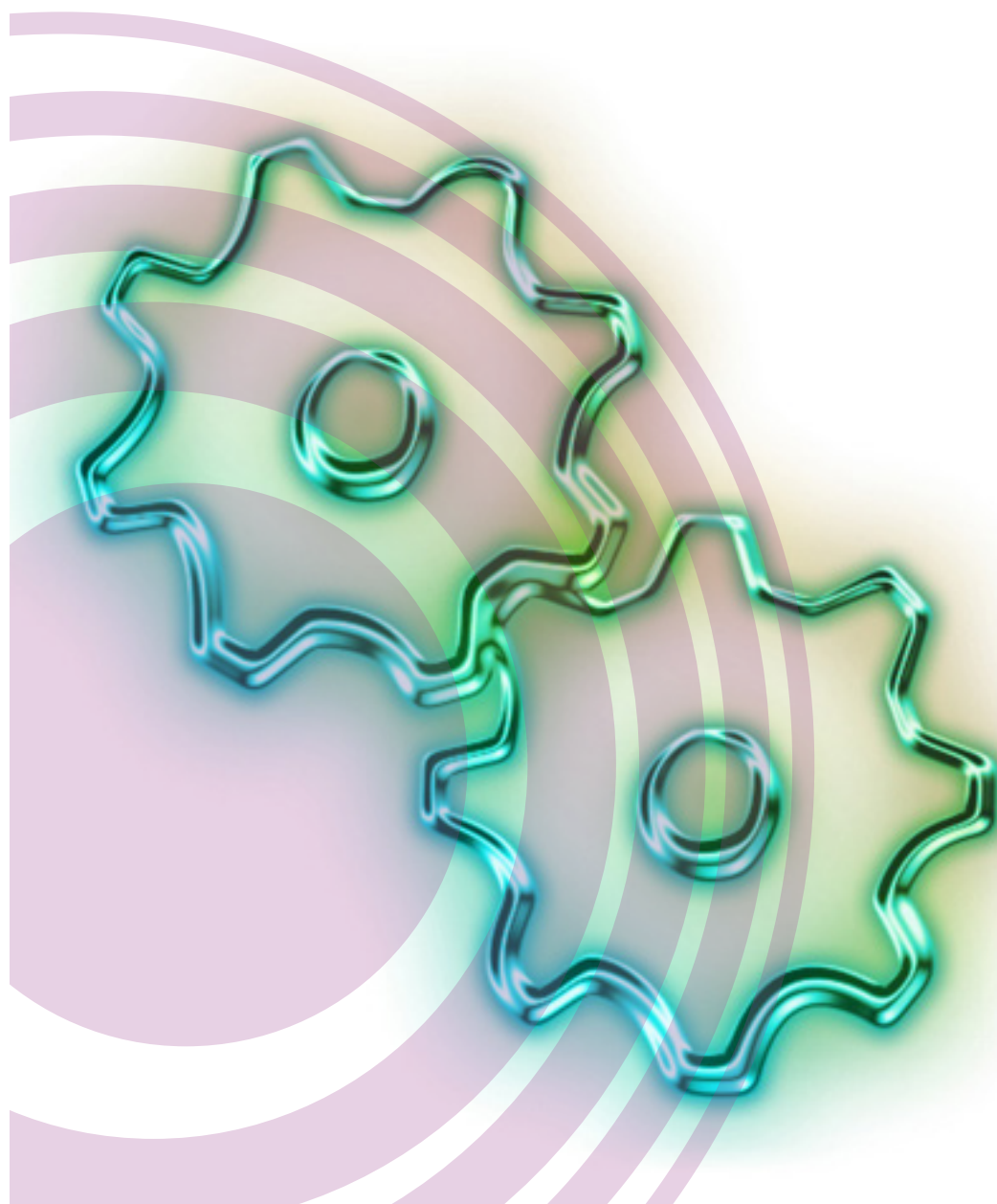




Vereniging van
Nederlandse Gemeenten

Een integrale blik op zorg en re-integratie

SAMENWERKING TUSSEN GEMEENTEN, ZORGVERZEKERAARS EN KETENPARTNERS TER BEVORDERING
VAN PARTICIPATIE EN RE-INTEGRATIE VAN MENSEN MET EEN PSYCHISCHE AANDOENING



Ministerie van Sociale Zaken en
Werkgelegenheid

Colofon

Deze handreiking is opgesteld door:
BS&F en Rebel

Opmaak
Chris Koning(VNG)

Inhoudsopgave

Waarom deze handreiking?	4
De handreiking helpt bij de eerste stappen	5
Stap 1: Krachtenveldanalyse	6
Stap 2: Categorisering als basis voor vervolg	16
Stap 3: Vervolgstappen bepalen & acties uitzetten	17
Voorbeelden van samenwerking	18
Meer weten?	20

Waarom deze handreiking?

Met de Participatiewet hebben gemeenten taken erbij gekregen op het gebied van re-integratie, waaronder het ondersteunen en duurzaam begeleiden naar de arbeidsmarkt van doelgroepen met een arbeidsbeperking. Zoals voor mensen met een psychische aandoening. Dit is een groep die als gevolg van het ambulantisering- en vermaatschappelijkingbeleid in de zorg steeds vaker thuis woont, en bij wie steeds vaker wordt ingezet op een herstelgerichte benadering. Geestelijke gezondheid en participatie hebben hierbij een sterke verbinding: gezond zijn en gezond voelen is belangrijk om deel te kunnen nemen aan de maatschappij. En andersom: wie meedoet in de samenleving voelt zich beter, werken is daarbij van grote betekenis.

Een integrale aanpak – in samenhang met de overige decentralisaties in het sociaal domein – zou het succes van zowel de behandeling van de GGz als de participatiedoelstelling van gemeenten aanzienlijk kunnen vergroten. Meer en duurzame arbeidsparticipatie van mensen met een psychische aandoening leidt voor gemeenten tot een besparing van uitkeringslasten en voor zorgverzekeraars tot minder zorgkosten. Een win-win situatie, waarbij samenwerking tussen gemeente en zorgverzekeraar randvoorwaardelijk is.

De inzet is om behandeling en begeleiding naar werk meer hand in hand op te pakken, zodat gemeenten en zorgverzekeraars relevante partijen op dit gebied (GGz, instellingen voor beschermd wonen, dagbesteding, werkvoorziening, uitzendbureaus etc.) kunnen prikkelen om dit in praktijk te brengen.

De handreiking helpt bij de eerste stappen

Deze handreiking is opgesteld in opdracht van de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) en het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW), en is tot stand gekomen aan de hand van gesprekken met zorgverzekeraars, gemeenten en zorgaanbieders. Op deze manier is vanuit verschillende perspectieven een beeld gevormd over hun 'stand van het denken en doen' bij samenwerken in het algemeen en de geestelijke gezondheidszorg en re-integratie in het bijzonder.

