnemer zelf (inzicht in mogelijkheden en beperkingen, leerdoelen kunnen stellen), de werkbegeleider (uitgangspunten voor aansturing en ondersteuning op de werkvloer) en de trajectbegeleider (carrièreontwikkeling van de cliënt).

Uit de evaluatie blijkt dat een project als WEZM bijdraagt aan de kwaliteit van het leven van de doelgroep. De deelnemers krijgen regie over hun leven en leren omgaan met hun mogelijkheden. Leerpunten zijn dat teamoverleggen tussen traject- en werkbegeleiders moeten plaatsvinden op de activeringscentra. Ook bij deze aanpak komt het overdrachtsmoment aan het einde van het traject (fase twee) naar voren als aandachtspunt. Er moeten concretere overdrachtsafspraken worden gemaakt. Als goed werkend hulpmiddel wordt het bespreken van de competentiescan genoemd.

Pilot Wmo WWB⁴³

De gemeente Amsterdam is in 2006 de *Pilot Wmo-Wwb* gestart, waarbij de Dienst Werk en Inkomen, de dienst Zorg en Welzijn en de GGD samenwerkten om 450 uitkeringsgerechtigden zonder dagbesteding (zowel gemeentelijke als UWV-cliënten) en met veelal chronische psychiatrische aandoeningen of verslaving naar een passende vorm van dagbesteding toe te leiden. De pilot is in 2008 geëvalueerd.

De aanpak kenmerkt zich door twee aspecten. Het eerste is de nauwe samenwerking tussen de medewerkers van de diensten werk & inkomen (DWI) en zorg en welzijn (DZS). De projectorganisatie werkte ook in opdracht van beide diensten. De GGD indiceerde kandidaten voor deelname aan de pilot en was trajecthouder. De casemanagers van het team Bijzondere Doelgroepen (een onderdeel van DWI)

⁴³ Bron: Eupen van, R., Uppelschoten, M., Hilberts, P., Kamp, W., (2008) Evaluatie pilot WMO/WWB, Gemeente Amsterdam.

brachten vervolgens de competenties van kandidaten in kaart en zorgden voor de inkoop van trajecten en de inzet van begeleiders.

Het tweede aspect zijn de instrumenten die gezamenlijk ten behoeve van de pilot zijn ontwikkeld:

- cliëntprofielen, op basis waarvan cliëntmanagers kandidaten op een gerichte en verantwoorde wijze kunnen bemiddelen,
- een website met dagactiviteiten, waardoor de cliëntmanagers een goed beeld hebben van het aanbod,
- een opleidingsmodule voor cliëntmanagers over het omgaan met psychiatrie en verslaving,
- een nieuwe en gezamenlijke wijze van inkopen van trajecten,
- een webapplicatie ter ondersteuning van het administratieve proces en de informatie-uitwisseling, die de cliëntmanagers helpt bij de regiovoering.

Als knelpunt kwam uit de evaluatie naar voren dat de rolverdeling tussen de cliëntmanager en de werkbegeleiders bij de instellingen scherper zou kunnen. Dat gold in het bijzonder ten aanzien van de registratie en verantwoording door de instellingen en het maken van werkafspraken. Duidelijke afspraken waren onder andere nodig om dat er sprake was van concurrentie tussen de betrokken instellingen. Die bleken weinig genegen te zijn cliënten door te verwijzen naar andere instellingen.

Een knelpunt in de informatievoorziening was dat de cliëntmanagers de deelnemende instellingen moesten aanspreken op het gebruik van de specifiek voor de pilot ontwikkelde ICT-applicatie. Het gebruik van die applicatie was niet optimaal, waardoor er toch een lappendeken aan registratie- en administratiesystemen ontstond.

Verder was er behoefte aan meer duidelijkheid vanuit de gemeente over de verschillende regelingen en aanbestedingen die gangbaar zijn bij de gemeente en bij zorgverzekeraars. Instellingen zouden het liefst in één keer zaken doen met de gemeente en de zorgverzekeraar.

