



Gezondheid en participatie

Een verkennende studie naar de rol van gezondheid van vergunninghouders bij de gemeentelijke dienstverlening richting werk en participatie

- EINDRAPPORT -

Auteurs

Bertine Witkamp (Regioplan)
Jeanine Klaver (Regioplan)
Inge Razenberg (Verwey Jonker Instituut)
Marjan de Gruijter (Verwey Jonker Instituut)
Barbara Panhuijzen (Movisie)
Sanneke Verweij (Movisie)



kennis en aanpak van
sociale vraagstukken



Amsterdam, 24 januari 2019
Publicatienr. 17060

© 2019 Regioplan. Onderzoek uitgevoerd met een subsidie van ZonMw in het kader van het programma Vakkundig aan het Werk 'Kennisonwikkeling interventies gericht op vergunninghouders' in samenwerking met de gemeenten Amersfoort, Amsterdam en Katwijk

Het gebruik van cijfers en/of teksten als toelichting of ondersteuning in artikelen, scripties en boeken is toegestaan mits de bron duidelijk wordt vermeld. Niets uit deze uitgave mag worden veeleenvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand en/of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere manier zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van Regioplan. Regioplan aanvaardt geen aansprakelijkheid voor drukfouten en/of andere onvolkomenheden.

Inhoudsopgave

Voorwoord	4
1 Inleiding	1
1.1 De rol van gezondheid in integratie en (arbeids)participatie: een beknopte verkenning van de literatuur	1
1.2 Doelstelling en opzet van het onderzoek	3
1.3 Leeswijzer	5
2 Gezondheid en participatie: inzichten vanuit de praktijk in drie gemeenten	7
2.1 Drie gemeenten in beeld	7
2.2 Keuzes over de inrichting van trajecten: overeenkomsten en verschillen	9
2.3 Ervaring van de vergunninghouders	10
2.4 Knelpunten en dilemma's bij de begeleiding van vergunninghouders met gezondheidsproblemen	11
2.5 Randvoorwaarden en succesfactoren	12
2.6 Tot slot	14
Geraadpleegde literatuur	16
Bijlage 1 – Overzicht respondenten	18
Bijlage 2 – Gemeenterapport Amersfoort	19
Beleidscontext	19
Inrichting van de uitvoering: werkwijze trajectbegeleiders NVA	22
Uitvoeringspraktijk	24
Conclusie	32
Bijlage 3 – Gemeenterapportage Amsterdam	35
Beleidscontext	35
Inrichting van de uitvoering	38
Uitvoeringspraktijk	40
Conclusie	48
Bijlage 4 – Gemeenterapportage Katwijk	51
Beleidscontext	51
Inrichting van de uitvoering	57
Uitvoeringspraktijk	58
Samenvatting	63

Voorwoord

Gezondheid speelt een belangrijke rol bij de arbeidsmarktpositie van vergunninghouders. Aan de ene kant omdat werkloosheid negatieve effecten kan hebben op de gezondheid. Aan de andere kant kan gezondheid een belemmering zijn voor het vinden van betaald werk: mensen met gezondheidsproblemen nemen over het algemeen minder deel aan (betaald) werk. Voor gemeenten is het echter vaak moeilijk om een goede inschatting te maken van de gezondheidssituatie van een vergunninghouder en wat dit vervolgens betekent voor de inrichting van het traject richting werk en participatie. Er is nog weinig bekend over hoe professionals keuzes maken voor bepaalde trajecten en de ondersteuning die zij daarbij nodig hebben. In het kader van het onderzoeksprogramma 'Vakkundig aan het werk' heeft ZonMw in december 2017 daarom een subsidie verstrekt voor een verkennende studie naar de rol van gezondheid van vergunninghouders bij de gemeentelijke dienstverlening richting werk en participatie.

Dit onderzoek is in gezamenlijkheid uitgevoerd door RegioPlan, Movisie, het Verwey-Jonker Instituut en Pharos en vond plaats in de gemeenten Amersfoort, Amsterdam en Katwijk. Op basis van documentstudie, interviews en groepsgesprekken is een inventarisatie gemaakt van de beleids- en uitvoeringspraktijk in deze gemeenten. Het onderzoek heeft geresulteerd in de voorliggende onderzoeksrapportage en een [praktijkhandleiding voor professionals in de uitvoering](#).

Dit onderzoek is tot stand gekomen met behulp van de medewerking van verschillende personen. We willen in de eerste plaats de beleidsmedewerkers en uitvoerende professionals in de drie gemeenten bedanken voor hun bereidheid om hun kennis en ervaringen met ons te delen. Ook bedanken we de vergunninghouders voor hun bereidwilligheid om met ons te spreken over hun gezondheidssituatie en hun ervaringen met de gemeentelijke trajecten.

Het onderzoek is begeleid door een projectgroep waarin vertegenwoordigers vanuit de drie onderzoeksgemeenten en de doelgroep (vergunninghouders) zitting namen. Ook hen danken wij voor hun kundige en prettige inbreng gedurende het onderzoekstraject.

Amsterdam, 11 januari 2019

Jeanine Klaver
projectleider



Inleiding

1

1 Inleiding

Als gevolg van de snelle toename van het aantal vluchtelingen in de periode 2014-2015 hebben gemeenten in de afgelopen periode actief ingezet op het ontwikkelen en uitvoeren van integratie- en/of arbeidstoeleidingstrajecten voor vergunninghouders. De verwachting is dat deze groep zonder extra aandacht moeilijk de weg naar de arbeidsmarkt zal weten te vinden. Gezondheid speelt een belangrijke rol bij de arbeidsmarktpositie van vluchtelingen. Aan de ene kant is dat omdat werkloosheid negatieve effecten kan hebben op de gezondheid; aan de andere kant omdat gezondheid een belemmering kan zijn voor het vinden van betaald werk.

Voor gemeenten is het moeilijk om een goede inschatting te maken van iemands psychische en fysieke gezondheid. Wanneer kan iemand werken en op welk moment is er eerst een zorgtraject nodig? En hoe is de invloed van gezondheid te monitoren, ook tijdens trajecten? Bekend is dat gezondheid een rol speelt bij de begeleiding van vergunninghouders door gemeenten, maar er is weinig kennis over besluitvormingsprocessen van klantmanagers/trajectbegeleiders en de ondersteuning die zij nodig hebben om keuzes voor specifieke trajecten (en veranderingen in trajecten) te maken. Om meer inzicht te krijgen in de rol van gezondheid in de gemeentelijke dienstverlening richting werk en participatie heeft ZonMw in het kader van het programma 'Vakkundig aan het werk' een subsidie beschikbaar gesteld voor een verkennend onderzoek naar deze problematiek in drie gemeenten, te weten Amersfoort, Amsterdam en Katwijk.

In dit inleidende hoofdstuk geven we op basis van een beknopte literatuurverkenning eerst een nadere achtergrondschets van de gezondheidsvraagstukken die spelen bij vergunninghouders. Daarna volgt een beschrijving van de doel- en vraagstelling en een toelichting op de opzet van het onderzoek.

1.1 De rol van gezondheid in integratie en (arbeids)participatie: een beknopte verkenning van de literatuur

Wisselwerking gezondheid en participatie

Gezondheid is een belangrijke factor als het gaat om de mogelijkheden van vergunninghouders om een plek op de arbeidsmarkt te verwerven. Er bestaat een wisselwerking tussen gezondheid en participatie. Aan de ene kant kan een slechte psychische of fysieke gezondheid een belemmering zijn voor het vinden van betaald werk: mensen met gezondheidsproblemen nemen over het algemeen minder deel aan (vooral) betaald werk. Aan de andere kant kan werkloosheid negatieve effecten hebben op de gezondheid. Zo kan langdurige inactiviteit in opvanglocaties (mentale) gezondheidsproblemen (Bakker, 2015) en passiviteit (ACVZ, 2013) veroorzaken. Het doen van werk, vrijwilligerswerk of deelname aan maatschappelijke activiteiten draagt bij aan de verbetering van de (mentale) gezondheid van vluchtelingen (Lamkaddem et al., 2014; Ruijsbroek & Droomers, 2008; Gezondheidsraad, 2016; Harbers & Hoeymans, 2014).

In relatie tot vergunninghouders wordt regelmatig gebruikgemaakt van het begrip van positieve gezondheid (Huber et al., 2011). Gezondheid wordt binnen de positieve gezondheid opgevat als het vermogen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven (Huber et al., 2011 in RIVM, 2014). Het concept onderscheidt zes dimensies van gezondheid: (1) lichaamsfuncties, (2) mentaal welbevinden, (3) zingeving, (4) kwaliteit van leven, (5) sociaal maatschappelijke participatie, (6) dagelijks functioneren. Juist voor vergunninghouders, die heel wat uitdagingen ondervinden, kan deze definitie aansluiten omdat het niet louter op gezondheid pur sang focust, maar op die aspecten die van invloed zijn op gevoelens van en omgang met gezondheid. In het briefadvies 'Geestelijke gezondheid van vluchtelingen' beargumenteert de Gezondheidsraad (2016) dat de nieuwe, dynamische definitie van positieve gezondheid bij uitstek van toepassing is op de geestelijke gezondheid van vluchtelingen. Conditie in het land van aankomst zoals een sociaaleconomische status, taalvaardigheid en sociale netwerken spelen (mogelijk) een rol in de geestelijke gezondheid van vluchtelingen.

De gezondheidssituatie van vergunninghouders

Uit onderzoek blijkt dat de fysieke, psychische en ervaren gezondheid van vluchtelingengroepen¹ minder goed is vergeleken met autochtone Nederlanders (Dourelijn & Dagevos, 2011). Psychische gezondheidsproblemen komen het vaakst voor. Onder vluchtelingen heeft 13-25 procent last van PTSS of depressie (Gezondheidsraad, 2016), en ook angststoornissen komen regelmatig voor (Turrini et al. 2017). Naast psychische problemen hebben asielzoekers en vluchtelingen ook een hoger risico op bepaalde chronische ziekten (waaronder diabetes), ongunstige zwangerschapsuitkomsten en infectieziekten, vergeleken met andere inwoners van Nederland (Goosen, 2014).

Vanaf 2014 was het meest voorkomende herkomstland van asielzoekers Syrië, gevolgd door Eritrea. (CBS, 2017). Recent onderzoek van het Sociaal en Cultureel Planbureau (Dagevos et al., 2018) onder Syrische vluchtelingen die tussen 1 januari 2014 en 1 juli 2016 een verblijfsvergunning hebben gekregen, toont aan dat veel Syriërs met psychische gezondheidsproblemen kampen: 41 procent van de Syriërs kan als psychisch ongezond worden aangemerkt. Ze zijn bijvoorbeeld vaak zenuwachtig, somber en neerslachtig. Ter vergelijking: onder de algemene bevolking in Nederland ligt dit percentage rond de 13 procent.

Andere bevindingen zijn dat 63 procent van de Syrische mannen rookt (26% van de Syrische vrouwen), dat het alcoholgebruik onder zowel mannen als vrouwen laag is en dat bijna de helft van de Syrische mannen en vrouwen overgewicht heeft. Vrouwen, ten slotte, ervaren vaker beperkingen in hun dagelijkse bezigheden dan mannen: 35 procent van de vrouwen en 24 procent van de mannen zegt dat hij/zij door lichamelijke gezondheid of door pijn bepaald werk of bepaalde bezigheden niet kon doen (Dagevos et al., 2018).

Gevraagd naar ervaren gezondheid dan valt op dat de ervaren gezondheid van Syrische vergunninghouders sterk daalt naarmate zijn ouder zijn. Over het algemeen ervaart 73% van de mannen en 69% van de vrouwen de eigen gezondheid als (zeer) goed. Voor Syriërs in de leeftijd tussen 35-44 jaar is de ervaren gezondheid gedaald naar 61%, en ook het aantal chronische aandoeningen neemt sterk toe met de leeftijd. Voor psychische gezondheid zijn dergelijke verschillen in leeftijd niet te vinden (Dagevos et al., 2018).

Over de gezondheidssituatie van recente Eritrese vergunninghouders zijn geen kwantitatieve gegevens. Wel tonen verschillende verkennende onderzoeken aan dat ook bij deze groep gezondheidsproblemen veelvuldig voorkomen. Eritrese vergunninghouders kampen met in Nederland ongebruikelijke aandoeningen, zoals de infectieziekten scabiës, malaria, tbc en hepatitis. Ook liggen er veel gezondheidsrisico's op het gebied van reproductieve en seksuele gezondheid (Ferrier et al. 2017 & Pharos, 2016). Er zijn signalen over seksueel geweld, seksueel misbruik, beperkt anticonceptiegebruik en hoge incidentie van abortussen, vrouwelijke genitale verminking, onvoldoende gebruik van de geboortezorg en een hoge prevalentie van ongeplande zwangerschappen (Jacob, 2018). Ook psychische en psychosociale problemen zoals stress, piekeren, slapeloosheid en nare dromen zijn een bron van zorg. Ten slotte spelen sociaal-maatschappelijke problemen zoals drankmisbruik, sociale isolatie en schulden een rol (Pharos, 2016), die ook weer van invloed zijn op de psychische gezondheidsproblemen (Ferrier et al., 2017).

De rol van gemeenten

Gemeenten zijn via de Participatiewet verantwoordelijk voor de ondersteuning van vergunninghouders bij het verwerven van een plaats op de arbeidsmarkt. Dit gaat niet vanzelf: van de vluchtelingen die al langer in Nederland zijn, heeft slechts 46 procent een betaalde baan, en vaak in flexibele, kleine contracten (Klaver et al., 2014). Van de recente vluchtelingen heeft gemiddeld 11 procent werk.² Meestal gaat dit om tijdelijke contracten en deeltijdwerk, veelvuldig in de horeca of uitzendbranche (CBS, 2018).

We weten dat gezondheidsproblemen een grote rol spelen in de uitvoeringspraktijk van klantmanagers/trajectbegeleiders die vergunninghouders naar de juiste trajecten richting werk of participatie (of

¹ In dit onderzoek zijn Afghaanse, Iraakse, Iraanse en Somalische vluchtelingengroepen onderzocht.

² Tweeënhalf jaar na het krijgen van een verblijfsvergunning

zorg) moeten begeleiden. Maar wat nog niet onderzocht is, is hoe zij hier precies mee omgaan. Hoe spelen (eventuele) gezondheidsproblemen een rol in deze keuzes en welke kennis en handvatten hebben deze professionals³ nodig om hier een keuze in te maken? Gemeenten vinden het moeilijk in te schatten wat de impact van gezondheidsproblemen is voor de bemiddeling richting werk (Razenberg et al., 2017), en zicht krijgen op gezondheidssituatie is moeilijk (Lamkaddem et al. 2013). Wanneer kan iemand werken en op welk moment is er eerst een zorgtraject nodig? En hoe is de invloed van gezondheid te monitoren, ook tijdens trajecten?

In dit onderzoek kijken we – naast de beleidscontext en ervaringen van vergunninghouders zelf – naar het besluitvormingsproces van de klantmanager/trajectbegeleider omtrent in te zetten trajecten. Spierts, Pelt, Van Rest & Verweij (2017, p. 7) definiëren in een onderzoek naar besluitvorming in het sociaal werk dit begrip als volgt: ‘onder professionele besluitvorming verstaan we de wijze waarop sociale professionals hun handelen inrichten, de keuzes die ze daarbij maken en hoe die keuzes tot stand komen.’ Het blijkt dat er verschillende factoren en actoren meespelen bij het nemen van besluiten, te weten: (1) de cliënt met voorkeuren, behoeften en wensen, (2) maatschappelijke opdracht en waarden, (3) de expertise en ervaring van de sociaal werker, (4) typen kennis en kennisbenutting en (5) organisatie en organisatorische context. Professionals moeten zich voortdurend verhouden tot deze (f)actoren, en deze tegen elkaar afwegen. Het afwegen van bovengenoemde factoren is een complex proces, mede omdat de (f)actoren niet eenduidig zijn en vaak zelfs tegenstrijdig.

1.2 Doelstelling en opzet van het onderzoek

Het doel van dit verkennende onderzoek is om inzicht te krijgen in de rol van gezondheid bij de keuze voor trajecten voor vergunninghouders richting werk en participatie. De centrale vraag voor dit onderzoek luidt:

Welke rol speelt gezondheid in het beleid en de praktijk van de gemeentelijke dienstverlening richting werk en participatie en wat zijn de ervaringen van de vergunninghouders hiermee?

Deze centrale vraag is uitgewerkt in een aantal deelvragen, te weten:

1. Hoe is het lokale gezondheidsbeleid ten behoeve van vergunninghouders vormgegeven?
2. Welke rol speelt gezondheid van de vergunninghouder in het besluitvormingsproces van de professionals (klantmanagers/trajectbegeleiders) omtrent in te zetten trajecten?
3. Hoe zijn trajecten voor vergunninghouders met gezondheidsproblemen opgebouwd?
4. Wat zijn de ervaringen van vergunninghouders met de gemeentelijke dienstverlening richting werk en participatie en de aandacht voor gezondheid hierbij?

Het onderzoek is uitgevoerd in Amersfoort, Amsterdam en Katwijk. De dataverzameling was voor alle drie deelnemende gemeenten hetzelfde en bestond uit:

- een verkenning van de gemeentelijke beleidscontext;
- een nadere analyse van de uitvoeringspraktijk;
- een werksessie voor het uitwisselen van ervaringen tussen de drie deelnemende gemeenten.

Wij beschrijven deze stappen achtereenvolgens. In de afzonderlijke gemeentelijke deelrapportages is in meer detail beschreven welke documenten er precies bestudeerd zijn en met wie er gesproken is (zie bijlagen 2, 3 en 4).

Verkenning van de gemeentelijke beleidscontext

Om de gemeentelijke beleidscontext in kaart te brengen, hebben we aanwezige beleidsdocumenten bestudeerd en in elk van de gemeenten enkele aanvullende diepte-interviews gehouden met betrokken

³ In deze rapportage gebruiken we afwisselend de termen begeleiders of professionals. Hiermee bedoelen wij de medewerkers bij gemeenten of uitvoeringsorganisaties die betrokken zijn bij de dienstverlening richting werk en participatie van vergunninghouders.

beleidsmedewerkers. Dit hebben we gedaan aan de hand van een analysekader waarin de volgende thema's zijn opgenomen:

- Visie op vraagstuk gezondheid in relatie tot participatie.
- Gezondheidsbeleid en re-integratiebeleid: aanwezige beleidsplannen, geformuleerde doelen, definitie van gezondheid, aandacht voor vergunninghouders in beleidsplannen omtrent gezondheid en aandacht voor gezondheid in beleidsplannen omtrent re-integratie van vergunninghouders.
- Organisatie: betrokken interne en externe partijen, vormgeving, samenwerking en afstemming tussen gezondheid en re-integratiebeleid.
- Inrichting van de uitvoering: opdracht aan professionals, training en deskundigheidsbevordering, handelingsvrijheid en beschikbaarheid van vormgeving specifiek aanbod.
- Dilemma's en aandachtspunten.

Met deze verkenning hebben we in elke gemeente onderzocht of en hoe er aandacht is voor gezondheid van vergunninghouders in het gezondheidsbeleid en in het re-integratiebeleid. Ook hebben we een beeld gekregen van de beleidscontext waarbinnen uitvoerders in de onderzochte gemeenten opereren en beslissingen nemen rondom de inzet van trajecten voor vergunninghouders.

Analyse van de uitvoeringspraktijk

Om vervolgens inzicht te krijgen in de rol van gezondheid in de beslissingen van professionals rondom het inzetten van trajecten voor vergunninghouders hebben we in iedere gemeente a) een focusgroep gehouden met uitvoerders en b) in iedere gemeente vier à vijf casussen van vergunninghouders bestudeerd.

a) focusgroep

Met de focusgroep met begeleiders hebben we in kaart gebracht hoe gezondheid meegenomen wordt in trajecten. Gespreksthema's waren: de visie op gezondheid, de signalering in de intakefase, de keuze voor het traject en de uitvoering van trajecten richting werk en participatie. Ook hebben we in de gesprekken stilgestaan bij welke factoren hierop van invloed zijn, zoals de expertise en de ervaring van professionals, beschikbare kennis en kennisbenutting, handelingsmogelijkheden, beleidscontext, de samenwerking met andere professionals op het gebied van zorg en welzijn en knelpunten en dilemma's bij de uitvoering.

Omdat we zicht wilden krijgen op praktijkervaringen en uitvoeringsdilemma's hebben we gekozen voor homogeen samengestelde focusgroepen bestaande uit alleen professionals betrokken bij de dienstverlening gericht op werk en participatie. Deelnemers konden zodoende vanuit dezelfde positie en perspectief reflecteren en uitwisselen over het onderwerp. De focusgroepen bestonden uit vier tot zes professionals.

b) casussen

In elke gemeente hebben we vier à vijf casussen geselecteerd van vergunninghouders die we nader bestudeerden. Het doel van deze casusstudies was om heel precies in kaart te brengen hoe in de praktijk gezondheid een rol speelt in de begeleiding naar werk of participatie.

Bij de selectie van casussen zochten we naar 'betekenisvolle' casussen van personen die richting werk of participatie worden begeleid en waarbij volgens de professionals sprake is van gezondheidsissues. We hebben aan professionals gevraagd casussen aan te leveren die aan dit selectie criterium voldoen en waarbij de vergunninghouder wilde meewerken aan het onderzoek. Gezondheidsissues konden van alles zijn; zowel psychische problematiek (zoals somberheid, slaapproblemen, stress) als lichamelijke klachten (zoals astma of rugproblemen) die invloed hebben op het traject richting werk en participatie. Vergunninghouders die kampen met ernstiger zorgklachten en waarbij (momenteel) geen sprake is van begeleiding naar participatie namen wij niet mee.

We hebben eerst, met toestemming van de statushouder, met de begeleider besproken. In dit interview brachten we in kaart voor welk traject er gekozen is en wat de overwegingen van de professional waren. We zijn expliciet ingegaan op het in kaart brengen van de gezondheid, het type traject en de keuze

hiervoor, en de begeleiding tijdens en verloop van het traject. Daarbij hebben we uitgebreid stilgestaan bij de overwegingen en de veronderstellingen van de professional ten aanzien van het ingezette traject en eventuele aanpassingen daarvan.

Vervolgens hebben we apart met de vergunninghouder gesproken om zicht te krijgen op het perspectief van de vergunninghouder op de gezondheidsproblemen, het gekozen traject en de ervaren wisselwerking tussen gezondheid en participatie. We hebben vluchtelingen gevraagd naar de activiteiten die zij momenteel in Nederland doen, in hoeverre zij zich belemmerd voelen door gezondheidsproblemen, of zij vinden dat zij voldoende hulp krijgen en of de gemeente (c.q. de begeleider) voldoende rekening houdt met hun gezondheid en persoonlijke situatie. Waar nodig hebben we voor de interviews met vergunninghouders meertalige interviewers of tolken ingezet. Dit was noodzakelijk om tot de gewenste verdieping te komen.

Bij de selectie van casussen hebben we gestreefd naar enige spreiding naar geslacht, land van herkomst en opleidingsniveau van vergunninghouders. Zie bijlage 1 voor een overzicht.

Werkssessie

Als laatste onderdeel van de dataverzameling hebben we in elke gemeente een werksessie georganiseerd met betrokken professionals waarin we de casussen die we in de andere gemeenten hadden verzameld, ter reflectie geanonimiseerd voorlegden. Omdat het binnen een werksessie van 2 uur niet mogelijk was om alle tien casussen van andere gemeenten te bespreken hebben we op voorhand zes casussen geselecteerd. We hebben in elke gemeente minimaal één casus van een vrouwelijke en mannelijke vergunninghouder geselecteerd.

In de werksessies hebben we per casus aan professionals gevraagd hoe zij in de specifieke casussen gehandeld zouden hebben (met wat voor traject) en waarom. Ook hebben we hen laten reflecteren op de gekozen oplossingen/trajecten vanuit hun eigen referentie en handelingskader.

1.3 Leeswijzer

Dit rapport bestaat uit twee hoofdstukken en een aantal bijlagen. Het eerste hoofdstuk betreft de inleiding. In het tweede hoofdstuk presenteren we de overkoepelende bevindingen van dit verkennend onderzoek naar de rol van gezondheid in de gemeentelijke dienstverlening richting werk en participatie op basis van de ervaringen in de drie gemeenten. In de bijlagen van dit rapport zijn de afzonderlijke deelrapportages van de drie gemeenten opgenomen. Deze deelrapportages geven een beschrijving van het beleid en de uitvoeringpraktijk.



Gezondheid en participatie: inzichten vanuit de praktijk in drie gemeenten

2

In dit hoofdstuk geven we de overkoepelende bevindingen weer, gebaseerd op de dataverzameling in de drie gemeenten en een afsluitend groeps gesprek met leden van de projectgroep (beleidsmedewerkers van de gemeenten en uitvoeringsorganisaties). Het hoofdstuk begint met een korte feitelijke beschrijving van enkele kenmerken van de onderzochte gemeenten, en een beknopte toelichting op het beleid en de uitvoering (paragraaf 2.1). Dit is geen uitputtende beschrijving (die volgt in de deelrapportages), maar geeft kort de context weer van de gemeenten waarin we het onderzoek hebben uitgevoerd. Vervolgens bespreken we de verschillen en de overeenkomsten tussen de keuzes die begeleiders maken ten aanzien van de trajecten voor vergunninghouders (paragraaf 2.2). Vervolgens gaan we in op de ervaringen van vergunninghouders (paragraaf 2.3), de overkoepelende knelpunten en dilemma's voor begeleiders (paragraaf 2.4) en de belangrijkste succesfactoren en randvoorwaarden voor een adequate ondersteuning van vergunninghouders (paragraaf 2.5). We besluiten dit hoofdstuk met een samenvatting van de belangrijkste bevindingen.

2.1 Drie gemeenten in beeld

De onderzochte gemeenten verschillen onderling sterk van elkaar qua grootte. Aan het ene uiterste bevindt zich Amsterdam als grootste stad van Nederland, aan het andere uiterste de gemeente Katwijk: van oorsprong een dorp, anno 2018 een gemeente met 64.956 inwoners. Daartussen ligt de stad Amersfoort, behorend bij de 40 grootste gemeenten van Nederland. Ook de hoeveelheid vergunninghouders per gemeente verschilt zeer sterk: zo heeft de gemeente Amsterdam voor de tweede helft van 2018 ongeveer een tien keer zo grote taakstelling om vergunninghouders te huisvesten als Katwijk. Hoe meer vergunninghouders, hoe meer beschikbare beleids- en uitvoeringscapaciteit op dit thema. Schaalgrootte beïnvloedt logischerwijs de randvoorwaarden – zoals tijd, geld, middelen – en dus de mogelijkheden en keuzes die er lokaal worden gemaakt ten aanzien van de inrichting. We beschrijven kort hoe dit uitwerkt op beleids- en uitvoeringsniveau.

Tabel 2.1 geeft een schematisch overzicht van de taakstelling, het beleid en de organisatie van de uitvoering in de drie gemeenten.

Tabel 2.1 Kenmerken van de onderzochte gemeenten

	Amersfoort	Amsterdam	Katwijk
Kenmerken gemeente			
Aantal inwoners (2018)⁴	155.226	854.047	64.956
Taakstelling huisvesting vergunninghouders⁵			
- Taakstelling 2 ^e helft 2017	89	482 ⁶	38
- Taakstelling 1 ^e helft 2018	116	514	49
Beleid			
Visie op gezondheid & participatie	Een wederkerige relatie tussen gezondheid en participatie: gezondheid kan een voorwaarde zijn om te kunnen participeren, en beperkte participatie kan ook negatieve gevolgen voor gezondheid hebben.		

⁴ Bron: CBS.nl.

⁵ Bron: Overzicht huisvesting vergunninghouders, Peildatum: 01-07-2018, geraadpleegd op 06-11-2018 via: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2018/07/03/overzicht-huisvesting-vergunninghouders-per-1-juli-2018>.

⁶ Opmerking: in het document Overzicht huisvesting vergunninghouders (peildatum 01-07-2018) is bij Amsterdam het volgende aangegeven: Tijdelijke korting -120.

Vervolg tabel 2.1 Kenmerken van de onderzochte gemeenten

	Amersfoort	Amsterdam	Katwijk
Uitvoering			
Centrale organisaties verantwoordelijk voor de uitvoering van dienstverlening richting werk en participatie	Stichting NVA centrum voor integratie en participatie	Team Entree Statushouder van de gemeente Amsterdam	Welzijnswijk, Servicepunt Werk Duin- en Bollenstreek ⁷
Betrokken professionals	Trajectbegeleiders	Klantmanagers	Trajectbegeleiders, adviseur statushouder en inkomensconsulenten
Belangrijkste instrumenten om gezondheid in kaart te brengen	* Alert op gezondheidsbelemmeringen in gesprekken * Geen specifieke instrumenten	* Assessment + intakegesprek met standaardvragen over gezondheid * Anonieme beoordeling gezondheidsinformatie uit assessment door GGD⁸	* Intakeformulier met vragen over gezondheid * Mogelijkheid inhuur medische advisering⁹

Beleid

Een vergelijking tussen het beleid van de drie gemeenten laat zien dat ten tijde van het onderzoek alleen Amsterdam over specifiek re-integratiebeleid voor vergunninghouders beschikt. Amersfoort en Katwijk hebben generiek re-integratie- en gezondheidsbeleid dat geldt voor alle inwoners en daarmee ook voor vergunninghouders. Amsterdam heeft generiek gezondheidsbeleid, waarbinnen aandacht is voor kwetsbare groepen waaronder vergunninghouders. In de uitvoering is in alle drie gemeenten gerichte aandacht voor vergunninghouders door de inzet van professionals die gespecialiseerd en getraind zijn in het begeleiden van vergunninghouders richting werk en/of participatie.

Bij het begeleiden van vergunninghouders is de visie op gezondheid in relatie tot participatie van groot belang. Allereerst zien we in de drie gemeenten op beleidsniveau een brede definitie van gezondheid in de vorm van – of die aansluit bij – het begrip positieve gezondheid (Huber et al., 2011¹⁰). Het gaat hierbij om het vermogen van mensen om met de fysieke, emotionele en sociale levensuitdagingen om te gaan en zo veel mogelijk eigen regie te voeren. Wat betreft visie op de relatie tussen participatie en gezondheid zijn er geen noemenswaardige verschillen tussen de gemeenten, namelijk dat er sprake is van een wederkerige relatie tussen beiden. Gezondheid kan een voorwaarde zijn om te kunnen participeren, en andersom kan beperkte participatie ook negatieve gevolgen voor gezondheid hebben.

