



Werkconferentie over het bevorderen van arbeidsparticipatie van mensen met ernstige psychische aandoeningen

Utrecht, 23 juni 2010



Zorgverzekeraars Nederland



Inhoud

Inleiding	3
Samenvatting van de werkconferentie:	
Plenaire lezingen	3
Uitkomsten van de werktafels	7
Plenaire discussie en conclusies	9
Op weg naar een landelijk plan van aanpak	10
Bijlage1: Achtergrondnotitie " <i>Arbeidsparticipatie van mensen met ernstige psychische aandoeningen.</i> "	13
bijlage 2: deelnemerslijst	23

Inleiding

Op 23 juni werd in Utrecht in het kader van het project 'Herstel en burgerschap' een werkconferentie gehouden over het bevorderen van arbeidsparticipatie van mensen met ernstige psychische aandoeningen. Onder de aanwezigen waren vertegenwoordigers van zorgverzekeraars, UWV, GGZ instellingen, Soc. Werkplaatsen, VNG, cliëntenorganisaties, etc.

In het visiedocument 'naar herstel en gelijkwaardig burgerschap (GGZ Nederland, maart 2009) wordt de ambitie uitgesproken om in de komende periode het aantal cliënten met een baan met 20% per jaar te laten toenemen. Dit vraagt om effectieve begeleiding bij het vinden en behouden van een betaalde baan voor cliënten die een wens tot werk hebben. Hoewel er op dit terrein een goed onderzochte methode (namelijk IPS) voorhanden is, waarvan ook positieve resultaten bekend zijn, komt IPS in Nederland nog nauwelijks van de grond. Het doel van deze werkconferentie was om te komen tot een gemeenschappelijk standpunt over de manier waarop IPS in Nederland op de kaart gezet kan worden.

In dit verslag vindt u een samenvatting van de presentaties en werksessies tijdens de werkconferentie. Op grond van de discussies en uitkomsten van de werksessies zijn er een aantal aanbevelingen geformuleerd, die richting geven de verdere implementatie van IPS in Nederland. Deze aanbevelingen zijn samengevat in paragraaf "op weg naar een landelijk plan van aanpak."

Voorafgaand aan de werkconferentie is aan de deelnemers een achtergrondnotitie over arbeidsparticipatie van mensen met ernstig psychiatrische aandoeningen toegestuurd (bijlage 1). Hierin wordt het belang geschetst van arbeidsparticipatie en de moeizame implementatie van IPS in Nederland. Belemmerende factoren worden genoemd en een aantal punten worden aangereikt voor een plan van aanpak, gericht op landelijke implementatie van IPS.

Samenvatting van de werkconferentie

Tijdens de werkconferentie werden plenaire lezingen afgewisseld met discussierondes in 4 werktafels. Onder leiding van dagvoorzitter Pieter Verbraak werden de uitkomsten van de werktafels en de plenaire lezingen aan elkaar verbonden en werd tijdens de slotdiscussie gezocht naar een gemeenschappelijk standpunt over IPS.

Plenaire lezingen.

De eerste spreker was prof. dr. Jaap van Weeghel, directeur van kenniscentrum Phrenos met een inleiding over "Een betaalde baan met effectieve ondersteuning; dat kan!" In zijn verhaal schetst hij de huidige reïntegratiepraktijk in Nederland waarin het train-then-place-principe dominant is. Bij IPS is juist "place-then-train" het leidende principe. En zijn niet de beperkingen en de belastbaarheid de indicatoren voor toegang tot een reïntegratietraject; de wens tot werk is al voldoende om IPS te starten. IPS is bedoeld voor mensen met ernstige beperkingen, voortkomend uit een psychiatrische aandoening. Internationale studies hebben aangetoond dat IPS een effectieve interventie is. Ook in Nederland is onderzoek gedaan (SCION) waarbij bleek dat na 18 maanden bij de IPS-groep 39% van cliënten een reguliere betaalde baan had ten opzichte van 18% bij de controlegroep. Belangrijke factor bij het succes van IPS is de mate van modelgetrouwheid waarin IPS wordt aangeboden, dwz. "IPS volgens het boekje" levert betere resultaten.

Om IPS mogelijk te maken is een verschuiving van paradigma nodig. In de huidige praktijk wordt de invulling van een reïntegratietraject onder andere bepaald door belastbaarheid van de cliënt en diens afstand tot arbeidsmarkt. Daarbij komt dat IRO en jobcoaching aparte trajecten zijn qua regelgeving en financiering en binnen de zorgverzekering toeleiding naar werk niet gefinancierd wordt binnen de DBC (diagnose-behandel-combinatie). IPS vraagt om vloeiende overgangen tussen deze onderdelen, om aanpassingen in regelgeving en financiering en om IPS toegankelijk te maken voor iedere cliënt met een wens tot betaald werk (zero-exclusion).

Wat is er nodig om meer mensen aan een betaalde baan te helpen? Jaap van Weeghel noemt hierbij de volgende hoofdpunten: positieve verwachtingen (*mensen met een ernstige beperking en psychische problemen kunnen wel degelijk in een reguliere betaalde baan werken*), effectieve ondersteuning (*arbeidstoeleiding volgens IPS methode*), adequate financiering (*DBC, IRO, etc.*), regionale samenwerking (*UWV, gemeenten, GGZ, werkgevers, etc.*) en landelijke monitoring (*landelijk plan van aanpak en implementatieondersteuning onder de vlag van project Herstel en Burgerschap*).

Hij sluit zijn pleidooi af met een citaat om iedere twijfel of werken wel goed is voor GGZ-cliënten weg te nemen. "If you think work is bad for people with mental illness, try poverty, unemployment and social isolation". (Marone & Golowka, 2000, Psychiatric Rehabilitation Journal)

De tweede lezing met de titel "IPS in de praktijk: hoe werkt dat nou?" werd gehouden door drs. Hiske Becker, psychiater, Debby Kamstra, IPS trajectbegeleider en Pieter Carriere, ervaringsdeskundige. Zij vertelden elk vanuit hun eigen invalshoek wat IPS betekent in de dagelijkse praktijk van het VIP team (=vroeg interventie bij psychose) van het AMC (Academisch Medisch Centrum) in Amsterdam. Het VIP team biedt zorg aan jonge mensen die een eerste psychose hebben gehad en daardoor in contact zijn gekomen met de GGZ. In een programma van 3 jaar krijgen cliënten individuele ondersteuning, behandeling en rehabilitatie vanuit het VIP team. Zorg wordt geboden in leefomgeving van de cliënt in plaats van op kantoor of in het ziekenhuis. Kenmerkend voor de doelgroep is dat bij aanvang 75% geen werk of zinvolle dagactiviteiten had. Uitval tijdens school of studie was bij 25% van de doelgroep een probleem. Het VIP team heeft zich tot doel gesteld om hun cliënten te helpen bij het realiseren datgene wat alle jongeren willen, namelijk eigen woning, werk/school, inkomen, betekenisvolle relaties, een partner en een goede relatie met familie. Het gaat er uiteindelijk om jongeren met een eerste psychose op een zo optimaal mogelijk niveau in de maatschappij te laten functioneren en participeren. Het VIP team bereikt dit door in een intensieve en multidisciplinaire aanpak in zo vroeg mogelijk stadium van de psychose. Naast psychiater, arts-assistent, sociaal psychiatrisch verpleegkundige, maatschappelijk werker en ervaringsdeskundige heeft het team een specialist op het gebied van arbeidshulpverlening. Debby Kamstra is in het team de IPS trajectbegeleider.

Zij geeft in haar inleiding een beeld van IPS in de Amsterdamse situatie. Ze benadrukt dat IPS binnen het VIP team even belangrijk is als begeleiding bij wonen, inkomen, medicijnen, etc. Als IPS trajectbegeleider heeft ze regelmatig overleg met het UWV WAjong team, arbeidsdeskundige van de ziektewet en het DWI jongerenloket. Van belang is dat er wordt samengewerkt met een erkende jobcoach organisatie die een gunning hebben bij het UWV. Bij IPS is betaald werk of reguliere opleiding het centrale doel. Er wordt zo snel mogelijk gezocht naar een werkplek of opleidingsplek. De voorkeur van de cliënt is daarbij het uitgangspunt (droombaan formuleren). Zodra er een werkplek of opleidingsplek is gevonden, wordt gezocht naar mogelijkheden om de cliënt in staat te stellen om op deze plek zijn werk te doen. De

ondersteuning wordt geboden op de werkplek zelf. Soms zijn er aanpassingen nodig in de werkomgeving, aantal uren, plek in de front- of back office, werktempo, collega's, etc. Naast plaatsing en training is er volop aandacht voor de persoonlijke ontwikkeling van de cliënt. Al werkende en lerende herstellen cliënten en doen ervaringen op met eigen mogelijkheden en onmogelijkheden in een nieuwe situatie.