De gesprekken bevestigen dat gemeente en zorgverzekeraar elkaar in toenemende mate opzoeken en vinden, maar dat samenwerking bij re-integratie van mensen met een psychische aandoening in veel regio's nog in de kinderschoenen staat. Dat neemt niet weg dat alle partijen de meerwaarde van samenwerking zien en voornemens zijn de samenwerkingsrelatie in de komende jaren verder te ontwikkelen.

Deze handreiking richt zich primair op gemeenten, aangezien gemeenten een regierol vervullen in de uitvoering van de Participatiewet. Dat neemt niet weg dat de handreiking ook praktische handvatten biedt voor de overige partijen die actief zijn op dit terrein. Om zoveel mogelijk recht te doen aan lokale en regionale verschillen, is ervoor gekozen een handreiking te schrijven die verschillende routes uitwerkt waarlangs samenwerking kan plaatsvinden.

De handreiking bevat geen blauwdruk, maar biedt concrete handvatten voor gemeenten om eerste betekenisvolle stappen in de opbouw of verdere doorontwikkeling van de samenwerking te zetten:

1. Een krachtenveldanalyse om zicht te krijgen op de lokale uitgangssituatie en op haakjes voor samenwerking;
2. Categorisering van de samenwerking en de marktsituatie, als basis voor vervolgstappen;
3. Het bepalen van de logische vervolgstappen en daaraan gekoppelde acties.

De stappen worden geïllustreerd met verhalen uit de praktijk, wetenswaardigheden (nice to know), aanbevelingen (nice to do), knelpunten en succesfactoren.

Stap 1: Krachtenveldanalyse

De eerste stap in de opbouw of doorontwikkeling van de samenwerking is zicht krijgen op de kenmerken van de doelgroep en op het netwerk van de partijen in de gemeente/regio. Dat kan aan de hand van een krachtenveldanalyse: een beeld van de werkelijkheid rondom een specifiek (beleids-) onderwerp waarin alle voor dat thema relevante partijen zijn opgenomen, inclusief hun belangen en onderlinge afhankelijkheden. In dit geval is het onderwerp samenwerken op re-integratie bij mensen met psychische problematiek en zijn de belangrijkste partijen: gemeente, zorgverzekeraar, UWV en marktpartijen (zorgaanbieders, re-integratie bedrijven en de lokale arbeidsmarkt). Maar ook inkomensverzekeraars wanneer mensen vanuit een bestaande baan uitvallen uit het arbeidsproces.

Gemeenten zijn verantwoordelijk voor uitvoering van de Participatiewet en daarmee voor bemiddeling en ondersteuning van mensen met een afstand tot de arbeidsmarkt, in de toeleiding naar werk. En als dat niet lukt hen een bijstandsuitkering te bieden. Daarnaast hebben gemeenten vanuit de Wmo een bredere verantwoordelijkheid voor de deelname van mensen met een beperking of psychische problematiek aan de maatschappij. Zo zijn ze verantwoordelijk voor ondersteuning, begeleiding, beschermd wonen en opvang.

Zorgverzekeraars hebben een wettelijk verankerde zorgplicht voor de kwaliteit, tijdigheid en bereikbaarheid van verzekerde zorg. In dit geval voor de generalistische basis-GGz en specialistische GGz. Daarbij kan het bijvoorbeeld gaan om een kortdurende cognitieve gedragstherapie bij een depressie, maar ook om een intramurale opname bij ernstige psychiatrische klachten, gericht op terugkeer in de maatschappij waar werk een belangrijke rol bij speelt. De zorgverzekeraar is gebaat bij zo kort mogelijke én duurzame interventies, maar heeft ook belang bij het inzetten op effectieve preventie ten behoeve van schadelastbeheersing.

Inkomensverzekeraars verzekeren het inkomen bij onder andere ziekte en werkloosheid en spelen zodoende een belangrijke rol bij de re-integratie van (langdurig) zieke werknemers. Voor inkomensverzekeraars zit het belang bij het beperken van langdurig verzuim om daarmee de schadelast zo laag mogelijk te houden.

Werkgevers zijn – samen met zieke werknemers - in de eerste 2 ziektejaren verantwoordelijk voor de re-integratie. Daarbij heeft de marktsector zich gecommitteerd aan het realiseren van 100.000 extra banen tot 2026 voor mensen met een afstand tot de arbeidsmarkt, waaronder de groep met psychische problematiek.

UWV blijft verantwoordelijk voor de arbeidsbemiddeling van personen aan wie de afgelopen jaren een Wajong-uitkering is toegekend, en blijft Wajong uitvoeren voor jonggehandicapten die duurzaam geen arbeidsvermogen hebben (gericht op uitkering en niet op re-integratie).

Sociale werkvoorzieningen gaan (mogelijk) beschut werk uitvoeren en in diverse gemeenten krijgen zij de rol van werkbedrijf om de re-integratie van de gemeente uit te voeren. Voor mensen die zijn aangewezen op beschut werk is afgesproken de komende jaren 30.000 beschutte werkplekken te realiseren.

Gemeenten werken op regionaal niveau samen met UWV, werkgevers- en werknemers organisaties in **regionale Werkbedrijven** om mensen die niet het wettelijk minimumloon kunnen verdienen te plaatsen op de extra banen die werkgevers beschikbaar stellen.

Een krachtenveldanalyse helpt om zicht te krijgen op:

- het vraagstuk: op wie ga ik me richten?
- het speelveld: welke partijen heb ik nodig om stappen te kunnen zetten?
- haakjes voor verdere samenwerking: afstemming en samenwerking tussen (in elk geval) gemeenten en zorgverzekeraars. Die relaties bieden mogelijkheden om op aan te haken en voort te borduren.

Twee praktijkvoorbeelden van dit soort 'haakjes':

➤ De WMO-samenwerking

In de WMO, waar gemeenten verantwoordelijk zijn voor ondersteuning, begeleiding, beschermd wonen en opvang van mensen met beperkingen, wordt al met verzekeraars samengewerkt.



NICE TO DO: De gemeente die ook over arbeidsparticipatie van mensen met psychische aandoeningen het gesprek met de zorgverzekeraar wil openen, zou op WMO-samenwerking kunnen voortbouwen



GEMEENTE AAN HET WOORD: "Zeker in een grote gemeente is het nog niet altijd vanzelfsprekend dat de verschillende pijlers in het sociaal domein samenwerken. WMO onderhoudt de contacten met de zorgverzekeraar. Als W&I zitten wij helemaal niet aan tafel."

➤ De collectieve zorgverzekering voor minima

Bijna alle gemeenten hebben met een zorgverzekeraar een 'gemeentepolis' afgesloten. Binnen deze zorgcollectiviteit werken gemeenten en zorgverzekeraars intensief samen om een passend aanbod te creëren voor inwoners met een laag inkomen en een relatief hoge zorgvraag. Gemeenten sturen nog weinig op activering en re-integratie in hun onderhandelingen met verzekeraars.