Uitvoering

In alle drie gemeenten is de begeleiding van vergunninghouders op het gebied van werk of andere vormen van mede doen belegd bij professionals die hierin gespecialiseerd zijn, en die zich specifiek op deze doelgroep richten.

De gemeente Amersfoort heeft de inburgering en (re-)integratie van vergunninghouders uitbesteed aan Stichting NVA centrum voor integratie en participatie (hierna: het NVA). Het NVA biedt de maatschappelijke begeleiding, inburgering én is verantwoordelijk voor het begeleiden van vergunninghouders naar werk en/of participatie. De trajectbegeleiders hebben vanuit de gemeente de taak om vergunninghouders richting werk (of opleiding) te begeleiden.

⁷ Consulenten van de afdeling Participatie & Inkomens zijn verantwoordelijk voor inkomensdienstverlening, en voeren van daaruit regie op stappen richting participatie. De feitelijke begeleiding richting werk en participatie wordt uitgevoerd door Welzijnswijk en Servicepunt Werk.

⁸ Let wel: de GGD zal *niet* zonder toestemming van de statushouder aan de klantmanager uitspraken doen over specifieke problematiek of zorgtrajecten.

⁹ Dit geldt alleen voor medewerkers van Servicepunt Werk en consulenten afdeling Participatie en Inkomens gemeente Katwijk.

¹⁰ Huber, M.; Knottnerus, J.A.; Green, L.; Horst, H. van der; Jadad, A.R.; Kromhout, D.; Leonard, B.; Lorig, K.; Loureiro, M.I.; Meer, J.W.M. van der; Schnabel, P.; Smith, R.; Weel, C. van; Smid, H. (2011). How should we define health?. *BMJ: British Medical Journal* 343 (2011) d4163.

De gemeente Amsterdam heeft speciaal voor vergunninghouders het team Entree (gewijzigd in team Entree Statushouders). Klantmanagers van team Entree zijn niet alleen verantwoordelijk voor begeleiding op het gebied van ‘werk, inkomen en ondernemerschap’, maar helpen vergunninghouders ook bij het vinden van taal- en inburgeringscursussen, zijn alert op het welzijn van de statushouder en mogelijke gezondheidsproblematiek, en onderhouden korte lijntjes met andere relevante partijen zoals de maatschappelijk begeleider vanuit VluchtelingenWerk, taal- en inburgeringsdocenten en (indien aanwezig) de maatschappelijk werker op de woonlocatie.

In de gemeente Katwijk voeren medewerkers van de welzijnsorganisatie Welzijnswijk trajectbegeleiding uit. Deze trajectbegeleiders stellen samen met de statushouder een plan van aanpak op gericht op de inburgering van de statushouder. De trajectbegeleider heeft een coördinerende rol rondom dit plan van aanpak. Begeleiding bij vrijwilligerswerk of andere vormen van participatie is onderdeel van de trajectbegeleiding. Arbeidstoeleiding is de verantwoordelijkheid van een andere organisatie, namelijk Servicepunt Werk Duin- en Bollenstreek (hierna Servicepunt Werk). Daar is een gespecialiseerd adviseur werkzaam die de arbeidstoeleiding van vergunninghouders in de gemeente Katwijk uitvoert.

We zien dus dat begeleiding richting werk en andere vormen van participatie zoals vrijwilligerswerk, in Amersfoort en Amsterdam in één hand liggen, en in Katwijk zijn deze taken gesplitst en belegd bij de twee organisaties Welzijnswijk en Servicepunt Werk. Professionals van deze organisaties werken met elkaar samen, bijvoorbeeld door het voeren van een gezamenlijke intake om te kijken of arbeidstoeleiding mogelijk is.

De professionals in de drie gemeenten beschikken in verschillende mate over instrumenten om gezondheid bij de start van of tijdens een traject in kaart te brengen. In Amsterdam is medische expertise structureel verankerd in het werkproces doordat team Entree hierin nauw samenwerkt met de GGD. Tijdens een assessment en intake stellen klantmanagers vragen – aangeleverd door de GGD – om gezondheid in kaart te brengen. De gezondheidsvragen van het assessment worden anoniem beoordeeld door een psychiater van de GGD. Indien nodig en gewenst kan de statushouder gebruikmaken van het zorgaanbod van de GGD.¹¹ Amersfoort en Katwijk kennen een dergelijke wijze van structurele inbedding van medische expertise tijdens intake en signaleren niet. In Katwijk maken trajectbegeleiders en de adviseur statushouder tijdens de gezamenlijke intake gebruik van standaardvragen over gezondheid. Indien gewenst kunnen de inkomensconsulenten of de adviseur statushouders van Servicepunt Werk extern medische advisering inhuren. In Amersfoort kan gezondheid in de intake aan bod komen; trajectbegeleiders zijn in het gesprek met de vergunninghouders altijd alert op mogelijke gezondheidsbelemmeringen. Deze trajectbegeleiders hebben geen instrumenten of protocollen om eventuele gezondheidsbelemmeringen in te kunnen schatten.

2.2 Keuzes over de inrichting van trajecten: overeenkomsten en verschillen

Deze paragraaf gaat in op het besluitvormingsproces en de keuzes die professionals maken voor trajecten, gebaseerd op de drie werksessies. Tijdens deze werksessie zagen we meer overeenkomsten dan verschillen tussen overwegingen van professionals bij de inrichting van trajecten. Het viel op dat begeleiders van de drie gemeenten op dezelfde aandachtspunten letten. Allereerst drukken de aanwezigheid, de heftigheid en de aard van de problematiek een grote stempel op het traject. De gezondheidsproblematiek staat centraal. Daarnaast kijken begeleiders ook naar andere aspecten, te weten de context (zoals de gezinssituatie), de wensen en de ambities van de statushouder en achtergrondkenmerken (zoals opleidingsniveau en leeftijd).

Wat betreft de context benoemen professionals meermaals het belang van de thuissituatie: is er sprake van gezinshereniging; heeft iemand zorg voor familie- of gezinsleden; hoe is de relatie tussen gezinsleden? Als de thuissituatie stressvol en ongezond is moet daar een oplossing voor gevonden worden, bijvoorbeeld door het inschakelen van maatschappelijk werk, jeugdzorg, of andere organisaties. Ook betrekken begeleiders familieleden waar nodig in de gesprekken. Zodoende is er aandacht voor het gezin als systeem.

¹¹ Let wel: de GGD zal *niet* zonder toestemming van de statushouder aan de klantmanager uitspraken doen over specifieke problematiek of zorgtrajecten.

Daarnaast is er aandacht voor de motivatie en beweegredenen van de klant. Om een keuze te kunnen maken voor een bepaald type traject – met name als dat traject zwaar is en veel van de klant zal vragen – is het belangrijk om goed te weten waarom de klant het traject wil aangaan en welke beweegredenen erachter zitten.

Ten slotte benoemen professionals een aantal keer de achtergrondkenmerken. Zo speelt leeftijd een belangrijke rol in de vraag of het wenselijk is of iemand gaat studeren. Ook opleidingsniveau speelt een rol: vergunninghouders met een lager opleidingsniveau hebben vaak intensievere begeleiding nodig.

Bij het merendeel van de casussen kozen professionals voor een vergelijkbare aanpak als hun collega's in andere gemeenten. Desalniettemin zagen we ook verschillen tussen gemeenten. Deels is dit te herleiden naar het gemeentelijke beleid. Zo zien we verschillen tussen gemeenten in de mogelijkheden die geboden worden om te studeren (vanaf een bepaalde leeftijd). Voor een ander deel zijn verschillen te herleiden naar de rol van de begeleiders. In Katwijk, waar trajectbegeleiders tevens de rol van maatschappelijke begeleiding vervullen, worden er naast participatie dan ook andere zaken opgepakt. Wanneer nodig worden vergunninghouders bijvoorbeeld ondersteund bij praktische zaken, zoals bij brieven rondom een aanvraag voor gezinshereniging. In de andere gemeenten is hier ook aandacht voor, maar op zo'n manier dat begeleiders zich ervan vergewissen dat vergunninghouders *doorverwezen* worden naar de juiste ondersteuning. Deze voorbeelden laten zien dat verschillen in gemeentelijk beleid en regelgeving leiden tot verschillende trajecten, en dat de rol van de professional invloed heeft op de invulling van de begeleiding.

Daarnaast bleek uit de werksessies dat er (binnen de bestaande beleids- en uitvoeringscontext) verschillende manieren zijn om iemand te activeren en dat de inschatting van de begeleider daarbij een cruciale rol speelt. Bij deze casussen zagen we niet alleen verschillende *tussen* de gemeenten, maar zagen we dat de casussen ook *binnen* de gemeenten discussies teweeg brachten. We illustreren dit aan de hand van twee voorbeelden. Het eerste voorbeeld betreft een man van tegen de 40 jaar die zegt (in beperkte mate) last te hebben van astma en graag in de bouw zou willen werken – wat vaak een stoffige omgeving is. De vraag is: laat je hem een traject in de bouw starten (wat zijn wens is) of zoek je alternatieven (in verband met gezondheidsproblemen)? Keuzes die in de gesprekken genoemd werden varieerden van: 1) het toch proberen met een opleidingstraject in de bouw, 2) eerst een proeftijd geven; of 3) hem direct laten keuren door het UWV. Een ander voorbeeld betreft een analfabete man die last heeft van stress, slapeloosheid en slechte concentratie. Sommige begeleiders zouden deze man naar een intensieve analfabetiseringscursus sturen met een inspanningsplicht – zodat er ritme ontstaat. Andere begeleiders vinden dat zonde van de tijd (want hij kan zich toch niet concentreren) en zoeken ze liever naar een andere vorm van ritme (zoals sport) en een minder intensieve analfabetiseringscursus. Deze voorbeelden laten zien dat de keuzes die professionals maken niet alleen beïnvloed worden door beleid, de uitvoeringskaders of de wens van vergunninghouders, maar ook afhankelijk zijn van persoonlijke ervaring, inschatting en expertise van de begeleider.

2.3 Ervaring van de vergunninghouders

De meeste vergunninghouders die we in de drie gemeenten gesproken hebben zijn, zoals ook in de gemeentelijke deelrapportages staat beschreven, tevreden over de begeleiding. Zij voelen zich goed geholpen door hun begeleider, omdat er passende activiteiten voor ze gevonden zijn. Ook voelt het merendeel van de vergunninghouders zich gehoord en begrepen.

Voorts hebben begeleiders en vergunninghouders meestal een overeenkomstig beeld van de ernst van de gezondheidsproblematiek en de mate waarin deze een belemmering vormt voor participatie. Toch waren er uitzonderingen. Dit zijn casussen waarin de gezondheidsproblemen zoals die door de statushouder omschreven werden heftiger zijn dan uit het gesprek met de begeleider naar voren kwam. Op de vraag aan vergunninghouders of zij volledige openheid geven richting hun begeleider was het antwoord van deze vergunninghouders dan ook ontkennend. Dit had te maken met een gebrek aan vertrouwen, een taboe op het onderwerp, of de gedachte dat het 'vanzelf wel goed zal komen'. Mogelijk heeft een

taalbarrière hierbij ook een rol gespeeld, hoewel dit niet duidelijk uit ons onderzoek is gebleken. Deze vergunninghouders zijn in het algemeen minder tevreden met de begeleiding. Bij twee vergunninghouders was er zelfs een sterk gevoel van wantrouwen richting hun begeleider of voelden zij zich ‘niet begrepen’. Desbetreffende begeleiders waren in deze casussen niet op de hoogte van deze gevoelens. Dit laat zien dat het ondanks de inspanningen niet altijd lukt om een vertrouwensband op te bouwen – en dat het uitblijven van een vertrouwensband niet altijd door de begeleiders wordt herkend. Dit beeld komt overeen met observaties van betrokken zorgprofessionals. Ook zij signaleren dat vergunninghouders niet altijd tevreden zijn over de klantmanagers en het gevoel hebben dat zij op hun hoede moeten zijn en niet eerlijk kunnen zijn. Zij durven niet alles te bespreken en zijn bang om afgerekend te worden. Iets wordt al snel gezien als werkweigering.¹²

2.4 Knelpunten en dilemma’s bij de begeleiding van vergunninghouders met gezondheidsproblemen

Uit het onderzoek in de drie gemeenten komt een aantal knelpunten en dilemma’s naar voren die zich in elke gemeente manifesteren als het gaat om de begeleiding van vergunninghouders met gezondheidsklachten richting werk en participatie. Het gaat om de volgende knelpunten.

Overdracht van (medische) informatie van azc naar gemeente

Al in het azc wordt een medisch dossier opgebouwd, maar die informatie mag vanuit privacyoverwegingen niet gedeeld worden met de gemeente, GGD of klantmanager. Als een vergunninghouder in een gemeente is geplaatst, dan wordt opnieuw begonnen met het opbouwen van een dossier.

Beleving van (psychische) gezondheid(sproblemen)

Begeleiders constateren dat er soms culturele belemmeringen zijn bij praten over (psychische) gezondheid. Psychische gezondheidsproblemen worden door vergunninghouders lang niet altijd als zodanig herkend. Onder ‘gezondheid’ wordt vooral de fysieke gezondheid begrepen en stress wordt niet gezien als gezondheidsprobleem. Ook is soms sprake van een taboe op psychische klachten. Hierdoor houden veel vergunninghouders hun psychische klachten verborgen voor de trajectbegeleider. Dit maakt het soms lastig om psychische gezondheidsklachten in beeld te krijgen.

Tijd

Voor trajectbegeleiders is het moeilijk om voor alle vergunninghouders die gezondheidsbelemmeringen hebben de juiste ondersteuning te bieden. Dit is vooral het geval als de caseload hoog is: trajectbegeleiders hebben dan veel klanten en bij de meeste mensen speelt wel iets rond gezondheid. De tijd die trajectbegeleiders tot hun beschikking hebben is dan niet altijd toereikend. Ook bij een lagere caseload kan de beschikbare tijd een probleem zijn, als het om ingewikkelde kwesties gaat.

Handelingsonzekerheid bij signaleren van gezondheidsproblemen

Als het gaat om het signaleren van gezondheidsproblemen vinden trajectbegeleiders het soms lastig om te beoordelen of het gaat om een kwestie die een belemmering vormt om aan een integratietraject deel te nemen, of dat men minder gemotiveerd is. Daarnaast zijn sommige vergunninghouders wantrouwend jegens de gemeente en professionals, waardoor zij niet vertellen dat zij kampen met gezondheidsproblemen. Trajectbegeleiders hebben dit niet altijd (direct) in de gaten. Tot slot vinden trajectbegeleiders het lastig om om te gaan met acute, ernstige signalen (“ik maak er een einde aan”). Het is niet altijd duidelijk naar wie in die gevallen met spoed kan worden doorverwezen en trajectbegeleiders worstelen dan met de vraag of, en zo ja, wat zijzelf kunnen doen.

¹² De afzonderlijke deelrapportages schetsen mogelijk een positiever beeld van de beleving van vergunninghouders. Dit komt doordat we de kritische geluiden binnen een gemeente niet konden opschrijven en tegelijkertijd de anonimiteit van vergunninghouders konden waarborgen.

Toegang tot zorg

Trajectbegeleiders constateren dat benodigde specialistische zorg (bijvoorbeeld in de ggz) vaak niet meteen beschikbaar is in verband met lange wachtlijsten. Dit zorgt ervoor dat klanten lange tijd met (verergerende) psychische problemen kampen, die hun verdere participatie(traject) belemmeren. Trajectbegeleiders houden in de wachttijd bijvoorbeeld overbruggingsgesprekken en zetten instrumenten voor psycho-educatie (zoals Mindspring/Mindfit) in. Het is voor vergunninghouders soms moeilijk om psychische hulp te accepteren. Op het moment dat ze die drempel over zijn en dán nog eens heel lang moeten wachten, willen sommigen het al niet meer.

Zorgtrajecten niet altijd afgestemd op vergunninghouders

Als trajectbegeleiders doorverwijzen naar regulier zorgaanbod, dan blijkt dat dit niet altijd goed aansluit bij vergunninghouders. Er is vaak sprake van een taalbarrière, die zou kunnen worden geslecht met de inzet van een tolk. Die is echter vaak niet beschikbaar. Maar er zijn ook culturele verschillen die maken dat het zorgaanbod niet goed aansluit. Voor vergunninghouders is alles in Nederland nieuw en anders dan ze gewend zijn. Het duurt vaak een tijdje voordat ze op tijd komen op afspraken met de behandelaar, zoals de huisarts. Volgens de respondenten zou het een oplossing zijn om meer met huisbezoeken te werken of mensen de eerste keer/keren op te halen. Ook een goede informatievoorziening over de werking van het Nederlandse gezondheidssysteem is belangrijk, zodat vergunninghouders weten hoe en waarvoor zij een beroep kunnen doen op gezondheidsvoorzieningen. In Amsterdam zijn hiermee goede ervaringen opgedaan.

Kosten van zorgtrajecten

Kosten die gemoeid zijn met het gebruikmaken van zorg spelen op een aantal manieren een belemmerende rol. Vergunninghouders moeten vaak een deel van de kosten zelf betalen (bijvoorbeeld via het eigen risico) en dit belemmert hun afname van zorg. Trajectbegeleiders proberen in die gevallen vergunninghouders toch te overtuigen van het nut en de noodzaak van hulpverlening.

Specialistische zorg is niet overal lokaal beschikbaar. Dit betekent dat vergunninghouders die hiervan gebruikmaken, vaak moeten reizen. Dit brengt kosten met zich mee. Ook deze kosten belemmeren de toegang tot de benodigde zorg en leiden ertoe dat vergunninghouders zorgtrajecten afbreken of niet willen starten.

Informatie-uitwisseling tussen gemeente en gezondheidszorg

Als trajectbegeleiders meer willen weten over het hulpverleningstraject, dan krijgen zij deze informatie in de meeste gevallen via de vergunninghouder zelf, door ernaar te vragen of doordat de persoon er zelf over vertelt. In de praktijk is er weinig inhoudelijk contact tussen de trajectbegeleiders en zorgorganisaties, met name niet met de ggz. Meer inhoudelijke uitwisseling zou behulpzaam zijn in het vormgeven van een traject. Trajectbegeleiders zijn met name op zoek naar een houvast voor het bepalen van de belastbaarheid van hun klant. Als de trajectbegeleider informatie vanuit de hulpverlener wil, zal de klant hiervoor toestemming moeten geven.

2.5 Randvoorwaarden en succesfactoren

We zien in elke gemeente een aantal factoren en elementen terug die van belang zijn gebleken bij de begeleiding van vergunninghouders met gezondheidsklachten richting werk en participatie. We benoemen eerst een aantal randvoorwaarden ten aanzien van het gemeentelijke beleid en zorg- en welzijnsaanbod, dat wil zeggen: wat hebben begeleiders nodig van de gemeente om vergunninghouders goed te begeleiden? Vervolgens staan we stil bij geïdentificeerde succesfactoren in de uitvoeringspraktijk, dat wil zeggen: waar moeten professionals op letten – binnen de kaders van het beleid – bij de begeleiding?

Randvoorwaarden

Handelingsvrijheid, maatwerk en tijd

We zien dat handelingsvrijheid van professionals belangrijk is voor het inzetten van trajecten die toegesneden zijn op de situatie van de vergunninghouder. Niet één situatie is dezelfde. Er zijn allerlei factoren die een rol spelen bij de keuze van het traject; niet alleen gezondheid, maar ook de context, de behoeftes en de motivatie van de statushouder en achtergrondkenmerken zijn van groot belang bij de keuze voor een traject. Vergunninghouders die kampen met fysieke of psychische problemen hebben bovendien vaak intensievere begeleiding nodig. Ook de duur van de begeleiding vraagt om handelingsvrijheid: vergunninghouders die kampen met gezondheidsproblematiek zijn soms minder snel naar werk te begeleiden en hebben daardoor een langer begeleidingstraject nodig. Om maatwerk te leveren, is voldoende tijd en bewegingsruimte voor de professional nodig.

Deskundigheidsbevordering en intervisie voor signaleren

Een belangrijke taak voor uitvoerders is het signaleren van gezondheidsproblematiek. Uitvoerders moeten hiervoor voldoende toegerust zijn en handvatten hebben. Deskundigheidsbevordering kan door voorlichting, training en intervisie. Uitvoerders hebben vooral behoefte aan intervisiebijeenkomsten waarin concrete casuïstiek wordt besproken.

Kennen van sociale kaart

Naast signaleren is ook (door)verwijzing een belangrijke taak voor begeleiders. Om dit goed te doen, is het van belang dat professionals de sociale kaart goed kennen en weten naar wie ze kunnen (door)verwijzen. Dit is vooral in grote gemeenten extra belangrijk, omdat er veel aanbod is en de sociale kaart complex kan zijn. In kleinere gemeenten kan dit ook op ad-hocbasis.

Toegankelijk en passend zorg- en welzijnsaanbod

In het onderzoek werd door respondenten benadrukt dat er voldoende aanbod moet zijn op zorg- en welzijnsvlak, afgestemd op vergunninghouders. Daarbij hoort ook dat het aanbod laagdrempelig is en dat er gebruik kan worden gemaakt van tolkenvoorzieningen. Dat de toegankelijkheid van het aanbod niet altijd vanzelfsprekend is, bleek uit paragraaf 2.4 (knelpunten en dilemma's).

Succesfactoren in de uitvoeringspraktijk

Opbouwen vertrouwensband

In de gesprekken met professionals werd keer op keer het belang van een vertrouwensband benadrukt. Bij het ontbreken van een vertrouwensband is de kans groter dat vergunninghouders hun klachten verborgen houden voor hun begeleider. Dit is immers toch al een moeilijk onderwerp om over te praten.

Gedurende traject alert blijven op gezondheid

Beleidsmakers en professionals merken dat het moeilijk is om direct bij de start van de begeleiding een volledig of goed beeld te krijgen van de gezondheidsproblematiek. Allereerst is dat omdat hier tijdens de intake niet genoeg tijd voor is aangezien er veel onderwerpen besproken moeten worden, ten tweede omdat er eerst een vertrouwensband moet worden opgebouwd, en ten derde omdat soms pas tijdens een traject zichtbaar wordt of en in welke mate er sprake is van gezondheidsproblematiek. Zodoende kan er bij het in kaart brengen van gezondheid geen sprake zijn van één peilmoment aan de start en moet de begeleider ook gedurende het traject alert blijven op gezondheid.

Gezinsgerichte aanpak

Eerder noemden we dat de context een rol speelt bij de keuze voor het traject. Een belangrijk element hierin is het gezin. Idealiter worden zowel de eerste aanvrager als de nagereisde partner begeleid. Volgens begeleiders wordt echter nog niet altijd voldoende aandacht aan nareizigers (vaak vrouwen) geschonken. Daarnaast is een gezinsgerichte aanpak belangrijk wanneer de thuissituatie een bron van stress is, bijvoorbeeld bij gezinshereniging of wanneer er sprake is van problematiek binnen het gezin. Dit soort stressfactoren kunnen een traject behoorlijk belemmeren, en moeten daarom waar nodig (eerst) aangepakt worden.

Op verschillende manieren activeren

Door professionals wordt niet alleen gekeken naar psychische en lichamelijke gezondheid, maar ook naar andere aspecten van gezondheid zoals eenzaamheid, sociaal isolement, et cetera. In dit kader benadrukken professionals dat er, naast medische en geestelijke gezondheidszorg, ook andere activiteiten bijdragen aan het welbevinden, zoals sporten en bewegen, vrijwilligerswerk en het hebben van een maatje. Dit soort activiteiten kunnen vergunninghouders een ritme bieden en een reden geven om naar buiten en onder de mensen te komen.

Samenwerking met ketenpartners

Samenwerking met ketenpartners is heel belangrijk om allerlei redenen. Allereerst omdat begeleiders meestal niet opgeleid zijn tot hulpverleners: het is hun taak om de problemen te signaleren en goed door te verwijzen. Voor de juiste doorverwijzing – niet alleen naar het formele zorgaanbod, maar ook naar het informele aanbod – hebben begeleiders kennis nodig van de sociale kaart. Daarnaast zijn er ook andere partijen die mogelijke problemen kunnen signaleren, zoals de maatschappelijke begeleider of een taaldocent. Het is niet alleen belangrijk dat de begeleider deze partijen weet te vinden, maar ook andersom. Overigens is het wel nodig om de regie duidelijk te beleggen en een taakverdeling te maken.

Gebruikmaken van arbeidsdeskundigen

We zien dat professionals bij gezondheidsproblematiek een sterke behoefte hebben aan een professionele inschatting van de belastbaarheid van de statushouder. Begeleiders kunnen hiervoor gebruikmaken van keuringsartsen. Tijdens ons onderzoek merkten we echter dat dit voor begeleiders vaak als grote stap wordt gezien en dat die stap pas wordt gezet als er onduidelijk bestaat over de ernst en de aard van de problematiek, of als er een discrepantie of onenigheid bestaat tussen wat statushouder en begeleider denken dat er kan. Als tussenoptie gebeurt het wel eens dat begeleiders een inschatting proberen te maken door met de huisarts te overleggen of aan de vergunninghouder te vragen dit met zijn of haar psycholoog te bespreken. Professionals hebben namelijk een sterke behoefte aan informatiedeling en casuïstiekbespreking met andere hulpverleners (uiteeraard met toestemming van de vergunninghouder). Dit betreft niet alleen huisartsen of psychologen, maar ook met partijen als wijkteams of maatschappelijk werk.

2.6 Tot slot

In deze studie is in drie gemeenten verkend welke rol gezondheid van vergunninghouders speelt in het beleid en de praktijk van de gemeentelijke dienstverlening richting werk en participatie. Uit de literatuur is bekend dat veel vergunninghouders kampen met gezondheidsproblemen. Begeleiders in de drie gemeenten worden hier in de praktijk dan ook regelmatig mee geconfronteerd. De ernst van de problematiek varieert van (milde) stressklachten tot ernstige psychosociale problematiek. Ook doen zich uiteraard fysieke klachten voor. Hoewel fysieke klachten vaak duidelijker zijn geldt ook hiervoor dat het voor begeleiders lastig kan zijn om een goede inschatting te maken van de belastbaarheid van een vergunninghouder.

De verkenning in de drie gemeenten laat zien dat de inrichting van het beleid en de organisatie van de uitvoering weliswaar variëren, maar dat de visie over de relatie tussen gezondheid en participatie zeer vergelijkbaar is; gezondheid kan enerzijds een belemmerende factor voor werk zijn, anderzijds kunnen werk of andere vormen van participatie gezondheidsproblemen helpen voorkomen of verminderen. Begeleiders proberen dan ook vanuit deze wisselwerking begeleiding en trajecten op maat te bieden. Wanneer sprake is van zeer ernstige problematiek dan heeft zorg alle prioriteit en wordt (nog) niet gewerkt aan participatie of werk. In veel gevallen wordt aandacht voor aanwezige gezondheidsproblematiek echter gecombineerd met trajecten gericht op werk of opleiding of andere vormen van participatie. In alle drie gemeenten wordt vanuit het begrip positieve gezondheid breed gekeken naar gezondheidsproblematiek. Deze brede insteek helpt begeleiders omdat bij de meeste vergunninghouders wel iets speelt rond gezondheid zonder dat meteen sprake is van ernstige problematiek. Deze brede insteek maakt preventie van gezondheidsklachten ook beter mogelijk.

De ervaringen in de drie gemeenten laten ook zien dat het bieden van maatwerk vaak een zoektocht is. Soms wordt de ernst van de problematiek pas gaandeweg een ingezet traject duidelijk of blijken er na

verloop van tijd (nieuwe) stressfactoren te zijn waardoor de trajecten moeten worden aangepast of tijdelijk stopgezet. Een belangrijke insteek hierbij is het zo veel als mogelijk proberen weg te nemen van stressfactoren in de omgeving van de vergunninghouder en indien nodig doorverwijzing naar zorg. Wat mede bepalend is voor de inrichting van het traject is de motivatie van de vluchteling zelf om te willen werken of een opleiding te volgen. Uit de gesprekken die we voerden met vergunninghouders blijkt dat velen van hen zeer gemotiveerd zijn om iets te gaan doen. Zij ervaren dat thuiszitten hun niet helpt om zich beter te voelen.

Om tot een goede dienstverlening te kunnen komen is het essentieel dat begeleiders in staat zijn om gezondheidsvraagstukken tijdig te signaleren en bespreekbaar te maken. Dit blijkt in de praktijk lang niet altijd eenvoudig, omdat met name psychische klachten vaak een taboeonderwerp zijn. Het opbouwen van een vertrouwensband is noodzakelijk om dergelijke onderwerpen bespreekbaar te maken. Dit vraagt om tijd, maar ook om kennis over culturele verschillen in gezondheidsbeleving en het kunnen stellen van de goede vragen. Ook blijkt uit de gesprekken die we voerden in de drie gemeenten dat aandacht voor gezondheid op verschillende momenten in het traject nodig is. Tools kunnen helpen bij het signaleren en het bespreekbaar maken van gezondheidsvraagstukken, maar het is aan de begeleider om in te schatten hoe en wanneer deze het beste ingezet kunnen worden.

Een issue dat in alle drie gemeenten speelt is hoe ver je kan en moet gaan in de begeleiding bij gezondheidsvraagstukken. Tussen de onderzochte gemeenten zit weliswaar verschil in de intensiteit van de geboden begeleiding, maar in alle drie onderzochte gemeenten staat het uitgangspunt centraal dat begeleiders geen zorgverleners zijn. Naast signaleren en bespreekbaar maken, moet de begeleider daarom vooral ook doorverwijzen en opvolgen. Een goede samenwerking met de lokale zorgketen is daarbij essentieel. In kleine gemeenten waar de lijntjes kort zijn kan dat vaak op ad-hocbasis, in grotere gemeenten heeft de begeleider baat bij een nauwere afstemming met de lokale zorginfrastructuur.

Begeleiders maken op basis van verschillende factoren een beslissing over de inrichting van trajecten voor vergunninghouders. Spierts et al. (2017) onderscheiden vijf factoren die de besluitvorming van professionals beïnvloeden, te weten (1) de cliënt met voorkeuren, behoeften en wensen, (2) maatschappelijke opdracht en waarden, (3) de expertise en de ervaring van de sociaal werker, (4) typen kennis en kennisbenutting en (5) organisatie en organisatorische context. We zagen in de gemeenten dat begeleiders inderdaad de motivatie van de vergunninghouder in hun beslissing over de inrichting van een traject betrekken. Ook werd duidelijk dat de begeleiding vraagt om kundige en betrokken professionals. De expertise en de kennis van de begeleider spelen een belangrijke rol bij de inrichting van trajecten. Tot slot willen we ten aanzien van de maatschappelijke opdracht en de organisatorische context nog het volgende opmerken.