IPS is een interventie die geïntegreerd moet worden aangeboden met psychiatrische behandeling. Naast het analyseren van de problemen op gebied van werk of school en doorlopende inschatting van arbeidsmogelijkheden is het van belang dat het effect van de psychische problemen (bijv. tempo in denken en doen, concentratie stoornissen, prikkelgevoeligheid, sociale vaardigheden, denkstoornissen, etc.) worden meegenomen. Om het IPS traject te ondersteunen is afstemming binnen een multidisciplinair team nodig en kunnen effectieve interventies, zoals cognitieve therapie, psycho-educatie, farmacotherapie, begeleiding van sociaal steunsysteem (familie, vrienden, partner, etc.), ingezet worden. Naast de begeleiding op de werkplek of opleidingsplek biedt de IPS trajectbegeleider "benefit counseling" ofwel individuele begeleiding bij uitkeringskwesties.

De ervaring van Debby Kamstra is dat IPS altijd lukt, dat IPS maatwerk is en dat IPS om teamwerk vraagt. Maar zij benadrukt ook dat IPS modelgetrouw aangeboden moet worden. Een IPS-achtige werkwijze, waarbij maar een deel van de IPS methode wordt toegepast, levert onvoldoende resultaat.

In het persoonlijke verhaal van Pieter Carriere wordt duidelijk hoezeer de aanpak van het VIP team succesvol is. Tijdens zijn studie biomedische wetenschappen raakte hij in de problemen door een psychose en moest zijn studie afbreken. Toen hij in aanraking kwam met de GGZ zag hij niet meteen de noodzaak van medicatie en behandeling. Het VIP team bood hem echter meer dan alleen behandeling. Via de IPS trajectbegeleider kwam hij in gesprek over werk en studie. Daarbij was het belangrijk dat een positieve verwachting werd uitgesproken over de mogelijkheid om zijn studie te hervatten. Dit gaf rust en vertrouwen, ook bij familie. Het begin was moeizaam (oa. door restsymptomen en concentratieproblemen), maar uiteindelijk lukte het hem om met hulp van het VIP team de studie weer op te pakken. Gaandeweg kreeg hij meer vertrouwen in het team, kreeg inzicht in zijn eigen mogelijkheden en kwetsbaarheden en zag ook in dat andere interventies, zoals medicatie, hem ondersteunden in het bereiken van zijn doelen. Inmiddels heeft hij zijn bachelor gehaald en is hij begonnen aan zijn masterstudie biomedische wetenschappen.

In de middag hield Erik Voerman, projectmanager bij programma Wajong van UWV Werkbedrijf, een inleiding met de titel "GGZ en UWV, samen werken aan werk". Sinds enkele jaren komt er bij zowel UWV als GGZ in toenemende mate aandacht voor reïntegratie naar arbeid middels IPS. Er was een lange aanloop voor nodig, maar positieve ontwikkelingen (zoals het bespreekbaar maken van financieringsproblemen van IPS, overleg tussen GGZ Nederland en UWV en de komst van het verzekeringsgeneeskundig protocol met betrekking tot psychische aandoeningen) hebben bijgedragen aan de gezamenlijke onderkenning van de problematiek. GGZ en UWV hebben beiden te maken met cliënten binnen WAO/WIA/Wajong/ZW. Daar waar vroeger eerst werd behandeld en dan pas ingezet werd op re-integreren, verschuift nu het accent naar behandeling en werk tegelijkertijd. Arbeidsdeelname als "co-medicijn". De combinatie behandeling en werk blijkt 3x effectiever te zijn dan de oude aanpak en geeft cliënten veel meer zelfwaardering. Voor cliënten betekent werk minder afhankelijkheid, meer eigen verantwoordelijkheid, regie op eigen leven, een gelukkiger leven. Voor UWV redenen genoeg om IPS te omarmen.

Binnen WIA (WGA/IVA) waren trajecten richting arbeidsgeschiktheid al onderdeel van de werkwijze van het UWV. In de Wajong wordt dit nog meer benadrukt. Desondanks blijven er veel obstakels in het bereiken van succesvolle plaatsingen. Zo zijn regelgeving en financiering bij IRO en jobcoaching als obstakels te noemen, maar ook de kennishiaat over IPS en de verschillen in wederzijdse beeldvorming over doelgroep, over GGZ, over UWV, over werkgevers, etc.

Om de implementatie van IPS mogelijk te maken pleit Erik Voerman voor een convenant tussen GGZ, UWV, Divosa en VNG waarin goede samenwerkingsafspraken worden vastgelegd, niet in de laatste plaats over financiën. Het gaat om lange termijn investeringen, waarbij het uiteindelijke resultaat is dat arbeidsparticipatie wordt verhoogd, minder cliënten uitkeringsafhankelijk zullen zijn en voor de nabije toekomst het arbeidspotentieel vergroot wordt.

De vierde spreker van de dag was drs. Marijke van Putten, psychiater en directeur behandelenzaken van GGZ Noord-Holland Noord. Ze begint haar lezing met uitleg over FACT, een wijkgerichte zorgvorm waarin multidisciplinaire teams zorg bieden aan mensen met een ernstige psychiatrische aandoening. Een FACT team bestaat uit een psychiater, psycholoog, casemanagers, sociaal psychiatrisch verpleegkundigen, ervaringsdeskundige en IPS trajectbegeleider. GGZ Noord-Holland Noord heeft nadrukkelijk gekozen voor FACT als organisatiemodel voor hun wijkteams. Grondslag voor deze keuze was de organisatiebrede zorgvisie met een focus op integratie van cure en care en rehabilitatie en herstel. FACT en IPS zijn goed verenigbaar en passen goed bij deze visie op zorg. Echter, implementatie van IPS vraagt ook om keuzes in het loslaten van oude concepten. Daarom heeft GGZ Noord-Holland Noord trajectbegeleiding, die volgens andere methoden dan IPS werkte, stop gezet. Beschutte werkplekken werden afgebouwd. IPS werd de methode van voorkeur als een cliënt een wens tot betaald werk heeft. IPS is onderdeel van het wijkteam (FACT team) en niet van dagactiviteitencentra. Het streven is modelgetrouwe toepassing van IPS. Om dit mogelijk te maken is het noodzakelijk dat de gehele organisatie en deels aanpalende organisaties de teams in staat stellen om te kunnen werken volgens FACT en IPS.

In regio Noord Kennemerland werken UWV, zorgverzekeraar UVIT, werkvoorziening WNK, en GGZ Noord-Holland Noord samen om IPS mogelijk te maken. Iedere partij had deels met de doelgroep te maken, maar geen enkele met het totaal. Om tot een samenwerkingsovereenkomst te komen werd in kaart gebracht hoeveel kosten er gemiddeld per fase in het IPS traject gemaakt werd en welk deel voor welke financier was (zorgverzekeraar, UWV of gemeente). Elk van de partijen neemt een deel van de financiering op zich. Het eerste deel van het traject, dat nodig is om zorgbehoefte en reïntegratiemogelijkheden te inventariseren, komt voor rekening van zorgverzekeraar. Het vervolg wordt overgenomen door UWV (IRO) en gemeente (WMO). Verder zijn er afspraken gemaakt over personele inzet. IPS'ers zijn formeel in dienst bij WNK, maar hebben hun vaste werkplek binnen bij een wijkteam. Wekelijks komen de IPS'ers uit de hele regio samen voor een werkoverleg. Bij dit overleg sluit een arbeidsdeskundige van UWV aan.

Welke waarde heeft deze samenwerking op gebied van IPS uiteindelijk voor de deelnemende partijen? Voor UWV worden nu resultaten geboekt bij een moeilijke doelgroep die voorheen kansloos leek. Er zijn minder mensen die afhankelijk zijn van uitkering. Voor zorgverzekeraar UVIT betekent dit minder zorgconsumptie op langere termijn. En voor de sociale werkvoorziening WNK heeft IPS geleid tot het binnenhalen van specialistische kennis om de doelstellingen voor arbeidsreïntegratie te bereiken.

Uitkomsten van de werktafels

In 4 werktafels discussieerden deelnemers aan de hand van drie stellingen en zocht men naar een gemeenschappelijk standpunt en aanbevelingen voor de implementatie van IPS. De uitkomsten van de verschillende werktafels werden gebundeld en werden door de dagvoorzitter gebruikt als input voor de plenaire discussie aan het eind van de middag. In deze paragraaf wordt per stelling aangegeven welke punten er uit de discussies aan de werktafels naar voren kwamen.

Stelling 1:

Mensen met ernstige psychische aandoeningen willen wel werken, maar volgens velen kunnen zij dat alleen in stressvrije banen en voor een beperkt aantal uren per week.