Tot slot bleken er - om tot een goede match te komen - meer gesprekken nodig te zijn met cliënten dan mogelijk waren binnen de pilot. En ging veel tijd zitten in het administratieve proces, waardoor er weinig tijd was om gericht aandacht te besteden aan cliënten en aan de relatie met de professionals binnen de instellingen waar de trajecten worden uitgevoerd.

In de pilot zijn ook successen geboekt. De samenwerking tussen de cliëntmanagers en de trajectbegeleiders van de instellingen is sterk gaandeweg verbeterd. Door langdurige aanbestedingscontracten verwachten betrokken instellingen meer trajecten te kunnen ontwikkelen voor deze moeilijke doelgroep. En de intensieve samenwerking tussen de gemeentelijke diensten en de AWBZ-uitvoering heeft laten zien dat de beschikbare middelen effectiever kunnen worden ingezet.

IPS⁴⁴

Individual Placement en Support (IPS) is een methodiek voor de begeleiding van mensen met ernstige psychische aandoeningen naar betaald werk. IPS biedt ondersteuning bij het realiseren van concrete ambities richting werk en voor een volwaardig, maatschappelijk leven. IPS komt oorspronkelijk uit de Verenigde Staten en wordt onder andere toegepast in Amsterdam (VIP-team in het AMC) en bij de GGZ

⁴⁴ Bronnen:
Achtergrondnotitie werkconferentie Project Herstel en Burgerschap;
Meer, van der, B. (2011) Programma Culturomslag Wajong, Ministerie van SZW: Den Haag.
Gesprek met Harry Michon, april 2011.

Noord Holland Noord (samenwerking GGZ met SW-bedrijven). De doelgroep van IPS is mensen met ernstige psychische aandoeningen, waaronder schizofrenie of andere psychosen, bipolaire stoornissen en angst- en stemmingsstoornissen

De kern van de methodiek is dat arbeidsintegratie onderdeel is van de GGZ-hulp. Het uitgangspunt is 'first place then train'. De begeleiding wordt verzorgd door een multidisciplinair team, bestaande uit psychiaters, assistent-artsen, verpleegkundigen, maatschappelijk werkers en arbeidsdeskundigen. Alle leden van het team hebben een jobcoach-opleiding gevolgd. De begeleiding wordt geboden bij arbeidsintegratie, langdurige uitkeringskwesties en in regulier, betaald werk. De regie op de dienstverlening is belegd bij de trajectbegeleider, meestal één van de teamleden. De belangrijkste taak van de trajectbegeleider is om ervoor te waken dat arbeidsintegratie niet wordt 'weggedelegeerd' in aparte voorzieningen, maar dat het een opgave is van het hele team.

Afstemming en informatie-uitwisseling vindt ook plaats binnen het multidisciplinair team, over onder ander een doorlopende inschatting van de arbeidsmogelijkheden inclusief het effect van psychische problemen, benodigde interventies en het verloop van de begeleiding op de werk- of opleidingsplek.

Er is nog weinig bekend over de resultaten van de teams die werken volgens de IPS-methodiek. Wel is bekend dat IPS steeds meer wordt toegepast, onder andere in de vervolgpogingen van het initiatief Gezamenlijk Beoordelen. Uit diverse documenten blijkt wel een aantal knelpunten. Er zijn onder andere nog te weinig banen op instapniveau, het betreft een doelgroep die moeilijk te motiveren is waardoor werkgevers terughoudend zijn. Er zijn hoge aanloopkosten bij de GGZ-instellingen en de verschillende financieringsstructuren van de deelnemende partijen bemoeilijkt de inzet van beschikbare instrumenten. Tot slot sluit de regelgeving niet goed aan bij de methodiek (grensgebied zorg – participatie).