Maatwerk is nodig bij het omgaan met gezondheidsklachten in trajecten gericht op werk en participatie. Dit vereist een zekere mate van handelingsvrijheid voor de begeleider. Hoewel de Participatiewet het kader is van waaruit de dienstverlening wordt ingezet, is het mandaat (de maatschappelijke opdracht) waarin de begeleiders opereren essentieel. Niet de kortste weg naar werk, maar inzetten op de ambitie om vergunninghouders zelfredzaam en volwaardig burger te laten zijn, geeft begeleiders de ruimte om in trajecten daadwerkelijk rekening te houden met gezondheidsvraagstukken vanuit een integrale visie op participatie. Voor een goede op de persoon afgestemde begeleiding van vergunninghouders heeft de begeleider daarnaast voldoende tijd nodig. Dit impliceert een beperkte caseload om ook daadwerkelijk de benodigde ondersteuning te kunnen bieden.

Dit onderzoek heeft laten zien dat de wijze waarop begeleiders in de drie verschillende gemeenten omgaan met gezondheidsvraagstukken van vergunninghouders een grote mate van overeenkomst laat zien. Zij signaleren vaak dezelfde knelpunten en dilemma's en komen – voor zover dat past binnen de lokale uitvoeringspraktijk – ook vaak tot vergelijkbare oplossingen om met gezondheidsvraagstukken binnen trajecten gericht op werk en participatie om te gaan. Verschillen in beleidscontext en schaalgrootte maken dat begeleiders soms andere mogelijkheden hebben, tegelijkertijd zijn er ook veel overeenkomsten in de handelingswijze van begeleiders.

De belangrijkste inzichten uit deze verkennende studie zijn ook vastgelegd in een handreiking. Deze handreiking is bedoeld voor professionals in het veld die te maken hebben met de begeleiding van vergunninghouders naar werk en participatie. De handreiking is te raadplegen via [Pharos](#).

Geraadpleegde literatuur

- ACVZ (2013). *Verloren tijd. Advies over dagbesteding in de opvang voor vreemdelingen*. Den Haag: ACVZ.
- Bakker, L. (2015). *Seeking Sanctuary in the Netherlands. Opportunities and obstacles to refugee integration* (proefschrift). Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- CBS (2017). Van opvang naar integratie. Cohortstudie van recente asielmigranten. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- CBS (2018). 11 procent van statushouders heeft werk. Vindplek: <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2018/16/11-procent-van-statushouders-heeft-werk>
- Dagevos, J., Huijnk, W., Maliepaard (WODC), M. Miltenburg, E. (2018). *Syriers in Nederland*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Dourleijn, E. & J. Dagevos (2011). *Vluchtelingengroepen in Nederland. Over de integratie van Afghaanse, Iraakse, Iraanse en Somalische migranten*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Ferrier, J., Kahmann, M. & Massink, L. (2017). *'Jullie Nederlanders hebben voor alles een systeem.' Handreiking voor ondersteuning van Eritrese nieuwkomers bij hun integratie*. Utrecht: Kennisplatform Integratie & Samenleving
- Gezondheidsraad. *Briefadvies Geestelijke gezondheid van vluchtelingen*. Den Haag: Gezondheidsraad, 2016; publicatienr. 2016/01.
- Goosen, S. (2014). *'A safe and healthy future? Epidemiological studies on the health of asylum seekers and refugees in the Netherlands'*. Proefschrift Universiteit van Amsterdam.
- Harbers, m. & Hoeymans, N. (2014). *Gezondheid en maatschappelijke participatie*. Themarapport toekomstverkenningen 2014.
- Huber, M.; Knottnerus, J.A.; Green, L.; Horst, H. van der; Jadad, A.R.; Kromhout, D.; Leonard, B.; Lorig, K.; Loureiro, M.I.; Meer, J.W.M. van der; Schnabel, P.; Smith, R.; Weel, C. van; Smid, H. (2011). How should we define health?. *BMJ: British Medical Journal* 343 (2011) d4163.
- Jacob, Y. (2018). *Eritrese vrouwen in de geboortezorg. Van conceptie tot kraamperiode*. Utrecht: Pharos.
- Klaver, J., Witkamp, B., Paulussen-Hoogeboom, M., Slotboom, S., & Stouten, J. (2014). *Vluchtelingen-Werk Integratiebarometer 2014. Een onderzoek naar de integratie van vluchtelingen in Nederland*. Amsterdam: VluchtelingenWerk Nederland
- Lamkaddem M., Essink-Bot M.L., & Stronks, K. (2013). *"Gevlucht-gezond?" – II Ontwikkelingen in gezondheid en zorggebruik van vluchtelingen in Nederland, Eindrapport*. Amsterdam: Afdeling Sociale Geneeskunde AMC/UvA.
- Pharos (juni 2016). *Van ver gekomen. Een verkenning naar het welzijn en de gezondheid van Eritrese vluchtelingen*. Beelen, N. van (redactie). Utrecht: Pharos.
- Razenberg, I., Kahmann, M. & Gruijter, M. de (2017). *Monitor gemeentelijk beleid arbeidstoeleiding 2017. Vluchtelingen aan het werk, gemeenten in beweging*. Utrecht: Kennisplatform Integratie & Samenleving.
- Ruijsbroek, J.H.M., & Droomers, M. (2008). Sociale omgeving en gezondheid. In: Monitor Gezondheidsachterstanden. Bilthoven: RIVM.
- Spierts, M., Pelt, van, M., Rest, van R., Verweij, S. (2017). *Visie en vakbekwaamheid maken het verschil. Over professionele besluitvorming in het sociaal werk*. Utrecht: Movisie.
- Turrini, G., M. Purgato, F. Ballette, M. Nose, G. Ostuzzi en C. Barbui (2017). Common mental disorders in asylum seekers and refugees: umbrella review of prevalence and intervention studies. In: *International Journal of Mental Health Systems*, jg. 11, nr. x, p. 51 (10.1186/s13033-017-0156-0).



Bijlagen

B

Bijlage 1 – Overzicht respondenten

Tabel B1.1 Overzicht respondenten naar kenmerken en gezondheidsproblematiek

casus	ge- slacht	leeftijds- groep ¹	land of regio van her- komst ²	opleidings- niveau ³	(belangrijkste) gezondheidsproblematiek
1	man	30-34	Centraal-Azië	hoog	Fysiek: rugklachten Psychisch: angst- en depressieve klachten
2	man	35-39	Midden-Oos- ten	hoog	Fysiek: jicht en mogelijk astma Psychisch: stress en neerslachtigheid
3	man	40-49	Syrië	hoog	Psychisch: stress en zorgen door een zorgelijke thuisituatie
4	man	30-34	West-Azië	midden	Psychisch: angst- en depressieve klachten
5	vrouw	30-34	Centraal-Azië	midden	Fysiek: rugklachten Psychisch: depressieve klachten en zorgen door een zorgelijke thuisituatie
6	vrouw	<25	Eritrea	geen of laag	Eenzaamheid en sociale isolatie
7	man	40-49	Syrië	hoog	Psychisch: angst klachten en dwanggedachten
8	vrouw	35-39	Centraal-Azië	hoog	Psychisch: depressieve klachten en zorgen
9	man	30-34	Syrië	hoog	Fysiek: astma
10	vrouw	<25	Eritrea	midden	Fysiek: klachten rond ogen en neus
11	man	35-39	Eritrea	midden	Fysiek: astma
12	man	35-39	Syrië	hoog	Psychisch: traumatische klachten, slapeloos- heid en zorgen rondom thuisituatie
13	man	30-34	Midden-Oos- ten	geen of laag	Fysiek: chronische hoofdpijn Psychisch: traumatische klachten, slapeloos- heid en slechte concentratie
14	man	25-29	Syrië	geen of laag	Fysiek: rugklachten

¹ De leeftijdsgroepen zijn als volgt ingedeeld: <25 jaar; 25-29 jaar; 30-34 jaar; 35-39 jaar; 40-49 jaar; 50+ jaar.

² Voor de respondenten die niet uit Syrië of Eritrea komen (momenteel de grootste twee groepen vluchtelingen) kiezen we er om-
wille van privacy voor om alleen de regio van herkomst te benoemen.

³ Opleidingsniveau delen we in in drie niveaus: 1) geen of laag (hooguit basisonderwijs), 2) middelbaar, 3) hoog.

Bijlage 2 – Gemeenterapport Amersfoort

Dit is de deelrapportage over Amersfoort en de trajectbegeleiding vanuit Stichting NVA als onderdeel van het onderzoek naar de rol van gezondheid van statushouders bij de gemeentelijke dienstverlening richting werk en participatie. Dit deelrapport bestaat uit vier hoofdstukken: een hoofdstuk waarin de beleidscontext rond gezondheid en (re-)integratie in Amersfoort wordt geschetst, een hoofdstuk over de inrichting van de uitvoering en een hoofdstuk waarin vanuit de uitvoeringspraktijk wordt beschreven hoe trajectbegeleiders vanuit NVA in de praktijk omgaan met gezondheidsbelemmeringen in trajecten richting participatie/werk. Het vierde en laatste hoofdstuk is een concluderend hoofdstuk waarin de belangrijkste bevindingen en aandachtspunten naar voren komen.

Beleidscontext

In dit hoofdstuk beschrijven we het gezondheidsbeleid en re-integratiebeleid van de gemeente Amersfoort en uitvoeringsorganisatie Stichting NVA centrum voor integratie en participatie (in het vervolg: NVA), met betrekking tot statushouders. De informatie in dit hoofdstuk is verkregen via interviews met beleidsambtenaren/projectleiders bij de gemeente Amersfoort en NVA en via een documentstudie van relevante (beleids)documenten.

In dit hoofdstuk komen de volgende onderwerpen vanuit het beleidsperspectief aan bod:

- visie op gezondheid in relatie tot participatie;
- gezondheidsbeleid;
- dienstverlening richting werk/participatie;
- samenwerking rond (re-)integratie en gezondheid;
- inrichting van de uitvoering: werkwijze trajectbegeleiders NVA;
- dilemma's/aandachtspunten gezondheid en participatie.

Visie op gezondheid in relatie tot participatie

Gezondheid wordt door de gemeente Amersfoort als een doel en als een middel gezien. Een slechte gezondheid belemmert de integratie en participatie. Anderzijds kan participeren (via werk) er ook voor zorgen dat iemand beter in zijn vel gaat zitten, wat de gezondheid bevordert. In die zin er dus sprake van een brede opvatting van gezondheid, die ook terug te vinden is binnen de positieve gezondheid. In het re-integratiebeleid wordt de link met gezondheid *niet* benoemd. Er is geen beleid vastgesteld hoe om te gaan met deze wisselwerking tussen gezondheid en participatie. De vraag of eerst wordt ingezet op werk of op het lossen van gezondheidsvragen, wordt via maatwerk en per persoon bepaald. Bij de ene persoon ligt de focus op het verbeteren van de gezondheid, bij de ander is er juist veel aandacht voor het vinden van werk.

Gezondheidsbeleid

Het gezondheidsbeleid van de gemeente Amersfoort is vastgelegd in de 'Beleidsnota Gezondheid 2017-2022 & Uitvoeringskader – Een gezonder Amersfoort in 2022'.¹³ Het hoofddoel van het gezondheidsbeleid is dat Amersfoort in 2022 gezonder is. Het beleid richt zich met name op kwetsbare inwoners van de stad: de inwoners met een lage sociaaleconomische status die vaker gezondheidsachterstanden hebben. De gemeente Amersfoort heeft geen specifiek beleid voor doelgroepen, ook niet binnen het gezondheidsbeleid. Het uitgangspunt is dat het (gezondheids)beleid voor iedereen is, dus ook voor statushouders.

Statushouders in de gemeente kunnen in principe gebruikmaken van alle reguliere voorzieningen. Wel worden statushouders in de bovengenoemde beleidsnota over gezondheid tweemaal specifiek genoemd. Allereerst middels de constatering dat in de voorgaande jaren meer vluchtelingen naar Nederland zijn gekomen en dat het gezondheidsbeleid ook op hen, statushouders die in Amersfoort komen wonen, van toepassing is. Statushouders worden specifiek genoemd binnen het thema 'gezond opgroeien en opvoeden'. De gemeente stelt dat zij de gezondheidsaanpak voor statushouders verkent en zo nodig verbetert. Gezondheidsbeleid moet immers dekkend moet zijn, zowel in het algemeen als voor statushouders. Om in beeld te krijgen of het gezondheidsbeleid aansluit bij de situatie van

¹³ Zie: <https://www.loketgezondleven.nl/sites/default/files/Definitieve%20beleidsnota%20Gezondheid%20en%20Uitvoeringskader%202017-2022.pdf>

statushouders is een inventarisatie uitgezet om te kijken naar wat er tot nu toe allemaal wordt aangeboden voor statushouders en waar nog behoefte aan is. De aanleiding voor deze verkenning waren vragen vanuit de gemeenteraad over de mate waarin het gezondheidsbeleid statushouders bereikt of er aanvullende maatregelen nodig zijn. Uit de verkenning zijn enkele knelpunten en concrete acties voortgekomen.

Positieve gezondheid

De gemeente Amersfoort hanteert een brede definitie van gezondheid en gebruikt daarvoor het begrip positieve gezondheid. In de Beleidsnota Gezondheid staat dit als volgt geformuleerd: *“Vanuit het concept ‘positieve gezondheid’ staan we voor een integrale aanpak van gezondheid want we weten dat een slechte maar ook een goede gezondheid zich manifesteert op alle levenssterreinen.”* In de notitie wordt aan de hand van het onderzoek van Huber toegelicht dat *“het niet alleen gaat over de afwezigheid van ziekte (preventie), maar ook over het vermogen om met ziekte en beperkingen om te gaan op de diverse levensdomeinen. Dat houdt dus ook in: het vermogen om zelf de benodigde zorg, ondersteuning en aanpassingen te regelen, nu en in de toekomst (voorzorg).”* Werken aan de eigen regie en zelfredzaamheid zijn daarbij belangrijk, waarbij de kanttekening wordt gemaakt dat ‘niet alle inwoners even zelfredzaam zijn’. In de definitie van gezondheid is niet specifiek iets opgenomen over culturele verschillen.

Gezonde Wijkaanpak Amersfoort

Bijzonder in Amersfoort is de zogenaamde ‘Gezonde Wijkaanpak’. Inspelen op specifieke kenmerken van inwoners in een wijk en aansluiten bij wat de wijk nodig heeft staan centraal in deze aanpak. De aanpak begint met een analyse van de problematiek en richt zich daarna op maatwerk. Hoewel er dus geen specifiek gezondheidsbeleid is voor statushouders, wordt er via deze weg wel ingespeeld op behoeften van statushouders die in specifieke wijken wonen. Voorbeelden hiervan zijn de wijken Liendert en Rustenburg. Met subsidies worden er speciale gezondheidsactiviteiten georganiseerd in de wijk, en de uitkomst van de gezondheidsanalyse in de wijk is dat veel inwoners uit de wijk Liendert last blijken te hebben van stress- en spanningsklachten. Dit zijn vaak inwoners met een vluchtachtergrond. In de aanpak wordt hier rekening mee gehouden. De Gezonde Wijkaanpak vindt momenteel plaats in drie wijken, waarbij de wijkindeling van de wijkteams wordt gehanteerd. Het streven is om dit ook uit te breiden naar de rest van Amersfoort.

NVA en gezondheid

NVA heeft geen specifiek gezondheidsbeleid geformuleerd, omdat dat in principe niet hun focus is. Wel houden ze rekening met gezondheidsaspecten gedurende de trajecten die statushouders doorlopen en wanneer statushouders in een profiel worden geplaatst. Daar waar gezondheid een belemmering vormt voor re-integratie of participatie, wordt er gezocht naar oplossingen, gebruikmakend van de bestaande voorzieningen.

Dienstverlening richting werk/participatie

De gemeente Amersfoort kent principieel gezien geen specifiek re-integratiebeleid voor statushouders of andere groepen inwoners. In het algemene beleid is er wel aandacht voor kwetsbare groepen of mensen met een lage SES, waar statushouders in eerste instantie veelal onder vallen. En in een raadsformatiebrief uit 2016¹⁴ over de continuering van het re-integratiebeleid en toedeling van het daarvoor beschikbare budget wordt – vanwege de toenemende aantallen statushouders in de gemeente – specifiek aandacht gevraagd voor statushouders (naast andere groepen inwoners zoals ouderen en mensen met een arbeidsbeperking). Het vergroten van de arbeidskansen van statushouders wordt daarbij apart vermeld. Binnen het landelijke project ‘screening en matching’¹⁵ zijn regiocoördinatoren aangesteld die netwerken opbouwen tussen werkgevers, statushouders, onderwijsinstellingen, gemeenten en dergelijke. Amersfoort vervult de positie van een van de regiocoördinatoren. Het doel van het beleid gericht op de integratie en participatie van statushouders is sociale activering, opleiding of werk.

De inburgering en (re-)integratie van statushouders is in Amersfoort uitbesteed aan NVA. NVA biedt de maatschappelijke begeleiding, inburgering én is verantwoordelijk voor het begeleiden van

¹⁴ Zie: <https://amersfoort.notubiz.nl/document/4787674/1/RIB%202016-139%20Inzet%20re-integratiebeleid%20en%20budget%202017>.

¹⁵ Zie <https://www.divosa.nl/onderwerpen/screening-en-matching-vergunninghouders>.

statushouders naar zorg, sociale activering, opleiding of werk. NVA heeft hier verschillende trajecten voor ontwikkeld. De gemeente heeft er bewust voor gekozen om de begeleiding van statushouders allemaal via één organisatie te laten lopen, opdat de verschillende activiteiten op elkaar afgestemd kunnen worden, zo wordt beschreven in de raadsformatiebrief uit 2016:

De kracht van de keuze om bovenstaande functies [maatschappelijke, juridische en trajectbegeleiding] door één organisatie te laten uitvoeren is dat de lijnen kort zijn. Trajectverstoringen zoals schulden, trauma, huiselijk geweld worden in een vroeg stadium gesignaleerd, waardoor snel adequate hulp kan worden ingeschakeld. Maar ook laagdrempelige voorzieningen als een sportclub of taalcoaching voor kinderen worden snel geregeld.

Kortom: alhoewel er geen specifiek beleid is binnen het re-integratiebeleid van de gemeente, staan statushouders in Amersfoort wel op het netvlies van gemeentelijk beleid en dienstverlening gericht op re-integratie, en is NVA aangesteld als deskundige partij om integratie en participatie goed te doen verlopen.

Werkwijze begeleiding naar werk

Zoals gezegd is NVA door de gemeente aangesteld als verantwoordelijke partij om – naast hun taken rond maatschappelijke begeleiding en inburgering – recent gearriveerde statushouders toe te leiden naar (arbeids)participatie. De procedure hiervoor is als volgt: allereerst worden statushouders vanuit het COA (waar zij in de asielopvang verbleven) gekoppeld aan de gemeente Amersfoort. Vervolgens komt de lijst met koppelingen bij NVA terecht. De eerste stap voor NVA is dan om een kennismakingsgesprek te plannen met de statushouder. In de weken na het gesprek ligt de nadruk op maatschappelijke begeleiding en worden zaken geregeld omtrent het ondertekenen van het huurcontract, aanvragen van een uitkering, aanvragen van toeslagen, regelen van verzekeringen, huisarts, tandarts, scholen voor de kinderen et cetera. Daarnaast wordt er gekeken wat iemand nog meer nodig heeft om zich thuis te voelen. Bijvoorbeeld een maatje, vrijwilligerswerk of lidmaatschap bij een sportvereniging of geloofsgemeenschap. De trajectbegeleiding gericht op hulp bij de inburgering en begeleiding richting (arbeids)participatie begint ongeveer een maand nadat de statushouder zijn/haar woning in Amersfoort heeft betrokken. De verantwoordelijk trajectbegeleider plant hiervoor een intakegesprek in, waarin de situatie van de statushouder in kaart wordt gebracht en hij/zij enkele taaltoetsen uitvoert.

Trajectbegeleiders vanuit NVA hebben verschillende instrumenten beschikbaar om in te zetten om het proces van integratie en participatie te ondersteunen. Dit zijn instrumenten die beschikbaar zijn vanuit het reguliere re-integratiebeleid en instrumenten ontwikkeld door NVA zelf. Wanneer NVA een instrument wil inzetten (denk bijvoorbeeld aan een werkervaringsplek of VCA-training) dan vraagt de trajectbegeleider hiervoor toestemming bij de gemeente. In de meeste gevallen worden dergelijke verzoeken door de gemeente gehonoreerd. Wanneer het gaat om duurdere instrumenten of trajecten gaan NVA en de gemeente met elkaar in gesprek over wat de verwachte opbrengst van de ingezette maatregel is.

Een uitzondering op de hierboven beschreven structuur van begeleiding geldt voor statushouders die via Stichting voor Vluchteling-Studenten UAF kunnen gaan studeren: zij worden begeleid door trajectbegeleiders van Arbeidsintegratie vanuit de gemeente (reguliere re-integratiebeleid) en niet door trajectbegeleiders van NVA.

Samenwerking rond (re-)integratie en gezondheid

Verschiedende partijen in Amersfoort werken samen rond de gezondheid en integratie van statushouders. NVA is de organisatie die alle recente statushouders spreekt en begeleidt¹⁶. Op het moment dat zij specifieke instrumenten willen inzetten voor statushouders, vragen ze hiervoor toestemming aan de gemeente, de opdrachtgever van NVA. Het onderwerp gezondheid staat hierbij niet standaard op de agenda. Op het moment dat er zorgvragen spelen, zijn andere partijen betrokken. Dit zijn onder andere de wijkteams, de ggz, de GGD en huisartsen. NVA is de regiehouder en houdt in de gaten welke organisaties betrokken zijn, en neemt waar nodig contact op met deze organisaties.

¹⁶ Met uitzondering van statushouders die via UAF studeren: deze statushouders worden door de trajectbegeleiders van Arbeidsintegratie vanuit de gemeente begeleid.

De trajectbegeleiders van NVA hebben met name veel te maken met de ggz, omdat vluchtelingen vaak te maken hebben met psychische klachten en problemen gerelateerd aan de ervaringen in land van herkomst, de vlucht en/of de eerste periode in Nederland. De rol die NVA hierin neemt, is vaak beperkt tot doorverwijzen en zorgen dat iemand op de juiste plek terechtkomt. Door regels rondom privacy kan er niet veel informatie gedeeld worden. NVA heeft contact met enkele gespecialiseerde organisaties die de problematiek van statushouders goed kennen. Zo heeft het Sinai Centrum expertise op de problematiek van oorlogsslachtoffers, en bieden zij ambulante hulpverlening aan vluchtelingen. Zorgorganisatie Kommak is gespecialiseerd in hulp aan Eritrese en Syrische statushouders. Kommak biedt zowel ambulante begeleiding als dagactiviteiten. Deze organisaties zijn beschikbaar, het is geen beleid dat statushouders per definitie naar deze organisaties doorverwezen worden.

Daarnaast participeert de gemeente Amersfoort in het programma GezondIn van Expertisecentrum Gezondheidsverschillen Pharos, met als doel om meer in te zetten op integrale aanpak van gezondheidsproblematiek (bijvoorbeeld binnen de Gezonde Wijk aanpak). Voor de vormgeving van een integrale aanpak op het gebied van gezondheid werkt de gemeente ook samen met verschillende externe partijen zoals het Meander Medisch Centrum (ziekenhuis), welzijnswerk, IndeBuurt033 en thuiszorgorganisaties.

Om professionals beter op de hoogte te stellen van de gezondheidsproblematiek van statushouders is de gemeente een initiatief gestart met een nieuwsbrief vol informatie die naar de bovenstaande partijen wordt verzonden.

Afstemming gezondheidsbeleid en integratiebeleid

In de beleidsstukken over re-integratie van de gemeente wordt de rol van gezondheid niet genoemd. Er is nog geen verbinding tussen de afdelingen gezondheid en re-integratie. Er is bij NVA ook geen beleid over hoe om te gaan met gezondheidsproblematiek van statushouders in de trajecten gericht op integratie en participatie. Gezondheid is echter wel één van de aspecten die trajectbegeleiders van NVA meenemen in het participatie- en integratieproces.

Inrichting van de uitvoering: werkwijze trajectbegeleiders NVA

In deze paragraaf gaan we nader in op de kaders waarbinnen de trajectbegeleiders van NVA¹⁷ hun werk kunnen doen. Welke opdracht hebben zij gekregen? En is er aandacht voor hoe om te gaan met mogelijke gezondheidsproblematiek? Welke handelingsvrijheid hebben trajectbegeleiders in hun begeleiding, en welke trajecten kunnen zij inzetten om statushouders te begeleiden richting participatie?

Opdracht aan trajectbegeleiders

De trajectbegeleiders hebben vanuit de gemeente de taak om statushouders richting werk (of opleiding) te begeleiden, en daarmee hun uitkeringsafhankelijkheid te doen stoppen. Elke trajectbegeleider begeleidt zo'n zestig klanten. Er zijn geen strikte targets voor het aantal klanten dat naar werk begeleid moet worden, zo zegt de gemeente:

"Iedereen doet wat hij kan, we hebben geen targets. We houden het wel in de gaten, als een statushouder geen stap verder komt dan stoppen we het traject. Maar het zijn trajecten van lange adem als het om vluchtelingen gaat."

Een belangrijke taak binnen de trajectbegeleiding is om statushouders zo snel mogelijk te laten instromen in een taaltraject, om daarmee op tijd aan de inburgeringsverplichting te voldoen. Er is geen specifieke aandacht voor de wijze waarop trajectbegeleiders om moeten gaan met mogelijke gezondheidsproblematiek van statushouders die zij begeleiden.

¹⁷ Zoals eerder genoemd kunnen - naast de trajectbegeleiders van NVA - trajectbegeleiders van Arbeidsintegratie die vanuit de gemeente werken met vluchtelingen te maken krijgen, dan gaat het om vluchtelingen die al langer in Nederland zijn (en al een traject bij NVA gehad hebben). Als recente statushouders via UAF begeleid worden, blijven ze ook bij de gemeente. Omdat dit om uitzonderingen gaat en dit onderzoek zich op recente statushouders richt, beperken wij ons hier tot de uitvoering door NVA.

Training/deskundigheidsbevordering trajectbegeleiders

Er is op dit moment geen expliciete aandacht voor hoe trajectbegeleiders om moeten gaan met gezondheidsproblematiek van statushouders. In het verleden is er wel extra aandacht geweest voor traumaherkenning bij statushouders door middel van een training. Dit is echter alweer lang geleden, aldus NVA. Momenteel ligt de focus binnen NVA vooral op intercultureel werken en het vormgeven daarvan. Op dat gebied worden verschillende trainingen gegeven. Gezondheid komt daarbij niet als expliciet onderwerp aan bod. Ook zijn er geen tools of instrumenten als er sprake is van gezondheidsproblematiek. Wel zegt NVA op dit moment bezig te zijn om meer gestructureerde invulling te geven aan trajecten richting sociale activering, en daarin is aandacht voor positieve gezondheid.

Handelingsvrijheid trajectbegeleiders

NVA geeft haar trajectbegeleiders veel handelingsvrijheid. De organisatie acht maatwerk van groot belang, omdat elk klant persoonlijke aandacht nodig heeft en een persoonlijk traject doorloopt. Van de trajectbegeleider wordt dan ook verwacht dat hij/zij kan schakelen tussen allerlei vormen van begeleiding. De ene keer is dat meer sturend en de andere keer is dat meer spiegelend. Een voorbeeld van maatwerk is een situatie waarbij een trajectbegeleider besluit om met een klant mee te gaan naar de huisarts. Dit wordt niet per definitie verwacht, maar daar kan wel voor gekozen worden als de trajectbegeleider dat nodig acht.

Er zijn geen gestandaardiseerde protocollen of (afwegings)kaders voor klantmanagers om in te schatten of er gezondheidsbelemmeringen zijn. De gemeente geeft NVA de handelingsvrijheid om dit op eigen manier vorm te geven, en ook binnen NVA hebben trajectbegeleiders deze handelingsvrijheid.

De uitdaging hierbij is om toch tot een eenduidige werkwijze te komen, waarbij trajectbegeleiders enige handvatten hebben op het moment dat gezondheidsproblematiek speelt:

“Gezondheid is een van de aspecten die je meeneemt in het participatie- en integratieproces. Het is lastig om daar één werkwijze in te hebben. Ik merk dat iedereen dat toch wel op een eigen manier doet. Het zou mooi zijn dat eenduidiger te maken. Ik kan moeilijk zeggen; we doen dat altijd op die en die manier. Maar daar waar gezondheid een belemmering vormt om stappen te maken richting de arbeidsmarkt, heb je iets met die hobbel te doen. Wat is er nodig om met die hobbel te dealen?”

Er zit natuurlijk enige beperking op de handelingsvrijheid en dat is in de tijd die ze per klant kunnen besteden. De trajectbegeleiders hebben ongeveer 60 klanten per persoon (bij een werkweek van 32 uur) en hebben ongeveer drie jaar om de persoon te begeleiden.

Beschikbaar aanbod voor statushouders

Alle statushouders starten hun trajectbegeleiding met een intake waarbij de trajectbegeleider hun vragen stelt over hun situatie, motivatie en achtergrond. Ook worden enkele tests afgenomen, waaronder een taaltest (om het niveau van de inburgering te bepalen). NVA hanteert drie verschillende profielen voor statushouders die in een traject zitten: zorg, activering of werk (hieronder valt ook bemiddeling naar een opleiding). Ongeveer de helft van de statushouders zit in een werktraject, de overige helft in een traject voor activering of zorg waarbij het aantal statushouders in een zorgprofiel beperkt is, ongeveer 5 procent.

Er is sprake van een zorgprofiel wanneer gezondheidsproblematiek op de voorgrond staat, en de gezondheidsproblemen integratie ernstig belemmeren. Verlenen van de juiste zorg staat dan voorop. Deze zorg wordt verleend door professionals zoals het wijkteam of gespecialiseerde hulp. De trajectbegeleiders hebben hierin een signalerende en doorverwijzende rol en een rol in het bespreekbaar maken van (zorg voor) gezondheidsproblemen. In het profiel werk wordt er ingezet op het begeleiden van statushouders naar een betaalde baan of een opleiding. Daar hoort ook een algemeen opstarttraject bij: alles rondom inburgering en het maken van een begin met de taal. Wanneer blijkt dat iemand nog niet klaar is voor een betaalde baan, wordt ingezet op het wegnemen of beter omgaan met de belemmeringen en het vergroten van de kwaliteiten om aan te sluiten op de arbeidsmarkt. Als toeleiding naar de arbeidsmarkt niet haalbaar is binnen de begeleidingsperiode kan iemand in een profiel voor activering

terecht komen. Er wordt dan gekeken of iemand eerst vrijwilligerswerk kan gaan doen of andere dingen in de buurt.