Deze beeldvorming over cliënten ten aanzien van belastbaarheid op werk is onjuist. Met maatwerk en monitoring is het wel degelijk mogelijk dat cliënten aan het werk kunnen. Met een individuele aanpak zoals bij het VIP team. En daarbij is het van belang dat de cliënt zoveel mogelijk eigen regie krijgt bij het zoeken en vinden van werk. Daarvoor is wel een bijstelling in de verwachtingen nodig. Werken aan een duurzame arbeidscarrière is veel belangrijker dan focussen op plaatsing (arbeidsinhoud lossen werkgever en werknemer op). In dat kader mogen trajecten mislukken, mits goed geanalyseerd met betrokkenen en er een perspectief op vervolg geboden wordt.

Ook de onderlinge beeldvorming tussen gemeenten, GGZ, sociale diensten, sociale werkplaatsen, CIZ, UWV, werkgevers, etc. dient te veranderen. Men heeft onvoldoende zicht op de mogelijkheden van elkaar en benut daardoor niet alle kansen. Verwachtingen en beeldvorming richting bedrijfsleven moet realistischer worden en positief.

In de verandering van beeldvorming dient ook de politiek te worden betrokken, omdat aanpassing van regelgeving nodig is voor IPS. Naast het veranderen van beeldvorming over cliënten ook de meerwaarde en effectiviteit van IPS aangeven. De "maat van de mens" toepassen leidt tot een "samenleving op maat".

Stelling 2:

Daar waar sprake is van een succesvolle samenwerking tussen GGZ en de re-integratiesector (UWV, sociale diensten, re-integratiebedrijven), is begrip voor elkaars cultuur en werkwijze essentieel en ook gerealiseerd.

Voorbeelden van goede samenwerking bestaan zeker; maar het kan beter! Er zijn nog steeds verschillen in de onderlinge beeldvorming en werkwijze. Om dit te overwinnen zijn bruggenbouwers nodig. Professionals van betrokken instellingen moeten leren verantwoordelijkheid en succes te delen vanuit een gezamenlijk perspectief. Maar met wederzijds begrip ben je er nog niet.

Het vraagt ook om aanpassing in organisatie, werkwijze, regelgeving en financiering. Uit de werktafels kwamen de volgende ideeën naar voren:

- *Ten aanzien van organisatie is het van belang dat een arbeidsdeskundige aan een IPS team wordt toegevoegd. Eén per team als vast contactpersoon binnen UWV en als bruggenbouwer tussen GGZ en UWV.*
- *Het huidige systeem (GGZ-UWV-gemeenten) belooft verkenning en samenwerking nauwelijks. Regelgeving en financiering moet een zorgketen opleveren waarin iedere instelling haar bijdrage levert aan een IPS traject.*

Op beleidsniveau niet alleen afspraken tussen UWV en GGZ, maar ook CIZ, zorgverzekeraars en gemeenten betrekken in deze samenwerking.

- *Cliënten ervaren vaak een hoge drempel om naar UWV toe te gaan (gevoed door eerdere ervaringen). Gevolg is dat cliënten soms afspraken vermijden en niet naar het UWV kantoor komen. In dergelijke situaties zou dan de mogelijkheid moeten bestaan dat arbeidsdeskundige op huisbezoek gaat. Dit vraagt dus een aanpassing in werkwijze, maar ook in middelen om dit mogelijk te maken.*
- *Er is behoefte aan deskundigheidsbevordering en uitwisseling tussen de instellingen. Dit is een proces dat continue investering vraagt en niet beperkt dient te worden tot eenmalige voorlichtingsbijeenkomsten. Medewerkers hebben daarvoor tijd en middelen nodig.*
- *Kwaliteit van IPS waarborgen door speciale opleiding IPS en certificering.*
- *Continuïteit moet gegarandeerd worden. Dit betekent geen schotten tussen de instellingen, maar vloeiende overgangen.*
- *Teamwork is essentieel! Een IPS'er kan in dienst zijn van één van de ketenpartners, maar de feitelijke werkplek is in het GGZteam. Hier wordt de IPS zorg aangeboden en kunnen behandeling en arbeidsreïntegratie geïntegreerd worden aangeboden. De IPS'er deelt kennis en ervaring met anderen in het team.*
- *Voor succesvolle samenwerking zijn niet alleen de professionals nodig, maar ook familie en andere belangrijke personen uit het sociale netwerk van de cliënt.*

Stelling 3:

Implementatie van IPS zal alleen slagen als de arbeidsintegratie van cliënten (of breder: hun maatschappelijk herstel) tot de core business van de GGZ wordt gerekend. Dit is tot op heden een uitzondering.

Deze stelling wordt onderschreven door de deelnemers aan de werktafels. Het zou goed zijn als GGZ-instellingen dit zo (gaan) zien en zich niet verschuilen achter financiële knelpunten en regelgeving. Dit vraagt om een verschuiving van de paradigma's. Visie op maatschappelijk herstel moet belangrijker worden gevonden. De ontwikkeling van richtlijnen, waarin multidisciplinair werken en herstelondersteuning steeds meer een plek krijgen, draagt hier aan bij.

Ook van belang is dat GGZ-instellingen zich niet gaan opstellen tot monopolisten op gebied van IPS, maar over sectorgrenzen heen gaan samenwerken. Huidige perikelen voor cliënten rond financiering van integrale trajecten moeten weggevangen worden door stakeholders in de zorgketen. Goede communicatie tussen de verschillende partijen is daarbij essentieel.

Uit de werktafels kwamen een aantal concrete suggesties, die van belang zijn bij de implementatie van IPS.

- *Re-integratie volgens IPS laten uitvoeren door de bestaande GGZ voorzieningen is niet overall succesvol geweest. Laat reïntegratie uitvoeren door een reïntegratiebedrijf dat affiniteit heeft met GGZ. Stem behandeling en reïntegratie heel goed op elkaar af.*
- *Zet alleen geschoolde en gecertificeerde IPS'ers in.*
- *Stel een (landelijke) werkgroep voor het oplossen van hiaten in zorgketen (IPS traject) en financiering.*
- *Maak implementatie van IPS minder vrijblijvend door landelijke kaders te geven en convenanten af te sluiten.*

Plenaire discussie en conclusie

Er wordt in het algemeen positief gereageerd op IPS. Wel wordt er aangegeven dat er naast IPS ook nog andere methoden bestaan. Echter, IPS is een methode waarvan wetenschappelijk is aangetoond dat het effectief is. Van andere methoden ontbreekt die evidentie nog. Daarbij komt dat implementatie van IPS wordt afgeremd als tegelijkertijd wordt vastgehouden aan conventionele methoden. Zoals in het betoog van Marijke vd Putten werd benoemd is het bij implementatie van belang dat er keuzes worden gemaakt en daarbij ook het besluit om met bepaalde methodes te stoppen.

In de discussie komt ook ter sprake dat bij sommige doelgroepen (zoals jongeren met een psychose) de vraag nog niet bij werk, maar bij terugkeer naar school ligt. In plaats van IPS/werk zou er dus ook IPS/educatie nodig zijn. In dat kader is het van belang om ook met IPS te beginnen in de jeugdpsychiatrie.

Tenslotte wordt de rol van werkgevers benoemd. Onder de aanwezigen zijn weinig werkgevers. Het is van belang dat ook aan werkgeverskant draagvlak ontstaat bij IPS. Ook bij werkgevers is onjuiste beeldvorming over GGZ cliënten een factor die implementatie van IPS afremt. Bij werknemers is ook niet altijd voldoende kennis over regelgeving omtrent arbeidsreïntegratie en de mogelijkheden die door de IPS'er wordt geboden om werkgever te ondersteunen.

Dagvoorzitter Pieter Verbraak sluit de werkconferentie af met een aantal conclusies:

- *Mensen met psychische problemen hebben zelf de regie bij het zoeken naar werk/studie en hun wens is daarbij het vertrekpunt.*
- *Voorkom teveel zorg. Maak keuzes in het zorgaanbod.*
- *Garandeer continuïteit. Geen schotten tussen de instellingen en geen aparte trajecten bij arbeidsreïntegratie.*
- *Onderhoud contacten met familie e.d. Investeer in het sociale netwerk rondom de cliënt.*
- *Het voortouw bij de uitvoer van IPS ligt bij de GGZ, maar zoek vooral de samenwerking op.*

Op weg naar een landelijk plan van aanpak.

Tijdens de werkconferentie wordt gesteld dat er een werkgroep moet komen die een landelijk plan van aanpak voor de implementatie van IPS schrijft. In deze werkgroep zullen vertegenwoordigers zitten van instellingen die hebben deelgenomen aan deze werkconferentie.

Binnen het plan van aanpak zullen de volgende vragen worden uitgewerkt:

- Hoe gaan we IPS in Nederland implementeren?
- Welke financiering is daarvoor nodig?
- Welke aanpassingen in regelgeving zijn nodig?
- Wat is er nodig om samenwerking tussen regionale instellingen mogelijk te maken?