NICE TO DO: Deze al aanwezige natuurlijke verbinding kan door beide partijen worden gebruikt om over andere (relevante) thema's afspraken te maken over wat er in het aanvullend pakket komt, zoals over de re-integratie van mensen met psychische problematiek en de inzet van de GGz daarbij.

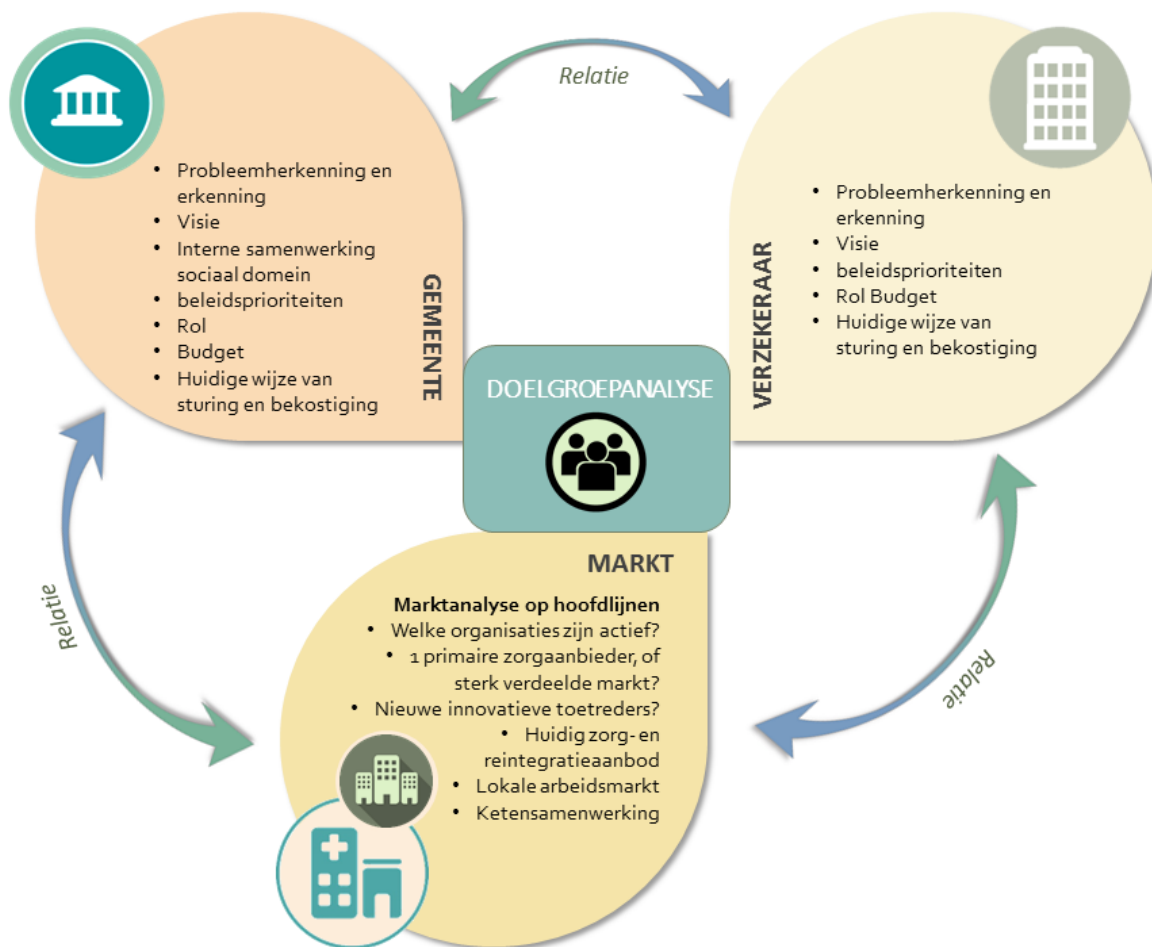


SUCCESSVOORBEELD: Een grote zorgverzekeraar heeft diensten van re-integratiebedrijven opgenomen in de collectieve zorgverzekeringen. In eerste instantie voor het bedrijfsleven, maar later ook voor het WWB-bestand van gemeenten. De basis- en aanvullende verzekering dekken een aanzienlijk deel van de kosten van een re-integratietraject; de gemeente is (financieel en organisatorisch) verantwoordelijk voor de module werkbegeleiding.

Uit: Samen voor re-integratie, Bureau BS&F in opdracht van ZN en VNG.

Op de volgende pagina is een voorbeeld van een krachtenveldanalyse opgenomen. De verschillende stappen worden achtereenvolgens nader uitgewerkt.

Illustratie van een krachtenveldanalyse



DOELGROEPANALYSE



Samenwerken tussen gemeente en verzekeraar op dit thema begint met een goed begrip van nut en noodzaak om samen op te trekken. Speelt deze problematiek eigenlijk wel in de betreffende gemeente en zo ja hoe ziet de doelgroep er dan uit? Eerste stap is het verkrijgen van inzicht in de omvang en kenmerken van de groep mensen met een psychische aandoening en hun afstand tot de arbeidsmarkt. Vervolgens kan deze doelgroep gecategoriseerd worden aan de hand van een aantal kenmerken. Zie daarvoor ook onderstaande indelingen uit de praktijk:



GEMEENTE AAN HET WOORD: "Als eerste stap is het belangrijk om de demografie van de gemeente goed in beeld te hebben. Om vervolgens op basis van incidentie een inschatting te maken om hoeveel mensen met psychische problematiek het gaat: 'waar hebben we het eigenlijk over?' en hoeveel mensen met psychische problematiek hebben ook een bijstandsuitkering?"

Tweede stap is het gesprek met zorgaanbieders over die populatie. Wat is een realistische ambitie? Op welk target moeten we dan inzetten c.q. aan welk resultaat verbinden we ons?

Een gedeelde visie en ambitie op deze doelgroep is belangrijk, geeft een gezamenlijk uitgangspunt. En uiteindelijk ook antwoord op de vraag 'waar zijn we bereid op te investeren?'



GGZ-AANBIEDER AAN HET WOORD: GGz-problematiek wordt vaak over één kam geschoren, terwijl de aard van de doelgroepen heel verschillend is – en daarmee ook de aanpak. Er bestaan verschillende beelden over deze groep en het perspectief en de gewenste inzet verschilt per groep. Een handzame indeling is:

1. Licht (zoals burn-out, waarbij het perspectief op herstel aanwezig is en cliënten met gerichte interventies weer betrekkelijk snel kunnen deelnemen aan het arbeidsproces),
2. Midden (depressie), waarbij er sprake is van een chronische, langdurige aandoening waardoor de cliënt echter niet per definitie structureel non actief is en niet langdurig kan deelnemen aan het arbeidsproces
3. Zwaar (Ernstig Psychiatrische Aandoeningen) cliënten die mede vanwege hun aandoening op meerdere leefgebieden problemen kennen. De multiproblematiek compliceert deelname aan het arbeidsproces.