Methodisch re-integreren⁴⁵

Methodisch re-integreren is een initiatief van UWV en de gemeente Amsterdam. De essentie van de methode is het betrekken van verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen bij de diagnosestelling. Hierdoor kan een betere analyse worden gemaakt van de participatiemogelijkheden van cliënten die langdurig afhankelijk zijn van een uitkering. Die samenwerking is uniek aan de aanpak. Het overleg vindt periodiek plaats, al naar gelang de zwaarte van de casus. Daarnaast wordt ook benadrukt dat 'externe' behandelaars en professionals in de gezondheidszorg, werkgevers en andere partijen op de arbeidsmarkt kunnen worden betrokken. Een voorbeeld is dat een sociaalverpleegkundige van de GGZ enkele dagdelen per week aanwezig is op het werkplein. Samenwerking en netwerk relaties met de gezondheidszorg wordt in het bijzonder van belang geacht omdat anders het risico bestaat dat je opnieuw een beoordeling gaat doen, die tegenstrijdig kan zijn met de beoordeling van een andere partij bijvoorbeeld die van de verzekeringsarts of huisarts. Om het model methodisch re-integreren een kans van slagen te geven, moet volgens betrokkenen samenwerking verder gaan dan alleen met verzekeringsartsen, bedrijfsartsen en arbeidsdeskundigen. Croon (2011) bepleit dat gemeenten moeten investeren in 'netwerkrelaties': met de GGD, huisartsen en ziekenhuizen.

Centraal in de methode staat dat de casemanager (of werkcoach) de cliënt ondersteunt in het ontwikkelen van zelfvertrouwen, bewustwording, persoonlijke verande-

⁴⁵ Bronnen:
Croon, N. (2011) Op weg met het granieten bestand, duurzame participatie door methodisch re-integreren. Gesprek met Nico Croon, arts, jurist en regiostaf verzekeringsarts bij UWV (2011)

ring en inzet. Daarbij geeft de casemanager (of werkcoach) de cliënt hulp bij het aanwenden van zijn competenties voor een actieve positie op de arbeidsmarkt. Hiervoor brengt de casemanager met behulp van de verzekeringsarts of arbeidsdeskundige de fysieke en psychische beperkingen en mogelijkheden van de cliënt in beeld. De verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen maken daarbij vanuit hun eigen specialisatie een inschatting van de arbeidsmogelijkheden van de cliënt en geven een sociaal medisch oordeel (SMO), waarin onder andere staat welke beperkingen (moeilijk) behandelbaar of trainbaar zijn. Het advies van de verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen met betrekking tot de re-integratie is richtinggevend. De regie ligt bij de casemanager of werkcoach.

De samenwerking op uitvoeringsniveau blijkt evenwel moeilijk. De redenen hiervoor zijn de onbekendheid van de medische wereld voor de casemanager of werkcoach en de beleidsmatige en financiële afbakening van de zorgsector en de sector werk en inkomen. Ook het beroepsgeheim van de artsen, waardoor artsen weinig informatie kunnen verstrekken over cliënten, kan een belemmering zijn. Verder is er nog weinig bekend over de effectiviteit van methodisch re-integreren.

Fit for work⁴⁶

Fit-4-Work is een experiment, nog in aanbestedingsfase, dat is opgezet door UWV en de sociale diensten en GGD van Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht. Met het experiment wordt een versterking beoogd van de samenwerking van verschillende professionals. Daarbij gaat het om de samenwerking van professionals vanuit sector werk & inkomen (arbeidsdeskundigen, verzekeringsartsen, re-integratiebegeleider, werkcoaches/casemanagers), GGD, gemeentelijke zorgmanagers en GGZ-professionals. Het uitgangspunt van het experiment is dat werk een belangrijk 'medicijn' is voor het terugdringen van gezondheidsachterstanden. Het doel is langdurige plaatsing in regulier werk of andere vormen van participatie, verbetering van de gezondheid voor uitkeringsontvangers met psychische, sociale en/of gezondheidsproblemen, met een grote afstand tot de arbeidsmarkt, maar zonder een ernstige psychiatrische problematiek, verslaving of dakloosheid. De deelnemer wordt steeds intensief begeleid door dezelfde cliëntmanager, arbeidsdeskundige of casemanager, die ook zaken regelt voor de deelnemer, zodat de cliënt zich helemaal kan concentreren op (zoeken naar) werk en het aanpakken van beperkingen. Bijzonder aan *Fit-4-work* is dat er gezocht wordt naar een alternatieve financierings-systematiek, die het mogelijk moet maken om zorg en re-integratietrajecten parallel te laten lopen. Het gaat daarbij om de inzet van re-integratiemiddelen van UWV en gemeenten, GGZinzet, verzekeringsgelden, AWBZ-gelden, GGD-inzet en wijkgelden. De werkmethode wordt vrijgelaten, maar innovatie wordt gestimuleerd.