Tijdens de werkconferentie zijn in de discussie vele suggesties op tafel gekomen die een deel van deze vragen beantwoorden. Op basis van de uitkomsten van de werkconferentie en de bijbehorende notitie (zie bijlage 1) zijn er aanbevelingen te formuleren, die de werkgroep kan gebruiken als input voor het plan van aanpak. De belangrijkste aanbevelingen zijn in onderstaande paragraaf samengevat.

1. Veranderen van beeldvorming

In de integratiepraktijk moeten positieve verwachtingen en realistisch optimisme de boventoon voeren als het gaat om arbeidsmogelijkheden – of ruimer: mogelijkheden tot maatschappelijk herstel – van mensen met ernstige psychische problemen.

Beeldvorming over cliënten dient bij professionals (inclusief reïntegratiebedrijven), werkgevers en beleidsmakers te worden omgebogen naar een cultuur waarin meer mogelijk is dan nu het geval is. Arbeidsreïntegratie dient als onmisbaar deel van zorgaanbod van de GGZ te worden beschouwd. Succesverhalen van cliënten en hulpverleners helpen om die cultuuromslag te maken. Ook het bewijs dat IPS een effectieve methode is draagt bij aan een positiever beeld over reïntegratiemogelijkheden.

Aanbevelingen:

- *Zorg voor gerichte voorlichting over arbeidsreïntegratie (IPS) aan professionals en managers van de hulpverlenende instellingen.*
- *Richt de voorlichting ook op politici, omdat daar kaders gemaakt worden en budgetten bepaald.*
- *Maak een specifieke voorlichtingscampagne gericht op werkgevers (bedrijfsleven), waarin positieve en realistische verwachtingen worden gegeven over de doelgroep en belastbaarheid.*

2. Keuzes maken

Succesvolle arbeidsintegratiemodellen en -methodieken behoren voor alle werkzoekenden met ernstige psychische aandoeningen beschikbaar te zijn. Dit vraagt om keuzes binnen het bestaande zorgaanbod. IPS behoort tot één van de methodes waarvan positieve resultaten bekend zijn. Meer inzetten op IPS betekent afbouwen van beschermde werkplekken en dagactiviteitencentra.

Aanbeveling:

- *Maak implementatie van IPS minder vrijblijvend door landelijke kaders te geven en convenanten af te sluiten. Streef naar modelgetrouwe IPS; doe geen afbreuk aan het model.*

3. Scholing

Kwaliteit van IPS wordt bereikt door geschoolde en gecertificeerde IPS'ers in te zetten. Daarvoor is een passend aanbod nodig met scholing aan instellingen, teams en professionals die IPS in hun regio willen implementeren.

Aanbeveling:

- Scholing en certificering van professionals in IPS in het plan van aanpak beschrijven, alsmede een manier om kwaliteit van deze opleiding te toetsen.

4. Financiering

Om de arbeidsintegratie van deze groep te doen slagen moet de praktijk worden ondersteund door adequate regelgeving, een flexibele uitvoering ervan en een volledige, doorlopende financiering van trajecten over de grenzen van 'zorg en integratie' heen.

Een financieringsmodel, waarbij iedere ketenpartner een deel van het IPS traject financiert, is de meest ideale vorm van samenwerking. Hierdoor wordt namelijk duidelijk dat IPS een gezamenlijk gedragen traject is waarbij iedere ketenpartner zijn eigen bijdrage levert aan het geheel. Er zijn landelijk meerdere voorbeelden waarin samenwerking tussen ketenpartners tot goed resultaat heeft geleid. Deze 'best practices' dienen in kaart te worden gebracht zodat ook andere regio's hiervan kunnen profiteren.

Er is ruimte om binnen de zorgverzekering een deel van IPS te financieren, maar de mogelijkheden en keuzes daarvoor zijn per zorgverzekeraar verschillend. Als er een goede verbinding is tussen arbeidsdeskundige en IPS team, dan kunnen bijvoorbeeld IRO gelden gericht worden aangevraagd en optimaal benut. Maar ook binnen de reïntegratiegelden van bijvoorbeeld sociale diensten kan gezocht worden naar financiële mogelijkheden. Daarvoor is het van belang dat gemeentes betrokken worden in de regionale samenwerking rondom IPS.

Aanbeveling:

- Onderzoek de 'best practices' op gebied van financiering van IPS in Nederland en werk dit verder uit tot een landelijk kader dat handvatten biedt voor andere regio's om afspraken te maken over financiering en samenwerking.

5. Regionale samenwerking

Op lokaal of regionaal niveau moet een sturend en ondersteunend netwerk worden gevormd, waarin de betrokken actoren en belanghebbenden (GGZ, UWV, gemeenten, cliënten) hun gemeenschappelijke missie in concrete ambities of doelen vertalen en gezamenlijk oplossingen bedenken voor problemen die zich in de IPS-praktijk voordoen.

Binnen de samenwerking dient continuïteit te worden gegarandeerd. Geen schotten tussen de instellingen, maar vloeiende overgangen en laagdrempelige toegang. Het voortouw bij de uitvoer van IPS ligt bij de GGZ, maar van belang is dat er een zorgketen rondom IPS gecreëerd wordt. Relevante partners in de regio zijn vanaf het begin betrokken bij de vormgeving van deze zorgketen.

Aanbeveling:

- Maak een convenant voor de landelijke instellingen, waarin kaders over samenwerking worden afgesproken. Zo'n convenant is tevens richtinggevend voor de regionale instellingen voor onderlinge samenwerking. In dit convenant kunnen handvatten gegeven worden over hoe regionale samenwerking eruit moet zien.

6. Monitoring van de implementatie

Het is nodig om de voortgang en de (tussentijdse) resultaten van de implementatie van IPS goed in kaart te brengen. Dit vereist een landelijke monitor van verspreiding, implementatie en resultaten van IPS in heel Nederland. Meten van IPS met een modelgetrouwheidschaal geeft inzicht in de mate van implementatie van IPS en biedt tevens aanknopingspunten voor evaluatie van het plan van aanpak.

Aanbeveling:

- Neem de IPS modelgetrouwheidschaal op als instrument in de PDCA cyclus van het project om de implementatie te monitoren. Binnen het project 'Herstel en burgerschap' zijn Trimbos-instituut en kenniscentrum Phrenos betrokken als instellingen, die beschikken over de middelen en expertise om deze monitoring uit te voeren.

Bovenstaande aanbevelingen zijn bedoeld als handvatten voor de werkgroep om een landelijk plan van aanpak te schrijven. Het streven is om voor eind 2010 het plan van aanpak gereed te hebben en vervolgstappen te kunnen nemen op weg naar betere arbeidsparticipatie van mensen met ernstige psychische aandoeningen

Arbeidsparticipatie van mensen met ernstige psychische aandoeningen.

Inleiding¹

Mensen met ernstige psychische aandoeningen die een betaalde baan willen, moeten daarbij overall in Nederland op effectieve ondersteuning kunnen rekenen. Dit is het uitgangspunt van de werkconferentie op 23 juni 2010, dat vanuit het project Herstel en Burgerschap in samenwerking met UWV WERKbedrijf wordt georganiseerd. Het project Herstel en Burgerschap – een gezamenlijke onderneming van de brancheorganisaties van GGZ-instellingen, gemeenten, maatschappelijke opvang, welzijn, zorgverzekeraars en cliëntenorganisaties - biedt ondersteuning aan het werkveld bij het realiseren van concrete ambities voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. Effectieve begeleiding naar en in betaald werk is één van deze ambities.

De totale groep mensen met ernstige psychische aandoeningen (waaronder schizofrenie of andere psychosen, bipolaire stoornissen en ernstige angst- en stemmingsstoornissen) wordt in Nederland geschat op 160.000 mensen. Daarvan ontvangt ongeveer tweederde (vooral ambulante) GGZ-behandeling. Ongeveer eenderde maakt dus geen gebruik (meer) van de GGZ; een deel van deze groep treffen we aan in voorzieningen van de Maatschappelijke Opvang. De meeste mensen met ernstige psychische aandoeningen zijn daarnaast vanwege hun arbeidsongeschiktheidsverklaring bij het UWV bekend of behoren tot de cliëntèle van de gemeentelijke sociale diensten. De arbeidsintegratie van deze groep is dus ook voor deze instanties een relevante opgave.

Uiteraard kunnen ook andere vormen van participatie (zoals beschut werk, vrijwilligerswerk, activiteiten in het verenigingsleven) zinvol zijn voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. In het project Herstel en Burgerschap is echter gekozen voor het bevorderen deelname aan reguliere betaalde arbeid, omdat we juist hier een diepe kloof tussen wens en werkelijkheid zien. Een betaalde baan is belangrijk, maar voor velen niet zomaar weggelegd. Van alle mensen met een ernstige psychische aandoening in Nederland heeft 84% geen betaald werk. Het grootste deel van deze groep heeft wel ooit betaald werk verricht, en het merendeel wil graag opnieuw aan het werk, mits de condities voldoende gunstig zijn.