Er is flexibiliteit om profielen – waar nodig – bij te stellen. NVA zegt dat ongeveer 80 procent van de uitstroom profielen in eerste instantie goed wordt ingeschat, en dat in ongeveer 20 procent van de gevallen het profiel bijgesteld moet worden. Die mogelijkheid om bij te stellen is belangrijk, omdat soms pas gaandeweg het traject zichtbaar wordt welke belemmeringen er spelen. Maatwerk is hierbij het uitgangspunt:

“We kunnen het profiel bijstellen op basis van hoe iemand vordert. Het kan bijvoorbeeld gaandeweg blijken dat iets niet haalbaar is, waardoor je terugschakelt. Omdat het bijvoorbeeld toch belangrijk is om eerst naar de sociale activering te kijken of toch eerst naar zorg.”

Ook in het werkprofiel en activeringprofiel kan gezondheid een rol spelen, omdat dit van invloed kan zijn op de mogelijkheden van iemand om te starten met participatie. Trajectbegeleiders hebben hier altijd aandacht voor:

“Daar waar gezondheid een belemmering vormt om stappen te maken richting de arbeidsmarkt, heb je iets met die hobbel te doen.”

Omdat hierover niks is vastgelegd, is het niet eenduidig hoe trajectbegeleiders met eventuele gezondheidsproblematiek omgaan.

Uitvoeringspraktijk

In dit hoofdstuk beschrijven we de uitvoeringspraktijk van trajectbegeleiders van NVA in Amersfoort. Hoe gaan zij om met gezondheidsproblematiek in hun begeleiding richting (arbeids)participatie? Voor dit onderzoeksdeel hebben wij een groepsgesprek gevoerd met zes trajectbegeleiders bij NVA waarin wij hun vroegen hoe zij in hun werk rekening (kunnen) houden met gezondheidsvraagstukken. Ook hebben wij vijf casussen in beeld gebracht van statushouders waar gezondheidsproblemen een rol spelen. We interviewden voor elke casus de trajectbegeleider vanuit NVA en de statushouder zelf. Ten slotte organiseerden we een werksessie voor trajectbegeleiders waarin we de casussen uit de andere twee aan het onderzoek deelnemende gemeenten (Amsterdam en Katwijk) geanonimiseerd voorlegden en vroegen afweging te maken.

In dit hoofdstuk komen de volgende onderdelen aan bod:

- visie van trajectbegeleiders op gezondheid in relatie tot participatie;
- de intake en signalering van gezondheidsproblemen;
- de keuze voor en het verloop van een traject;
- samenwerking met zorg- en welzijnsorganisaties;
- ervaringen, wensen en motivatie van statushouders bij gezondheidsproblemen.

Visie van trajectbegeleiders op gezondheid in relatie tot participatie

Dát gezondheid een heel belangrijke rol speelt in de begeleiding van statushouders, dat staat vast voor de trajectbegeleiders. Desgevraagd schatten ze in dat er bij 90-95 procent van de statushouders gezondheidsproblemen spelen. Bij ongeveer 30 procent van deze groep zijn de gezondheidsproblemen problematisch en van grote invloed op het verloop van het traject. De trajectbegeleiders vatten gezondheid breed op, en sluiten daarin aan bij de definitieve van positieve gezondheid die door de gemeente Amersfoort wordt gehanteerd. Specifiek noemen ze fysieke en psychische gezondheid. De meest voorkomende gezondheidsproblemen zijn stressgerelateerd. Slaapproblemen, concentratieproblemen en dingen moeilijk onthouden zijn vaak voorkomende uitingsvormen. Ook het bezig zijn met gezinshereniging is een bron van stress. Daarnaast spelen andere zorgen een rol, of trauma's die statushouders hebben. Deze psychische problemen kunnen het inburgeren en participeren belemmeren.

Een bevorderende factor die de gezondheid ten goede kan komen is behandeling bij de ggz, aldus de trajectbegeleiders. Andere interventies – waar trajectbegeleiders zelf meer invloed op kunnen uitoefenen – zijn het uitbreiden van een sociaal netwerk en het ondernemen van activiteiten. Door bezig te zijn kunnen mensen hun gedachten verzetten en het gevoel hebben iets bij te dragen, aldus de trajectbegeleiders, die hiermee aansluiten bij het bredere begrip positieve gezondheid:

“Gezondheid zit ‘m ook in leuke dingen doen [met anderen], want daar kun je je positiever door voelen en daardoor zit je lekkerder in je vel.”

De intake en signalering van gezondheidsproblemen

Wij vroegen trajectbegeleiders hoe en op welk moment zij gezondheidsproblemen in kaart brengen. Het eerste contactmoment met de statushouders vindt plaats tijdens de intake: komt gezondheid aan bod in dat gesprek? En hebben de trajectbegeleiders bepaalde protocollen of instrumenten om gezondheid in kaart te brengen? Voelen zij zich voldoende toegerust om gezondheid te bespreken, in kaart te brengen en te betrekken in hun afwegingen voor een bepaald type traject?

De intakefase

Het contact met de trajectbegeleider start met een intake. De trajectbegeleiders hebben geen instrumenten of protocollen om eventuele gezondheidsbelemmeringen in te kunnen schatten. Uitvraag van fysieke en psychische gezondheid gebeurt altijd in de intake, en in het verslag van de intake komt gezondheid aan bod. Dat is echter een klein onderdeel, aldus de trajectbegeleiders:

“In onze rapportage natuurlijk, schrijven we over de belemmeringen. Maar dat is afvinken. Heb je zorgtaken, psychische belemmeringen... maar dat is eigenlijk alleen een vinkje en in je rapportage kun je dat verder uitwerken. Maar het is geen instrument. Het gesprek is het instrument.”

Met ‘het gesprek is het instrument’ bedoelen de trajectbegeleiders dat zij in het gesprek altijd alert zijn op mogelijke gezondheidsbelemmeringen. Dit doen zij door vragen te stellen zoals ‘Slaap je goed? Voel je je fit? Voel je je rustig in je hoofd? Hoe gezond voel je je?’ en door te letten op iemands lichamelijke houding en hoe iemand de (taal)testen maakt, die deel uitmaken van de intake:

“Ik vraag in een intake wel of ze rustig in hun hoofd zijn. En dan praten we er ook over. Soms kun je het ook al zien. Ze moeten testen doen, en bij de testen zie ik ze soms ook heel nerveus. Ik let wel op hun lichamelijke houding op dat soort momenten. En als ze onrustig zitten dan kan ik wel wat meer vragen over de gezondheid.”

Diepgaand uitvragen over gezondheid is echter geen standaardonderdeel van de intake en de trajectbegeleiders discussiëren met elkaar in hoeverre het wenselijk is gezondheid direct in kaart te willen brengen. Is het nodig voor het traject? Zou je zelf alles meteen willen vertellen? En wat als je iets signaleert, maar iemand is er nog niet aan toe om het te accepteren of er iets mee te doen? De klant is tijdens de intake leidend in of en in welke mate gezondheid aan bod komt, aldus de trajectbegeleiders.

Signaleren gezondheidsbelemmeringen

In de praktijk komen gezondheidsbelemmeringen gaandeweg het traject in beeld. Een van de redenen hiervoor is dat pas duidelijk wordt welke invloed eventuele gezondheidsklachten op het functioneren hebben op het moment dat iemand aan de slag gaat, bijvoorbeeld met taallessen of werk:

“Ik zie veel mensen die zowel psychisch als fysiek allerlei mankementen vertonen. Het valt me op dat het tijdens hun intakefase vaak niet zo’n rol speelt, maar op het moment dat er werkelijk iets gebeuren moet, dan wel. Dan worden de belemmeringen echt zichtbaar. Kan iemand ook een stuk fietsen? Kan iemand zich concentreren in de lessen?”

Als iets niet lekker loopt, krijgen trajectbegeleiders een signaal. Dat kan via de statushouder zelf zijn, doordat de trajectbegeleider het zelf opmerkt, maar bijvoorbeeld ook via de maatschappelijk begeleider van de statushouder of van de taallessendocent die ziet dat iemand zich moeilijk kan concentreren in de les.

Daarnaast kunnen externe organisaties gezondheidsproblemen signaleren, zoals het wijkteam, Kommak of de GGD.

Met name rond eventuele psychische problematiek kost het tijd om in beeld te krijgen wat er speelt en hoe dat iemand belemmert: over het algemeen is het voor de trajectbegeleiders makkelijker om de invloed van fysieke gezondheid op mogelijkheden voor (arbeids)participatie te duiden dan de invloed van psychische gezondheid, omdat deze minder zichtbaar is en omdat statushouders soms een drempel over moeten om hierover te praten:

“Psychische gezondheid is moeilijker om bespreekbaar te maken, vooral in het begin. Niet altijd, maar vooral in grote lijnen. Dan moet je eerst wel iets voor opbouwen met elkaar.”

Het leren kennen van de statushouders, winnen van vertrouwen en opbouwen van een band zijn dan belangrijk – en dat is niet allemaal mogelijk in één intake. De begeleiding vanuit NVA is er ook op gericht om in de eerste periode (ongeveer een half jaar) het profiel van de statushouders steeds scherper in beeld te krijgen.

Toerusten trajectbegeleiders

De trajectbegeleiders zijn verdeeld over in welke mate en op welke manier zij toegerust dienen te worden om gezondheidsproblematiek te signaleren. De algemene tendens is dat zij niet veel zien in het handhaven van een vast protocol of het standaard bespreken van gezondheid tijdens de intake. Vaak wordt een belemmerende rol van gezondheid pas gaandeweg zichtbaar, waardoor het niet altijd nodig is dit al tijdens de intake te bespreken. Bij NVA komt daar nog bij dat de intake al heel vol zit (met besprekpunten en testen), en dat er volgens de trajectbegeleiders meer tijd en aandacht nodig is, wil je gezondheid echt goed kunnen bespreken. Wel zouden de trajectbegeleiders baat hebben bij meer handvatten om gezondheid bespreekbaar te maken, en meer kennis over de rol van gezondheid. Een (uitwerking van het) begrip als positieve gezondheid zou daarbij kunnen helpen.

Verschillen tussen groepen: genderspecifieke belemmeringen

De trajectbegeleiders noemen in de gesprekken nog een aantal gezondheidsbelemmeringen die zij specifiek bij vrouwen signaleren. Zo zien zij soms dat vrouwen *veel ballen in de lucht* moeten houden – zowel in het gezin als rond familie, op het werk en in het huishouden – waardoor er stress kan ontstaan. Ook hebben zij soms *weinig kennis van hun lichaam*, waarbij een trajectbegeleider een voorbeeld geeft rond overgangsklachten. Ook zijn vrouwen *onbekend met georganiseerde, preventieve gezondheidsonderzoeken* in Nederland, zoals het bevolkingsonderzoek borstkanker. Ook *gezinsplanning, zwangerschap en seksualiteit* zijn onderwerpen waar trajectbegeleiders vaak mee te maken hebben. De trajectbegeleiders bespreken met hun vrouwelijke klanten thema's zoals zwangerschapspreventie en wat je nog wel en niet kan doen als je zwanger bent en wanneer je een gezin wil beginnen. Uiteindelijk laten ze de keuze (vanzelfsprekend) bij de vrouw zelf liggen, maar door erover te praten proberen trajectbegeleiders te zorgen dat het een *bewuste keuze* is (ook als het gaat om de rolverdeling in het gezin en qua werk). Dit bespreekbaar maken is niet altijd makkelijk:

Trajectbegeleider: “Ik bespreek met haar gewoon dat ze goed voor haarzelf moet zorgen als vrouw. En ook, ze is alleen hier in Nederland en dat ze ook waakzaam moet zijn voor... ook voor mannen toch? Dat ze goed voor zichzelf moet zorgen dat ze niet euh... ik bedoel ze woont alleen. Ze kan zomaar zeggen van: kom maar langs, bij wijze van.”

Onderzoeker: “Dat ze inderdaad niet per ongeluk zwanger wordt.”

Trajectbegeleider: “Inderdaad. Bij haar zou ik dus daar een beetje de focus op zetten.”

De keuze voor en het verloop van een traject

Wij vroegen trajectbegeleiders in hoeverre en op welke wijze zij rekening houden met eventuele gezondheidsbelemmeringen bij de keuze voor de inzet van trajecten, en het verloop ervan. Hoe wordt de afweging voor een bepaald traject gemaakt? Welke rol spelen de wensen van de statushouder zelf in deze keuze? En hoe wordt er tijdens de begeleiding/gedurende het traject rekening gehouden met –

soms veranderende – gezondheid? Is het mogelijk om het traject gaandeweg aan te passen, als dat nodig is? Wanneer en op wiens initiatief wordt hiervoor gekozen?

De keuze voor een traject

Zoals we in hoofdstuk 1 beschreven zijn er bij NVA grofweg drie type trajecten te onderscheiden: een werktraject, een participatietraject en een zorgtraject. De meeste statushouders zitten in een werk- of participatietraject. Als een zorgtraject aan de orde is, wordt iemand verder niet naar participatie begeleid (en ook ligt de inburgering dan soms stil). Er bestaat wel de mogelijkheid om, op het moment dat de juiste zorg is ingeschakeld, de begeleiding richting participatie of werk te hervatten. De keuze welk traject iemand ingaat, hangt af van de ambitie van de statushouder zelf, geven de trajectbegeleiders aan. Motivatie is daarbij heel belangrijk. Er wordt aangesloten op de ambitie en motivatie, omdat dat de grootste kans op succes in het traject geeft, is de ervaring van NVA. Op het moment dat een klant (met gezondheidsproblemen) de motivatie heeft om te gaan werken of studeren, dan probeert de trajectbegeleider door maatwerk te leveren om de gezondheidsproblemen heen te werken en oplossingen te verzinnen om het mogelijk te maken. Er is dus niet één vaste werkwijze of traject voor een bepaald gezondheidsprobleem. De onderstaande casusbeschrijving geeft hiervan een voorbeeld:

Riaz¹⁸ heeft door een ongeluk een ernstig rugprobleem. Hij heeft veel pijn en kan niet lang staan en zitten. Hij is al eens geopereerd (niet in Nederland). De metalen pinnen die toen in zijn rug zijn gezet, zijn gaan schuiven en zitten niet meer op de plek waar ze horen. Hij moet nogmaals geopereerd worden. Eerst leek dat snel te moeten en gaan gebeuren maar nu staat hij toch op een wachtlijst die (minstens) tien maanden duurt. Riaz is heel gemotiveerd om te studeren en werken. Hij laat zich niet tegenhouden door de pijn. Ondanks de onophoudelijke pijn kan hij lessen volgen, geeft hij zelf aan dat hij wil werken en onderneemt hij van alles en nog wat. Zijn trajectbegeleider zegt hierover: *“Als hij anders in het leven stond was de pijn in zijn rug genoeg reden om pas op plaats te maken. Hij had kunnen denken: ik stop ermee, ik ben niet leerplichtig en blijf in de uitkering.”* Omdat hij zo gemotiveerd is, hebben hij en zijn trajectbegeleider besloten dat hij met een opleiding gaat beginnen, ook al moet hij deze op moment van de operatie tijdelijk stilzetten. Wel hebben ze de keus gemaakt om met een opleiding op lager niveau te beginnen, zodat hij het eerste studiejaar makkelijk kan halen, ook als hij een deel van het schooljaar afwezig is door de operatie en het herstel.

Dat de ambitie en motivatie van klanten leidend zijn, betekent niet dat trajectbegeleiders geen rol hebben in de keuze voor een traject. Zij denken mee, proberen bij te sturen en houden in de gaten of de klant zijn inburgering op tijd kan halen. Maatwerk en met de klant in gesprek blijven staan daarbij voorop. Maar in het geval dat een statushouder een onrealistisch beeld heeft of niets wil ondernemen, dan wordt de klant gewezen op zijn verplichtingen vanuit de Participatiewet.

Het verloop van een traject

Er is bij de NVA ruimte om een eenmaal gekozen traject aan te passen op het moment dat de gezondheidssituatie (of andere omstandigheden) van de statushouders wijzigt. In de praktijk komt dit bij 20 procent van de klanten voor na de begeleiding van het eerste jaar. Dit komt doordat (zoals ook besproken in paragraaf ‘intake en signalering gezondheidsproblemen’) vaak pas gaandeweg een traject gezondheidsproblemen of de impact ervan zichtbaar worden.

Op het moment dat een verandering in gezondheid zich voordoet, zoeken trajectbegeleiders samen met de klant naar oplossingen om met de nieuwe situatie om te gaan. Hier ervaren zij voldoende ruimte voor. De volgende casus illustreert hoe trajectbegeleiders samen met de klant zoeken naar alternatieve oplossingen als zich gezondheidsproblemen aandienen:

Birhan heeft last van astma. Hij heeft ervaring in de bouw en wil daar graag in verder. Aan de start van zijn begeleiding was nog niet duidelijk hoeveel en of zijn astma hem zou belemmeren in het werken in de bouw. Nadat Birhan een opleidingstraject in de bouw startte, bleek dat de klachten te ernstig waren en moest het bedrijf hem van de arbo-arts ontslaan. Hij mag zijn bouwopleiding nog afmaken, en ondertussen zoekt zijn begeleider met hem naar andere – minder stoffige - opties binnen de bouw. Omdat hij graag in de bouw wil werken, blijft de

¹⁸ Omwille van de privacy gebruiken we gefingeerde namen.

trajectbegeleider in eerste instantie op zoek naar opties in die sector. Om te onderzoeken wat de klant wel en niet kan (binnen de bouw) heeft de trajectbegeleider gezorgd dat verschillende artsen onderzoek uitvoerden.

Samenwerking met zorg- en welzijnsorganisaties

Wij spraken met de trajectbegeleiders over hun aansluiting met zorg- en welzijnsorganisaties. Hoe zien trajectbegeleiders hun rol als het om hulpverlening gaat? Hebben zij contacten met zorg- en welzijnsorganisaties, verwijzen zij door? Is er sprake van informatie-uitwisseling tussen de organisaties? Wat is de invloed van hulpverlening op de trajecten vanuit de trajectbegeleiding?

Rol trajectbegeleiders rond hulpverlening

De primaire taak van trajectbegeleiders ligt bij begeleiding van statushouders rond inburgering en participatie. Begeleiding en hulp bij gezondheidsproblemen staan niet centraal. Op het moment dat er gezondheidsproblemen spelen, zullen trajectbegeleiders daar wel mee aan de slag gaan, omdat dit het inburgeren en participeren in de weg kan staan. Daarin kunnen trajectbegeleiders verschillende rollen op zich nemen. Allereerst hebben zij vanuit hun contact met statushouders een rol in *signalering* van (gezondheids)problemen. Ook geven trajectbegeleiders *informatie* over het Nederlandse systeem van gezondheidszorg. Als trajectbegeleiders inschatten dat zorg nodig is, zullen ze soms de statushouder proberen te *overtuigen* van het belang van zorg. Dit speelt bijvoorbeeld bij psychische problematiek, waarbij statushouders soms een drempel over moeten voor ze dergelijke hulp aanvaarden. Trajectbegeleiders kunnen zelf geen zorg verlenen, wel kunnen zij statushouders *doorverwijzen* naar de juiste zorg- of welzijnsorganisatie. In sommige gevallen blijft het niet alleen bij doorverwijzen, maar nemen trajectbegeleiders zelf ook *contact op met de zorg- of welzijnsorganisaties* (hier is privacy belangrijk, dus altijd met toestemming van de klant) of *zij gaan mee naar gesprekken*.

De onderstaande drie citaten geven weer hoe trajectbegeleiders deze verschillende rollen invullen:

"Mijn klant zou geopereerd worden, maar had al maanden niks van het ziekenhuis gehoord. Toen zijn we samen naar het ziekenhuis gaan bellen. Als hij een Maatschappelijk Begeleider had gehad, zou die persoon dat met hem doen. Maar die heeft hij niet. En ik doe het wel vaker hoor, dat ik bel naar het ziekenhuis of de arts. Het is op die manier soms sneller geregeld als je het zelf even doet."

"Een klant had psychologische hulp nodig, want haar klachten bleven bestaan. Ik heb dit elke keer weer ter sprake gebracht en uiteindelijk zei ze wel van: 'Okay, ik wil het wel proberen. Maar dan wil ik niet alleen.' Dus, met haar heb ik de afspraak gemaakt dat ik met haar meega. Dus dat doe je ook, afhankelijk van wat de klant aangeeft nodig te vinden."

Trajectbegeleider: "De gezondheidszorg hier is zo anders dan in Eritrea of Syrië. Ik heb bijvoorbeeld iemand die gediagnosticeerd is met het prikkelbaar darmsyndroom. Hij wil 'gewoon pillen hebben', zegt hij, want in Syrië krijgt hij pillen. En hier.... Het is dus ook nog heel erg stressgerelateerd en hier wordt gezegd dat hij zijn leefstijl moet aanpassen en dat hij naar psycholoog moet gaan om te leren omgaan met stressvolle gedachten. "Waar heb je het over? Ik ben hartstikke ziek", is zijn reactie."

Onderzoeker: Hoe zien jullie je rol daarin, als zoiets speelt?

Trajectbegeleider: "Onze rol is heel adviserend. Uitleggen van zo gaat het in Nederland. Als je in Nederland bij de dokter komt, dan zegt hij "wat denk je dat er aan de hand is?". Nou, dat is raar. Dus het is eigenlijk vooral uitleggen hoe alles hier werkt. Dat je niet meteen naar een ziekenhuis gaat, je gaat eerst naar een dokter. Dat het gewoon anders georganiseerd is in Nederland, daar duidelijkheid in geven. Gewoon uitleggen. En dat je soms met een griepje gewoon moet uitzieken. Je krijgt niet meteen antibiotica. Dat is ook helemaal niet goed voor je. Het is heel erg uitleggen, verduidelijken, adviseren."

Ook in de rol(len) rond hulpverlening is te zien dat de trajectbegeleiders een grote handelingsvrijheid hebben. Een deel van de rollen die zij op zich nemen, waaronder het bellen naar organisaties en meegaan naar gesprekken, valt niet vanzelfsprekend in hun takenpakket. Het is aan de trajectbegeleider om in te schatten wat de klant zelf kan doen of organiseren. Op het moment dat gezondheidsproblemen een belemmering zijn in het traject moet de trajectbegeleider gaan acteren. Hiervoor kan hulp aan een maatschappelijk begeleider worden gevraagd. Maar niet elke statushouder heeft een dergelijke

begeleider (dat stopt in de regel eerder dan trajectbegeleiding) en er is niet altijd afstemming wie wat doet. Trajectbegeleiders zouden graag meer duidelijkheid willen hebben over welke professional in gevallen waar hulp bij gezondheidsvragen nodig is het voortouw neemt. Daarnaast vinden de trajectbegeleiders dat huisartsen een grotere rol zouden moeten nemen in het uitleggen hoe het Nederlands gezondheidssysteem werkt en het acceptatieproces dat daarbij hoort.

Wisselwerking hulpverlening en traject

In werk- en participatietrajecten is er sprake van een wisselwerking tussen de hulpverlening en de trajecten vanuit NVA, omdat in die gevallen gezondheidszorg en participatie parallel lopen. In zorgtrajecten hebben trajectbegeleiders geen grote rol, omdat daar alleen sprake is van hulpverlening (met daarnaast de aandacht voor de inburgering).

Trajectbegeleiders zeggen dat de ingezette/benodigde hulpverlening de integratie en participatie van statushouders kan hinderen en dat het soms moeilijk is een passend traject op te stellen, dat aansluit bij de hulpverlening (of andersom). Bijvoorbeeld omdat de hulpverlening op zich laat wachten en/of het niet duidelijk is wanneer de hulpverlening starten kan. Een veelgenoemde belemmering zijn de wachttijden in de psychische gezondheidszorg. Doordat deze lang zijn – met name als het om een traject in de eigen taal van de statushouder gaat – kampen klanten lange tijd met psychische problemen die hen belemmeren in verdere participatie.

“De wachttijden voor psychische hulpverlening belemmeren je in je traject. Als je niet goed slaapt, gaat het niet goed in de les. Zolang het niet zo goed in de les gaat, leer je minder snel de Nederlandse taal. Als je minder snel de Nederlandse taal leert, heb je minder kansen op de arbeidsmarkt.”

Ook is het voor klanten soms moeilijk om psychische hulp te accepteren. Op het moment dat ze die drempel over zijn en dán nog eens heel lang moeten wachten, willen sommigen het al niet meer.

“Die tijd naar psychische hulp toe duurt zo lang, dat ik bij een klant bijvoorbeeld heb meegemaakt dat zij zei: okay ik wil de hulp wel. Toen gingen er maanden en maanden en maanden overheen. En op een gegeven moment was ze uitgenodigd om te komen en toen zei ze ‘ja sorry, nu vind ik het niet meer nodig’. Ze was totaal ontmoedigd om te gaan. Terwijl ze die hulp nog wel degelijk nodig had. Nu heb ik haar uiteindelijk bij een andere instelling kunnen plaatsen... Want omdat ze nu Nederlands kan, kan ze gewoon hier in Amersfoort terecht. Maar goed, deze hulpverlening sluit ook niet heel goed aan op deze doelgroep.”

Trajectbegeleiders voelen zich in dergelijke gevallen tamelijk machteloos: zij kunnen zelf de benodigde zorg niet verlenen en hebben geen invloed op de wachttijden. Het enige dat ze kunnen doen is de klant helpen door contact op te nemen met de zorginstelling om te informeren naar de status. In de tussentijd proberen ze via praktische stappen te kijken waar ze directe verlichting kunnen bieden.

“Ik ben geen psycholoog, dus ik kijk naar dingen buiten die professie die wel toegankelijk zijn, die wel hulp bieden. Maar ik denk dat heel vaak wel die expertise van een psycholoog nodig is, om mensen echt goed te kunnen helpen.”

Contact met zorg- en welzijnsorganisaties

We vroegen trajectbegeleiders of zij weten naar welke zorg- en welzijnsorganisaties zij kunnen doorverwijzen en of er contact is met die organisaties. Zij hebben deze organisaties onlangs zelf in beeld gebracht, en hierdoor redelijk goed zicht op welk aanbod er rond gezondheid is, en wat er specifiek voor vluchtelingen wordt georganiseerd. Toch kan dit nog verbeterd worden, vinden de trajectbegeleiders. Zij zouden nog beter op de hoogte willen zijn van wat welke organisatie precies doet, en ook weten de organisaties niet altijd wat NVA doet. Tussen organisaties is geen uitwisseling van kennis en expertise, eigenlijk gebeurt dit alleen tussen de trajectbegeleiders onderling (vaak informeel).

Informatie-uitwisseling over statushouders

De trajectbegeleiders zijn verdeeld over de vraag in hoeverre informatie over doelen en vorderingen in het hulpverleningstraject nodig is om de trajectbegeleiding goed te kunnen uitvoeren. Het voordeel van weten hoe de zorg of hulpverlening verloopt, is dat de trajectbegeleider het participatie- of werktraject af kan stemmen op de situatie van de statushouder. In zo'n geval heeft overleg met de zorgprofessional over wat haalbaar en goed zou zijn voor de statushouder toegevoegde waarde. Hierin kan de statushouder ook zelf een rol nemen, door zelf bij de hulpverlener te vragen wat hij/zij zou aanraden:

“Stel, een klant geeft aan te willen werken. Dan kan ik als trajectbegeleider zeggen ‘overleg even met je psycholoog of hij/zij dat een goed idee vindt’.”

Soms ook vindt de trajectbegeleider het voldoende om te weten dat de statushouder passende zorg krijgt waar hij of zij baat bij heeft.

Als trajectbegeleiders meer willen weten over het hulpverleningstraject, dan krijgen zij deze informatie in de meeste gevallen via de statushouder zelf, door ernaar te vragen of doordat de persoon er zelf over vertelt. Als de trajectbegeleider informatie vanuit de hulpverlener wil, zal de klant toestemming moeten geven hiervoor. In de praktijk is er weinig inhoudelijk contact tussen de trajectbegeleiders en zorgorganisaties, met name niet met de ggz. Meer inhoudelijke uitwisseling zou behulpzaam zijn in het vormgeven van een traject, vinden de trajectbegeleiders, maar tegelijkertijd spelen hier ook vraagstukken rond privacy en is er discussie tussen de trajectbegeleiders in hoeverre dit echt nodig is.

Aansluiting zorg bij vraag

Ten slotte spraken we met trajectbegeleiders over of het zorgaanbod aansluit bij de zorgvragen van statushouders. Positief vinden de trajectbegeleiders dat er mogelijkheden zijn voor hulpverlening in de eigen taal. Ook de organisaties Kommak en Ipsy, bij wie mensen van dezelfde culturele achtergrond als statushouders werken, wordt positief gewaardeerd omdat deze hulpverleners goed kunnen aansluiten bij en communiceren met de nieuwkomers.

“Als je iemand hebt die jouw taal spreekt, dan kun je de klachten die je hebt ook veel genuanceerder vertellen.”

Negatief is dan weer dat de wachtlijsten voor de psychische zorg in eigen taal heel lang zijn. Ook in het algemeen is dit een probleem waar trajectbegeleiders tegenaan lopen. Voor de Nederlandstalige zorg is daarnaast een probleem dat er niet altijd tolken aanwezig zijn, terwijl dat wel zou moeten/kunnen.

“Het eerste halfjaar heb je recht op een tolk bij de huisarts. Niet alle huisartsen zijn daarvan op de hoogte. En word je doorverwezen naar het ziekenhuis, dan is het ziekenhuis ook heel krampachtig in het verzorgen van vertalers. Die vinden het vaak al goed als je een neefje of nichtje meebrengt dat jonger is en die net op het ISK (Internationale Schakelklassen) de taal heeft geleerd. Waar ik dan niet helemaal blij mee ben als de persoon persoonlijke dingen met een arts moet bespreken.”

Voor trajectbegeleiders is het daarnaast moeilijk om voor alle statushouders die gezondheidsbelemmeringen hebben de juiste ondersteuning te bieden. Zij hebben veel klanten, en bij de meeste mensen speelt wel iets rond gezondheid. Omdat dit niet de kerntaak is van de trajectbegeleiding komen zij hier vaak niet aan toe. Veel tijd besteden de trajectbegeleiders naar eigen zeggen aan de begeleiding naar en administratie rond de verplichte inburgering.