Gezamenlijk beoordelen⁴⁷

Het project *Gezamenlijk beoordelen* is een onderdeel van het programma STIP. Het project is bedoeld voor mensen met meerdere, chronische beperkingen, die met meerdere organisaties te maken hebben. Het project heeft als doel het vereenvoudigen van de gegevensuitwisseling tussen de deelnemende organisaties, zoveel mogelijk gezamenlijk onderzoek doen en de cliënt een toegesneden pakket van voor-

⁴⁶ Bronnen:
Hazenoet, H., N. van de Vrie, C. Lie en E. Ruland, Aanvraag Ministerie SZW. Bijdrage in de project- en onderzoekskosten ten behoeve van het experiment *Fit-4-Work*, oktober 2010.
Interview met het ministerie van SZW d.d. 12 mei 2011

⁴⁷ Bronnen:
Ministerie SZW (2006-2009), VWS, UWV en CIZ. Stip Programma Stroomlijning Indicatieprocessen in Zorg en Sociale Zekerheid. Ministerie van SZW: Den Haag.
Brief aan de Tweede Kamer van 7 december 2009 RUA/UO/09/26675.
Hollander, M.L., Noordhuizen, E.P.L.G., Verweij, S. (2009) Evaluatie pilots Gezamenlijke Beoordeling. Research voor beleid: Zoetermeer.

zieningen aanbieden. Het resultaat van de samenwerking is geformuleerd als een eenvoudiger, beter en sneller indicatieproces, met minder administratieve lasten voor cliënt en voor de deelnemende organisaties. Indicatiestellers van CIZ, UWV, UWV WERKbedrijf, MEE en gemeenten werkten van maart 2009 tot mei 2009 samen in een projectteam.

Een cliënt werd in het projectteam aangemeld door één van de deelnemende organisaties, voorafgaand aan een eerste, oriëntatiegerichte screening op de meervoudige hulpvraag. In het projectteam vond een tweede screening plaats, waarbij de deelnemende organisaties informatie en expertise met elkaar uitwisselden, de cliënt gezamenlijke bespraken en tot een integrale oplossing kwamen. Elke deelnemende organisatie kan ook zonedig een eigen indicatiebesluit afgeven.

De deelnemer krijgt een trajectcoach toegewezen, die fungeert als vast aanspreekpunt voor de cliënt en coördinator voor de verschillende indicatieprocessen. De trajectcoach is de afkomstig van de organisatie, die de cliënt heeft aangemeld voor het projectteam. Zijn rol eindigt als de indicaties zijn afgegeven. De medewerkers van het projectteam beschikken over een gezamenlijk systeem voor gegevensuitwisseling. Tevens is er een arts beschikbaar voor het uitwisselen van medische informatie.

Uit de evaluatie bleek dat de verschillen in werkwijze, cultuur en toegekende resources echte samenwerking lastig maken. Er moet een cultuur ontstaan van gezamenlijke taak en verantwoordelijkheid, waarbij vertrouwen een belangrijke grondslag voor samenwerking en effectief cliëntoverleg is. Andere aandachtspunten zijn de extra tijdinvestering die nodig is voor het voorbereiden en uitvoeren van cliëntenoverleg, het werken met het registratiesysteem, het vervullen van de rol van trajectcoach. Daarbij moet er rekening worden gehouden met de caseload van de medewerkers. Deze zou in een situatie van gezamenlijke beoordeling lichter moeten zijn dan in de reguliere situatie. Het nieuwe werkproces (informatie-uitwisseling en gezamenlijke beoordeling) moet vervolgens voldoende worden geïntegreerd in het bestaande werkproces.