De kloof tussen wens en werkelijkheid moet worden overbrugd door mensen met ernstige psychische aandoeningen effectief te ondersteunen bij het verkrijgen en behouden van de gewenste baan. Het model van Individual Placement and Support (IPS) biedt deze effectieve ondersteuning, zo blijkt uit vele studies. De deelnemende partijen in het project Herstel en Burgerschap zijn samen met UWV WERKbedrijf van mening dat IPS voor alle mensen met ernstige psychische problemen toegankelijk moet zijn en daarom in heel Nederland geïmplementeerd moet worden.

Om dat te bereiken dienen meerdere partijen, zowel lokaal als landelijk, samen te werken. Dit moet leiden tot het afstemmen van regelgeving en het scheppen van financiële randvoorwaarden.

¹ Bij het schrijven van deze notitie is gebruik gemaakt van inzichten uit diverse publicaties. De literatuurlijst vindt u aan het eind van deze notitie.

Noodzakelijke voorwaarde voor effectieve samenwerking is een breed gedragen overtuiging bij cliënten, professionals, instellingen en financiers dat succesvolle arbeidsintegratie van deze groep wel degelijk mogelijk is. Aan die overtuiging heeft het lang ontbroken, maar hierin lijkt nu een kentering te komen.

Belang van arbeidsparticipatie voor de doelgroep

De betekenis van (betaald) werk is groot in onze samenleving. Voor het individu is werk in de eerste plaats een inkomstenbron en daarmee een bron voor zelfstandigheid en onafhankelijkheid. Daarnaast zorgt een betaalde baan voor een dag- en weekstructuur, is werk een belangrijke bron van sociale contacten, zorgt arbeidsparticipatie voor verbreding van de sociale horizon en ontlenen mensen vooral aan hun werk hun sociale status. Ook is werk een potentiële bron van persoonlijke waardering en zingeving.

Waar andere sociale verbanden (buurt, familie, kerk) aan betekenis verliezen, neemt het belang van werk in dit opzicht alleen maar toe. Andere vormen van dagbesteding kunnen wel een deel van voornoemde functies vervullen, maar er is geen dagactiviteit te verzinnen die, zoals betaalde arbeid, al deze functies in zich kan verenigen.

De voordelen van betaald werk gelden in principe voor alle mensen. Maar voor mensen met ernstige psychische problemen kan een betaalde baan extra betekenis hebben. Zo komt bij hen de rol van werkende in de plaats van de rol van afhankelijke patiënt. Wanneer zij niet (meer) participeren in het arbeidsproces, lijkt ook de kans aanzienlijk groter dat zij als 'psychiatrische patiënt' worden beschouwd en benaderd, met alle stereotiepe beelden die daar bij horen en alle belemmeringen die dat in het sociale verkeer oplevert. Bovendien kan werken een cruciale copingstrategie zijn: door te werken blijven zij hun symptomen en klachten (zoals hinderlijke stemmen, verlamme angsten en sombere gedachten) beter de baas. Velen zien hun werkherleving dan ook als hét bewijs van hun persoonlijke en maatschappelijk herstel.

De arbeidsparticipatie van mensen met (ernstige) psychische problemen heeft ook een groot maatschappelijke belang. Verlies aan arbeidsproductiviteit door (tijdelijke) uitval uit het arbeidsproces is op macroniveau de belangrijkste kostenpost van psychische aandoeningen. Deze indirecte kosten zijn een veelvoud van de directe zorgkosten. Bovendien zal door de vergrijzing de vraag naar arbeidskrachten in de nabije toekomst alleen maar toenemen. Het is dus vanuit sociaal en economisch oogpunt niet verantwoord dat burgers buiten de samenleving staan.

Arbeidsintegratie nog niet erg succesvol

Ondersteuning bij het vinden van werk is deels beschikbaar vanuit reguliere voorzieningen voor arbeidsintegratie. Maar die ondersteuning is niet altijd toegespitst op de specifieke ondersteuningsbehoeften van mensen met ernstige psychische problemen. Mede daarom biedt ook de GGZ cliënten ondersteuning bij het vinden van betaald werk.

Arbeidsprogramma's behoren vanaf omstreeks 1990 tot de belangrijkste vernieuwingen in de GGZ. De laatste jaren verschuift het accent van arbeidstraining en beschut werk naar begeleiding naar in reguliere banen. Maar deze trajectbegeleiding was nog niet erg succesvol. Vaak was er sprake van lange, ontmoedigende voorbereidingstrajecten die niet het gewenste resultaat – een gewone betaalde baan – opleverden. Bovendien moet de ondersteuning mede gericht zijn op het *behouden* van een baan, maar vaak blijft langdurige begeleiding na de plaatsing nog achterwege. Verder bevindt de integratiepraktijk zich grotendeels buiten of aan de rand van de GGZ, waardoor de afstemming met de GGZ-hulp die deze werkzoekenden óók nodig hebben, veel te wensen over laat. Het IPS-model kan in deze lacunes voorzien.

IPS verdient de voorkeur

IPS is een effectieve methodiek om mensen met ernstige psychische aandoeningen te begeleiden bij het krijgen én behouden van een gewenste reguliere baan. Belangrijkste uitgangspunt is dat ook mensen met enigerlei beperking in staat zijn om gewoon betaald werk te verrichten. Bij IPS worden mensen zo lang als nodig ondersteund bij het vinden en behouden van banen die aansluiten op hun persoonlijke interesses, kwaliteiten en motivatie. Daarbij is 'zero exclusion' het uitgangspunt: iedere cliënt die een betaalde baan wenst, krijgt een IPS-traject aangeboden; dat geldt dus onder anderen ook voor mensen die naast hun psychische aandoening ook een verslaving hebben of dakloos zijn.

IPS is afkomstig uit de Verenigde Staten, maar wordt tegenwoordig ook in Europa en elders in de wereld met goede resultaten toegepast.

IPS kent zeven hoofdkenmerken:

- regulier, betaald werk is het centrale doel
- er wordt snel en gericht naar een baan gezocht uitgaande van "place, then train"
- de voorkeuren van de cliënt staan centraal
- arbeidsintegratie is onderdeel van de GGZ-hulp; de IPS-trajectbegeleider maakt deel uit van een ambulante GGZ-team
- er wordt langdurige ondersteuning geboden, zowel aan de cliënt als aan de werkgever
- continue assessment: tijdens het hele traject wordt op basis van echte ervaringen nagegaan welke functies en werkzaamheden voor de cliënt het meest geschikt zijn
- cliënten krijgen advies en ondersteuning bij uitkeringskwesties die zich kunnen voordoen bij werkherhvatting.

In de praktijk zal IPS vooral worden aangeboden aan cliënten van ACT-teams (ACT: assertive community treatment), FACT-teams (FACT: de functie ACT in een team met een bredere doelgroep en doelstelling) en VIP-teams (Vroege Interventie bij Psychosen).

IPS is een model van bewezen waarde. Dit blijkt uit vele studies waarin de resultaten van IPS werden vergeleken met die van conventionele reïntegratiemethoden.

Het succes van IPS is in vele landen aangetoond, eerst in de Verenigde Staten, later ook elders, waaronder in Europese landen. Samengevat blijkt dat ongeveer 50 à 60% van de deelnemers aan IPS in de onderzoeksperiode een gewone baan hadden, tegenover 20 à 30% van de deelnemers aan conventionele arbeidsinterventies. Verder blijkt dat deelnemers ook op de lange termijn, tien jaar na de start met IPS, aan het werk blijven, vaak met een stijgende lijn in hun carrière. Van groot belang is dat het IPS-model de beste resultaten oplevert als het 'volgens het boekje' wordt toegepast: dan zullen meer cliënten aan het werk komen en blijven. Momenteel loopt de eerste multisite effectstudie naar IPS in Nederland. Deze studie richt zich op volwassenen met ernstige psychische problemen (dus niet op jongeren). De eerste resultaten zijn positief.

Veelbelovend is ook de introductie van IPS bij mensen met een eerste psychose. Daarvoor moet IPS wel enigszins worden aangepast aan deze doelgroep. Omdat jonge cliënten vaak eerst een studie willen oppakken, geldt 'studeren' bij deze groep als tweede uitkomstmaat. Ook wordt veel waarde gehecht aan de bijdragen van de familie aan de loopbaan van de deelnemers. Kleine effectstudies in de Verenigde Staten, Australië en Engeland laten zien dat IPS voor deze groep tot goede resultaten leidt. Inmiddels zijn ook in Nederland enkele VIP-teams met IPS begonnen.