Een laatste punt van aandacht – waar we in de volgende paragraaf uitgebreider bij stilstaan – zijn de kosten voor de zorg: statushouders moeten vaak een deel van de kosten zelf betalen (bijvoorbeeld via het eigen risico) en dit belemmert hun afname van zorg.

Ervaringen, wensen en motivatie van statushouders bij gezondheidsproblemen

Wij spraken vijf statushouders die in een traject naar werk of participatie zitten en bij wie gezondheidsproblemen spelen. Hoe kijken zij naar gezondheid/zorgen en de rol die dit speelt in hun participatie en

integratie? Hoe ervaren ze de begeleiding? Wordt er voldoende rekening gehouden met hun gezondheidsproblemen? Wat zouden ze willen doen, en hoe sluit het gevolgde traject hierbij aan?

Visie gezondheid en participatie

Alle statushouders die wij spraken vinden het belangrijk om bezig te blijven, ondanks hun gezondheidsproblemen. Niets doen, en met name thuis zitten, is nadelig voor hun psychische gezondheid. Te veel piekeren, je niet nuttig voelen, niet afhankelijk willen zijn van een uitkering en problemen in de gezinssituatie zijn redenen om niet thuis te willen zitten. Ook geven enkele respondenten aan thuis apathisch te worden en niets meer te doen dan “eten en slapen”. De afleiding die werken of studeren hun biedt, wordt zeer gewaardeerd door de verschillende statushouders die wij spraken.

“Het is beter voor mij als ik werk. Misschien kom ik doodmoe van het werk, dan kan ik gelijk slapen.”

“Thuis zitten is moeilijk en slecht. Het veroorzaakt stress. Je hersenen slapen, ze worden niet wakker gehouden en je wordt eigenlijk als een kind, je eet alleen maar en je gaat niet vooruit. Je ontwikkelt je niet. Je wordt sloom en zowat ziek. Dat is niet goed, het is moeilijk. Je weet niet wat je moet doen op een dag. De tijd op een dag is te lang, je weet niet waar je naartoe moet, het is moeilijk.”

Over het algemeen zien de statushouders die wij spraken hun gezondheidsproblemen niet als reden om niet te kunnen werken, vrijwilligerswerk te doen of te studeren. Wel betekent het voor hen dat zij soms de intensiteit of aard van de bezigheid moeten aanpassen.

“Ik wil drie dagen werken of vier dagen maar dan zes uur per dag. Ik weet dat ik ziek ben en daarbovenop moet ik zo lang en veel werken, dat is te veel voor mij. Ik kan niet slapen en overdag ben ik heel moe. Als ik drie dagen werk is dat ook genoeg om uit de uitkering te komen.”

Het kan natuurlijk zijn dat we mensen die juist niets willen doen vanwege hun gezondheidsproblemen niet hebben gesproken omdat zij in een zorgprofiel zitten, en niet in een participatie- of werkprofiel zitten (de voorwaarde voor inclusie in het onderzoek). Toch lijkt de algemene tendens te zijn dat bezig zijn statushouders – in elk geval wat betreft hun psychische toestand – helpt.

Tevredenheid met begeleiding en traject

De respondenten zijn allen tevreden over de trajectbegeleiding vanuit NVA. Zij zeggen dat de trajectbegeleiders hun best doen om hen te helpen, en daar alles aan doen:

“Ze hebben een intrinsieke motivatie om te helpen.”

Twee respondenten noemen ook nog een begeleider vanuit de gemeente. Daar zijn ze minder tevreden over, in hoofdzaak omdat het contact met de gemeente afstandelijker en zakelijker is en minder gericht op maatwerk en aansluiting bij wensen en mogelijkheden van de klant, maar meer op uitstroom naar werk. In het contact is vertrouwen heel belangrijk en het gevoel dat iemand echt interesse toont en je echt wil helpen. Dat maakt het voor de statushouders makkelijker om ook over moeilijker onderwerpen zoals gezondheid te spreken:

“Ik vind het makkelijk om met mijn begeleidster over gezondheidsproblemen te praten. Ik kan alles bespreken met haar. Ze is gezellig, lief, aardig. De stress gaat weg als ik met haar praat.”

We vroegen statushouders of zij vinden dat NVA voldoende rekening houdt met hun gezondheid. Over het algemeen is het antwoord ja: trajectbegeleiders zoeken samen met de statushouders naar mogelijkheden om te werken/studeren, waarbij zij rekening houden met de gezondheidsbelemmeringen.

Niet alle statushouders die we spraken zijn tevreden over hun huidige activiteiten/traject, bijvoorbeeld omdat zij al lange tijd op de wachtlijst staan voor de benodigde zorg, of omdat zij moesten stoppen met werken door gezondheidsproblemen. Zoals gezegd wil iedereen die wij spraken graag bezig zijn, en zien

ze dat als beschermende factor voor hun gezondheid. Soms kost het zoeken naar wat er binnen de gezondheidsbelemmeringen mogelijk is echter tijd.

Een ander knelpunt waar meerdere respondenten tegenaan lopen, zijn de kosten voor de gezondheidszorg. Zij lopen ertegen aan dat zij zelf (deels) moeten betalen voor de gezondheidszorg. In deze gevallen wisten de respondenten dit pas achteraf, toen zij de rekening kregen. Zij zeggen dat zij vanwege de hoge kosten de hulpverlening niet meer willen. Uit de gesprekken blijkt dat zij geen zicht hebben op welke kosten ze zelf moeten betalen, en wat vergoed wordt. Hoge bedragen aan het begin van het traject schrikken af waardoor iemand niet verder wil met de zorg.

“Ik ga niet meer naar de hulpverlening. Als ik alleen al voor het onderzoek zo veel moet betalen, hoe kan ik dan de kosten van de hele behandeling betalen?”

Conclusie

In dit onderzoek hebben wij beleid en uitvoering rond re-integratie en gezondheid van statushouders onderzocht. Alhoewel in Amersfoort principieel alleen generiek beleid is, hebben statushouders - door de uitbesteding van de maatschappelijke ondersteuning en trajectbegeleiding aan NVA - toch toegang tot gespecialiseerde ondersteuning richting integratie en participatie. En hoewel de gemeente noch NVA specifiek gezondheidsbeleid voor statushouders heeft, is in de uitvoeringspraktijk te zien dat trajectbegeleiders in de trajecten rekening houden met belemmeringen rond gezondheid. Belangrijke in beleid/afspraken vastgelegde randvoorwaarden die maken dat trajectbegeleiders het benodigde maatwerk rond gezondheid kunnen leveren, zijn de lange begeleidingsduur en de handelingsvrijheid die trajectbegeleiders hebben en ervaren om op de specifieke (gezondheids)situatie en motivatie van hun klanten in te kunnen spelen.

Maatwerk is van belang omdat er niet één antwoord is op gezondheidsvragen. Zo kunnen twee statushouders met soortgelijke gezondheidsklachten hier beiden anders mee omgaan waardoor andere trajecten nodig zijn. En het blijft altijd inschatten wat iemand wel of niet kan doen: de betrokkenen, en met name de statushouders zelf, zeggen namelijk dat gezondheid niet alleen participatie belemmert, maar dat participatie (bezig zijn, je nuttig voelen, het huis uitgaan) juist ook een positief effect op gezondheid heeft. De bredere definitie van gezondheid – het begrip positieve gezondheid – speelt hier een rol in.

Daarnaast worden gezondheidsproblemen vaak pas gaandeweg een traject zichtbaar. Ten eerste omdat trajectbegeleiders tijdens de intake nog niet alles boven tafel kunnen krijgen, omdat er veel onderwerpen besproken worden en omdat er eerst een vertrouwensband opgebouwd moet worden, met name als het gaat om het bespreekbaar maken van psychische klachten. Ten tweede omdat op het moment dat iemand daadwerkelijk aan de slag gaat, pas duidelijk wordt op welke manier en in hoeverre gezondheid een belemmering vormt. Flexibiliteit in de trajecten is daarom gewenst en de vraag is of een protocol of instrument om gezondheidsproblemen in een vroeg stadium op te sporen, effectief zal zijn.

De geboden handelingsvrijheid biedt trajectbegeleiders van NVA de mogelijkheid trajecten op maat aan te bieden, waarbij de motivatie van statushouders leidend is. Dit wordt zeer gewaardeerd door de statushouders. Toch lijkt er ook in Amersfoort meer nodig te zijn om alle statushouders met gezondheidsproblematiek goed te kunnen bedienen. We zetten enkele knelpunten – zowel procesmatig vanuit NVA als breder vanuit de gezondheidszorg – op een rijtje:

- Gezondheidsproblemen komen veelvuldig voor. Trajectbegeleiders hebben niet de tijd om al hun klanten het benodigde maatwerk te leveren.
- Er is weinig afstemming tussen NVA en zorg- en welzijnsorganisaties en binnen NVA is niet duidelijk wie regiehouder is in de contacten met dergelijke organisaties.
- De kosten van de zorg zijn een knelpunt voor statushouders, en zij kiezen er daarom soms voor om de broodnodige zorg niet af te nemen.
- Er is onvoldoende passend zorgaanbod (bijvoorbeeld psychische hulp in eigen taal), waardoor er lange wachtlijsten ontstaan en trajecten stil kunnen komen te liggen. Dit is frustrerend voor

statushouders en trajectbegeleiders, en het is een uitdaging om in de wachttijd adequate ondersteuning te kunnen bieden.

- Afstemming over gezondheid: er zijn geen protocollen omtrent gezondheid en trajectbegeleiders hebben een grote mate van handelingsvrijheid. Dit maakt dat zij maatwerk kunnen leveren. Tegelijkertijd is het de vraag of zij voldoende handvatten hebben om gezondheidsproblematiek goed te duiden, en is het de vraag of een meer eenduidige werkwijze rond gezondheid meer zou opleveren.

De uitdaging zal zijn om, met behoud van de flexibiliteit en handelingsvrijheid van trajectbegeleiders en inachtneming van privacy en randvoorwaarden als tijd en aandacht toch te komen tot meer gedeelde kennis over gezondheidsproblematiek en meer aandacht hiervoor. Winst is te behalen als organisaties elkaar beter weten te vinden. Bij NVA is meer aandacht voor gezondheid en onderlinge kennisdeling gewenst (tussen trajectbegeleiders én maatschappelijk begeleiders). Kennis en afspraken over samenwerking met de ggz, bespreekbaar maken van gezondheidsproblematiek, discussie over hoe gezondheid in kaart gebracht kan worden en intervisie op casusniveau kunnen de dienstverlening verbeteren en maken dat trajectbegeleiders beter weten hoe zij de rol van gezondheid mee kunnen nemen in trajecten richting werk en participatie.



REGIOPLAN
BELEIDSONDERZOEK

Gemeenterapportage Amsterdam

3

Bijlage 3 – Gemeenterapportage Amsterdam

Dit is de deelrapportage over Amsterdam en de begeleiding van team Entree als onderdeel van het onderzoek naar de rol van gezondheid van vergunninghouders bij de gemeentelijke dienstverlening richting werk en participatie. Dit deelrapport bestaat uit vier hoofdstukken: een hoofdstuk over het gemeentelijke beleid, een hoofdstuk over de inrichting van de uitvoering, een hoofdstuk over de uitvoeringspraktijk en een conclusiehoofdstuk.

Beleidscontext

In dit hoofdstuk beschrijven we het Amsterdamse beleid in de periode januari 2018 – augustus 2018, gericht op het begeleiden van vergunninghouders richting werk en participatie, en het gezondheidsbeleid. We schrijven dit hoofdstuk op basis van de volgende bronnen:

- Relevante beleidsdocumenten waaronder het *beleidskader vluchtelingen in Amsterdam 2015-2018* en de *nota Volksgezondheid Preventief Verbinden 2017-2020*.
- Interviews met beleidsmedewerkers van de gemeente Amsterdam (van team Entree en de afdeling Zorg) en met professionals van de GGD.

Visie op gezondheid in relatie tot participatie

De gemeente Amsterdam streeft ernaar om vergunninghouders zo snel mogelijk een plek te geven in de stad. De visie is dat mensen door meedoen en participeren onderdeel worden van de Amsterdamse samenleving. Waar de gemeente ziet dat gezondheid een belemmering vormt voor inburgering en participatie probeert zij vergunninghouders – bij voorkeur zo vroeg mogelijk in het traject – met alle beschikbare middelen en ketenpartners bij de juiste hulp te doen uitkomen. De gemeente wil voorkomen dat gezondheidsproblemen ongezien en ongehoord blijven.

Dienstverlening richting werk en participatie

Naar aanleiding van de snelle toename van het aantal vluchtelingen in Amsterdam vanaf 2015 heeft de gemeente haar aanpak voor vluchtelingen geïntensifieerd. Deze aanpak is vastgelegd in het *beleidskader vluchtelingen in Amsterdam 2015-2018*¹⁹ en in het coalitieakkoord van mei 2018 staat dat de aanpak stathouders wordt voortgezet. Er zijn op zes thema's doelen geformuleerd:

- huisvesting;
- taal en inburgering;
- maatschappelijke participatie;
- onderwijs en scholing;
- werk, inkomen en ondernemerschap;
- welzijn en gezondheid.

De thema's staan niet los van elkaar: de Amsterdamse aanpak is een integrale aanpak, gericht op snelle activering, direct vanaf aankomst, en actieve begeleiding naar zelfredzaamheid van de vergunninghouder. De elementen inburgering, participatie, toeleiding naar werk en gezondheid vinden dan ook gelijktijdig plaats.

Vormgeving gemeentelijk beleid ten aanzien van arbeid en participatie

Sinds 2016 kent de gemeente ook een specifiek arbeids- en participatiebeleid voor vergunninghouders in Amsterdam. Dit beleid wordt uitgevoerd door een gespecialiseerd team van klantmanagers met een lage caseload (circa 1 op 50), het zogenaamde team Entree. Alle vluchtelingen die in Amsterdam gehuisvest worden, worden begeleid door dit team. Voor vluchtelingen die in een Amsterdams azc zitten en in afwachting zijn van een woning, vindt het eerste contact met de klantmanager al plaats in de azc-fase.

Het werkproces van team Entree begint met het verkrijgen van een klantbeeld door middel van een intake, soms ondersteund met een digitaal assessment, waarop vervolgens de begeleiding start. Het assessment neemt enkele uren in beslag en geeft inzicht in de vaardigheden, competenties en eventuele belemmeringen voor participatie. Het assessment kan echter niet bij iedereen worden afgenomen. Het

¹⁹ <https://repository.officiële-overheidspublicaties.nl/externebijlagen/exb-2015-35057/1/bijlage/exb-2015-35057.pdf>.

is namelijk in 'slechts' vijf talen beschikbaar en daarnaast is het een digitaal instrument. Iemand moet dus geletterd en enigszins computervaardig zijn. Mocht een assessment niet worden afgenomen, kan dit ondervangen worden met een uitgebreider intakegesprek. Vervolgens wordt door klantmanager en vergunninghouder een plan van aanpak opgesteld en wordt de vergunninghouder begeleid naar participatie (kan ook vrijwilligerswerk of een leerwerkstage zijn), ondernemerschap, scholing en/of een zorgtraject.

Ten tijde van dit onderzoek (periode januari 2018 tot augustus 2018) werden vergunninghouders na een periode van zes tot negen maanden door team Entree overgedragen aan een team in het stadsdeel waar zij wonen. Het precieze moment van overdracht was maatwerk: als de vergunninghouder er nog niet klaar voor was om losgelaten te worden, vond overdracht later plaats. Afhankelijk van de leeftijd van de vergunninghouder werd hij of zij overgedragen aan *Team Statushouders* (27 jaar en ouder) of het team *Jongeren Statushouders* (jonger dan 27 jaar). In dit systeem werden vergunninghouders begeleid totdat zij uit de uitkering uitstroomden, plus zes maanden nazorg. Inmiddels is dit beleid iets aangepast (zie kader 1).

Kader 1 Beleidsmatige wijzigingen sinds augustus 2018

Dit hoofdstuk beschrijft het beleid zoals dit er gedurende de onderzoeksperiode uitzag. Inmiddels (30 oktober 2018) zijn er enkele beleidsmatige wijzigingen doorgevoerd. De belangrijkste wijziging binnen de context van dit onderzoek is dat team Entree samengevoegd is met team Statushouders onder de nieuwe naam team Entree Statushouders. Alleen vergunninghouders die jonger zijn dan 32 jaar (voorheen 27 jaar) worden na de eerste begeleidingsperiode van Entree Statushouders overgedragen naar het jongerenteam. Vergunninghouders van ouder dan 32 jaar worden na circa zes maanden wel overgedragen naar stadsdeelgebonden klantmanagers, maar dit zijn nu klantmanagers binnen hetzelfde team (Entree Statushouders). Daarnaast zullen vergunninghouders in het nieuwe beleid gedurende hun hele inburgeringstermijn begeleid worden door team Entree Statushouders.

Afstemming gezondheidsbeleid en re-integratiebeleid

Er zijn korte lijntjes tussen klantmanagers van team Entree en de GGD voor ggz screening (sociaal-psychochiatrische screening). Waar nodig biedt de GGD verwijzing naar specialistische ggz. Daarnaast kunnen klantmanagers doorverwijzen naar een groot zorg- en ondersteuningsaanbod in de stadsdelen. Denk bijvoorbeeld aan de basisvoorzieningen zoals buurthuizen, maar ook aan maatschappelijk werk, Wmo (ambulante begeleiding en dagbesteding), een maatjesproject, of sportaanbod. De maatschappelijke dienstverlening kan eveneens toeleiden naar het juiste zorg- en ondersteuningsaanbod in de wijk. Het is dus belangrijk dat klantmanagers kennis hebben van het aanbod, en dat klantmanagers, VluchtelingenWerk en maatschappelijke dienstverlening elkaar weten te vinden.

Gezondheidsbeleid

Het gezondheidsbeleid van Amsterdam staat in grote lijnen beschreven in de lokale gezondheidsnota: *nota Volksgezondheid Preventief Verbinden 2017-2020*. Kort samengevat focust de gemeente vooral op 'maatregelen die zich richten op oorzaken van ziekte en sterfte die een relatief grote impact hebben op de gezondheid van Amsterdammers en de samenhangen met de gezondheidsverschillen tussen Amsterdammers'. Thema's waarop wordt ingezet zijn bijvoorbeeld: gezond gewicht, een actieve leefstijl, roken, alcoholgebruik, angst en depressies en eenzaamheid. Daarbij wordt, zoals de titel van de nota al impliceert, in het bijzonder aandacht besteed aan preventieve maatregelen (door bijvoorbeeld klassikale voorlichtingsactiviteiten op scholen) en het leggen van verbanden tussen diverse beleidsterreinen. Het Amsterdamse gezondheidsbeleid is gebiedsgericht en integraal. Integraal, omdat het beleid erop gericht is gezondheid of factoren die hiervan op invloed zijn, in samenhang te beïnvloeden, en gebiedsgericht, omdat veel gezondheidsbepalende factoren buurtafhankelijk zijn.²⁰

Aandacht voor vergunninghouders in plannen omtrent gezondheid

Het Amsterdamse aanbod ten aanzien van zorg en gezondheid is generiek. Er is een breed aanbod van partijen op het gebied van zorg en welzijn. De gemeente streeft ernaar dat elk van deze partijen

²⁰ Zie ook: <http://www.ggd.amsterdam.nl/beleid-onderzoek/psychosociale/integrale/>.

toegerust is om vergunninghouders te ontvangen. Het is niet zo dat zij een apart aanbod voor vergunninghouders moeten hebben, maar wel dat het bestaande aanbod ook voor vergunninghouders beschikbaar is.

Binnen het generieke beleid is wel specifiek aandacht voor vergunninghouders, evenals voor kwetsbare groepen binnen vergunninghouders (zoals Eritreeërs, lhbt en alleenstaande vrouwen). Het verbeteren van de fysieke en psychische gezondheid van vluchtelingen is bovendien één van de prioriteiten zoals geformuleerd in het Vluchtelingenbeleid 2015-2018. Enkele voorbeelden van specifieke maatregelen zijn:

- Het aanbieden van voorlichting aan bewoners van asielzoekerscentra in Amsterdam, zoals normalisatie in de acceptatie van lhbt en bejegening van (alleenstaande) vrouwen en collectieve preventie.
- Het inzetten van 'peer educators' en eigen taalondersteuners om de verbinding tussen professionals en extra kwetsbare groepen vergunninghouders te verbeteren.
- Het voorlichten over persoonlijke hygiëne en het Nederlandse zorgstelsel als onderdeel van het Taal- en Oriëntatieprogramma Vluchtelingen (TOV) in Amsterdam. Dit is een verplicht programma voor alle vluchtelingen vanaf 18 jaar.
- Een pilot in twee stadsdelen met een 'outreaching' aanpak van de maatschappelijke dienstverlening op huisvestingslocaties, zoals het organiseren van inloopsprekuren. De ervaring leert namelijk dat vergunninghouders niet makkelijk zelf met vragen komen, aldus de gemeente. Het doel is om vergunninghouders en eventuele problemen sneller in beeld te krijgen en hen sneller toe te kunnen leiden naar het juiste aanbod in de wijk. Deze aanpak wordt momenteel uitgerold in andere stadsdelen.

Positieve gezondheid

Amsterdam gaat uit van 'positieve gezondheid'. Dit is, zoals beschreven in de gezondheidsnota, 'het vermogen om zich aan te passen en eigen regie te voeren in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen in het leven'. Meer concreet houdt dit in dat lichamelijke en geestelijke gezondheid niet los wordt gezien van onderwerpen als participatie, zingeving en kwaliteit van het leven (zodoende heeft Amsterdam een integrale aanpak en is er veel samenwerking binnen het sociale domein). De nadruk ligt op wat mensen wél kunnen (veerkracht, eigen regie en zelfredzaamheid), en de gemeente wil aansluiten bij wat mensen zelf belangrijk vinden als het om gezondheid gaat. Al het aanbod is erop gericht op iemands positie in de stad te versterken.

Organisatie rond gezondheid en werk en dienstverlening

Voor elk van de zes doelen zijn gemeentelijke eenheden en strategische partners betrokken. Welke dit zijn, wordt benoemd in het *beleidskader vluchtelingen in Amsterdam 2015 – 2018*, pagina 12-13. Voor de domeinen 'werk, inkomen en ondernemerschap' en 'gezondheid en welzijn' hebben we de gemeentelijke eenheden en strategische partners overgenomen en weergegeven in de volgende tabel.

Tabel B3.1 Gemeentelijke eenheden en strategische partners per domein

Domein	Verantwoordelijke gemeentelijke eenheid	Strategische partners
Werk, inkomen en ondernemerschap	• Inkomen/inkomensvoorziening • Participatie/activering • Werk/werk & Re-integratie • Werk/koers naar Werk • Werk/werkgeversservicepunt • Werk/werk & opleiding jongeren	• UWV Werkbedrijf • SVAZ/Emplooi • UAF • Maatschappelijke organisaties • Werkgevers/social return
Gezondheid en Welzijn	• GGD/epidemiologie en gezondheidsbevordering • Onderwijs, Jeugd en Zorg/zorg	• Maatschappelijke dienstverlening • GGZ (Arkin, InGeest, i-psy, Arq) • Pharos • Zorgverzekeraars • Welzijnsorganisaties • Eerste Lijn Amsterdam/huisartsen • stichting MEE • HVO Querido

Gebaseerd op: *beleidskader vluchtelingen in Amsterdam 2015- 2018* (pagina 12 -13) en de interviews.

De Amsterdamse aanpak voor statushouders is een integrale aanpak met daarin aandacht voor huisvesting, taal en inburgering, maatschappelijke participatie, onderwijs en scholing, werk, inkomen en ondernemerschap, en welzijn en gezondheid. Deze elementen vinden gelijktijdig plaats en zodoende wordt er intensief samengewerkt tussen betrokken partijen. De sociale regie ligt bij de maatschappelijke begeleiding door SVAZ. Verder is er een stedelijk coördinatieteam (Gemeentelijk Overleg Vluchtelingenbeleid (GOV)) in het leven geroepen om organisaties te verbinden. Hun opdracht is om af te stemmen tussen wat er gebeurt in verschillende domeinen, en om te zorgen dat er uiteindelijk een integrale aanpak is. Voor de vergunninghouder heeft Team Entree de eerste zes maanden een centrale rol. De klantmanager van Entree is niet alleen verantwoordelijk voor het stukje ‘werk, inkomen en ondernemerschap’, maar helpt vergunninghouders ook bij het vinden van een taal- en inburgeringscursus, is alert op het welzijn van de vergunninghouder en mogelijke gezondheidsproblematiek, en onderhoudt korte lijntjes met andere relevante partijen zoals de maatschappelijk begeleider vanuit SVAZ, taal- en inburgeringsdocenten en (indien aanwezig) de maatschappelijk werker op de woonlocatie.

Ten aanzien van gezondheid (de screening) is de GGD een belangrijke partij waarmee de klantmanager van team Entree korte lijntjes onderhoudt. Voor zorg en ondersteuning in de wijk kan de vergunninghouder, net als elke Amsterdammer, gebruikmaken van het lokale beschikbare aanbod. Dit beperkt zich niet alleen tot (gespecialiseerde) gezondheidszorg, maar strekt zich uit naar producten en voorzieningen die onder de Wmo vallen, de basisvoorzieningen van de wijk, dagbesteding, ambulante hulp, maatschappelijke dienstverlening, bewonersinitiatieven, sportactiviteiten, maatjesprojecten, enzovoort. Verwijzing naar een geschikte partij kan gebeuren via de klantmanager (het is dus belangrijk dat de klantmanager het aanbod weet te vinden), maar ook Vluchtelingenwerk, wijkzorgnetwerken en huisartsen zijn belangrijke doorverwijsroutes. Om de verbinding met de wijk te leggen is de maatschappelijke dienstverlening een belangrijke schakel.

Omdat het Amsterdamse gezondheidsbeleid integraal en gebiedsgericht is, is het aanbod versnipperd en veranderlijk. In plaats van met een papieren sociale kaart werkt Amsterdam daarom sinds kort met een meer ‘outreaching’ aanpak waarbij maatschappelijk werkers op bewonerslocaties inloopspreekuren organiseren. De maatschappelijk werker is een sleutelpersoon die de sociale kaart van het stadsdeel goed kent; niet alleen op het gebied van welzijn en zorg, maar ook bijvoorbeeld op het gebied van inburgering en taalscholen.

Inrichting van de uitvoering

De opdracht

Klantmanagers hebben de opdracht om te zorgen dat alle vergunninghouders starten met inburgering. Daarnaast is het hun taak om vergunninghouders te activeren, op alle mogelijke manieren. Klantmanagers hebben een caseload van 50 vergunninghouders en moeten hen zo goed mogelijk op weg helpen richting zelfredzaamheid. Daarbij zijn geen targets of doelstellingen waar ze op worden afgerekend. Niet iedereen is, aldus team Entree, meteen richting werk en participatie te begeleiden.

Voorlichting en training

Bij aanvang van hun dienstverband hebben klantmanagers een intensieve training van twaalf trainingsdagen doorlopen waarin ook aandacht is besteed aan zorgproblematiek. Daarbij is aan bod gekomen hoe klantmanagers als niet-hulpverleners kunnen signaleren (herkennen van basale signalen van psychische problematiek) en doorverwijzen. Deze training is gegeven door de GGD. Het is overigens nadrukkelijk niet de bedoeling dat klantmanagers zelf diagnosticeren.

Daarnaast is in de training aandacht besteed aan cultuursensitiviteit en interculturele communicatie, speciaal gericht op de meest recente (grote) vluchtelingengroepen. Klantmanagers hebben bovendien zelf diverse achtergronden wat betreft herkomst. Sommigen zijn zelf vluchteling geweest. Wanneer het aankomt op cultuursensitiviteit zitten er dus veel ervaringsdeskundigen en experts in het team. Klantmanagers worden aangemoedigd om hier gebruik van te maken.

De lijntjes tussen klantmanagers en de GGD zijn kort: klantmanagers kunnen de GGD waar nodig om advies vragen. Ook kunnen klantmanagers ingewikkelde casussen inbrengen tijdens casuïstiekbesprekingen met de GGD.

Monitoring van gezondheid bij de uitvoering

Gedurende de begeleiding van team Entree is er actief aandacht voor de gezondheid van vergunninghouders. De gemeente streeft naar een vroege signalering van gezondheidsproblematiek en een tijdige doorverwijzing naar (specialistische) hulp.

Bij het ontwikkelen van een klantbeeld wordt zorgvuldig bekeken of iemand een zorgindicatie heeft. Daarbij wordt nauw samengewerkt met de GGD. In het assessment en het intakegesprek zijn vragen opgenomen over de gezondheid van de vergunninghouder:

- Het assessment bevat vragen over de lichamelijke en psychische gezondheid van vergunninghouders. Deze vragen zijn aangeleverd door de GGD. Voor het schatten van de prevalentie van depressie en angststoornissen wordt de Kessler Psychological Distress Scale (K10) gebruikt. Dit is een gevalideerde vragenlijst. Deze vragen zijn aangevuld met algemenere vragen over hoe het met iemand gaat.
- In het intakegesprek volgen klantmanagers een gespreksleidraad waarin vragen over psychische gezondheid zijn opgenomen die gebaseerd zijn op de K10-vragenlijst. Ook deze vragen zijn aangeleverd door de GGD.

Wanneer een vergunninghouder het assessment heeft gedaan, worden de antwoorden op de gezondheidsvragen geanonimiseerd naar de GGD gestuurd. Daar worden ze beoordeeld door een psychiater van de afdeling Maatschappelijke en Geestelijke Gezondheidszorg (MGGZ). Op basis van het assessment kan de psychiater per mail aan de klantmanager laten weten dat de klant in aanmerking komt voor screening. De klantmanager beslist op basis van dit advies en het gesprek met de vergunninghouder of verdere screening inderdaad nodig of gewenst is. Wanneer er geen assessment is afgenomen, of wanneer de uitkomsten van het assessment geen aanleiding geven tot verdere screening, kan de klantmanager ook/alsnog de vergunninghouder naar de GGD doorverwijzen voor screening. Daarnaast is er ook ruimte voor de vergunninghouder om zelf aan te geven met de GGD te willen praten.

Op basis van de verdere screening zal de GGD advies uitbrengen of een vergunninghouder (specialistische) zorg nodig heeft. Let wel: de GGD zal *niet* zonder toestemming van de vergunninghouder aan de klantmanager uitspraken doen over specifieke problematiek of zorgtrajecten. Ook doet de GGD geen uitspraken over in hoeverre een vergunninghouder belastbaar is voor (betaald) werk. Het UWV kan wel een advies uitbrengen over de belastbaarheid van de klant.