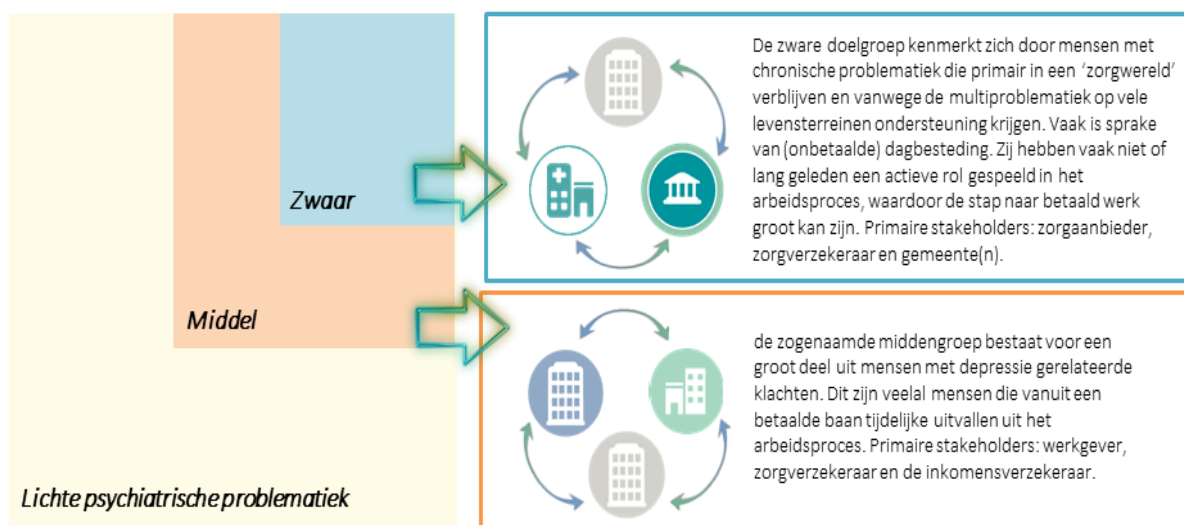


GEMEENTE AAN HET WOORD: "Kwetsbare doelgroepen met een afstand tot de arbeidsmarkt worden in onze gemeente ingedeeld in drie categorieën, op basis van vier indicatoren: 1) willen (motivatie); 2) kunnen (leervermogen); 3) vaardigheden; 4) problemen onder controle

1. Bovengroep: matching: kunnen relatief makkelijk weer aan het werk
2. Ondergroep: focus van wijkteam. Activering tegenprestatie, vrijwilligerswerk is hoogst haalbare
3. Tussengroep: pre-matching. Dit is o.a. de groep met psychische problematiek. Valt vaak tussen wal en schap, omdat hier bij het wijkteam en welzijnswerk (nog) geen aandacht voor is."

De Werkwijzer Re-integratie van klanten met psychische aandoeningen van Divosa biedt ook goede handvatten.

In deze handreiking gaat de aandacht vooral uit naar de midden en zware doelgroep. Deze verschillende doelgroepen kennen ieder een andere problematiek, en daarmee ook een andere aanpak en ander netwerk, zoals het volgende schema illustreert:



KNELPUNT: De 'middengroep', waaronder mensen met depressie vallen vaak tussen wal en schip. Zij zitten lange tijd in de Ziektewet, en vanuit het perspectief van de werkgever heeft deze geen focus op het weer aan het werk krijgen van deze mensen.



NICE TO DO: Terwijl dit een groep is waar veel winst te behalen is. Elementen van de IPS-methodiek (zie verderop in deze handreiking) lijken ook heel goed toepasbaar op deze groep.



KNELPUNT: De zwaardere doelgroep (zoals jongeren met een eerste psychose) staat onder aan de participatieladder. Dat maakt dat het niet altijd prioriteit heeft voor gemeenten om hier op in te zetten. Re-integratie van deze doelgroep vraagt een intensief, en soms ook meerjarig, traject. Voor de verzekeraar is het interessant te investeren in bewezen interventies met een korte termijnresultaat. Dat wringt. Bovendien zijn er ook veel andere bijzondere doelgroepen waar extra inzet op wordt gepleegd en is het laaghangend fruit de laatste jaren al geplukt. Om de zwaardere doelgroepen duurzaam naar werk te begeleiden is intensieve inzet en daarmee prioritering een vereiste.

Andere relevante vragen i.r.t. het maken van een goede doelgroepanalyse zijn:

- Is er sprake van 'concurrerende' doelgroepen; aan welke andere bijzondere doelgroepen kent de gemeente hoge prioriteit toe?
- Hoe ziet de sociale structuur van de gemeente/regio eruit?
- Welke overige belangrijke stakeholders kunnen gemeenten identificeren? Zoals UVW, re-integratiebedrijf, de lokale arbeidsmarkt.
- Wat gebeurt er nu al? Wat werkt en wat werkt niet?

GEMEENTE



Met de transitie in het sociaal domein hebben gemeenten er verschillende taken bij gekregen. Tegelijkertijd is sprake van een bezuinigingsopgave. Dat betekent voor gemeenten: prioriteiten stellen en keuzes maken.

Een belangrijke vraag is dan ook of het vraagstuk 're-integratie van mensen met psychische problematiek' als zodanig door de gemeente herkend en erkend wordt. Heeft de gemeente dit thema als een van de beleidsprioriteiten benoemd, en welk budget is hier aan toegekend?

De nieuwe of uitgebreide taken in het sociaal domein zijn op verschillende manieren ingebed in de gemeentelijke organisatie: van volledige integratie van Jeugd, Wmo en Werk&Inkomen in één afdeling sociaal domein, tot drie van elkaar gescheiden beleidsterreinen. Mogelijk is er op andere terreinen wel sprake van een goede samenwerkingsrelatie met de verzekeraar waar op aangehaakt kan worden. Dat pleit voor interne afstemming en gezamenlijk optrekken in de contacten met de zorgverzekeraar.

Gemeenten geven op verschillende manieren invulling aan de taken in het sociaal domein. Sommige gemeenten kiezen nadrukkelijk voor een positie op afstand, anderen positioneren zich actief in de uitvoering. Dat hangt samen met de vraag welke rol de gemeente heeft en ambiert.

ZORGVERZEKERAR



In de zorg is de afgelopen jaren mede door de inzet van zorgverzekeraars ingezet op ambulantisering van behandeling en ondersteuning, maar een uitgesproken strategie die zich richt op maatschappelijk herstel is daar vaak (nog) niet aan toegevoegd. Het is dan ook van belang een goed beeld te krijgen in hoeverre de zorgverzekeraar dit aspect betreft in haar visie op de toekomstige GGz en de verdere ambulantisering van de zorg.