Vanwege de overtuigende wetenschappelijke evidentie wordt IPS aanbevolen in de Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie (update in 2010) en in het protocol schizofrenie voor verzekeringsgeneeskundigen (2008). Toch wordt IPS in Nederland nog niet op grote schaal toegepast. Vergelijken met de andere aanbevolen psychosociale interventies is IPS wellicht nog het minst geïmplementeerd in de afgelopen vijf jaar. Hoe is dat mogelijk?

Belemmeringen bij arbeidsintegratie van de doelgroep

Al in de periode 2003–2005 werd een implementatieonderzoek naar IPS in Nederland uitgevoerd. Daaruit bleek dat IPS ook in ons land wel degelijk toepasbaar is en succesvol kan zijn. Maar daarvoor moet wel aan een aantal voorwaarden zijn voldaan, zoals een passende financiering en regelgeving, een scholings- en trainingsaanbod op het gebied van IPS, gerichte ondersteuning en effectief leiderschap bij de implementatie, goede samenwerking met alle betrokken partijen en instanties en het monitoren van de modelgetrouwe toepassing en resultaten van iedere IPS-praktijk.

Op dit moment, ruim vijf jaar later, zijn deze voorwaarden nog maar deels gerealiseerd. Hierna bespreken we de factoren die de arbeidsintegratie van mensen met ernstige psychische problemen belemmeren, inclusief de barrières voor de implementatie van IPS. Bij alle partijen kunnen zich barrières voordoen: bij mensen met ernstige psychische problemen zelf, hun familie, GGZ-instellingen, financierende instanties en bij werkgevers.

Belemmeringen bij de doelgroep

Vanwege perioden van ziekte, behandeling en opnames staan vele mensen met ernstige psychische problemen al jaren buiten het arbeidsproces. Er zijn tekorten ontstaan in gezondheid, veerkracht, ervaring, vertrouwen en vaardigheden waardoor zij (nog) niet aan de productiviteitseisen en stressoren van een baan kunnen voldoen. Bovendien hebben velen door hun gezondheidsproblemen hun opleiding niet kunnen afmaken.

Vaak beschikt men niet over de startkwalificaties voor een plaats op de arbeidsmarkt.

Mensen met ernstige psychische problemen kunnen dus velerlei redenen hebben om (nog) niet aan een reguliere baan te beginnen. Velen zijn ambivalent over werkhervatting. Het confronteert hen namelijk met hun eerdere falen op de arbeidsmarkt en dit bedreigt hun toch al wankel zelfbeeld. Ook is er angst voor ernstige terugval in psychische problematiek. Daarnaast solliciteren velen niet meer vanuit de verwachting dat zij vanwege hun psychiatrische achtergrond door werkgevers zullen worden afgewezen (geanticiperde discriminatie) en dat verzekeringsartsen, sociale dienst-consulenten hun arbeidswensen niet altijd serieus nemen. Die angst is soms op eigen negatieve ervaringen gebaseerd, maar vaker nog op die van medeciënten of op verwachtingen over hoe men in onze samenleving op psychiatrische patiënten reageert. Ook wordt hen door hulpverleners en familieleden vaak afgeraden om überhaupt nog aan betaald werk te denken. Voorts is er de angst dat zij door herintrede in het arbeidsproces hun uitkering definitief verliezen. Tot slot zijn zij vaak niet op de hoogte van arbeidsintegratiemodellen zoals IPS en wat deze voor hen kunnen betekenen.

Zowel de weerstanden en angsten die arbeidsintegratie oproept als de onbekendheid met effectieve vormen van ondersteuning, treffen we dikwijls ook aan bij hun familieleden. Vooral uit angst voor ernstige terugval en crises, en voor het verlies van de uitkering, zijn velen geneigd de cliënt af te raden om aan het werk te gaan.

Moeizame implementatie in GGZ-instellingen

Veruit de meeste GGZ-instellingen in Nederland hebben IPS nog niet geïmplementeerd. Sommige GGZ-managers zijn überhaupt niet geneigd om veel in arbeidsintegratie te investeren, omdat dit niet (meer) tot de kerntaken van de GGZ zou behoren. Zij worden hierin gesterkt door het ontbreken van financiering voor arbeidintegratie in het kader van de zorgverzekeringswet. Anderen willen wel investeren, maar houden vaak ineffectieve arbeidsprogramma's in stand. Kiest men voor IPS, dan vormen de aanloop- en exploitatiekosten vaak een struikelblok.

IPS 'werkt' het beste in ambulante GGZ-teams waarin het bevorderen van het (maatschappelijk) herstel van cliënten het leidende principe is. In de huidige praktijk worden cliënten echter in hun werkwensen dikwijls ontmoedigd door hun hulpverleners, die bang zijn dat betaald werk de psychische gezondheid ondermijnt. Bij menige GGZ-professional ontbreekt de overtuiging dat cliënten wel degelijk een betaalde baan aankunnen. Dit is één van de belangrijkste belemmeringen voor de arbeidsintegratie. Hierin lijkt wel een cultuuromslag gaande, maar die voltrekt zich vooralsnog langzaam.

Hoewel veel trajectbegeleiders in de GGZ enthousiast zijn over IPS, ervaren anderen het als een van buitenaf opgelegde verandering; zij vatten de invoering van IPS op als kritiek op hun eigen werkwijze ('wat er goed aan is, is niet nieuw, en wat er nieuw aan is, is niet goed'). Trajectbegeleiders en andere hulpverleners die wel enthousiast over IPS zijn, kunnen er vaak niet mee beginnen omdat de randvoorwaarden ontbreken, zoals voldoende tijd om IPS te implementeren, afspraken over financiering van trajecten en een goede verdeling van taken en verantwoordelijkheden. Zo moeten GGZ-teams eraan wennen dat arbeidsintegratie van cliënten niet geheel naar de IPS-trajectbegeleider moet worden gedelegeerd. IPS vereist een teamaanpak, waarin ook andere leden van het GGZ-team, ieder vanuit de eigen discipline, belangrijke bijdragen moeten leveren.

Tot slot zijn trajectbegeleiders met een GGZ-achtergrond wel gewend om met hun cliënten over arbeidsmogelijkheden te praten, maar zien zij er vaak tegenop om werkgevers en reïntegratieinstanties actief te benaderen. In het scholingsaanbod moet hieraan aandacht worden besteed. Een andere manier om dit tekort op te heffen is te streven naar een mix van trajectbegeleiders: zowel trajectbegeleiders uit de zorg als uit de reïntegratiewereld. Zo worden cultuurverschillen tussen beide werelden al deels overbrugd en worden de deskundigheden uit beide sectoren van meet af aan goed benut.

Financiering en regelgeving sluit niet goed aan bij IPS

Continuïteit in de ondersteuning is een eerste vereiste voor een succesvol IPS-traject. De financiering van zo'n traject is echter problematisch en vaak ontoereikend. Belangrijkste belemmering is de verbrokkelde financiering van de ondersteuning in het grensgebied van zorg en participatie. Ook worden reïntegratiemiddelen in de praktijk niet zomaar ingezet voor minder kansrijk geachte uitkeringsgerechtigden, de groep waarop IPS bij uitstek is gericht.

Voor de IPS-praktijk bestaat geen eenduidige financiering; middelen moeten uit meerdere bronnen bij elkaar worden gebracht. Nu zijn de financieringsmogelijkheden van arbeidsintegratie vanuit de zorgwetten – ZVW en AWBZ – sterk afgenomen.

GGZ-managers streven daarom naar financiering vanuit de reguliere re-integratieregelingen. Regelingen en voorzieningen voor reïntegratie van werkzoekenden maken deel uit van de wettelijke kaders rond arbeidsongeschiktheid, werkloosheid en bijstand. Voor de Wet Werk en Bijstand is de gemeente het aanspreekpunt, voor de overige wettelijke regelingen (WAO, WIA,

Wajong en WW) is dat het UWV. Voorts speelt de private sector van reïntegratiebedrijven een grote rol. Zij zijn, in opdracht van voornoemde partijen, de uitvoerders van arbeidsintegratietrajecten. Ondersteuning bij reïntegratie kan drie vormen aannemen: a. ondersteuning in natura bij voorbereiden op en vinden van werk (arbeidsactivering en -toeleiding); b. financiële tegemoetkoming voor inkopen van de benodigde ondersteuning; c. begeleiding of ondersteuning op de werkplek.

Problematisch in de IPS-praktijk is vooral de financiering van het voortraject, waarin een zorgvuldige analyse moet plaatsvinden van de wensen en mogelijkheden van de cliënt. Vanuit de zorgwet is die financiering lastig, omdat zo'n voortraject niet gericht is op 'zorg of behandeling', maar op ondersteuning bij participatie. Maar ook vanuit de reïntegratiewetten is de financiering moeilijk, omdat de voortrajecten beschouwd worden als voorbereidingen op de feitelijke reïntegratietrajecten en daarmee buiten de financieringskaders vallen. In de praktijk worden deze problemen soms met kunst- en vliegwerk opgelost, maar feitelijk is er sprake van een 'gat' in de financieringsketen.