Ook gedurende de begeleiding is er actief klantcontact tussen vergunninghouder en klantmanager (ten minste 1x per maand contact). Daarin wordt ook het welzijn van de vergunninghouder gemonitord. Ondertussen onderhoudt de klantmanager contact met andere partijen die de vergunninghouder zien, zoals de maatschappelijk begeleider van VluchtelingenWerk, een taaldocent van de inburgeringscursus, en/of een woonbegeleider van de locatie waar de vergunninghouder gehuisvest is. Wanneer die partijen gezondheidsproblemen bij de vergunninghouder signaleren, geven zij dat door aan de klantmanager, die vervolgens de situatie opnieuw met de vergunninghouder evalueert.

Handelingsvrijheid

Klantmanagers hebben veel handelingsvrijheid. Dit is volgens team Entree ook de kracht van de Amsterdamse aanpak: klantmanagers worden aangemoedigd om maatwerk te bieden en op zoek te gaan naar partijen en instrumenten die passen bij de specifieke vergunninghouder. Uiteraard zijn er ook richtlijnen, vindt er wekelijks teamoverleg plaats, en stemmen klantmanagers onderling af. Maar daarbinnen wordt vertrouwd op de expertise en professionaliteit van de klantmanager.

Keuze voor routes/trajecten

Na de intakefase bepaalt de klantmanager het uitstroommodel: betaald werk, participatie, scholing of zorg. Deze routes zijn niet separaat van elkaar; er kunnen verschillende routes gelijktijdig worden ingezet. Bijvoorbeeld: bij vergunninghouders die extra zorg nodig hebben maar niet volledig arbeidsongeschikt zijn, streeft de gemeente ernaar om parallel aan het zorgtraject ook een ander traject richting (betaald) werk of participatie in te zetten. Dit sluit aan bij de visie van de gemeente, namelijk dat activering en participatie bevorderend werken voor de gezondheid. In hoeverre een vergunninghouder naast een zorgindicatie nog belastbaar is bespreken klantmanager en vergunninghouder onderling. Bij twijfel kan

een klantmanager de vergunninghouder doorverwijzen naar UWV voor een medische keuring. Als iemand echt niet kan werken moet dit officieel worden vastgesteld door middel van een medische keuring van UWV zodat ze (gedeeltelijke) ontheffing krijgen van sollicitatieplicht.

Uitvoeringspraktijk

In dit hoofdstuk beschrijven we de uitvoering vanuit het perspectief vanuit de klantmanagers en de vergunninghouders. De ervaringen van professionals die in dit hoofdstuk worden beschreven zijn gebaseerd op:

- Een groepsgesprek met drie klantmanagers van Team Entree en drie klantmanagers van Team Statushouders over hoe zij gezondheid meenemen in hun begeleiding.
- Vijf individuele gesprekken met klantmanagers van Team Entree in het kader van de verdiepende casussen.
- Een werksessie met vier klantmanagers van team Entree waarin zes casussen van de andere gemeenten zijn besproken.

De ervaringen van vergunninghouders zijn gebaseerd op de vijf verdiepingscasussen van de casestudie.

Visie op gezondheid

De gedeelde visie onder klantmanagers van team Entree en team Statushouders is dat participatie bevorderend is voor de gezondheid van vergunninghouders. Daar worden drie redenen voor genoemd: 1) werk geeft aanzien en een gevoel van eigenwaarde, 2) participatie helpt bij de ontwikkeling van taal en integratie, en 3) participatie kan vergunninghouders helpen om uit een sociaal isolement te komen. Klantmanagers van Entree begeleiden bij werk, studie en inburgering. De gezondheid van de vergunninghouder vormt het uitgangspunt voor die begeleiding. Zware zorgklanten (de vergunninghouders die dermate ernstige zorgproblematiek hebben waardoor participatie vooralsnog niet mogelijk is) gaan direct richting een zorgtraject en worden (voorlopig) vrijgesteld van participatie. Maar ook bij vergunninghouders met mildere zorgklachten weegt een gezondheidstraject zwaarder dan de noodzaak om snel aan het werk te gaan. Duurzaamheid is daarbij een sleutelwoord: klantmanagers investeren liever in duurzame participatie in de toekomst dan in een snelle uitstroom uit de uitkering met kans op (langdurige) gezondheidsproblematiek en mogelijke arbeidsongeschiktheid.

Bevorderende factoren bij gezondheid zijn volgens klantmanagers: voldoende slaap, een routine, ritme en positieve sociale contacten. Belemmerende factoren zijn allerlei stressfactoren zoals (wachten op) gezinshereniging, een onstabiele of zorgelijke gezinssituatie, financiële problemen en problemen rondom huisvesting. Klantmanagers proberen dus niet alleen de gezondheid in kaart te brengen, maar ook de hele context daaromheen.

Intakefase – signalering van gezondheid

Voorafgaand aan het doelmatigheidsgesprek (vaak het eerste contactmoment tussen klantmanager en vergunninghouder) is er gewoonlijk al een rechtmatigheidsintake afgenomen (waarin de rechtmatigheid op de bijstand wordt onderzocht) en een intake of assessment gedaan. Wanneer er een rechtmatigheidsgesprek plaatsvindt, is er in de meeste gevallen sprake van een 'nieuwe Amsterdammer'. Over deze Amsterdammer is in RAAK (het informatiesysteem voor klantmanagers in Amsterdam) nog niks bekend. De opbouw van het RAAK-dossier ontstaat vanaf het eerste gesprek (doelmatigheidsgesprek) tussen team Entree met de vergunninghouder. Tenzij de begeleiding al in het azc is gestart, is RAAK nog leeg. Wel kan de klantmanager bij eerste aanvragers informatie halen uit TVS: het dossier van het COA dat beschikbaar is gesteld aan de gemeente. Op basis van TVS kan de klantmanager voorafgaand aan het gesprek vast een eerste beeld krijgen over het studieverleden, arbeidsverleden, de gezinssituatie, en eventuele aandachtspunten en bijzonderheden. Hier staat geen medische informatie over de klant in: voor het COA is het niet toegestaan om dit soort informatie over te dragen. Afgezien van de informatie uit TVS en eventueel de uitslag van het assessment en/of intake, heeft de klantmanager voorafgaand aan het doelmatigheidsgesprek geen (medische) informatie over de klant.

Tijdens het eerste gesprek probeert de klantmanager een beter beeld te krijgen van onder andere de gezondheidssituatie van de vergunninghouder. Daarvoor worden verschillende strategieën ingezet:

- Wat betreft instrumenten hebben klantmanagers beschikking over een **gespreksleidraad**. Daarin zijn vragen opgenomen over gezondheid.
- Klantmanagers maken gebruik van **voorbeeldvragen van Pharos** om erachter te komen hoe het met iemand gaat. Een voorbeeldvraag is: 'hoe gaat het met slapen?'
- Klantmanagers **vragen** ook 'gewoon' hoe het met iemand gaat en of er gezondheidsproblemen zijn. Klantmanagers beginnen het gesprek bijvoorbeeld met: 'hoe gaat het met je?' Bovendien wordt altijd aan de klant gevraagd of zij behoefte hebben aan een gesprek met de GGD.
- Wanneer de GGD op basis van het **assessment** adviseert om iemand verder te laten screenen, biedt dit ook een ingang om het onderwerp aan te kaarten.
- Er wordt gelet op de **(non-verbale) signalen** van de vergunninghouder (lichaamshouding, stemvolume, gezichtsuitdrukking) en klantmanagers maken bespreekbaar wat ze zien. Een klantmanager vertelt bijvoorbeeld: *"hij maakte een enorm verdrietige indruk, toen zei ik tegen hem: 'ik zie dat je verdrietig bent, kan ik je helpen?'"*
- Als er signalen zijn van gezondheidsproblematiek gaan klantmanagers daarop **doorvragen**: wat is het probleem precies?; wat is de reden van de problematiek?; wat heeft de vergunninghouder nodig?

Verder in kaart brengen van gezondheid

In hoeverre een vergunninghouder (uiteindelijk) open is over zijn of haar gezondheidsproblematiek verschilt behoorlijk. Sommigen zeggen direct dat het niet goed gaat, terwijl anderen daar minder open in zijn. In onze casestudies zijn wij grofweg twee redenen tegengekomen waarom vergunninghouders wél met hun klantmanagers over hun gezondheid praten. Namelijk omdat:

- er een vertrouwensband is ontstaan: de vergunninghouder voelt zich begrepen en gehoord, en heeft het gevoel dat de klantmanager hem of haar probeert te helpen;
- de vergunninghouder vastloopt in het traject en/of zich niet goed voelt (psychisch of lichamelijk) en het gevoel heeft dat hij het zelf niet meer kan oplossen. In deze gevallen is het traject vaak al gestagneerd en hebben ze het geval dat ze het wel 'moeten' vertellen aan hun klantmanager. Kader 2 geeft hier een voorbeeld van.

In de casusstudie zijn we ook voorbeelden tegengekomen van vergunninghouders die hun gezondheidsproblemen niet naar de klantmanager communiceerden omdat:

- zij het een lastig onderwerp vinden om over te spreken (bijvoorbeeld omdat ze dit te privé vinden en/of niet gewend zijn hierover te praten);
- zij de gemeente wantrouwen en daarmee ook de klantmanager niet vertrouwen;
- zij zo snel mogelijk willen participeren en niet verwachten of willen inzien dat hun gezondheidsproblematiek een (te grote) belemmering vormt;
- zij hopen of denken dat het 'vanzelf' wel goed komt met de gezondheid.

Voor de klantmanager is het eerste gesprek meestal niet voldoende om de gezondheidsproblematiek en bijbehorende context goed in kaart te brengen. Klantmanagers benadrukken in dit kader het belang van een vertrouwensrelatie en zeggen dat het tijd kost om deze op te bouwen. Om het vertrouwen te bevorderen trachten klantmanagers een veilige sfeer te creëren, goed te luisteren en mee te denken.

Kader 2

Nassim²¹ beschrijft zichzelf als een gesloten persoon die er niet van houdt om over privédingen te praten. Hij bespreekt zijn problemen liever niet met zijn begeleider. Hij zegt: *"Tot nu toe weten alleen mijn dokters van mijn problemen. Zelfs mijn familie weet er niks van. Het is niet mijn stijl om over deze privédingen te spreken. Mijn begeleider vraagt naar details, maar ik wil er niet over praten. Niet met mijn vrienden, en niet met mijn begeleider."* Pas toen zijn huisarts hem adviseerde om een tijdelijke vrijstelling aan te vragen van de inburgeringscursus (omdat Nassim zich tijdens de lessen niet kon concentreren) heeft hij zijn problemen ook bij zijn begeleider van de gemeente gemeld. Voor de begeleider kwam dit als een verrassing, omdat Nassim eerder juist had aangegeven dat er 'niks aan de hand was'.

²¹ Omwille van privacy gebruiken we gefingeerde namen.

Naast het in kaart brengen van gezondheidsproblematiek is het, aldus de klantmanagers, cruciaal om de sociale context vanaf het begin goed in de peiling te hebben. Het eerste gesprek (en de daarop volgende gesprekken) worden dan ook gebruikt om potentiële probleemgebieden in kaart te brengen. Dit kunnen bijvoorbeeld zijn: de gezins- of thuissituatie; de financiële situatie; (kans op) zwangerschap; etc. Een klantmanager verwoordt dit als: *“Je moet meteen pijlers neerzetten: hoe gaat het?; wat is de gezinssituatie?; waar loopt iemand tegenaan?”*

Een voorbeeld die door een klantmanager wordt gegeven illustreert dit: *“Soms doet iemand het heel goed in Nederland en na twee jaar vindt er gezinshereniging plaats. De gezinshereniger zit dan nog in het zwaar gelovige normen- en waardenpatroon van het herkomstland, terwijl de eerste aanvrager zich al sterk heeft aangepast aan de Nederlandse cultuur. Dat veroorzaakt soms een enorme clash. Daarom moet je je ook op de context focussen. Als je je alleen focust op de persoon die tegenover je zit, dan mis je de rest.”*

Tegenstrijdige signalen

Soms geeft een vergunninghouder tegenstrijdige signalen af aan de klantmanager. In de casusstudie kwamen we een voorbeeld tegen waarbij uit het assessment bleek dat er behoorlijke gezondheidsproblematiek speelde, maar waarbij de vergunninghouder volhield dat er niks aan de hand was. In die gevallen maakt een klantmanager het bespreekbaar, maar als een vergunninghouder geen hulp wil en ontkent dat er iets aan de hand is, dan houdt het op. In dit geval dacht de klantmanager dat hij ‘misschien nog ietsje moet landen’. In de praktijk bleek later echter dat het inderdaad helemaal niet goed ging met deze persoon.

Voelen klantmanagers zich voldoende toegerust?

Er worden door klantmanagers drie dingen genoemd die belangrijk zijn voor het signaleren van gezondheidsproblematiek:

- a) kennis en vaardigheden over hoe je kunt signaleren;
- b) tools/instrumenten;
- c) empathisch vermogen.

a) Wat betreft kennis en vaardigheden voelen klantmanagers zich niet in elke casus toegerust om de nodige signalen op te vangen, buiten hetgeen de vergunninghouder zelf vertelt. Klantmanager hebben aan de start van hun baan een eenmalige training van de GGD gekregen over signaleren, maar zij hebben behoefte aan meer training. Twee voorbeelden van dingen waar klantmanagers soms moeite mee hebben, zijn:

- Een onderscheid maken tussen gebrek aan motivatie en depressie. Een klantmanager vertelt: *“Mijn klant was moeilijk te activeren en het ging slecht met inburgering. Ik dacht dat het aan zijn motivatie lag, want zijn leerbaarheid was als hoog beoordeeld en het is een intelligente jongen. Hij zei in de gesprekken dat het op het gebied van gezondheid goed met hem ging. Nu, achteraf, weet ik dat hij erg depressief was, en dat zijn traject daarom stagneerde.”*
- Een onderscheid maken tussen fysieke en psychische klachten. Het volgende voorbeeld wordt genoemd: *“Ik had een klant die fysiek gezond was en ik plaatste hem in een restaurant. Na een aantal dagen werd hij ziek. We snapten eerst niet wat er aan de hand was. Uiteindelijk bleek dat de herrie in het restaurant en de keuken een trigger was voor zijn trauma’s.”*

Naast de behoefte aan meer training, wordt ook geopperd om meer gebruik te maken van collega’s die kennis of ervaring hebben met gezondheidsproblematiek. Er kan bijvoorbeeld worden gedacht aan intervisiebijeenkomsten.²²

²² Deze worden binnenkort (eind 2018) opgestart in Amsterdam.

b) Wat betreft tools en instrumenten maken klantmanagers grotendeels gebruik van hetgeen beschikbaar is (assessment, gesprekshandleiding, voorbeeldvragen van Pharos, en de korte lijntjes met de GGD). Dit wordt als nuttig en bruikbaar ervaren. Er worden twee suggesties gedaan:

- Het adopteren van meer coachingstechnieken – niet om van iedereen een therapeut te maken, maar wel om handvatten en tools mee te geven voor gesprekstechnieken en het creëren van een veilige omgeving.
- Betere tools voor het omgaan met specifieke situaties. Een klantmanager zegt: *“Ik zou beter willen weten wanneer iets alarmerend is. Als een klant tegen mij zegt ‘als jij dit niet voor mij doet ga ik zelfmoord plegen’ – hoe moet ik dan reageren?”*

c) Ten slotte zeggen klantmanagers voldoende empathisch vermogen te hebben – anders zouden zij naar eigen zeggen niet geschikt zijn voor dit werk. Empathisch vermogen is volgens klantmanagers heel belangrijk: *‘je moet het vanuit je hart doen’*. Tegelijkertijd wordt ervoor gewaarschuwd dat je je niet met iemand moet gaan identificeren – je moet ook voldoende afstand kunnen behouden.

Verder vormen taal en culturele verschillen soms een barrière in de begeleiding. Klantmanagers zijn zich ervan bewust dat cultuur een belangrijke rol speelt in het bespreken van gezondheid en proberen hier zo goed mogelijk rekening mee te houden. Zij kunnen gebruikmaken van specialisten en ervaringsdeskundigen binnen team Entree, of van culturele sensitieve experts die beschikbaar zijn via stichtingen. Wat betreft de stichtingen merken klantmanagers dat er soms weinig continuïteit is, omdat deze mensen vaak op vrijwillige basis werken.

Keuze voor het traject en de uitvoering

Keuze voor traject

Samen met de vergunninghouder wordt een plan van aanpak opgesteld met daarin een keuze voor een traject. Daarbij wordt rekening gehouden met:

- a) de gezondheidsproblematiek;
- b) de context (zoals eventuele stressfactoren);
- c) de wensen en de ambities van de vergunninghouder;
- d) de achtergrond van de vergunninghouder.

De keuze voor een traject wordt altijd in samenspraak met de vergunninghouder gemaakt. Een vergunninghouder wordt niet op harde wijze een richting op geduwd (wel indien nodig gemotiveerd). Zoals ook benoemd bij de visie: duurzame participatie wordt belangrijker bevonden dan snelle participatie. Klantmanagers bekijken op maat wat de gewenste snelheid is.

a) gezondheidsproblematiek

Indien er gezondheidsproblemen zijn, maar de vergunninghouder geen ‘zorgklant’ is (iemand waarbij er dermate ernstige zorgklachten zijn dat participatie op dat moment niet haalbaar is), moet bepaald worden in welke mate participatie wél mogelijk of gewenst is. Daarbij worden de volgende strategieën ingezet:

- doorverwijzen naar medische keuring door UWV;
- doorverwijzen voor intake bij de GGD (bij psychische klachten);
- afgaan op wat de vergunninghouder zelf zegt of denkt te kunnen.

De meeste klantmanagers die we hebben gesproken vinden het bij fysieke klachten makkelijker om een inschatting te maken van de (on)mogelijkheden dan bij psychische klachten. Bij fysieke klachten wordt vaak doorverwezen naar een medische keuring door het UWV. De arbeidsconsulenten van het UWV hebben volgende de klantmanagers bovendien een goed beeld van welke werkzaamheden wel of niet mogelijk zijn bij specifieke klachten.

Bij psychische klachten verwijzen klantmanagers meestal door naar een intake bij de GGD. Indien een klant daarmee akkoord gaat, koppelt de GGD na de intake terug of iemand een zorgtraject nodig heeft of niet. De GGD geeft echter geen indicatie over de belastbaarheid. De inschatting over de

belastbaarheid bij psychische klachten wordt gebaseerd op hetgeen de vergunninghouder zelf denkt te kunnen en/of een medische keuring door het UWV. Passend bij de visie van de gemeente probeert de klantmanager sowieso te activeren. Dat hoeft niet altijd door middel van werk of participatie te zijn, maar kan ook in de vorm van sport of theater zijn.

b) De context

Bij de keuze voor het traject speelt de gehele context rondom de vergunninghouder mee. Als inburgering bijvoorbeeld al veel druk op de vergunninghouder legt, dan wordt daar door de klantmanager rekening mee gehouden. Verder wordt er sterk gelet op de mate waarin er andere stressfactoren of belemmerende factoren een rol spelen in het leven van de vergunninghouder. Wanneer er veel stress is, is de klantmanager geneigd om het 'rustiger aan' te doen.

In een aantal casussen uit onze casestudie bleek de woon- of gezinssituatie ook een bron van stress. De achtergrond van de problematiek uit deze casussen was heel verschillend, maar in elk van deze situaties vormde de situatie een belemmerende factor. Een voorbeeld wordt gegeven in kader 3.

Kader 3

Maryam is een Arabische vrouw van 32 jaar en woont samen met haar moeder in een appartement in Amsterdam. Met haar moeder gaat het niet goed; die heeft jicht en is slecht ter been. Het zorgen voor haar moeder en de huishouding komen voor een groot deel op de schouders van Maryam terecht. Bovendien oefent haar moeder veel sociale controle op Maryam uit: haar moeder snapt niet wat Maryam als ongetrouwde vrouw buitenshuis doet. Maryam moet zichzelf constant verantwoorden. Deze thuissituatie maakt dat het voor de klantmanager (in de eerste instantie) moeilijk is om contact met Maryam te krijgen en om haar te activeren en richting participatie te begeleiden.

c) Wensen en ambities

De wensen en de ambities van de vergunninghouder ten aanzien van opleiding en werk zijn – mits realistisch – een belangrijke input voor de route die naast het zorgtraject wordt ingezet. Klantmanagers en vergunninghouders kunnen echter van mening verschillen over de geschiktheid van een traject. Kader 4 geeft een voorbeeld van een klant die, naar inschatting van de klantmanager, te veel en te snel wil. Dat is volgens klantmanagers niet ongewoon: zij merken namelijk dat vergunninghouders, gezondheidsproblematiek en andere stressfactoren ten spijt, zo snel mogelijk zelfredzaam willen zijn.

Kader 4

Emil is een hoogopgeleide vergunninghouder van 30 jaar die kampt met depressieve klachten en concentratieproblemen. Toch wil hij zo snel mogelijk – nog voordat de inburgering is afgerond – met een Engelstalige masteropleiding beginnen. De klantmanager adviseert echter om het iets rustiger aan te doen, namelijk om eerst de inburgering af te maken en aan de psychische gezondheidsproblemen te werken, en pas het volgende semester te starten met de opleiding. Emil is het daar echt niet mee eens en start alvast met een cursus Engels, waardoor hij geen tijd meer heeft voor de Nederlandse lessen. Omdat dit écht het pad is dat de vergunninghouder wil inslaan, probeert de klantmanager hem daar zo goed mogelijk bij te ondersteunen.

Het is voor klantmanagers soms moeilijk vergunninghouders ervan te overtuigen dat hun wensen en ambities niet realistisch zijn. Klantmanagers adviseren hierover, maar laten de uiteindelijke keuze aan de vergunninghouder zelf. Soms kan het, aldus een klantmanager, beter zijn om iemand iets te laten proberen zodat hij er zelf achter kan komen dat het niet werkt. Aan de andere kant kunnen klantmanagers soms ook denken dat iets niet werkt, terwijl de vergunninghouder het tegendeel bewijst. Uiteraard komt het ook voor dat de vergunninghouder het advies van de klantmanager wel ter harte neemt. Eén vergunninghouder die we voor onze casestudie spraken, vertelt hoe zijn klantmanager hem tot inzicht bracht dat hij het beter wat rustiger aan kan doen:

“Wat mij op dit moment stoort is dat ik echt wil werken en deel wil uitmaken van het systeem en de samenleving. Ik wil echt graag betaald werk. Het is fijn om iets van de overheid te krijgen, maar wanneer je je eigen geld verdient heb je meer zelfvertrouwen. Ik dacht dat ik misschien iets kon doen bij een receptie of een hotel. Mijn begeleider vroeg aan mij: ‘Ben je er klaar voor om dat te doen? Ben je sterk genoeg

om de verantwoordelijkheden te vervullen?'. Dit veroorzaakte twijfel. Ik weet niet of ik daar kaar voor ben. Ik realiseerde me dat ik wat tijd nodig heb om te herstellen. Daarop stelde mijn begeleider voor dat ik begin met vrijwilligerswerk of een kleine parttimebaan."

Ten slotte komt het ook voor dat vergunninghouders juist niks willen. Dan is het moeilijk om erachter te komen of het een kwestie van motivatie of gezondheidsproblematiek is. Hoe daarmee door klantmanagers wordt omgegaan verschilt, maar de meesten proberen links of rechts toch ingangen te zoeken.

d) Achtergrond van de vergunninghouder

Ook achtergrondkenmerken van de vergunninghouder spelen een rol bij de keuze voor het traject – dat is overigens niet uniek voor trajecten met gezondheidsproblematiek. Wat betreft gender zegt een klantmanager het volgende: *"Bij mannen denk ik automatisch sneller aan werk zoeken dan bij vrouwen. Helemaal wanneer het een getrouwde vrouw is. Ik heb bijvoorbeeld een aantal jonge vrouwen in mijn caseload die nauwelijks zijn opgeleid en alleen maar gewend zijn het huishouden te doen. Zij zijn opgegroeid in een cultuur zonder voorbeelden van werkende vrouwen – zij hebben zichzelf dus nooit gevisualiseerd als werkende vrouw. Voor hen staat het veel verder van ze af. Deze vrouwen vind ik lastiger te activeren. Ik merk ook dat als ik ze uitnodig op gesprek, de man meekomt en dan is het moeilijk om contact met de vrouw te krijgen."*

Zijn er voldoende passende trajecten?

Klantmanagers ervaren voldoende handelingsvrijheid om zelfstandig de inschatting te maken voor een passend traject. Het zorg- en welzijnsaanbod in de gemeente is groot, en klantmanagers in Amsterdam beseffen dat ze daar geluk mee hebben. Er zijn bijvoorbeeld veel mogelijkheden voor vrijwilligerswerk en dagbesteding. Tegelijkertijd signaleren klantmanagers dat het aanbod wat betreft taal en cultuur niet altijd is toegerust op vergunninghouders.

Wat betreft doorverwijzing naar psychische gezondheidszorg zien zij echter twee belemmeringen: er zijn lange wachttijden bij de GGD en er is over het algemeen een tekort aan interculturele en/of meertalige psychologen. Naast de GGD verwijzen klantmanagers ook regelmatig, via de huisarts, door naar I-psy: een aanbieder van interculturele psychiatrie. Maar ook daar zijn knelpunten. Een klantmanager vertelt: *"Ik heb een man in mijn caseload, uit Syrië. Die stond op een wachtlijst voor de I-psy. Die kwam toen uiteindelijk bij een psycholoog, die in het Marokkaans-Arabisch vragen begint te stellen. Maar dat is heel anders dan het Syrische Arabisch. Dus dan wacht een vergunninghouder een half jaar. En na die intake wordt alle hoop die hij in dat halve jaar heeft opgebouwd teniet gedaan. Dan ben je terug bij af."* Bovendien hebben niet alle interculturele hulpverleners ervaring en kennis in het begeleiden met mensen met oorlogstrauma's.

Klantmanagers zouden dus graag een groter aanbod willen van interculturele psychologen en hopen dat hier in de toekomst meer in wordt geïnvesteerd. Daarnaast vormt het eigen risico een heikel punt voor vergunninghouders. Wanneer dit een issue blijkt, doen klantmanagers hun uiterste best om de klant toch te overtuigen van het nut en de noodzaak van hulpverlening.

Uitvoering van het traject

In principe duurt de begeleiding van een vergunninghouder door team Entree zes maanden, maar in de praktijk is dit bij zorgklanten vaak langer. Die ruimte is er ook in Amsterdam – het is immers maatwerk. Gedurende de begeleiding wordt de gezondheid van de vergunninghouder voortdurend gemonitord. Klantmanagers hebben bovengemiddeld vaak contact met zorgklanten: vaak één keer per week (het minimum is één keer per maand).

Er zijn voldoende mogelijkheden om het traject te wijzigen mochten zich er problemen voordoen. Bij de klantmanagers die we in het groeps gesprek spraken is het nog maar weinig voorgekomen dat gezondheidsproblematiek zich zodanig ontwikkelde dat het traject daar geheel op aangepast moest worden. In de casus studies zijn we hier wel drie voorbeelden van tegengekomen.

- Bij één vergunninghouder moest een opleidingstraject stopgezet worden vanwege fysieke klachten.

- Bij een andere vergunninghouder stagneerde het traject volledig vanwege psychische en lichamelijke gezondheidsproblematiek. Voor deze persoon is, naar aanleiding van een medische keuring van het UWV, een verlenging aangevraagd van de inburgeringsplicht op basis van medische gronden.
- Bij nog een andere vergunninghouder bleek een vrijwilligersbaan, waarin hij veel verantwoordelijkheden kreeg, te veel gevraagd vanwege psychische klachten. Voor deze persoon gaat de klantmanager op zoek naar een 'simpeler' baan, zodat de vergunninghouder wel iets doet, maar niet te veel verantwoordelijkheden heeft.

Manier van begeleiden

De manier van begeleiden hangt – net als bij trajecten waarin geen zorgproblematiek speelt – voor een groot deel af van het opleidingsniveau van de vergunninghouder. Bij mensen die laag zijn opgeleid is er volgens klantmanagers een grotere kans op misverstanden. Vooral klanten die niet gealfabetiseerd zijn beginnen met een achterstand. Zij hebben extra ondersteuning, tijd en investering nodig. Dit kan bijvoorbeeld door te zorgen dat er iemand met ze mee gaat naar de huisarts. Als iemand hoger is opgeleid geven klantmanagers de vergunninghouder meer regie en eigen autonomie; zeker wanneer een vergunninghouder zelf initiatief neemt. Klantmanagers zorgen dan vooral dat ze het proces bewaken zonder er te veel tussen te komen.

Op de vraag hoe klantmanagers hun rol zien ten aanzien van de gezondheid van de vergunninghouder en de begeleiding naar werk en participatie worden de volgende dingen genoemd:

- Signalerende rol: zo goed mogelijk de problematiek boven water halen.
- Stimulerende rol: de vergunninghouder stimuleren om hulp te zoeken en (naar vermogen) te participeren.
- Verbindende rol: contact leggen met andere organisaties en doorverwijzen.
- Regisserende rol: bij een multidisciplinaire aanpak zorgen dat verschillende organisaties contact opnemen met elkaar, en dit proces regisseren.

Wat betreft de houding die klantmanagers aannemen, geven ze er de voorkeur aan niet 'tegenover' maar 'naast' iemand te staan. Zoals eerder gezegd wordt er veel aandacht besteed aan het opbouwen van een vertrouwensband.

Samenwerking en doorverwijzing

Over de samenwerking met andere partijen zijn de klantmanagers tevreden. Hoewel de sociale kaart wat ingewikkeld gevonden wordt, zeggen klantmanagers deze steeds beter te leren kennen. In de onderstaande bullets wordt een opsomming gegeven van samenwerking en doorverwijzing.