De volgende vragen kunnen daarbij helpen:

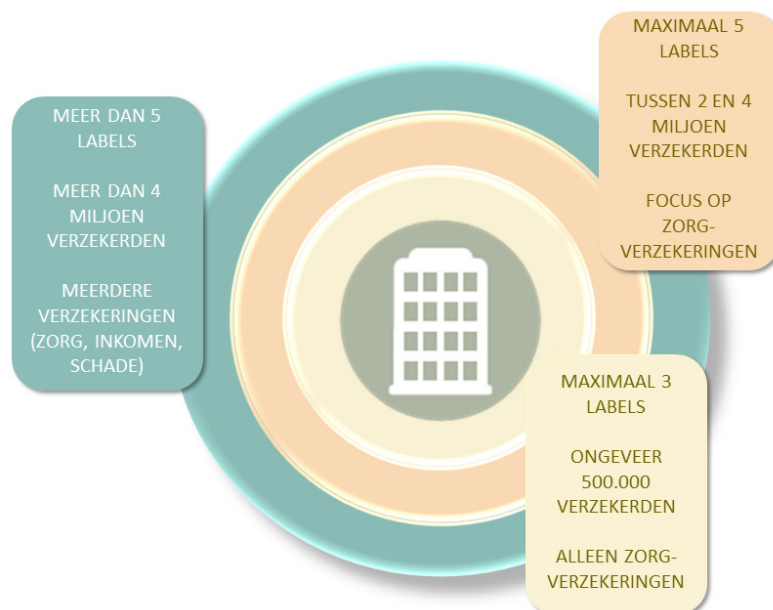
- Wordt de problematiek als zodanig door de zorgverzekeraar herkend en erkend?
- Heeft de verzekeraar hier een visie op ontwikkeld en wat zijn beleidsprioriteiten?
- Rol van de verzekeraar: de toolkit *Samen voor re-integratie* (2013) beschrijft dat als gemeenten en zorgverzekeraars op dit thema willen samenwerken zij de expliciete meerwaarde van samenwerken moeten zien en een gedeelde ambitie zullen formuleren. Investerings in re-integratie dragen bij aan maatschappelijk herstel, en daarmee het beperken van de schadelast: het belang van de verzekeraar.
- Het beschikbare budget.
- Prikkel in de huidige wijze van sturing, inkoop en bekostiging: wat staat centraal in het inkoopbeleid van de zorgverzekeraar en in hoeverre is dit gekoppeld aan de bekostiging van de gecontracteerde zorg. Denk aan (financiële) prikkels gericht op verkorting van de behandelduur, prikkels gericht op maatschappelijk en persoonlijk herstel met ruimte voor bekostiging van niet direct zorggerelateerde activiteiten en prikkels gericht op doelmatigheid en reductie zorgkosten.



SUCCESVOORBEELD: Een verzekeraar werkt samen met 70 gemeenten in 'de Werkagenda' waarin de zorgverzekeraar met grotere gemeenten diverse thema's uitwerkt. De Werkagenda was eerst een bijproduct om mensen niet tussen wal en schip te laten vallen met de overgang van AWBZ naar Wmo. De Werkagenda is een succes mede omdat het heel praktisch van aard is. Het kan ook breder ingezet worden, zoals voor het thema re-integratie van mensen met een psychische aandoening.

Vaak wordt ervaren dat kleinere zorgverzekeraars meer mogelijkheden hebben om samen te werken op verschillende thema's dan de grotere spelers. Dit komt vooral omdat de kleinere zorgverzekeraars lokaal/regionaal gebonden zijn en daarom eerder met partijen uit de regio samenwerken, zoals gemeenten. Tegelijkertijd zien we dat grote spelers in de markt grote gemeenten met een inwoneraantal > 300.000 opzoeken, en juist met hen innoveren en samenwerken.

In onderstaand figuur wordt dit onderscheid zichtbaar: de grote landelijke spelers met meer dan vijf labels (merken, bijvoorbeeld Achmea kent onder andere de labels Zilveren Kruis, FBTO, Avéro, OZF), meer dan vier miljoen verzekerden en niet alleen actief binnen zorgverzekeringen maar bijvoorbeeld ook op inkomens- en/of schadeverzekeringen. De middelgrote spelers hebben tussen de twee en vier miljoen verzekerden, staan open voor samenwerking maar wel op regionaal vlak (dus samenwerking met meerdere gemeenten tegelijk, vaak binnen regiotafels). De kleinere spelers ten slotte voeren alleen zorgverzekeringen, hebben aanzienlijk minder verzekerden (rondom 500.000 verzekerden).





ZORGVERZEKERAAR AAN HET WOORD: “Door pilots te doen op dit onderwerp hebben wij gezien dat er onderdelen zijn in het gehele GGz-traject die beter kunnen. Als zorgverzekeraar zijn wij gaan werken met Regionale Expert Teams (RET) met afgevaardigden van verschillende regionale cliëntenraden, cliënten- en familie/verwantenorganisaties. In 2014 en 2015 hebben zeven RET’s bij veertien GGz-instellingen onderzoek gedaan naar ervaringen met de zorg zoals geboden door FACT teams.

FACT (Flexibele Assertive Community Treatment) is een steeds vaker toegepast model binnen de GGz. FACT teams bieden mensen met een ernstige psychiatrische aandoening en problemen op meerdere levensgebieden intensieve, langdurige multidisciplinaire en outreachende zorg en behandeling in de thuissituatie. De RET teams hebben geconcludeerd dat nazorg bij de GGz een groot vraagstuk is. In deze nazorg zit ook de opvolging naar (betaald) werk, zowel patiënten als aanbieders geven aan hier veel waarde aan te hechten. Als zorgverzekeraar hebben wij erkend dat de nazorg een ondergeschoven kindje is bij de inkoop van GGz en daarom zal dit, op de korte termijn, onderdeel worden van de inkoop.”



NICE TO DO: Nazorg GGZ integraal oppakken en vervlechten met de gemeentelijke aanpak in het sociaal domein. Een mogelijk toekomstbeeld is het werken met gebiedsgerichte teams die integraal bekostigd worden en waar met een integrale blik wordt gekeken naar alle levensdomeinen.

MARKTANALYSE



Nu het perspectief van de financiers en opdrachtgevende partijen in beeld is gebracht, helpt het meer zicht te krijgen op de opdrachtnemers, ofwel de markt van aanbieders van de geestelijke gezondheidszorg, re-integratieprogramma’s en anderen. Denk daarbij ook aan de lokale arbeidsmarkt, met name met betrekking tot de ontvankelijkheid van werkgevers om mensen met een psychische aandoening in dienst te nemen. Vragen die behulpzaam zijn bij het uitvoeren van een goede marktanalyse zijn onder andere:

- Hoe is de GGz-markt georganiseerd: is er sprake van bijvoorbeeld van concentratie van marktaandeel bij een beperkt aantal partijen, of is er juist sprake van spreiding?
- Welke organisaties zijn actief en wie zijn de zogenaamde ‘frontrunners’?
- Is er ruimte voor nieuwe innovatieve toetreders met een andere aanpak?
- Hoe ziet de lokale arbeidsmarkt eruit en staan werkgevers open voor werknemers met een psychische aandoening?
- Hoe ziet het huidige aanbod er uit en is er al sprake van ketensamenwerking tussen organisaties?