Verder voorzien de wettelijke kaders in de praktijk nauwelijks in de financiering van doorlopende begeleiding. Als wel financiering wordt gevonden, is deze doorgaans ontoereikend om intensieve begeleiding te kunnen bieden. Bovendien moeten cliënten soms lang wachten op een volgende stap, en krijgen te maken met nieuwe begeleiders of nieuwe (assessment-)procedures of toelatingscriteria.

Bovendien, als een cliënt eenmaal in een betaalde baan geplaatst is, wordt ondersteuning bij het vinden van een nieuwe, passender baan zelden gefinancierd. Zodra een cliënt uitvalt of op zoek wil naar een andere, passender baan (hetgeen zich juist in een IPS-praktijk vaak zal voordoen omdat het als een stap in de goede richting wordt gezien), moet een nieuw traject worden gestart. Dit brengt extra regelwerk met zich mee, en zorgt voor vertraging en onzekerheden in het arbeidsintegratietraject.

Complicerende factor is soms ook dat reïntegratieondersteuning steeds minder in de vorm van complete trajecten en steeds vaker 'modulair' wordt ingekocht: bijvoorbeeld een apart pakket sollicitatietrainingen, bij een ander bedrijf een pakket jobcoaching, etcetera. Dit belemmert de financiering van IPS, waarin integraliteit en continuïteit juist de leidende principes zijn. Ook het gegeven dat UWV en gemeenten steeds vaker de regie in de uitvoering op zich willen nemen, heeft consequenties, bijvoorbeeld wanneer die regie overgenomen wordt van een trajectbegeleider vanuit de GGZ.

Een belangrijk aandachtspunt is verder de samenhang tussen de ondersteuning bij arbeidsintegratie en de hulp die cliënten op andere terreinen ontvangen. Mede door de verbrokkelde financiering en verantwoordelijkheden, maar ook door cultuurverschillen, is die samenhang soms lastig te realiseren. Dat is belemmerend voor invoering van IPS, waarbij immers het uitgangspunt geldt dat de ondersteuning op verschillende terreinen zoveel mogelijk binnen één team geïntegreerd moet worden. Hoewel deze aanpak effectief is gebleken, bestaat er nog geen eenduidige en afdoende financiering voor.

Integratie van wettelijke kaders nog niet gerealiseerd

IPS staat dus voor een integrale benadering van de arbeidsintegratie van mensen met ernstige psychische problemen. In dat kader zien we, zij het op bescheiden schaal, inventieve samenwerkingsvormen ontstaan. Sommige instellingen pogen duidelijke regieafspraken met elkaar

te maken. Soms worden medewerkers van GGZ-instellingen gedetacheerd bij reïntegratiebedrijven en andersom. En UWV en gemeenten nemen niet alleen steeds meer regietaken op zich, maar zijn ook geneigd om vaker externe expertise rond de ondersteuning van bijzondere doelgroepen in te roepen. Om dergelijke samenwerkingsvormen tot een duurzaam succes te maken, moeten de betreffende wettelijke kaders worden geïntegreerd.

Complicerende factor daarbij is de spreiding en daarmee 'verdamping' van taken en verantwoordelijkheden over een groot aantal partijen. De belangstelling voor samenwerking rond de doelgroep is mede daardoor niet altijd even groot.

Commitment vanuit de GGZ, gemeenten en het UVW op bestuurlijk niveau, hierin gestimuleerd door de respectievelijke ministeries, lijkt de belangrijkste voorwaarde om de beschikbare middelen gericht en effectiever in te zetten voor de arbeidsparticipatie van mensen met psychische problemen. Dat commitment is mede nodig om de rijksoverheid gezamenlijk te attenderen op benodigde aanpassingen in regelgeving en toewijzing van middelen.

Om de mogelijkheden tot integratie van wettelijke financieringskaders te onderzoeken zijn de ministeries van VWS en van SZW een pilot gestart waarin het persoonsgebonden budget AWBZ en het budget voor de toegekende WIA-voorzieningen zijn samengevoegd tot één budget. Daarmee mogen cliënten zelf de nodige zorg, ondersteuning en werkvoorzieningen inkopen. Het budget is zo ingericht dat er geen schotten staan tussen verschillende voorzieningen waardoor uitruil tussen het zorg- en het werkdeel mogelijk is. Omdat de pilot tot medio 2010 loopt, zijn de resultaten nog niet bekend.

Resumerend zijn er in het huidige stelsel van zorg en arbeidsintegratie nog vele belemmeringen voor de implementatie van IPS. Enerzijds maken aanbieders en financiers nog onvoldoende gebruik van de mogelijkheden die de regelgeving en de beschikbare middelen al wel bieden. Anderzijds is de bestaande regelgeving nog onvoldoende flexibel en zijn de beschikbare middelen ontoereikend. Bovendien ontbreekt het aan een goede bestuurlijke en organisatorische infrastructuur voor de arbeidsintegratie van mensen met ernstige psychische problemen. Dat geldt niet alleen voor de ondersteuning bij het vinden en behouden van werk op zich, maar ook voor de landelijke implementatie van de bewezen effectieve modellen zoals IPS.

Belemmeringen aan werkgeverskant

'Snel zoeken naar een betaalde baan' is een belangrijk principe van effectieve arbeidintegratie. Hiermee wordt geprobeerd om langdurige voorbereidingstrajecten zonder concreet uitzicht op een betaalde baan te voorkomen, en om zo snel mogelijk de financiële, psychologische en sociale voordelen van een betaalde baan te benutten. Snelle plaatsing is echter niet alleen afhankelijk van de intenties van ondersteunende instellingen, maar ook van beschikbare arbeidsplaatsen en de bereidheid van werkgevers om mensen met ernstige psychische problemen in dienst te nemen.

Enerzijds zijn werkgevers nog steeds terughoudend als het gaat om het aannemen van mensen met een psychische beperking. Anderzijds lijkt het werkgeversklimaat aan het veranderen: steeds meer werkgevers staan wel open om mensen met psychische problemen aan te stellen. Probleem is wel dat Nederland, in tegenstelling tot bijvoorbeeld de Verenigde Staten, relatief weinig betaalde banen op instapniveau kent, oftewel banen waarin relatief lage eisen aan werknemers worden gesteld.

Aandacht voor de omgeving en voor de werkgever en collega's op de werkplek, is een belangrijke vereiste voor succesvolle ondersteuning bij arbeidsintegratie. Maar juist de financiering voor

begeleiding op de werkplek is nog problematisch. Dit impliceert dat ook gewenste aanpassingen in de werkomgeving en de ondersteuningsbehoeften van werkgevers en collega's nog sterk onderbelicht zijn gebleven.

Naar een plan van aanpak voor de komende jaren

Praktijkervaringen en onderzoeksbevindingen laten zien dat succesvolle arbeidsintegratie van mensen met ernstige psychische problemen zeer wel mogelijk is. Maar in de praktijk zijn geslaagde trajecten nog teveel afhankelijk van het doorzettingsvermogen van individuele werkzoekenden en de bevologenheid en het vakmanschap van individuele professionals.

Hier is de kanttekening op z'n plaats dat modelgetrouwe toepassing van IPS alleen mogelijk is als mensen met ernstige psychische aandoeningen ambulante GGZ-zorg (willen) ontvangen. Dit is echter bij ongeveer eenderde van de groep niet het geval.

Ook voor deze groep is het zaak om een *best practice* op het gebied van arbeidsintegratie te ontwikkelen (waarin werkzame elementen van IPS zoveel mogelijk een plaats krijgen) en om deze modellen op hun effecten te onderzoeken.

Vooralsnog zal het beoogde plan van aanpak vooral gericht zijn op de landelijke implementatie van IPS. Wat is er nodig om de komende jaren meer mensen met ernstige psychische aandoeningen via IPS aan de gewenste betaalde baan te helpen?

Met deze vraag en de uitwerking daarvan in een plan van aanpak zal een landelijke werkgroep worden belast, waarin de belangrijkste uitvoerende en belanghebbende partijen zullen participeren. Op de werkconferentie op 23 juni a.s. worden alle deelnemers uitgenodigd om bij te dragen aan de concrete uitwerking van het plan van aanpak en om suggesties te leveren voor de praktische uitvoering ervan.

Juni 2010,

- *Kenniscentrum Phrenos*
- *Project Herstel en Burgerschap*
- *UWV WERKbedrijf*

Literatuur

Commissie Arbeidsparticipatie (2008). Naar een toekomst die werkt. Den Haag: Ministerie voor SZW.