- *Gezondheidsproblematiek*: indien er sprake is van gezondheidsproblematiek wordt er veel samengewerkt met- of doorverwezen naar het UWV, de GGD, de huisarts en andere ggz-instellingen.
- *Problemen in het gezin*: er zijn volgens klantmanagers voldoende organisaties die kunnen helpen bij problemen in gezinnen. Als voorbeeld wordt de organisatie 'Samen Doen' genoemd. Deze instantie heeft ook goede contacten met jeugdzorg. Als een situatie erg alarmerend is, schakelen klantmanagers zelf jeugdzorg in.
- *Sociale isolatie/beperkt sociaal netwerk*: er zijn in Amsterdam veel buurthuizen of taalcafés waar vergunninghouders naartoe kunnen en waarheen zij eventueel ook hun kinderen kunnen meenemen. Daarnaast wordt gebruikgemaakt van buddyprojecten, bijvoorbeeld via de Regenboog of Humanitas. Ook mogen klantmanagers soms gratis kaarten weggeven voor bijvoorbeeld een concert of festival.
- *Weerbaarheid*: er zijn organisaties die de weerbaarheid van kwetsbare groepen vergroten. Specifiek voor vrouwen is er bijvoorbeeld Netwerk Pro; gericht op het verbeteren van de professionele positie van vrouwen. Een ander voorbeeld is het project Gouden Mannen; dat is erop gericht om de weerbaarheid, zelfredzaamheid en persoonlijke effectiviteit van kwetsbare mannen te vergroten (bijvoorbeeld mannen die analfabeet zijn).
- *Opleiding*: klantmanagers hebben goed contact met onderwijsinstellingen en bovendien kennis van mogelijke leerwerktrajecten en schakelprogramma's.
- *Lhbt*: indien daar behoefte aan is brengen klantmanagers lhbt-vergunninghouders in contact met een lhbt-buddy, bijvoorbeeld via het COC. Wanneer (acceptatie van) de seksuele geaardheid door

de vergunninghouder als probleem wordt ervaren, kan een vergunninghouder bijvoorbeeld doorverwezen worden naar Veilige Haven; dat is een speciale lhbt-afdeling van I-psy.

Waar nodig wordt een multidisciplinaire aanpak ingezet zodat er vanuit verschillende disciplines naar het probleem gekeken kan worden. Klantmanagers leggen dan de eerste contacten en zorgen vervolgens dat deze organisaties ook onderling met elkaar samenwerken.

Ervaringen van vergunninghouders met de begeleiding

Tevredenheid met begeleiding

De vergunninghouders die we in dit onderzoek hebben gesproken zijn overwegend positief over de begeleiding die zij van team Entree ontvangen. Ze voelen zich bijvoorbeeld gesteund en geholpen omdat hun klantmanager passende activiteiten of ondersteuning voor ze heeft gevonden zoals psychologische hulp, sportactiviteiten, een buddy, een passende opleiding of vrijwilligerswerk. Een klantmanager speelt dus een belangrijke rol in de doorverwijzing naar hulp en het vinden van passende activiteiten of ondersteuning. Daarnaast zeggen de meeste vergunninghouders dat de klantmanager goed kan luisteren. Eén vergunninghouder beschrijft de relatie als: *“Mijn begeleider staat naast mij”*. Bovendien kunnen klantmanagers een voorbeeldrol vervullen, bijvoorbeeld als ze zelf ook ooit als vluchteling naar Nederland zijn gekomen.

Vergunninghouders vinden het heel belangrijk dat de klantmanager hen vertrouwt en gelooft. Als een vergunninghouder aangeeft dat ‘het echt niet gaat’, dan is het pijnlijk als dat ‘bewezen’ moet worden door briefjes van een dokter of psycholoog. Daarnaast vinden sommige vergunninghouders het lastig als hun klantmanager (voor hun gevoel) in detail doorvraagt naar de aard van de problematiek. Gezondheid is, zoals eerder benoemd in dit hoofdstuk, voor veel vergunninghouders namelijk een lastig onderwerp om over te spreken.

Hoe vinden vergunninghouders de benodigde hulp?

Vergunninghouders vinden hun weg naar hulp voor psychische en fysieke gezondheidsproblemen voor namelijk via de klantmanager of de huisarts. De vergunninghouders die we voor dit onderzoek gesproken hebben konden de weg naar de huisarts goed vinden. Verder zijn vergunninghouders via hun klantmanager geholpen aan andere soorten van ondersteuning of activiteiten, zoals een buddy, sportactiviteiten, of vrijwilligerswerk.

Is deze hulp voldoende?

Het is voor vergunninghouders moeilijk om te zeggen of zij voldoende psychologische of medische hulp krijgen, omdat de meeste behandelingen nog maar net zijn begonnen. Van de psychologische hulp weten vergunninghouders bovendien niet goed wat ze kunnen verwachten. Ze zijn dergelijke behandelingen niet gewend: in hun land van herkomst wordt het vaak ‘gek’ gevonden om naar een psycholoog te gaan. Eén respondent erkent bij zichzelf dat psychologische hulp niet voldoende is. Hij omschrijft dit als volgt:

“Er zijn twee delen van mij die moeten veranderen. Als eerste mijn psychologische problemen, dat wil zeggen: de medicijnen tegen mijn depressie en angstgevoelens moeten gaan werken. Als tweede het gevoel van eenzaamheid en verloren zijn. Amsterdam is leuk, maar als je zo eenzaam bent dan voel je dat je er geen deel van uitmaakt. Je voelt je alsof je niet echt bestaat. Dat is een heel slechte ervaring. Ik vertelde dit aan mijn psychiater en hij zei dat dit niet echt een ziekte is, maar een resultaat van alles wat ik achter heb moeten laten. Medicatie helpt om een bepaald punt of niveau te bereiken, maar de andere dingen moet je zelf uitzoeken en vinden. Ik heb mijn klantmanager verteld dat ik dit wilde veranderen. En toen heeft hij een buddy voor mij geregeld.”

Ten slotte zegt een vergunninghouder dat hij zich ervan bewust is dat er ook een verantwoordelijkheid bij hem ligt, en niet alleen bij de klantmanagers. Hij zegt: *“Zij kunnen niet alles voor ons doen. We moeten onze eigen weg vinden. De klantmanager kan mij advies en handvatten geven, maar ik kan niet te afhankelijk van hem worden.”*

Helpt het traject?

Voor vergunninghouders helpt het als er een plan is. Ze willen graag weten waar ze aan toe zijn en het gevoel hebben dat ze aan een toekomst bouwen. Ze hopen allemaal zo snel mogelijk (passend bij hun eigen opleidingsniveau en werkervaring) aan de slag te kunnen. Thuis zitten vinden ze niet fijn. Het maakt ze verdrietig om te zien hoe iedereen om hen heen bezig is met hun toekomst, terwijl ze zelf het gevoel hebben stil te staan. Het helpt ze om naar buiten te gaan. Sporten of het hebben van een buddy worden meermaals genoemd als bevorderend voor de gemoedstoestand. Als vergunninghouders echter het gevoel hebben te snel en te veel te moeten doen, dan geeft dat erg veel stress. Het is dus belangrijk dat ze zich niet gepusht voelen door hun klantmanager of gemeente.

Conclusie

Amsterdam kent een integrale aanpak voor vluchtelingen, gericht op snelle activering direct vanaf aankomst en actieve begeleiding naar zelfredzaamheid. Daarbij wordt duurzame integratie belangrijker gevonden dan een snelle uitstroom uit de uitkering. Het arbeids- en participatiebeleid voor vergunninghouders in Amsterdam wordt uitgevoerd door team Entree: een gespecialiseerd team met een lage caseload (vijftig per klantmanager). Het doel is om vergunninghouders zo goed mogelijk op weg te helpen richting zelfredzaamheid. De visie omtrent gezondheid is dat gezondheid het uitgangspunt vormt in de begeleiding van vergunninghouders, en dat participatie over het algemeen bevorderend is voor de gezondheid.

Kenmerkend voor de begeleiding van team Entree is maatwerk, veel handelingsvrijheid en een lage caseload. Klantmanagers beginnen vanaf het eerste contactmoment met het in kaart brengen van eventuele gezondheidsproblematiek aan de hand van diverse tools (zoals een assessment, een gespreksleidraad en voorbeeldvragen van Pharos), observatie en doorvragen. Vaak worden de gezondheidsproblemen echter pas gaandeweg het traject zichtbaarder, omdat er eerst een vertrouwensband opgebouwd moet worden. Deze vertrouwensband is een belangrijke voorwaarde voor een goede signalering en begeleiding.

Bij de keuze voor een traject wordt rekening gehouden met de gezondheidsproblematiek van de vergunninghouder, de context (zoals eventuele stressfactoren), achtergrondkenmerken en de wensen en de ambities van de vergunninghouder. Vooral dit laatste (de wens van de vergunninghouder) speelt een belangrijke rol bij de keuze voor het traject. Om te bepalen in hoeverre iemand naast bestaande gezondheidsproblematiek kan werken of participeren wordt gebruikgemaakt van een medische keuring door het UWV, advies van de GGD (over het al dan niet inzetten van een behandeling) en wordt afgegaan op wat de vergunninghouder zelf denkt te kunnen. Mochten er tijdens de uitvoering van het traject problemen voordoen kan het traject worden bijgesteld.

Over doorverwijsmogelijkheden in Amsterdam en samenwerking met andere partijen zijn klantmanagers tevreden. Er zijn voldoende instanties en organisaties om naartoe door te verwijzen, bijvoorbeeld op het gebied van gezinsproblematiek, eenzaamheid en weerbaarheid. Bovendien leren klantmanagers de sociale kaart van Amsterdam steeds beter kennen.

Beleidsmedewerkers en klantmanagers signaleren enkele dilemma's en aandachtspunten ten aanzien van gezondheid en participatie van vergunninghouders, namelijk:

- *Taboe op psychische klachten.* In veel culturen is het een no-go om aan te geven dat het niet goed met je gaat en dat je zorg nodig hebt. Daarom zullen veel vergunninghouders hun psychische klachten voor de klantmanager verborgen houden.
- *Eigen risico zorgverzekeraar.* Vergunninghouders hebben weinig te besteden. Veel vergunninghouders die een zorgtraject nodig hebben zien hiervan af vanwege de kosten (eigen risico van de zorgverzekering).
- *Weg niet kunnen vinden naar behandelaar.* Voor vergunninghouders is alles in Nederland nieuw en anders dan ze zijn gewend. Het duurt vaak een tijdje voordat ze op tijd komen op afspraken met de behandelaar. Een oplossing zou zijn, volgens de respondenten, om meer met huisbezoeken te werken of mensen de eerste keer/keren op te halen.

- *Zorgaanbod niet afgestemd.* Niet alle zorg is ingericht op vergunninghouders: taal is vaak barrière, evenals culturele verschillen.
- *Kwetsbare groepen.* Een aantal groepen is extra moeilijk te bereiken, zoals vrouwen en analfabeten. Instanties worstelen met vragen als: hoe nodigen we deze groep uit? Hoe zorgen we dat ook deze groepen hun weg naar nodige zorg en ondersteuning vinden?
- *Dossieroverdracht van azc naar klantmanager.* Al in het azc wordt een medisch dossier opgebouwd, maar die informatie mag vanuit privacyoverwegingen niet gedeeld worden met de gemeente, GGD of klantmanager. Na plaatsing in de gemeente moet daarom als ware opnieuw begonnen worden met dossieropbouw. Volgens respondenten valt hier winst te behalen, bijvoorbeeld door een derde partij in te schakelen die wel één en ander kan overnemen.



Gemeenterapportage Katwijk

4

Bijlage 4 – Gemeenterapportage Katwijk

Dit hoofdstuk gaat over de dienstverlening richting werk en participatie van statushouders in de gemeente Katwijk. De eerste paragraaf beschrijft het beleid van de gemeente op het gebied van gezondheid en statushouders. De tweede paragraaf geeft weer hoe de uitvoering van het beleid in de praktijk verloopt vanuit het perspectief van professionals en statushouders zelf. De laatste paragraaf bevat een samenvatting over de beleid en de uitvoering in Katwijk.

Beleidscontext

In deze paragraaf komen de volgende onderdelen aan bod:

- korte beschrijving gemeentelijk beleid gezondheid en participatie statushouders;
- visie op gezondheid in relatie tot participatie;
- gezondheidsbeleid;
- dienstverlening richting werk en participatie;
- organisatie + samenwerking;
- inrichting van de uitvoering;
- aandachtspunten gezondheid en participatie.

Deze paragraaf is gebaseerd op de bestudering van beleidsdocumenten en interviews op beleidsniveau.

Korte beschrijving van het gemeentelijk beleid in Katwijk

De gemeente Katwijk heeft generiek re-integratie en gezondheidsbeleid vastgelegd.²³ Formeel is de looptijd van de meest recente beleidsstukken op het gebied van re-integratie en gezondheid tijdens het onderzoek (2018) voorbij.²⁴ Het nieuw te ontwikkelen beleid op deze thema's wordt opgenomen in de Maatschappelijke Agenda die in 2018 werd ontwikkeld. Deze maatschappelijke agenda zal de verbinding tussen verschillende beleidsterreinen gaan leggen. Omdat deze maatschappelijke agenda nog niet gereed is ten tijde van het schrijven van dit onderzoek, baseren we ons op de in april 2018 aanwezige beleidsstukken.

Daarnaast heeft de gemeente de integratie van vergunninghouders in 2016 aangepakt via een programmatische aanpak, via het Programma Integratie. Het programma kent drie programmalijnen: 1) Huisvesting, 2) Participatie & Integratie en 3) Opleiding, Werk en Levensonderhoud. De beoogde looptijd van het programma was 1 juli 2016 tot 2020.²⁵ Gedurende het onderzoek – begin 2018 – is besloten het programma te beëindigen en over te dragen naar het reguliere beleid. De basis voor de aanpak rondom statushouders ligt inhoudelijk in het Programma Integratie. In Katwijk is er bewust voor gekozen om de aanpak vanuit de praktijk verder te ontwikkelen, en deze in tweede instantie vast te leggen in beleid. Daartoe is een beleidsmedewerker statushouders aangesteld per april 2018. Voor 2018 is er een intern actieplan met daarin de volgende speerpunten: taal, woonvaardigheden en financiële vaardigheden. Hoe de ontwikkelde aanpak een structurele plek krijgt in het beleid, hebben we tijdens dit onderzoek niet gezien.

Visie op gezondheid in relatie tot participatie

In de inleiding van de nota *Lokaal gezondheidsbeleid gemeente Katwijk, 2013-2016* (blz.3) wordt gezondheid gekoppeld aan het welzijn van mensen en arbeids- en maatschappelijke participatie. Dit wordt als volgt beschreven:

“Een goede gezondheid is van wezenlijk belang voor het welzijn van mensen. Een goede gezondheid vergroot immers de kans op een lang en kwalitatief goed leven, op duurzame arbeidsdeelname en op maatschappelijke participatie.”

²³ Lokaal gezondheidsbeleid, gemeente Katwijk 2013-2016.

Beleidsplan re-integratie 2017. Participatiewet. Gemeente Katwijk. 9-12-2016.

²⁴ Het gezondheidsbeleid loopt van 2013-2016 en het Beleidsplan re-integratie is voor het jaar 2017.

²⁵ Programma Integratie. Programmaplan 2.0. Versie 8 juni 2016. Gemeente Katwijk, blz. 6.

Hieruit lezen we dat gezondheid als voorwaarde voor maatschappelijke participatie en arbeidsparticipatie wordt gezien. Gezondheid wordt ook als voorwaarde voor een lang en kwalitatief goed leven en welzijn benoemd. In de interviews op beleidsniveau wordt een tweezijdige relatie tussen gezondheid en participatie gesignaleerd: gezondheid kan voorwaarde zijn om te kunnen participeren, en andersom kan beperkte participatie ook negatieve gevolgen voor gezondheid hebben. Gezondheid en participatie of werk beïnvloeden elkaar dus; de relatie werkt beide kanten op.

Gezondheidsbeleid

De gemeente Katwijk heeft algemeen gezondheidsbeleid, vastgelegd in de nota *Lokaal gezondheidsbeleid gemeente Katwijk, 2013-2016*. De doelgroepen voor het gezondheidsbeleid in de gemeente Katwijk zijn Jeugd, Ouderen en mensen met een lagere sociaal economische status (SES). Vergunninghouders zijn geen expliciete doelgroep in het gezondheidsbeleid.²⁶ Het uitgangspunt is dat het algemene gezondheidsbeleid voor iedereen geldt, dus ook voor statushouders.

Definitie gezondheid

De nota *Lokaal gezondheidsbeleid 2013-2016* bevat geen expliciete definiëring van gezondheid. In de interviews op beleidsniveau zien we verschillen in hoe naar gezondheid gekeken wordt: bijvoorbeeld vanuit het concept positieve gezondheid, of vanuit een meer functionele benadering of iemand gezien zijn of haar gezondheid al dan niet aan de verplichtingen van de Participatiewet kan voldoen. Zowel in beleid als in de gesprekken worden verschillende elementen van gezondheid benoemd. In de nota gaat het bijvoorbeeld om: lichamelijke gezondheid (artrose, astma), geestelijke gezondheid (eenzaamheid, depressie), voeding, beweging, middelengebruik, overgewicht, het aankunnen van problemen. In deze beschrijving van de verschillende onderdelen van gezondheid is geen aandacht voor culturele verschillen in opvattingen ten aanzien van gezondheid. In deze beschrijving komen veel van de dimensies van positieve gezondheid (Huber, 2013)²⁷ terug, maar niet allemaal. Zingeving wordt bijvoorbeeld niet expliciet benoemd.

Uit de interviews komt naar voren dat sinds de opstelling van het gezondheidsbeleid veel ontwikkeld is in het denken over gezondheid. De nieuwe visie op gezondheid wordt meegenomen in de te ontwikkelen maatschappelijke agenda van de gemeente Katwijk. Een aantal geïnterviewden op beleidsniveau ziet in de uitvoering verschillende opvattingen over de verhouding tussen integratie in brede zin en werk. De organisatie Welzijnswaartier is onder andere verantwoordelijk voor de trajectbegeleiding (maatschappelijke begeleiding) van statushouders. Servicepunt Werk is verantwoordelijk voor het begeleiden naar regulier werk van mensen die een uitkering ontvangen. Uit een aantal interviews op beleidsniveau komt naar voren dat er in de uitvoering verschillen in zienswijzen bestaan over wat in de begeleiding voorrang krijgt: integratie in brede zin (taal, vrijwilligerswerk bijvoorbeeld) of betaald werk? Om in te schatten of werk voor de zorg voor gezondheid gaat, wordt in de interviews op beleidsniveau aangegeven dat dat een inschatting is van de professionals in samenspraak met de inwoners, hiervoor zijn geen expliciete richtlijnen vanuit de gemeente opgesteld. Het uitgangspunt is dat het per inwoner maatwerk is.

Dienstverlening richting werk en participatie

Dit onderdeel beschrijft de manier waarop de gemeente Katwijk het beleid met betrekking tot dienstverlening richting werk en participatie van statushouders heeft ingericht.

Beleidsdoelstellingen met betrekking tot werk en participatie statushouders

De gemeente Katwijk kent algemeen re-integratiebeleid dat is vastgelegd in *Beleidsplan re-integratie 2017. Participatiewet, gemeente Katwijk*. Hierin zijn de volgende doelen op het gebied van re-integratie opgenomen:

- Inwoners duurzaam in beweging krijgen door hen te stimuleren om mee te doen aan de betaalde arbeidsmarkt en als dat (nog) niet lukt aan de maatschappij via vrijwilligerswerk of sociale participatie.
- Voorkomen dat jongeren in een uitkeringssituatie terechtkomen.

²⁶ Lokaal gezondheidsbeleid, gemeente Katwijk 2013-2016.

²⁷ Positieve gezondheid kent 6 dimensies: lichaamsfuncties, mentaal welbevinden, dagelijks functioneren, kwaliteit van leven, zingeving, sociaal maatschappelijke participeren.

Daarnaast wordt beschreven dat de aanpak op het gebied van re-integratie ervoor moet zorgen dat de doelstellingen die in het Coalitieakkoord 2014-2018 genoemd zijn op het onderdeel Participatie behaald kunnen worden. Het gaat om de volgende doelstellingen:

- Speerpunt bij de bestrijding van werkloosheid zijn jeugdwerkloosheid en werkloosheid onder inwoners van 45 jaar en ouder.
- Het lokale bedrijfsleven wordt gestimuleerd om mensen met een arbeidsbeperking en mensen met een afstand tot de arbeidsmarkt in dienst te nemen.

Deze beleidsdoelen gelden voor alle Katwijkse inwoners – dus ook statushouders – en er is hierin geen specifieke aandacht voor gezondheid en voor de doelgroep statushouders. Uit de interviews op beleidsniveau komt ook naar voren dat de dienstverlening vanuit de gemeente vanuit afdeling Participatie en Inkomen (consulenten inkomen) hetzelfde is voor statushouders als voor andere Katwijkse inwoners. Ook worden voor alle inwoners dezelfde re-integratie-instrumenten ingezet. Als het gaat om dienstverlening richting werk heeft de gemeente extra geïnvesteerd door de inzet van een gespecialiseerde adviseur specifiek voor statushouders vanuit Servicepunt Werk. Daarnaast krijgen statushouders maatschappelijke begeleiding vanuit Welzijnswijk. Door de betrokkenheid van deze drie partijen is er een ander werkproces voor statushouders dan voor andere inwoners. Dat lichten we toe onder ‘Organisatie’.

Naast het *Beleidsplan re-integratie 2017* kent de gemeente het *Programma Integratie* dat specifiek gericht is op de integratie van statushouders. Hoewel het programma formeel beëindigd is, vormt dit inhoudelijk de basis van de aanpak rondom statushouders. We benoemen daarom kort de belangrijkste doelstellingen van het Programma Integratie²⁸ die relevant zijn voor de participatie van statushouders:

- De vergunninghouder bereikt een hoger niveau van participeren dan bij de start van de trajectbegeleiding de situatie was (blz. 14). Dit effect wordt gemeten door de stappen die mensen op de participatieladder²⁹ hebben gezet.
- Zo veel mogelijk vergunninghouders zo snel en goed mogelijk zelfvoorzienend kunnen laten zijn (blz. 18). Dit effect wordt vertaald in de indicator: het percentage van de vergunninghouders dat vanaf 1 januari 2016 is ingestroomd dat na twee jaar nog afhankelijk is van een uitkering.

Het programmaplan 2.0 is in twee fasen geëvalueerd, namelijk in december 2016 en mei 2017. Op basis daarvan is het programmaplan aangepast: *Programmaplan 3.0, vernieuwd Plan van Aanpak (22 juni 2017)*. Met het oog op de re-integratie van vergunninghouders is het volgende inzicht uit de evaluatie relevant:

- ‘Tijdens de evaluatie is geconstateerd dat door onvoldoende kennis van de taal en de cultuur in Nederland de huidige groep statushouders niet op korte termijn toe te leiden is naar werk. Dat betekent dat we nog meer aandacht gaan besteden aan participatie, taal en meedoen. Want alleen in contact met anderen voelen mensen zich mens. Alleen zo leren ze de taal en cultuur daadwerkelijk kennen. Daarmee is meedoen een onmisbare voorwaarde om te integreren en een ontwikkeling door te maken in de richting van maximale zelfredzaamheid.’³⁰

Deze evaluatie heeft niet geleid tot aangepaste of nieuwe doelstellingen op het gebied van re-integratie van statushouders in het programmaplan 3.0. Wel worden in het programmaplan 3.0 de inzet of activiteiten (in het programmaplan Operationele doelen genoemd) die moeten bijdragen aan de doelen aangescherpt. In de doelen zoals genoemd in Programmaplan 2.0 en 3.0 is expliciete aandacht voor de re-integratie van statushouders, en geen expliciete aandacht voor gezondheid.

²⁸ Programma Integratie. Programmaplan 2.0. Versie 8 juni 2016. Gemeente Katwijk.

²⁹ Stappen op de participatieladder zijn: 6 betaald werk, 5 betaald werk met ondersteuning, 4 onbetaald werk, 3 deelname aan georganiseerde activiteiten, 2 sociale contacten buitenshuis, 1 geïsoleerd levend. Bron: https://vng.nl/files/vng/vng/Documenten/Extranet/werk_en_inkomen_2010/re_integratie/20100219_brochure_participatieladder.pdf

³⁰ Programmaplan 3.0, blz. 4.

Instrumenten

Het *Beleidsplan Re-integratie 2017* beschrijft de volgende instrumenten en voorzieningen die kunnen worden ingezet voor alle inwoners, dus ook voor statushouders: loonkostensubsidie, nieuw beschut werk, de no-riskpolis en jobcoaching. Als het gaat om de werkgeversbenadering kunnen de volgende instrumenten worden ingezet: werkstage, proefplaatsing, participatieplaats, opstapsubsidie. Er zijn binnen de gemeente Katwijk verschillende participatieplaatsen gestart, o.a. bij Kringloopwinkel Katwijkerbroek, Kringloopwinkel De Brug, Wijkservicecentrum Binders, Het Raamwerk en de formulierenbrigade. Daarnaast zijn er verschillende lokaal ontwikkelde voorzieningen: zoals het Vrijwilligers Informatie Punt Plus, Project 'De vitale sportvereniging', Project Taalverbetering, Ja-project: jongeren actief op de arbeidsmarkt en ESF-actieplan jeugdwerkloosheid, Formulierenbrigade, groepsgewijze trainingen, project respijtzorg, Social Return, trajecten voor start zelfstandigen, ESF sociale inclusie.

Afstemming gezondheid en re-integratiebeleid

De *Nota gezondheidsbeleid* bevat geen expliciete tekst over de wijze waarop inhoudelijke afstemming tussen gezondheids- en re-integratiebeleid plaatsvindt. In de nota gezondheidsbeleid wordt verder een aanpak benoemd gericht op het stimuleren van beweging van uitkeringsgerechtigden. Het *Beleidsplan re-integratie 2017* bevat geen informatie over de manier waarop het gezondheidsbeleid en re-integratiebeleid voor statushouders op elkaar worden afgestemd. Ook uit de interviews op beleidsniveau komt naar voren dat er op het moment van het onderzoek geen structurele beleidsmatige afstemming is tussen het gezondheids- en re-integratiebeleid.

Organisatie

De dienstverlening richting werk of andere vormen van participatie voor statushouders wordt uitgevoerd door de volgende drie partijen:

1. De welzijnsorganisatie Welzijnswartier. Medewerkers (en vrijwilligers) van de organisatie Welzijnswartier (team Medelanders) voeren de eerste opvang en trajectbegeleiding van statushouders uit.
2. Gemeente Katwijk. Consulenten van de afdeling Participatie & Inkomen zijn verantwoordelijk voor inkomensdienstverlening, en voeren van daaruit regie op stappen richting participatie.
3. Servicepunt Werk Duin en Bollenstreek (hierna: SPW). De adviseur statushouders van SPW is verantwoordelijk voor de arbeidstoeleiding van statushouders.

Opdrachten

We gaan kort in op de opdracht aan de medewerkers van deze drie organisaties:

- De inkomensconsulenten van team Participatie & Inkomen van de gemeente Katwijk voeren de Participatiewet uit: zij zijn verantwoordelijk voor uitkeringsverstrekking en bijzondere bijstand. Ze voeren zelf geen re-integratiebegeleiding uit, maar voeren daar de regie op. De opdracht van de inkomensconsulent is als volgt te omschrijven: de inkomensconsulent regelt de uitkering voor levensonderhoud en de bijzondere bijstand voor woninginrichting en eerste huur voor de statushouders. De inkomensconsulent monitort de inburgering en de weg naar werk en licht de statushouder voor over minimaregelingen en voorliggende voorzieningen. Er is in deze opdrachtomschrijving geen aandacht voor gezondheid.
- De adviseur statushouders van Servicepunt Werk voert de begeleiding richting werk van statushouders die een uitkering ontvangen uit. Er is een taakomschrijving beschreven in 2017. Deze beschrijving bevat taken op verschillende niveaus: rondom ontwikkeling van het SPW, samenwerking met gemeente Katwijk en Welzijnswartier en bemiddeling statushouders richting arbeidsmarkt en afstemming met werkgevers. In deze taakomschrijving van de adviseur statushouders is gezondheid geen specifiek onderwerp.
- De trajectbegeleiders van Welzijnswartier van team Medelanders begeleiden statushouders gedurende drie jaar. Het gaat hierbij om eerste opvang en trajectbegeleiding gedurende drie jaar. De medewerker eerste opvang ondersteunt bij praktische zaken. Er wordt een plan van aanpak gemaakt gebaseerd op de capaciteiten en de Ausgangssituatie van de statushouder. De trajectbegeleider heeft een coördinerende rol voor de professionals en de vrijwilligers die op verschillende terreinen en op verschillende momenten betrokken zijn bij de vergunninghouder. De trajectbegeleiding duurt drie jaar.

In deze opdrachten zien we alleen in de opdracht van de trajectbegeleider van Welzijnswartier expliciet aandacht voor gezondheid, namelijk het volgende;

- 'De TB heeft een preventieve en signalerende taak wanneer het gaat om psychosociale problemen. Vaak zijn deelnemers niet gewend om problemen met een hulpverlener te bespreken en op te lossen. Toch blijkt het in de praktijk wel noodzakelijk deelnemers te verwijzen naar andere instanties, zoals: Het Team Sociale Ondersteuning, JGT en Marente, GGZ Rivierduinen, Centrum '45. Deelnemers kunnen bezorgd zijn over de welstand van familie in het land van herkomst. Hierdoor kunnen zij zich moeilijk concentreren in de taallessen en/of hebben problemen met slapen. Sommige deelnemers hebben gezinshereniging aangevraagd bij de IND, maar een negatief besluit gekregen, wegens het ontbreken van de juiste documenten. Situaties verkeren in een impasse: documenten kunnen niet aangevraagd worden in land van herkomst zonder risico opgepakt te worden, terwijl terugkeer naar eigen land een té groot risico is. Deze zaken hebben een impact op deelnemers en zijn op de achtergrond altijd aanwezig.'³¹

Welzijnswartier voert niet alleen trajectbegeleiding uit, de opdracht van Welzijnswartier voor 2018 omvat het volgende:

1. Alle vergunninghouders krijgen individuele begeleiding.
2. Alle vergunninghouders hebben een trajectbegeleider, maken een trajectplan en worden gemonitord.
3. Het WZK organiseert tien participatiewerkshops.
4. Het WZK organiseert taalgroepen en taalcoaches in samenwerking met het taalhuis.
5. Het WZK onderzoekt de behoefte aan nieuwe activiteiten. Voor 2018 is in elk geval aandacht voor woonvaardigheden en financiële vaardigheden.
6. Het WZK initieert met Dunavie (woningcorporatie) en de statushouder een driehoeksevaluatie.

Eén van de onderdelen van de individuele begeleiding is het volgen van een aantal workshops, waaronder de basis gezondheidsvoorlichting. Deze gaat over het Nederlandse zorgsysteem: zoals de zorgverzekering, de huisarts, verwijzing naar het ziekenhuis, de huisartsenpost en gebruik van 112. Een andere workshop is gezinsplanning en -begeleiding: deze is gericht op vrouwen en gaat over zwangerschappen, kraamzorg en mogelijkheden voor anticonceptie. Daarnaast is bij Welzijnswartier een sleutelpersoon werkzaam die de opleiding tot sleutelpersoon gevolgd heeft vanuit Ondersteuningsprogramma Gezondheid Statushouders.