NICE TO KNOW: De geestelijke gezondheidszorg is in transitie. Niet alleen vanwege de ingezette ambulantisering en het afbreken van de residentiële zorg, maar ook ontstaan er nieuwe zienswijzen op behandeling en ondersteuning. Zienswijzen die uitgaan van een herstelgerichte aanpak en het bevorderen van de eigen regie en de kracht van het sociale netwerk rondom een cliënt. Herstel gaat dan om medisch herstel, maar zeker ook om persoonlijk en maatschappelijk herstel. Niet de aandoening staat centraal, maar het perspectief om weer meer te doen aan de samenleving. Werk is een belangrijk element daarin. De ‘nieuwe GGz’ is een voorbeeld van een beweging die snel opmars maakt (www.denieuweggz.nl). Zorgaanbieders die deze visie onderschrijven zullen eerder geneigd zijn te investeren in re-integratie.



GGZ-AANBIEDER AAN HET WOORD: “Belangrijk is dat de traditionele GGz-aanbieders geprikkeld worden om anders te werken. In geval van onze organisatie worden wij, als commerciële marktpartij/aanbieder, door gemeenten naast traditionele aanbieders gezet om de boel ‘wakker te schudden’.

GGz-aanbieders zijn geneigd via klassieke methoden te werken, waarmee ze al jaren werken, dit is niet toekomstbestendig. Daarnaast is er veel argwaan onder elkaar en naar nieuwkomers. GGz-instellingen zijn bang dat er werk of structuren verloren gaan. Door de transitie moet dit juist veranderen; vernieuwen in denken en geen behoud van structuur.”

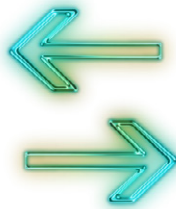


NICE TO KNOW: Een financiële prikkel neerleggen bij werkgevers kan stimulerend werken om mensen met psychische problematiek in dienst te nemen en te houden. Daarbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan een startvergoeding aan de voorkant, in combinatie met een bonus bij verlening van het arbeidscontract. Hoewel nog niet direct duurzaam, maar het neemt wel een barrière weg om mensen met GGz problematiek aan te nemen. Daarbij is het voor werkgevers heel belangrijk dat aan de voorkant duidelijk is wat voor werknemer(s) zij binnen krijgen. Zorg dat je dat inzichtelijk maakt. En dat zij er zelf geen last van hebben als het (tijdelijk) mis gaat. De jobcoach moet dat managen: wees in beeld en los het op. Ook het bieden van flexibele contracten werkt drempelverlagend.

RELATIE GEMEENTE - ZORGVERZEKERAAR



GEMEENTE



ZORGVERZEKERAAR

De samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars neemt de laatste jaren toe, bijvoorbeeld binnen de WMO. Ook bij de Participatiewet wordt de samenhang steeds meer gezien. Meer en duurzame arbeidsparticipatie van mensen met een psychische aandoening betekent

voor gemeenten besparing van uitkeringslasten en voor zorgverzekeraars een reductie van het zorggebruik.

Daarbij is het goed in gedachten te houden dat zorgverzekeraars niet met alle individuele gemeenten samenwerken, maar bij voorkeur met regionaal georganiseerde gemeenten en/of grotere gemeenten waar ze een substantieel marktaandeel hebben.



NICE TO DO: Agendeer in regioverband hoe andere regiogemeenten met verzekeraars samenwerken. Verken of een gezamenlijke benadering van verzekeraars op het punt van arbeidsparticipatie van mensen met psychische aandoeningen mogelijk en wenselijk is.

Als kleine gemeente verdient het aanbeveling te verkennen of aansluiting bij buurgemeenten mogelijk is en/of meegelift kan worden met ‘koploper’-gemeenten in de regio.

Onderstaande vragen kunnen als hulpmiddel dienen om de huidige relatie tussen gemeente en zorgverzekeraar in beeld te brengen:

- Is er sprake van een bredere wens om met elkaar samen te werken?
- Is er sprake van een gedeelde visie, gedeelde belangen en gedeelde doelen?
- Is reeds sprake van een intensieve relatie of niet? Zijn de lijnen kort?
- Is de relatie als formeel of informeel te classificeren?



NICE TO DO: Vrijwel alle gemeenten en zorgverzekeraars hebben een contract met elkaar voor de 'gemeentepolis'. Binnen deze collectieve zorgverzekering werken gemeenten en zorgverzekeraars samen om een passend aanbod te creëren voor inwoners met een laag inkomen en een relatief hoge zorgvraag. Deze bestaande samenwerking kan door beide partijen worden gebruikt om andere (relevante) thema's aan te pakken die op het snijvlak liggen van de domeinen van deze twee partijen, zoals de re-integratie van mensen met psychische problematiek.



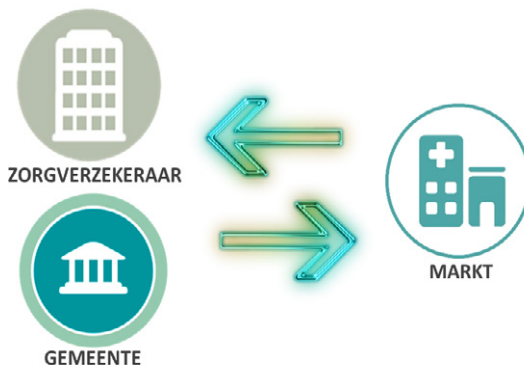
SUCCESSVOORBEELD: Samen met de zorgverzekeraar hebben 24 gemeenten (arbeidsmarktregio) een gezamenlijke visie en een zorginhoudelijk programma ontwikkeld. De samenwerking kent een stuurgroep, een kernteam en themateams. In elk themateam zitten vertegenwoordigers van gemeenten en verzekeraar, tevens is aan elk thema een wethouder verbonden zodat de opbrengst van elk themateam bestuurlijk wordt geborgd. De intensiteit van de samenwerking wordt bevorderd omdat de zorgverzekeraar erg lokaal opereert en veruit het grootste marktaandeel in deze regio heeft. Gemeenten en zorgverzekeraar werken daarom makkelijker met elkaar en is de samenwerking bijna vanzelfsprekend te noemen.



ZORGVERZEKERAAR AAN HET WOORD: "De lessen die wij hebben geleerd in de samenwerking met gemeenten is dat het opzetten van een samenwerking tijd kost en niet vanzelfsprekend is en gaat. Het duurt lang voordat beide partijen weten hoe de 'andere wereld' in elkaar zit, welke taal er wordt gesproken en duidelijk hebben wie welke taak heeft.

Probeer daarom de samenwerking klein te starten, betrek niet meteen alle spelers of regelgeving. Dan wordt het te omvangrijk. Houdt de samenwerking tevens regionaal. Houdt daarnaast het uiteindelijke doel voor ogen, namelijk het verbeteren van de situatie van de inwoner/klant en blijf niet discussiëren over waar de uiteindelijke baten vallen. Dit belemmert de samenwerking en het bereiken van het uiteindelijke doel."