Succesfactoren zijn dat de fysieke samenwerking meerwaarde heeft voor het stellen van een beter passende indicatie en vermindering van de administratieve lasten voor de cliënt. De pro-actieve benadering en beter passende indicatie hebben een preventieve functie, waardoor cliënten in de toekomst minder snel een indicatie nodig hebben. Dat levert voor cliënten en voor medewerkers een besparing van lasten op.

Na een start met vijf beperkte experimentele pilots zijn vanaf maart 2008 in Leeuwarden en Doetinchem twee grotere pilots opgezet. Eind 2010 zijn er twaalf lokale projecten van start gegaan, die lopen tot 1 november 2011. Deze projecten worden ondersteund door het landelijk project Gezamenlijke Beoordeling, waarvan SZW en WVS de opdrachtgevers zijn.

Mens centraal⁴⁸

Het project *Mens Centraal* is een initiatief uit 2006 van het Coördinatiepunt-ICT. Het doel is te komen tot een speciale ICT-applicatie, die de informatiedeling voor de samenwerking tussen de verschillende partijen ondersteunt. Het project vloeit voort uit twee eerdere ICT-ondersteunende projecten, namelijk het Digitaal Cliëntdossier (DKD) en het project Jongeren Centraal. Mens Centraal ondersteunt de partijen bij

48 Bronnen:
 CP-ICT, Kennisdocument. Achtergrondinformatie Mens Centraal, Utrecht, 2009.
 Interview met projectleider Mens Centraal regio Alkmaar, 11 mei 2011.
www.OperatieMensCentraal.nl (geraadpleegd 29-4-2011).

het realiseren van de volgende doelen: het wegnemen van belemmeringen bij mensen, die hulp nodig hebben op het gebied van werk, opleiding, schulden, huisvesting, inkomen en zorg, en hen op weg helpen naar duurzame arbeids- en maatschappelijke participatie.

Ketenpartners leggen gebeurtenissen van cliënten vast in Mens Centraal. Daarnaast wordt het systeem automatisch gevoed met informatie uit aangesloten bronbestanden. Op basis van deze gecombineerde informatiebronnen wordt besloten of een cliënt hulp nodig heeft en zo ja, welke ketenpartner dit dan moet oppakken. Het systeem kan ook automatisch het signaal afgeven dat hulp nodig is. Mens Centraal maakt het mogelijk om informatie van verschillende instanties in samenhang te bekijken, waardoor een hulpvraag integraal opgepakt kan worden.

Kern van het Mens Centraal concept is dat ketenpartners zelf met elkaar afspreken wie waarvoor verantwoordelijk is en wie de regie voert. De structuur van samenwerking kan dus van geval tot geval verschillen. Alleen in de opstartfase geldt voor alle Mens Centraal-deelnemers dat er een 'Regiocoach' is, die helpt om alle neuzen dezelfde kant op te krijgen. Zodra de opstartfase voorbij is, trekt deze Regiocoach zich terug en moeten de partners het zelf regelen.

Een knelpunt van de Mens centraal is er weinig middelen beschikbaar zijn voor de hulpvragen die in beeld komen. Het succes is bovendien afhankelijk van een zorgvuldige registratie van de deelnemende partijen. De afspraken moeten periodiek opgefrist worden, omdat ze anders dreigen te verwateren. Dit knelpunt is mogelijk gelegen aan het feit dat er geen duidelijke uitvoeringsprotocol is.

Voordelen van Mens Centraal zijn dat betere informatievoorziening leidt tot efficiëntie en tijdwinst in dienstverlening aan cliënt. De administratieve belasting wordt minder en in gezamenlijke werkoverleggen is er meer ruimte om de cliënt te bespreken.