Erp, v.N.H.J. & H. Michon (2008). Integratie van mensen met ernstige psychische stoornissen in betaald werk. In A.Plooy, S.v.Rooijen, & J.v.Weeghel (red.), Psychiatische rehabilitatie: Jaarboek 2008-2009 (pp. 143-154). Amsterdam: SWP.

Hoebink, F. & Van Weeghel, J. (2003). Re-integratie van mensen met psychische problemen op de arbeidsmarkt. Knelpunten in organisatie en wet- en regelgeving. Utrecht: Trimbos-instituut. Interne notitie.

Hoof, F. v., Ketelaars, D., Weeghel, J.v. (2008): Dac in. Dac uit. Longitudinaal onderzoek naar bezoekers van dagactiviteitencentra. Utrecht: Trimbos-instituut.

Hoof F. v., Geelen, K., Rooijen, S.v., Weeghel, J.v. (2004). Meedoen. Maatschappelijke ondersteuning van mensen met psychische handicaps. Monitor vermaatschappelijking. Utrecht: Trimbos-instituut.

Hoof, F.v., Knispel, A., & Vijselaar, J. (2009). Nieuwe financieringskaders voor de GGZ: Trendrapportage GGZ 2009 Themarapportage. Utrecht: Trimbos-instituut.

Hoof, F. v., Knispel, A. e.a.. Trendrapportage GGZ 2010 in voorbereiding. Utrecht: Trimbos-instituut.

Kenniscentrum Rehabilitatie en Trimbos-instituut (2006). Individual Placement and Support (IPS) Arbeidsreintegratie met de beste papieren. Studietoelichting 30 maart 2006. Utrecht: Kenniscentrum Rehabilitatie/Trimbos-instituut.

Kolenberg, A. (2009). Werk in behandeling: Onderzoek naar aandacht voor arbeidsparticipatiemogelijkheden van jongeren met een psychiatrische stoornis. Utrecht/ Nieuwegein: LPGGz/Crossover.

Koning, J., Gravesteijn-Ligthelm, J., Gelderblom, A., Tanis, O., & Maasland, E. (2008). Reïntegratie door gemeenten: zelf doen, uitbesteden of samenwerken? Rotterdam:SEOR.

Lochy, R., Weeghel, J.v., & Hasker, J. (2008). Individual Placement en Support (IPS): hoe doe je dat? Tijdschrift voor Rehabilitatie, 3,46-55.

Michon, H. & Weeghel, J.v. (2003). Effectieve Arbeidsrehabilitatie. In: Schene, A.H., Boer, F., Heeren, T.J., Henselmans, H.W.J. e.a.. Jaarboek voor psychiatrie en psychotherapie 2003-2004. Houten: Bohn Stafleu Van Loghem.

Michon, H. & Weeghel, J.v. (2008). Rehabilitatieonderzoek in Nederland: Overzicht van onderzoek en synthese van bevindingen in de periode 2000 - 2007. Utrecht: Trimbos-instituut / Kenniscentrum Rehabilitatie.

Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (2008b). Plan van Aanpak Re-integratie. Den Haag: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

Smits, C., Kroon, H., Hoof, F.v. (2009). Zorg- en leefsituatie van mensen met ernstige psychische stoornissen. Informatie uit regionale zorgmonitors. Utrecht: Trimbos-instituut.

Weeghel, J. van, H. Michon, H. Kroon. Arbeidsrehabilitatie vanuit een GGZ-team. De betekenis van het Individual Placement and Support-model uit de Verenigde Staten. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 57 (2002), 936-949

Bijlage 2: Lijst van genodigden voor de werkconferentie IPS op 23 juni 2010.

Instelling	Naam	Functie
Altrecht GGz	Mieke van Dommelen	accountmanager en projectleider a.i. Altrecht Talent
AMC De Meren VIP-team	Debby Kamstra	IPS-medewerker / SPV
AMC De Meren VIP-team	Marij de Roos	jobcoach
AMC De Meren VIP-team	Willemijn de Blij	ervaringsdeskundige
AMC De Meren VIP-team	Hiske Becker	psychiater
Anoiksis	Mette Lansen	voorzitter
Boaborea	Elly Zeef	directeur Stichting Mind at Work
Boaborea	Ton van Trienen	bestuurslid
Casemanagement Groep B.V.	Monique van Doorn	directeur
Cedris	Heleen Heinsbroek	senior medewerker brancheorganisatie
Divosa	Caroline Urbanus	procesmanager
Federatie Maatschappelijke Opvang	Karen van Brunschot	sr. beleidsmedewerker / projectleider
Gemeente Utrecht	Martin Bluijs	Dienst Maatschappelijke Ontwikkeling
GGZ Nederland	Lilly Buurke	projectleider 'Herstel en Burgerschap'
GGz Noord-Holland Noord	Ellen Otto	IPS teamleider WNK bedrijven
GGz Noord-Holland Noord	Marijke van Putten	directeur behandelzaken
Kenniscentrum Phrenos	Fons van de Kar	programmacoördinator
Kenniscentrum Phrenos	Marcel van der Wal	programmacoördinator
Kenniscentrum Phrenos	Eleonoor Willemsen	programmacoördinator
Kenniscentrum Phrenos	Jaap van Weeghel	directeur
Kenniscentrum Phrenos	Ylonka van de Bunt	office manager
Kenniscentrum UWV	Ed Berendsen	senior kennisadviseur
Kenniscentrum UWV	Henny Mulders	senior kennisadviseur

KLM Catering Service	Jacques Blaauw	managing director
Labyrint - In Perspectief	Sanne Schenkan	vrijwilliger / belangenbehartiger
Landelijk Platform GGZ	Annemarie Kolenberg	senior projectmedewerker
Landelijk Platform GGZ	Margriet Paalvast	beleidsmedewerker Familiebeleid, werk en inkomen
Leo Kannerhuis Nederland	Diana Rodenburg	manager opleiden R&D, arbeidsparticipatie
Ministerie van OCW	Jeroen Stok	beleidsmedewerker Jeugd, onderwijs en zorg
Ministerie van SZW directie Inkomensverzekeringen & -voorzieningen	Victor Sannes	Afdelingshoofd
Ministerie van SZW directie Inkomensverzekeringen & -voorzieningen	Henk Jan Grotenhuis	beleidsmedewerker
Ministerie van SZW directie Re-integratie en Participatie	Ingrid Bakker	beleidsmedewerker
Ministerie van SZW directie Re-integratie en Participatie	Marjolein Zwart	beleidsmedewerker
Mondriaan Zorggroep Integrale zorg Parkstad/Maastricht	Jacintha Geerkens	projectleider Werk 2000
Nederlandse Vereniging voor Autisme	Marjolein Schipper	beleidsmedewerker
Rehabilitatie '92	Lies Korevaar	directeur
Rob Giel Onderzoekcentrum UMCG	Jooske van Busschbach	senior onderzoeker
Rob Giel Onderzoekcentrum UMCG	Durk Wiersma	hoogleraar klin. epidemiologie psychiatr. stoornissen
SBCM	Arjan van der Borst	senior beleidsmedewerker
SLKF	Rita van Maurik	bestuurslid, secretaris
Stichting Recovery Nederland	Auke van Dijk	Bestuursvoorzitter
Stimulansz	Hanneke Bakker	Beleidsadviseur
Track	Cherish Ismaïl	Jobcoach
Track	Robin van Nieuwenhuizen	Directeur
Tranzo	Hanneke van Gestel	Onderzoeker
Trimbos-instituut	Harry Michon	sr. wetenschappelijk medewerker Reïntegratie
Trimbos-instituut	Aafje Knispel	Onderzoeksmedewerker
Trimbos-instituut	Hans Kroon	programmahoofd Reïntegratie
Universitair Centrum Psychiatrie UCG	Dolinda van der Meer	projectleider IPS

UWV	Saskia Quanjer	Verzekeringsarts
UWV Eindhoven	Margriet van Heugten	Stafverzekeringsarts
UWV Regio NW	Nico Croon	regio staf verzekeringarts
UWV WERKbedrijf	Peter van Baaren	Stafarbeidsdeskundige
UWV WERKbedrijf	Erik Voerman	Projectmanager
VAC	Frans Hoebink	Directeur
Vereniging van Nederlandse Gemeenten	Marianne Schrijver	hoofd Werk en Inkomen
VNO-NCW / MKB Nederland	Rob Slagmolen	secretaris beleidsteam Arbeidsvoorwaarden/Arbeidsmarkt
WerkConnect U.A.	Peter Geilen	Directeur
WNK Re-integratie	Chantal Jonker	manager Re-integratie
Ypsilon	Annemarie Hannik	beleidsmedewerker Zorgverbetering
Ypsilon	Marja Hasert	Voorzitter
-	Piet Verbraak	dagvoorzitter