RELATIE OPDRACHTGEVER – OPDRACHTNEMER



Vervolgens komt de relatie tussen opdrachtgever en opdrachtnemer aan de orde. Waarbij de gemeente en verzekeraar als financier en opdrachtgevende partij optreden en marktpartijen als opdrachtnemer. De volgende vragen helpen bij het in kaart brengen en duiden van deze relatie:

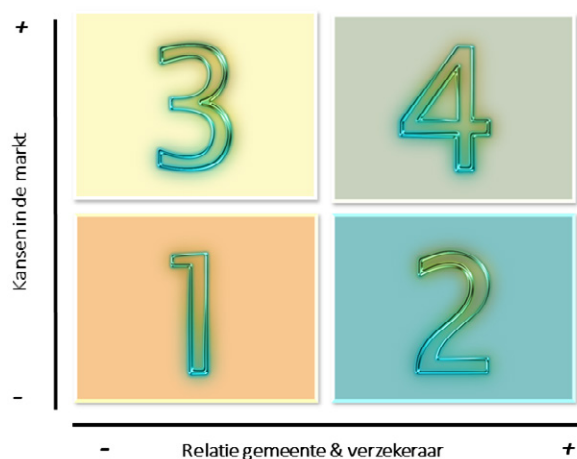
- Zijn er vaste langdurige partnerships of juist niet?
- Is er sprake van een zakelijke contractrelatie of vinden we elkaar ook op inhoud?
- Relatie op afstand of korte lijnen en contact?

Stap 2: Categorisering als basis voor vervolg

Op basis van de krachtenveldanalyse is de uitgangssituatie in beeld gebracht en zijn de vragen *op welke groepen ga ik me als gemeente richten? en welke partners heb ik daarbij nodig?* beantwoord. Hierbij is het uitgangspunt dat gemeente en zorgverzekeraar de markt gezamenlijk uitdagen om te komen met plannen en initiatieven. Dat kan door in de afzonderlijke inkoopvoorwaarden en afspraken prikkels op te nemen gericht op re-integratie naar werk voor die doelgroepen die kansrijk zijn. Het vertrekpunt is dat de innovatiekracht en vindingrijkheid uit de sector (GGz-aanbieders, re-integratiebedrijven, werkgeversverenigingen) komen.

De logische vervolgstap kan per regio/gemeente anders zijn. We onderscheiden hierin vier kerncategorieën. Er zijn twee primaire indicatoren – in kaart gebracht in de krachtenveldanalyse – die bepalend zijn voor de categorisering:

1. De huidige relatie tussen gemeente en verzekeraar: is er sprake van gezamenlijke projecten, gezamenlijke inkoop, beleidsmatige afstemming? Daarbij is ook de relatie tussen financiers en aanbieders relevant: bestaande netwerken, overlegstructuren.
2. De kansen in de markt: ordening van de markt, is er al sprake van ketensamenwerking, zijn er al innovatieve proposities op dit thema, is de markt ontvankelijk en/of is er voldoende ambitie om op dit thema aan de slag te gaan, is er al een verbinding tussen zorg en re-integratie, eventueel in combinatie met de lokale arbeidsmarkt?



Categorie 1: relatie tussen gemeente en verzekeraar is beperkt, evenals de kansen in de markt.

Categorie 2: relatie tussen gemeente en verzekeraar is goed, maar de kansen in de markt blijven achter cq. zijn beperkt.

Categorie 3: relatie tussen gemeente en verzekeraar is beperkt, maar er is sprake van een kansrijke markt.

Categorie 4: goede relatie tussen gemeente en verzekeraar, evenals kansrijke markt.

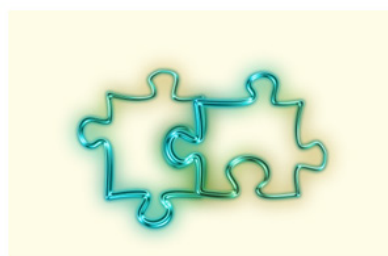
Stap 3: Vervolgstappen bepalen & acties uitzetten

Wanneer is bepaald in welke categorie c.q. fase de samenwerking tussen de gemeente en de zorgverzekeraar zich bevindt, kunnen de logische vervolgstappen worden bepaald en uitgevoerd.

Categorie	Acties
Categorie 1	Gezamenlijk gesprek tussen gemeente(n) en zorgverzekeraar. Dit gesprek heeft als uitkomst een verbeter-/ontwikkelplan tussen gemeente en zorgverzekeraar op samenwerken. Zo mogelijk kan worden aangesloten bij bestaande samenwerking op andere, aanpalende thema's. Op basis van het gesprek kan ook besloten worden dat er (op dit moment) niet wordt ingezet op actieve samenwerking op dit thema.
Categorie 2	Gemeente(n) en zorgverzekeraar gaan gezamenlijk inkopen en kiezen daarin een vrij sturende aanpak (met mogelijk een vrij stevige transformatieopgave voor de markt).
Categorie 3	De markt biedt kansen. Om deze reden is de eerste stap om primair in te zetten op het opbouwen van een samenwerkingsrelatie tussen gemeente en zorgverzekeraar. Om de samenwerking bestuurlijk te borgen, kan deze vastgelegd worden in een conventant.
Categorie 4	Alle voorwaarden voor succes zijn er. In deze fase van de samenwerking is het mogelijk voor de financiers (gemeente en zorgverzekeraar) om de markt uit te dagen om te komen met een innovatieve totaalaanpak voor deze opgave.

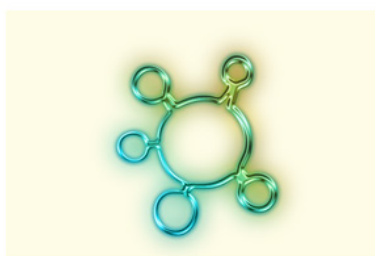
Voorbeelden van samenwerking

De overtuiging dat werk/participatie veel nadrukkelijker onderdeel moet uitmaken van het zorgproces wint terrein. In het onderzoek zijn we meerdere 'succesvoorbeelden' tegengekomen. In dit laatste hoofdstuk worden deze kort beschreven. Hierbij zijn drie archetypen voor samenwerking te onderscheiden, met elk een andersoortige onderliggende financiering.



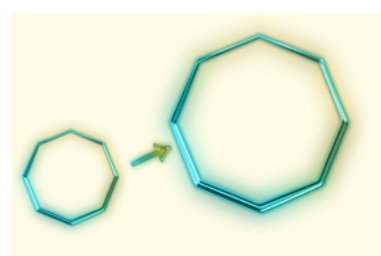
Ketensamenwerking

- (Integrale) trajectbekostiging
- Clientvolgende bekostiging



Multidisciplinaire teams

- Integrale bekostiging
- Gebiedsbudgetten



Pilots (klein beginnen en opschalen bij succes)

- Innovatiebudget

Hieronder geven we gevonden praktijkvoorbeelden van deze samenwerkingsvormen.