Bijlage 3

Bronnenlijst

- Ankersmit, F.R. (2002) Leibniz en het netwerk Fragmentatie, eenheid en politieke ideologie. Krisis
- Bennenbroek, F.T.C. (2007) Gezondheidsproblemen bij bijstandgerechtigden: een verkenning. TNO, Hoofddorp.
- Blommensteijn, M., Jungmann, N. (2010) Monitor tijdelijke middelen schuldhulpverlening. Regioplan Beleidsonderzoek, Amsterdam.
- Boscherker, E., Pluut, B. Zenc (2010) Meervoudige Hulpvraag Zorg en Inkomen, Den Haag.
- Bosselaar, H. (2010) Multiproblematiek bij cliënten, Meccano/Astri.
- Boutellier, H., Huygen, A., Nederland, T. (2009) Governance in de WMO, Utrecht.
- Brink, C., Verschelling-Hartog M. Perspectief op echt meedoen. Een verkenning van vernieuwende combinaties van WMO en andere wetten. Movisie: Utrecht.
- Bulsink, D., Dongen van, M., Huygen, A. (2010) Samen voor succes in Armoedebestrijding. Verweij-Jonker Instituut: Utrecht.
- Bulsink, D., Nederland, T., Stavenuiter, M. (2010) Nergens in Beeld leven op een minimum. Verweij-Jonker Instituut: Utrecht.
- Bunt, S., Verveen, E. Schepman, S. (2005) Re-integratieladders. Research voor Beleid in opdracht van RWI.
- Burdorf, A., Schuring, M., Kunst, A. (2009) Ethnic differences in unemployment an ill health, Rotterdam.
- Commissie Arbeidsparticipatie (2007) Arbeidsparticipatie noodzakelijk.
- Croon, N. (2011) Op weg met het granieten bestand, duurzame participatie door methodisch re-integreren.
- CP-ICT, (2009) Kennisdocument Mens Centraal, Utrecht.
- De Haagse Participatiemaatschappij (2011) Uitvoeringsprogramma Welzijn 2011-2014, Den Haag.
- Dijk van, J., Edzes, A.J.E. (2010) Arbeidsmarktstrategieën van gemeenten. Rijksuniversiteit; Groningen.
- Divosa (2005) De WMO: voor wie, door wie? Divosa: Utrecht.
- Divosa (2010) Scherp aan de Wind, Divosamonitor 2010
- Duinkerken, G., Wesdorp, P., Woude, van der, S. (2009) Tussen nieuw denken en nieuw doen, verkenning attitudes rond. Wajong/Arbeidsparticipatie.
- Duivenboden van H.P.M., Twist van, M.J.W., Veldhuizen, M., Veld in 't R.J. (2000) Keten management in de publieke sector. Boom Lemma Uitgevers: Den Haag.
- DWI Amsterdam (2007) Jaarverslag formulierenbrigade. Stadsdrukkerij: Amsterdam.
- Engbersen, R., Lub, V., Sprinkhuizen, A., Ablas, M., Peters, A. De uitvoering van de WMO in beeld. Movisie. Hollandia Printing.
- Eupen van, R., Uppelschoten, M., Hilberts, P., Kamp, W., (2008) Evaluatie pilot WMO/WWB, Gemeente Amsterdam.
- Gent, van M.J., Horssen, van C., Mallee L. (2008) De Participatieladder Meetlat voor het participatiebudget. Regioplan: Amsterdam.
- GGZ Nederland (2009) Naar herstel en gelijkwaardig burgerschap, een visie op de (langdurende) zorg aan mensen met ernstige psychische aandoeningen.
- Gier, de E., (2009) Onder druk wordt alles vloeibaar, Onderzoek naar activering van de granieten kern in de bijstand. Nicis: Nijmegen.
- Hal, van L, Meershoek, A., Rijk, de A. (2009) Een rol om op te bouwen? Universiteit van Maastricht.