➔ Ketensamenwerking



SUCCESSVOORBEELD: IPS (Individuele Plaatsing en Steun) komt uit wetenschappelijk onderzoek naar voren als effectief en is een samenwerking tussen UVW, zorgverzekeraar, GGz en sinds de invoering van de Participatiewet ook de gemeente. De onderliggende business case is positief, de kosten/baten zijn door Erasmus MC in beeld gebracht. IPS wordt ingezet bij de EPA (Ernstig Psychiatrische Aandoening) doelgroep, waaronder jongeren met een eerste psychose. Succes van de methodiek is de 1-op-1 tailormade systematiek op cliënt-niveau. Belangrijk kenmerk van deze methodiek is dat zorg en werk hand in hand gaan en niet volgtijdelijk plaatsvinden. Werk staat zelfs voorop: eerst plaatsen en van daaruit ondersteunen en trainen in de realiteit. Een jobcoach is zo lang als nodig betrokken, (soms wel drie jaar). De jobcoach hanteert een actieve werkgeversbenadering: korte lijnen met de lokale arbeidsmarkt en stevige acquisitie. Hierdoor zijn er veel mogelijkheden voor toeleiding naar werk en worden werkgevers geïnteresseerd en gemotiveerd. De win-win zit erin dat de jobcoach alle randvoorwaardelijke zaken regelt. Ook de subsidie die een werkgever kan krijgen en de vinger-aan-de-pols-functie richting werknemer/cliënt. IPS wordt op verschillende plekken in het land toegepast. Een succesvol praktijkvoorbeeld is de VIP-methodiek die wordt toegepast in Amsterdam.



KNELPUNT: Het voornaamste knelpunt bij IPS is de bekostiging. IPS is een in de GGz ontwikkelde methode voor arbeidsparticipatie van mensen met psychische aandoeningen die bewezen effectief is – indien modelgetrouw wordt gewerkt. Het UWV heeft voor eigen cliënten een IPS-regeling gemaakt die een combinatie van GGz-inzet en re-integratie en jobcoaching mogelijk maakt. De regeling zal waarschijnlijk zo vorm worden gegeven dat gemeenten via UWV een vooraf bepaald aantal trajecten kunnen inkopen, mits dit binnen een vooraf vastgestelde aanbestedingsgrens blijft. Een gemeente kan zo gebruik maken van de expertise van UWV om instellingen te selecteren en te contracteren, maar is en blijft dan zelf de opdrachtgever. UWV controleert de modelgetrouwheid van de GGZ-aanbieder.



SUCCESSVOORBEELD: Buurt m/v is een samenwerkingsproject tussen de gemeente en een GGz-aanbieder, gericht op ondersteuning van mensen met GGz-problematiek die vanuit een intramuraal setting weer thuis gaan wonen. Vanuit de uitkeringspool van de gemeente worden mensen als ondersteuner ingezet voor peer-to-peer ondersteuning. Dat werkt goed omdat de afstand tussen cliënt en ondersteuner minder groot is. Ondersteuners kunnen arbeidsvaardigheden opdoen, en de cliënten leren weer van de ondersteuner. Bekostiging vindt plaats vanuit WMO en W&I.



NICE TO DO: Werk aan deskundigheidsuitwisseling tussen GGz en gemeente (zie ook de Werkwijzer 'Re-integratie van klanten met psychische aandoeningen' van Divosa).

➔ **Multidisciplinaire teams**



SUCCESSVOORBEELD: Multidisciplinaire teams op de werkpleinen van de gemeente, waarin jobcoaches en psychologen gezamenlijk participeren. Zo wordt in Rotterdam gewerkt met EXIT-teams die bestaan uit een regisseur, een sociaal psychisch verpleegkundige gespecialiseerd in psychiatrische ziektebeelden en medicatie, een psycholoog (diagnostiek en om werkzoekenden weer perspectief laten zien), een maatschappelijk werker gericht op schuldenproblematiek, huisvesting en als schakel naar het wijkteam, en een jobcoach gericht op duurzame begeleiding naar werk. Op deze manier wordt een integrale aanpak vormgegeven, waarin re-integratieplan en behandelingsplan naadloos op elkaar zijn afgestemd.



KNELPUNT: De bekostiging is voornamelijk nog een knelpunt. De multidisciplinaire teams worden betaald uit het participatiebudget; idealiter is er een integraal bekostigingsmodel waarbij de inzet van psychologen uit de Zorgverzekeringswet bekostigd wordt. Daarmee krijgt de aanpak een meer duurzaam karakter.

➔ **Pilots (klein beginnen en opschalen bij succes)**



NICE TO KNOW: Over het algemeen is er sprake van consensus over een herstelgerichte benadering in de GGz, met veel aandacht voor participatie (zeker bij de zware groep, EPA). Maar een echte integrale aanpak is nog weinig beproefd in de praktijk. In de regio Amsterdam en Haarlem wordt op dit moment zeer kleinschalig gewerkt met de toepassing van eigen regie voor deze doelgroep. Daaruit komt onder andere naar voren dat de huidige bekostiging van zorg niet prikkelt tot maatschappelijk herstel.



NICE TO DO: Een eerste stap op weg daar naar toe is het inrichten van micro-pilots. Door cliënten de mogelijkheid te geven om Zvw en/of WMO gelden tijdelijk in te zetten voor bijvoorbeeld onderwijs of toeleiding naar werk kan het perspectief op maatschappelijk herstel een dichterbij komen zonder verstrikt te raken in diverse regelsystemen. Verken of je met de zorgverzekeraar afspraken kunt maken om dit soort vormen van substitutie 'achter de schermen' via bijvoorbeeld een gemeenschappelijk fonds te verrekenen.



SUCCESSVOORBEELD: 'Bewegen Werkt' is een samenwerkingsproject tussen de gemeente, zorgverzekeraar, een sportclub en een commerciële aanbieder. Dit is een traject gericht op mensen met een psychische aandoening waarbij bewegen wordt ingezet als interventie om de dag/werk structuur te herstellen, het sociaal netwerk aan te wakkeren en therapietrouw te bewerkstelligen.

Meer weten?

Relevante websites voor verdieping

- <http://www.erasmusmc.nl/public-health/publications-collaborations/reports/evaluation-of-different-re-employment-programmes.pdf?view=active>
- <http://www.divosa.nl/publicaties/werkwijzer-re-integratie-van-klanten-met-psychische-aandoeningen>
- www.werkagendamenzisgemeenten.nl
- www.denieuweggz.nl

Gesprekspartners ten behoeve van deze handreiking

Anouk van Nieuwenhuijzen (Gemeente Arnhem)

Simeon Bruinsma (Gemeente Leeuwarden)

Benn Langeveld (GGZ Breburg)

Bert Horlings (Menzis)

Jan Plat (Ergo Control)

Gabe de Vries (Roads)

Jeroen Crasborn (Zilveren Kruis Achmea)

Reinaud van der Fliert (Mentrum)

Koos van Dijk (Gemeente Rotterdam)