- Hazenoot, H., N. van de Vrie, C. Lie en E. Ruland (2010) Aanvraag Ministerie SZW. Bijdrage in de project- en onderzoekkosten ten behoeve van het experiment Fit-4-work.
- Heerwaarden van, Y., Hofs, J., Walraven, G. (2008) Onderzoek naar Activerende Zorg trajecten. Hoge school INHolland: Rotterdam.
- Heineke, D., Kornalijn slijper, N., NIZW, Veen, van der, R.(2005) SGBO Handreiking ketensamenwerking in de WMO, Maatschappelijke ondersteuning in samenhang.
- Herwaarden, van Y., Walraven, G., Hofs, J. (2009) Aandacht en kracht, verbinding van activering en zorg. Paperback.
- Hijzen, C., Niel, van J. (2008) Aanval op de aanval, maatwerk voor mensen met meerdere problemen.
- Hollander, M.L., Noordhuizen, E.P.L.G., Verweij, S. (2009) Evaluatie pilots Gezamenlijke Beoordeling. Research voor beleid: Zoetermeer.
- IWI, Ministerie van SZW (2008) Zicht op Iedereen doet mee. Ministerie van SZW: Den Haag.
- IWI, Ministerie van SZW (2010) Maatwerk bij meervoudigheid. Ministerie van SZW: Den Haag.
- IWI, Ministerie van SZW (2008) Met invloed meer werk, een vervolgonderzoek naar het effect van cliëntinvloed op de re-integratie van herbeoordeelde WAO-gerechtigden. Ministerie van SZW: Den Haag.
- IWI., Ministerie van SZW (2008) De Lerende keten. Ministerie van SZW: Den Haag.
- Jehoel-Gijbers (2007) Beter aan het werk, CPB/CBS/TNO.
- Jehoel-Gijbers, G. (2010) Beperkt aan het werk: ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en arbeidsparticipatie, CPB/CBS/TNO.
- Jong, de J., Kruijter, A. (2007) Aanval op uitval, blik op de frontlijn. Nicis. Sterprint Grafische Partners; Woerden.
- Jong, de J., Kruijter, A., Niel, van, J., Hijzen, C. (2008) De rotonde van Hamed, maatwerk voor mensen met meerdere problemen. G27. Nicis. Universiteit Leiden. Sterprint Grafische Panters: Woerden.
- Kamerstuk (2010) Onderzoek effectiviteit reïntegratie. Brief Minister Donner. Ministerie van SZW: Den Haag.
- Klein, van der, M., Stavenuiter, M. Op het kruispunt van twee wetten, gemeentelijke samenhang WMO/WWB.
- Klerk, de M., Gilsing, R., Timmermans, J. (2010) Op weg met de WMO evaluatie van de Wet maatschappelijke ondersteuning, SCP: Den Haag.
- Kok, H. (2000) Methodebeschrijving Motiverende gespreksvoering. Movisie: Utrecht.
- Kolenberg, A. (2009) Werk in behandeling. LPGGz, CrossOver. Nieuwegein.
- Le Grand, H., Schaaps, M., (2007) ESF/EQUAL-project Werk een zorg minder, Krachtvoer Handboek groepsempowerment, Werk en Werkprojecten Groep.
- Linthorst, J. (2010) Raad van Bestuur UWV. Kennisagenda 2011 UWV.
- Meedoen en meewerken, (2010) MJP Participatie 2011-2014, Amsterdam.
- Meer, van der, B. (2011) Programma Cultuuromslag Wajong. Ministerie van SZW: Den Haag.
- Ministerie SZW (2006-2009), VWS, UWV en CIZ. Stip Programma Stroomlijning Indicatieprocessen in Zorg en Sociale Zekerheid. Ministerie van SZW: Den Haag.
- Ministerie van SZW. (2007) Samen aan de slag. Ministerie van SZW: Den Haag.
- Ministerie van SZW, (2009) Aanvraag voor een aanvullende PRIMA-subsidie. Ministerie van SZW: Den Haag.
- Nederland, T., Stavenuiter, M. (2009) Samenhang in armoedebeleid. Verweij-Jonker Instituut: Utrecht.
- Nederland, T., Stavenuiter, M. (2008) De gezondheid van kwetsbare burgers. Verweij-Jonger Instituut: Utrecht.
- Nederland, T., Stavenuiter, M. (2008) De Kanteling vormgeven aan het compensatiebingsel. Verweij-Jonger Instituut: Utrecht.

- Partners en Pröpper (2010) Achter de voordeur bij de G31, een inventarisatie van praktijkvoorbeelden. Partners en Pröpper: Vugt.
- Peters, A. (2008) WMO-partijen moeten dezelfde taal spreken. Movisie: Utrecht.
- Poorthuis, A., Rheenen van T., Stamsnijder van der, A. (2003) Ketens en netwerken. Boom Juridische Uitgevers: Den Haag.
- Project Herstel en burgerschap (2010) Werkconferentie over het bevorderen van arbeidsparticipatie van mensen met ernstige psychische aandoeningen, Utrecht.
- Romeijn, A. Visie Regievoering en samenwerking in WMO-Ketens, Kennis portal.
- RWI. (2008) Re-integratiemarktanalyse. Den Haag.
- RWI. (2010) Sturen op zelfsturing. Den Haag.
- Schaaps, M. (2007) Competentiescan handleiding. www.werkeenzorgminder.nl.
- Schuring M. et al (2011) Gezondheidsbeleving van werklozen: Wat is bekend en wat zijn witte vlekken? Literatuurstudie in opdracht van het UWV Kenniscentrum, uitgevoerd door Afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg van het Erasmus MC te Rotterdam en AStri Beleidsonderzoek en -advies, Leiden.
- Schudde, B., Westerhof, E. (2010) Divosamonitor Scherp aan de Wind. Sociale diensten en participatiebevordering. Divosa: Utrecht.
- Stassen, R. (2010) Samenwerken in keten en netwerken, Zaltbommel.
- Stuurgroep Dienstverlening (2010) Een groen werkplein aan de hand van 12 nieuwe mijlpalen.
- TK (2010) Verslag Arbeidsgehandicapten en re-integratie, Den Haag.
- UWV Verkenningen 2010
- Visser, A. (2010) Methodebeschrijving Werk: een zorg minder. Movisie: Utrecht.
- VNG (2009) Fact sheet Armoedebeleid en Schuldhulpverlening.
- VNG (2009) Fact sheet Participatiebudget 2009.
- VNG (2009) Fact sheet WMO.
- VNG, Min. VWS en Mo-groep+. Invoering WMO (2008) Eindrapportage WMO pilots.
- VNG. (2010) Participatieladder Meedoen gemeten. Den Haag.
- VNG. Participatieladder niveaus, Den Haag.
- Voorham, T., Weduwe der K. (2007) Eindrapportage van het project "Gezond aan de slag". Erasmus MC Rotterdam. GGD: Rotterdam.
- Vrooman C, e.a. (2010) Armoedesignalement 2010. SCP/CBS.
- ESF/EQUAL-project, Samen aan de Slag, leefgebiedenmatrix. Werk een zorg minder, Groningen.

Publicaties van de Inspectie Werk en Inkomen

2011

- R11/04 Samenwerken voor uitkeringsgerechtigden met gezondheidsproblemen
 - R11/03 De voorlichting aan WGA'ers
 - R11/02 Onderzoek categoriale aanvullende inkomensondersteuning door gemeenten
 - R11/01 UWV en Walvis, tiende rapportage
- Jaarverslag 2010

2010

- R10/11 De burger bediend in 2010
 - Programmarapportage Informatieprocessen
 - R10/10 Balans in dienstverlening
 - R10/09 Participatie in crisistijd
 - Afsluiting drie jaar toezichtonderzoek naar de uitvoering van het beleidsprogramma 'Iedereen doet mee'
 - R10/08 Het Chronisch vermoeidheidssyndroom
 - De beoordeling door verzekeringsartsen
 - R10/07 Armoedebestrijding
 - R10/06 Risicobeheersing en re-integratiebudgetten UWV
 - R10/05 Implementatie van eenmalige gegevensuitvraag
- Jaarplan 2011
- R10/04 Maatwerk bij meervoudigheid
 - Domeinoverstijgende dienstverlening aan mensen met meervoudige problematiek
 - R10/03 Dienstverlening op maat
 - Het voorkomen van werkloosheid en arbeidsongeschiktheid in tijden van crisis
 - R10/02 UWV en Walvis
 - Negende rapportage
 - R10/01 Arbeidsontwikkeling Wsw in beeld
- Jaarverslag 2009

U kunt deze publicaties opvragen bij:

Inspectie Werk en Inkomen
Afdeling Strategie en communicatie

communicatie@iwiweb.nl
www.iwiweb.nl
Telefoon (070) 304 44 44
Fax (070) 304 44 45

Postbus 11563
2502 AN Den Haag