Een aantal geïnterviewden op beleidsniveau verwacht dat informatie en kennis over gezondheid met name bij Welzijnswartier aanwezig is. Omdat Welzijnswartier statushouders vanaf de start en langdurig (drie jaar) begeleidt, is de verwachting dat WZK daardoor over de meeste informatie over hun gezondheid beschikt.

Beschrijving werkproces

De trajectbegeleiding van het inburgeringstraject van statushouders wordt uitgevoerd door Welzijnswartier. De trajectbegeleiding start met de eerste opvang. Deze richt zich, waar nodig, op ondersteuning van de statushouder bij het betrekken van een woning, aanvraag van diverse voorzieningen en het wegwijs maken in de Katwijkse samenleving. Er wordt een plan van aanpak opgesteld gericht op de inburgering van de statushouder. Het plan van aanpak is gebaseerd op acht leefgebieden.

Er wordt een intakegesprek gevoerd met de statushouders, eventueel de trajectbegeleider vanuit Welzijnswartier en de inkomensconsulent van de afdeling Participatie & Inkomen over het inkomen van de statushouders en het aanvragen van een uitkering. De inkomensconsulent van de gemeente toetst de aanvraag levensonderhoud en maakt afspraken over de rechten en plichten die daarbij horen. De inkomensconsulent kijkt in het gesprek wat mogelijk is voor de klant. De inkomensconsulent kan ook besluiten medische advisering door een externe organisatie te laten uitvoeren. Deze organisatie brengt de gezondheidssituatie van de klant in beeld en kijkt naar belastbaarheid van de klant. Er is geen richtlijn voor het al dan niet besluiten om medische advisering in te zetten. Wel is hierover binnen de gemeente

³¹ Beschrijving Trajectbegeleiding uit beleidsgestuurde contractfinanciering (BCF) 2018.

vastgelegd dat als een klant zegt arbeidsongeschikt te zijn, een medisch advies dient te worden opgevraagd. Deze uitslag wordt met de klant besproken en de klant dient een kopie van het advies te ontvangen.

Als de statushouder in de fase van arbeidstoeleiding is, vindt een gezamenlijke intake plaats met de statushouder, trajectbegeleider van Welzijnswartier en de adviseur statushouders van het Servicepunt Werk. In het *Werkproces vergunninghouder en SPW* is beschreven dat de adviseur statushouders van het SPW samen met de trajectbegeleider van Welzijnswartier de statushouder na twee maanden uitnodigt. In deze gezamenlijke intake vormen de adviseur statushouders en trajectbegeleider een beeld van het arbeidsverleden en opleidingsniveau van de klant. In deze intake wordt bepaald of toeleiding naar betaald werk aan de orde is. Hierin wordt ook de gezondheidssituatie van de statushouder meegenomen. De adviseur statushouders en de trajectbegeleider van Welzijnswartier maken een gezamenlijke beslissing over het traject van de statushouder. Er is geen afwegingskader dat of richtlijn die invulling geeft op basis waarvan of op welke wijze deze gezamenlijke keuze gemaakt wordt. In het *Werkproces vergunninghouder en SPW* is als volgt beschreven welke criteria gehanteerd worden om te bepalen of een statushouder begeleid wordt vanuit het SPW: als de vergunninghouder kan inburgeren en kan deelnemen aan integratie of re-integratie kan hij bij het SPW starten.

Er zijn twee routes mogelijk na dit gezamenlijke intakegesprek:

1. De statushouder is bemiddelbaar naar betaalde arbeid. De begeleiding richting betaalde arbeid wordt dan uitgevoerd door de adviseur statushouders van SPW. De trajectbegeleider blijft verantwoordelijk voor de coördinatie van het gehele inburgeringstraject.
2. De statushouder is (nog) niet bemiddelbaar naar betaalde arbeid. Het kan zijn dat eerst taal en inburgering prioriteit krijgen, en er wel andere stappen op het gebied participatie kunnen worden gezet, bijvoorbeeld vrijwilligerswerk. Het kan ook voorkomen dat er geen stappen op het gebied van participatie mogelijk zijn, en andere aandachtspunten eerst prioriteit krijgen, bijvoorbeeld zorg voor gezondheidsklachten. In beide gevallen wordt de begeleiding uitgevoerd door Welzijnswartier. Er kan naar diverse partijen verwezen worden, zie onderdeel Samenwerking.

De adviseur statushouders van het SPW koppelt de bevindingen terug naar de consulent van de gemeente Katwijk. De consulent van de gemeente Katwijk monitort het proces vanuit de inkomensdienstverlening en de verplichtingen die daarmee samenhangen vanuit de Participatiewet.

Vormgeving samenwerking

In de dienstverlening aan statushouders richting werk en participatie spelen de eerdergenoemde drie partners een centrale rol: Welzijnswartier, Servicepunt Werk en Team Participatie & Inkomen van de gemeente Katwijk. De adviseur statushouders van Servicepunt Werk neemt regelmatig deel aan overleg van de consulenten van het team Participatie & Inkomen van de gemeente Katwijk. Tussen de adviseur statushouders van Servicepunt Werk, de trajectbegeleiders van Welzijnswartier en consulenten van de afdeling Participatie en Inkomen van de gemeente vindt eens per zes weken overleg over de begeleiding van statushouders plaats, gezondheid is hierin een onderdeel. Ook vindt er, op basis van casuïstiek, tussentijdse afstemming plaats. De medewerkers van de drie betrokken organisaties zijn in dienst bij hun eigen organisatie en worden van daaruit aangestuurd. Sturing op de opdracht van Welzijnswartier en Servicepunt Werk gebeurt vanuit de gemeente Katwijk. Regie op het proces van de gezamenlijke intake is een gedeelde verantwoordelijkheid tussen medewerkers van de drie organisaties. In de gezamenlijke intake nemen de trajectbegeleider van Welzijnswartier en de adviseur statushouders vanuit Servicepunt Werk samen met de statushouder gezamenlijke beslissingen over het in te zetten traject richting werk en participatie.

De drie centrale partijen – Welzijnswartier, Servicepunt Werk en de afdeling Participatie & Inkomen – werken bij de uitvoering van het gezondheids- en re-integratiebeleid met diverse partijen samen. Bijvoorbeeld³²: taalaanbieders, verschillende participatieplaatsen (zie Instrumenten), Vrijwilliger Informatie Punt Plus, bedrijven, Katwijkse ondernemersvereniging (KOV), huisartsen, tandartsen, Team Sociale Ondersteuning (TSO), Jeugd- en Gezinsteam (JGT), Marente, Centrum '45, Kwadraad: maatschappelijk

³² Dit zijn voorbeelden van partners, opsomming is niet uitputtend.

werk, GGZ Rivierduinen, Regionale groep OGGZ, zorgverzekeraars, lokaal zorgnetwerk, Argonaut Advies (medische advisering), Dunavie (woningcorporatie). Specifiek voor de huisartsen geldt dat Welzijnswartier statushouders centraal aanmeldt bij de huisartsen in Katwijk en dat de huisartsen deze vervolgens onderling verdelen. Beleidsadviseur statushouders geeft aan dat de toeleiding naar huisartsen erg goed verloopt.

Inrichting van de uitvoering

Deskundigheidsbevordering uitvoering

Welzijnswartier heeft interne cursussen, die ook op gezondheid gericht zijn. Thema's zijn bijvoorbeeld: licht verstandelijke beperking, GGZ, de meldcode et cetera. Professionals van de drie betrokkenen organisaties zijn voor zover bekend niet specifiek getraind op gezondheidsproblematiek van statushouders en de signalering hiervan. Met betrekking tot cultuursensitiviteit is alleen bekend dat medewerkers en vrijwilligers van Welzijnswartier een opleiding interculturele communicatie en landenkenniscursus hebben gehad.

Handelingsvrijheid

Belangrijke wettelijke kaders voor de professionals zijn: de Participatiewet, de Wet Inburgering 2013 en de Wmo. Uit de interviews komt het beeld naar voren dat professionals daarbinnen handelingsvrijheid hebben als het gaat om in te zetten trajecten of ondersteuning. Binnen de wettelijke kaders kan maatwerk geboden worden. Een professional zegt expliciet veel ruimte te ervaren vanuit de gemeente ten aanzien van in te zetten trajecten. Deze professional ervaart dat als zeer prettig. Er zijn geen gestandaardiseerde protocollen of kaders voor de professionals om in te schatten of er gezondheidsbelemmeringen zijn en welke rol die spelen bij de keuze omtrent in te zetten trajecten.

Beschikbaarheid en vormgeving specifiek aanbod

In de gezamenlijke intake bepaalt men of toeleiding naar betaald werk aan de orde is. Hierin wordt ook de gezondheidssituatie van de statushouder meegenomen. Er zijn vervolgens twee routes mogelijk (zie ook blz. 6):

- 1) begeleiding richting betaalde arbeid door Servicepunt Werk;
- 2) betaalde arbeid is (nog) niet mogelijk, begeleiding gericht op andere vormen van participatie door Welzijnswartier.

De begeleiding die statushouders met gezondheidsproblematiek krijgen is mede afhankelijk van de aard en de ernst van de gezondheidsproblematiek. In principe zijn beide routes mogelijk. Als blijkt de gezondheidsproblemen geen belemmeringen vormen voor (bepaalde typen) betaald werk, is het mogelijk dat de statushouder richting betaalde arbeid wordt begeleid (route 1). Er wordt rekening gehouden met het type werk dat mogelijk is gezien de gezondheidsproblemen van de statushouders. Ook als begeleiding richting betaald werk (route 1) plaatsvindt, voert Welzijnswartier de maatschappelijke begeleiding uit en ondersteunt de statushouder op gezondheidsvlak, bijvoorbeeld door informatie te geven over het Nederlandse zorgstelsel, door informatie over artsen op te zoeken, door te helpen bij het maken van afspraken en het eventueel mee gaan naar de afspraak, of verwijzing naar zorgverleners en/of Team Sociale Ondersteuning. Als de gezondheidsproblematiek zodanig is dat betaalde arbeid (nog) niet mogelijk is route 2 aan de orde; de nadruk ligt dan op de maatschappelijke begeleiding door Welzijnswartier die samen met de statushouder kijkt wat gezien de gezondheid mogelijk is op het gebied van taal, scholing, vrijwilligerswerk, activiteiten overdag. Er zijn geen specifieke trajecten gericht op alleen werk of alleen zorg. Er wordt per statushouder gekeken wat mogelijk is.

Uitvoeringspraktijk

Deze paragraaf gaat over de uitvoering en bestaat uit de volgende onderdelen:

- visie op gezondheid;
- intake en signalering;
- keuze voor een traject en uitvoering;
- samenwerking en doorverwijzing;
- ervaringen statushouders.

Dit onderdeel is gebaseerd op een focusgroep met betrokken professionals van Welzijnswartier, Servicepunt Werk en gemeente Katwijk, interviews met professionals en statushouders rondom vier casussen en een werksessie met professionals.

Visie op gezondheid

Vanuit de ervaringen van professionals lijkt het dat er een brede kijk is op gezondheid. Er wordt zowel gesproken over fysieke als psychologische gezondheidsaspecten. Daarnaast worden eenzaamheid, isolément, sociaal netwerk et cetera ook besproken als deel uitmakend van gezondheid. De visie op gezondheid van de professionals laat daarin vele elementen zien die aansluiten bij de dimensies van positieve gezondheid (geschetst door Huber, 2013), maar niet allemaal. Bijvoorbeeld zingeving of Algemene Dage-lijkse Levensbehoeften (ADL) worden niet genoemd.

Werk kan volgens de professionals helpend werken in relatie tot gezondheid. Maar als de gezondheidsproblematiek te groot is, komt ook duidelijk naar voren dat er geen risico's worden genomen. Het wordt dan soms ontraden om te gaan werken en eerst tot rust te komen bijvoorbeeld. Het gaat eigenlijk steeds om maatwerk. Soms kan iemand beter eerst tot rust komen; soms kan iemand met bepaalde klachten toch bemiddeld worden naar werk, maar dan naar ander, passend werk.

“Als iemand door gezondheid niet inzetbaar is in werk, dan heeft een traject geen zin.” (professional)

Het is vanuit de taakstelling van begeleiding verschillend hoe er rekening wordt gehouden met gezondheid. Vanuit de gemeente is het bemiddelen naar werk een *verplichting*, waar begeleiding bij de welzijnsorganisatie een *aanbod* is om naar participatie te werken. Dit heeft ook gevolgen voor de manier waarop er naar gezondheid gekeken wordt. In zekere zin is er dus, ondanks de brede benadering van gezondheid, sprake van een zekere spanning. Vanuit de trajectbegeleiding die van start gaat met inburgering is er een brede focus op gezondheid als geheel, waarbij deze vanuit de optiek van arbeidstoeleiding meer functioneel of randvoorwaardelijk wordt bekeken. Het gaat er dan vooral om of er gezondheidsaspecten zijn waar rekening mee kan worden gehouden bij het zoeken naar werk, en of er belemmerende factoren zijn om bepaald werk niet te doen.

In de praktijk ervaart men de behoefte om een meer gedeelde visie op begeleiding te ontwikkelen. De taken van de verschillende partijen zouden als het ware meer op elkaar in kunnen grijpen, om uiteindelijk tot voor statushouders optimale resultaten te komen. Het gaat uiteindelijk om meedoen en (volledig) participeren in de Nederlandse samenleving. Zowel werk als taal en inburgering zijn hier aspecten van. Met het afspreken voortaan een gezamenlijke intake te houden is hier al een start mee gemaakt.

Intake en signalering

In de eerste opvang is een cliënt al in contact met Welzijnswartier. In deze (eerste) gesprekken komt een aantal leefgebieden aan de orde waaronder ook ‘lichamelijk en psychisch functioneren’ en ‘sociaal functioneren en zingeving’. De leefgebieden die worden besproken zijn afgeleid uit het [8-fasenmodel](#). De inkomensconsulent is in deze eerste fase betrokken inzake het inkomen (bijzondere bijstand/uitkering) van de cliënt. Doorgaans wordt na twee maanden dat de statushouder in beeld is bekeken of arbeidstoeleiding aan de orde is; hiervoor komt Servicepunt Werk in beeld. Omdat Welzijnswartier een cliënt vaak al geruimere tijd kent en zicht heeft op diens wensen, achtergrond, motivatie en eventuele problematiek houden Servicepunt Werk en Welzijnswartier hiervoor een gezamenlijke intake. Zo wordt voorkomen dat er twee losse trajecten bestaan, waarbij zowel dingen dubbel worden gedaan en

onduidelijkheid kan ontstaan. Deze werkwijze is nog vrij nieuw en is ontstaan uit de behoefte naar betere afstemming onderling.

In deze intake volgen een aantal vragen over gezondheid en wordt gezondheid in relatie tot (de mogelijkheid tot het doen van) werk in kaart gebracht. Het gaat daarbij om vragen over lopende medische behandelingen of onderzoek, belemmeringen bij tillen, lopen et cetera, lichamelijke of psychische problematiek, middelengebruik et cetera.

Professionals geven aan dat zij bij de intake met cliënten gebruikmaken van een tolk uit het land van herkomst, bijvoorbeeld via de tolktelefoon. Gebruik hiervan heeft ten eerste invloed op het goed begrijpen van wat iemand zegt en vice versa, maar daarnaast speelt cultuur hier een grote rol; een tolk begrijpt sommige gedragingen beter bijvoorbeeld vanuit de gedeelde herkomst en kan dit uitleggen. Het is voor veel mensen niet vanzelfsprekend of gemakkelijk om over gezondheids(problematiek) te praten. De fysieke klachten zijn soms zichtbaar. Maar psychische klachten minder goed, vooral wanneer mensen erg gesloten zijn. Soms is de problematiek zelfs binnen de gezinssfeer onbesproken. Het vergt dan veel inspanning om de juiste informatie boven tafel te krijgen. Soms wordt hierbij gebruikgemaakt van visualisatietechnieken. Door het geven van voorbeelden wat er bijvoorbeeld mis kan gaan als je niets zou vertellen over bepaalde klachten. Daarnaast wordt cliënten gevraagd hoe zij hun klachten zelf zien en of zij hier bijvoorbeeld een bepaalde samenhang in zien.

Privacywetgeving (AVG) blijkt soms een struikelblok als het gaat om wat je wel en niet kunt vragen en uitwisselen. Het is daarmee ook afhankelijk van hoeveel iemand zelf wil vertellen. Het helpt daarbij dat er bij veel mensen relatief snel een vertrouwensband wordt opgebouwd, die dan ook van grote invloed kan zijn op de mate waarin gezondheid goed bespreekbaar is. Maar ook dit verschilt per cultuur.

De trajectbegeleiders hebben ruime ervaring in het voeren van gesprekken met cliënten. Zij benoemen zelf ook dat het hebben van deze ervaring belangrijk is. Tegelijkertijd zeggen zij ook dat zij 'hun best doen' om het zo goed mogelijk te doen. Zij voelen zich dus ervaren in het voeren van dergelijke gesprekken, maar zijn anderzijds ook duidelijk in hun grenzen en stellen geen arts of specialist te zijn. Wanneer er dus sprake is of lijkt te zijn is het zaak om iemand door te verwijzen, meestal in eerste instantie naar de huisarts. Soms wordt een gesprek aangevuld met een huisbezoek. Vaak geeft dit veel extra informatie over iemands (psychische) gezondheid, zoals aandacht voor dagritme, persoonlijke verzorging et cetera. Professionals spreken niet specifiek over trainingen, afwegingskaders of instrumenten als het gaat om hun toerusting om gezondheidsproblematiek te signaleren.

Het kan voorkomen dat uit de (gezamenlijke) intake twijfels naar voren komen over de gezondheidssituatie. Deze twijfels kunnen aan meerdere zaken liggen. Het kan zijn dat iemand heel graag wil werken en daarom aan geeft het wel aan te kunnen, terwijl de trajectbegeleider twijfelt of dit gezondheidstechnisch mogelijk of verstandig is. Anderzijds komt het ook voor dat mensen gezondheidsklachten opwerpen waar de begeleider over twijfelt. Het vermoeden bestaat weleens dat mensen klachten veinzen omdat ze bepaald type werk niet zien zitten. In dat geval probeert men door middel van doorvragen en/of het vragen om bewijsstukken als afsprakenkaarten etc. te achterhalen hoe het werkelijk zit. Het kan ook helpen om bij een cliënt goed te vragen wat hij of zij zelf zegt te kunnen, of wordt een arbeidsdeskundig advies aangevraagd als men er echt niet uitkomt. Dit laatste komt in de door ons onderzochte praktijk beperkt voor.

Uit de casuïstiek wordt duidelijk dat gezondheid, ook volgens de trajectbegeleiders, een belangrijke rol speelt in het traject richting werk en/of participatie. Met name wanneer het gaat om psychische klachten wordt duidelijk dat er vaak de ruimte wordt genomen om hierbij tot rust te komen en eerst te herstellen alvorens het traject van werk in te gaan. Dit neemt niet weg dat er gekeken wordt of en op welke manier vormen van participatie behulpzaam kunnen zijn bij het herstel. In de brede opvatting van gezondheid kan iemand bijvoorbeeld door te participeren het eigen netwerk uitbreiden; wat een positieve invloed kan hebben op iemands welbevinden.

Keuze voor een traject en de uitvoering daarvan

"Het is constant maatwerk. Enerzijds de zaken die gedaan moeten worden, en anderzijds zaken die mensen aangeven die zij willen." (professional)

Op basis van de gezamenlijke intake wordt er besloten welke lijn wordt aangehouden. Doorgaans is dit na een periode van twee maanden nadat een statushouder in beeld is. Het kan zijn dat een arbeidsdeskundig onderzoek nog aan de orde is voordat de keuze gemaakt kan worden, maar dit komt maar beperkt voor. In een aantal gevallen is het snel duidelijk dat er nog geen sprake is van de mogelijkheid van werk. Dan wordt besloten iemand 'met rust te laten' voor een bepaalde periode, bijvoorbeeld een half jaar. Dit kan verschillende redenen hebben. Het (enigszins) beheersen van de Engelse of Nederlandse taal is voorwaarde om te bemiddelen. Daarnaast is er grote aandacht voor psychische klachten zoals spanningen, traumaverwerking et cetera. Deze vormen van problematiek zijn vaak aan de orde als het gaat om een keuze voor wel of niet bemiddelen naar werk.

Er is niet één route te noemen, ieder traject kan weer anders zijn. Maar globaal zijn er twee opties: Servicepunt Werk bemiddelt naar werk of Welzijnswartier werkt met de statushouder aan andere vormen van participatie. Professionals zeggen het over het algemeen eens te worden bij de gezamenlijke intake. Aangegeven wordt dat dit een gezamenlijk besluit is; maar uit de gesprekken komt niet duidelijk naar voren wie welke rol heeft in het nemen van dit besluit heeft. Uiteindelijk is het streven om te komen tot het best passende traject voor de statushouder. Vanuit Servicepunt Werk kan iemand bijvoorbeeld bemiddelbaar zijn en zijn er tevens kansen op de arbeidsmarkt. Soms komt het dan wel voor dat vanuit Welzijnswartier nog belemmerende factoren bekend zijn, wat reden kan zijn om bemiddeling (even) uit te stellen.

Arbeidsmarktpositie is een belangrijk aspect. Dit wordt bepaald door iemands achtergrond (ICT, horeca, techniek of zorg bijvoorbeeld) en eventuele diploma's. Als er mogelijkheden voor werk worden gezien, wordt de kandidaat betrokken in het proces. Wat iemand er zelf van vindt, is ook een belangrijk aspect. Wordt het als passend en als mogelijk (met bepaalde gezondheidsproblematiek) ervaren? In een enkel geval komen dan (nieuwe) gezondheidsproblemen aan het licht, maar niet vaak.

Soms kan een cursus iemand relatief eenvoudig een betere arbeidsmarktpositie geven. Deze vrijheid is er, zodat maatwerk kan worden geboden. Genoemd wordt dat het wenselijk zou zijn als er meer werkervaringsplekken beschikbaar zouden zijn. Ook zijn er extra maatregelen als reiskostenvergoeding, fietsen voor vervoer, voortrajecten met behoud van uitkering en mogelijkheden voor jobcarving mogelijk. Wanneer gedurende het traject (nieuwe) gezondheidsvraagstukken worden gesignaleerd door partijen is niet vastgelegd over hoe en door wie hierover wordt uitgewisseld. We zien dat er informele uitwisseling plaatsvindt. Dat kan leiden tot een verandering van het traject; als blijkt dat werk toch niet haalbaar blijkt, kan dit traject (tijdelijk) stopgezet worden.

Als iemand aan het werk is, dan houdt de begeleiding vanuit Servicepunt Werk formeel op. Dat maakt het lastig om eventuele ontwikkelingen in de gezondheid te blijven volgen. En toch wordt het als waardevol gezien om dat wel te doen. Hierdoor wordt momenteel gekeken op welke manier het wel mogelijk is om mensen te blijven volgen en begeleiden als iemand werk heeft. De maatschappelijke begeleiding vanuit Welzijnswartier geldt voor een periode van drie jaar. Daar kan men dus nog wel terecht, maar is lastiger bereikbaar voor mensen met werk (alleen overdag geopend). Samenspraak en een eenduidige visie is daarin dan wel belangrijk. Alle betrokkenen geloven er wel in dat dit realiseerbaar gaat zijn.

Er wordt niet doelbewust onderscheid gemaakt tussen verschillende groepen statushouders. Wel wordt uit de ervaringen van professionals duidelijk dat zij culturele verschillen zien tussen bijvoorbeeld mensen uit Eritrea of Syrië. Dit gaat op voor culturele verschillen in de perceptie van gezondheid of medische hulp, maar ook in aspecten als verschillen in openheid. In sommige culturen wordt bijvoorbeeld alleen een arts die medicatie voorschrijft als behulpzaam ervaren. In een aantal culturen is het helemaal niet vanzelfsprekend om te praten over gezondheidsissues. Dit maakt dat zij hier wel alert op zijn. Professionals hebben soms vanuit hun eigen (culturele) achtergrond een bepaalde cultuursensitiviteit. De aandacht voor moeders/vrouwen met (jonge) kinderen lijkt eveneens anders te zijn dan voor mannen als het gaat om werk. De gezinsfactoren (zorg voor de kinderen et cetera) lijken bij vrouwen evident; bij mannen meer afhankelijk van of er ook sprake is van een gezinssituatie waarin ook een vrouw aanwezig is. Bij statushouders die deel van een gezin uitmaken wordt ook aandacht besteed (en zijn meestal ook

in begeleiding) aan aspecten binnen dat gezin die belemmerend of bevorderend kunnen werken. Zo wordt dan bijvoorbeeld ook gekeken naar wat andere gezinsleden mogelijk kunnen bijdragen.

Samenwerking en doorverwijzing

Welzijnswartier, Servicepunt Werk en team Participatie & Inkomen van de gemeente Katwijk spelen in de uitvoering van dienstverlening richting werk een centrale rol. Eerder is beschreven hoe het proces van samenwerking tussen deze partijen is georganiseerd. Hoewel iedere organisatie of professional een eigen taak of rol heeft, opereren zij parallel aan elkaar en krijgen ook met elkaar te maken. Dit maakt een goede samenwerking van groot belang voor het proces van dienstverlening aan statushouders richting werk en participatie.

De trajectbegeleiders van Welzijnswartier hebben een coördinerende rol. Op het gebied van gezondheids(problematiek) benoemt een professional het als een coachende rol. Trajectbegeleiders maken als het nodig is een afspraak bij de huisarts voor iemand, of sturen de statushouder erop aan een afspraak te maken en monitoren of dat ook gebeurt. Ook wordt er altijd verder gekeken dan de klacht door zicht te krijgen waardoor iemand klachten heeft. Wat is de vraag achter de vraag? Dan kan het ook zijn dat een doorverwijzing naar schuldhulpverlening passender is dan een doorverwijzing naar een huisarts bijvoorbeeld. Het is wel zaak om de sociale kaart goed in beeld te hebben. Dit is volgens een van de trajectbegeleiders nog voor verbetering vatbaar en een punt van aandacht.

De huisarts is een veel ingezette doorverwijzing. Trajectbegeleiders en klantmanagers geven duidelijk hun grenzen aan als het gaat om medische expertise. Dat bakent hun taakstelling af en voorkomt tevens verwarring.

Op het moment dat een statushouder is doorverwezen of ergens hulp of zorg ontvangt blijft, zoals ook de opdrachtstelling luidt, de trajectbegeleider betrokken als coördinator, bijvoorbeeld in de afstemming, het regelen van vergoedingen et cetera. In de hulpverlening zelf mengen zij zich echter liever niet, en willen voorkomen dat er inmenging in het hulpverleningsproces ontstaat. We hebben op basis van de informatie uit de casuïstiek geen inhoudelijke samenwerking met zorgprofessionals gezien. Soms voelen zij echter wel de wens om iets meer te weten om betere inschattingen te kunnen maken over hoe het met iemand gaat en wat de mogelijkheden zijn, bijvoorbeeld over de belastbaarheid van iemand. Dit gebeurt niet standaard, wat mede is ingegeven door privacyrichtlijnen (AVG). Soms vertelt de statushouder ook zelf wat er speelt binnen de hulpverleningstrajecten die zij hebben.

Ervaringen van statushouders

Wat zijn de ervaringen van statushouders met gezondheid, participatie en de geboden ondersteuning? Die beschrijven we in dit onderdeel.

Casusschets

Yarah is een Syrische vrouw van 28 jaar. Zij zorgt alleen voor haar kind. Ze is gevlucht en is nu 1 jaar in Nederland. Door alle gebeurtenissen in haar leven heeft zij het erg zwaar. Ze slaapt slecht en ziet er vermoeid uit. Ze heeft depressieve klachten; ze maakt zich erg veel zorgen, kan moeilijk van dingen genieten en kan zich moeilijk concentreren. De trajectbegeleider bespreekt met Yarah hoe het gaat, en helpt Yarah bijvoorbeeld bij het zoeken naar een ggz-behandelaar, het starten van taallessen, en het maken van een planning. Servicepunt Werk en Welzijnswartier doen samen met Yarah een intake om te kijken naar de mogelijkheden van begeleiding richting werk. Ze besluiten dat begeleiding richting werk dit jaar nog niet aan de orde is. Dit gezien haar geestelijke gezondheid en zorg voor haar kind. Volgend jaar wordt dit opnieuw bekeken; ondertussen werkt Yarah samen met de trajectbegeleider verder aan de opgestelde doelen op het gebied van inburgering, gezondheid en vrijwilligerswerk/dagbesteding.³³

Gezondheidssituatie

Van de vier geïnterviewde statushouders hebben drie statushouders geestelijke gezondheidsklachten in combinatie met lichamelijke klachten. Er is één statushouder die alleen lichamelijke klachten noemt. In de interviews ligt veel nadruk op de geestelijke gezondheidsklachten en beperkt op de lichamelijke

³³ In verband met anonimiteit zijn kenmerken van deze casus gewijzigd.

klachten. Bij geestelijke gezondheidsklachten gaat het bijvoorbeeld om eenzaamheid, een psychische aandoening, depressieve klachten, zorgen, stress, somberheid. Tijdens de interviews komen de verhalen over het leven van de statushouders naar voren. Zij hebben veelal in hun leven veel onzekerheid en veel ingrijpende ervaringen meegemaakt. Vaak moeten zij zich alleen of met beperkte steun van anderen staande zien te houden in een nieuwe samenleving. Sommigen dragen zorg voor en/of hebben zorgen om familieleden in buitenland. Bij alle statushouders zijn medische of zorgprofessionals betrokken zoals jeugdgezondheidszorg, consultatiebureau, tandarts, huisarts, fysiotherapeut, medisch specialist in het ziekenhuis, geestelijke gezondheidszorg door een psychiater of psycholoog. Om goed je eigen gezondheidssituatie te kunnen bespreken, is taal ontzettend belangrijk. In een aantal casussen zien we dat taal een belemmerende rol lijkt te spelen in het bespreken van de eigen gezondheid met de professional. Deze statushouders zijn de Nederlandse taal onvoldoende machtig. Gesprekken met de professionals vinden soms plaats met een tolk, soms met iemand in de omgeving die kan tolken, soms is dit niet in de moedertaal van de statushouder.

Invloed van gezondheid op dagelijks leven en participatie

Gevraagd naar wat de invloed van de eigen gezondheid op het dagelijks leven en kunnen participeren is, geven drie statushouders aan dat gezondheid op alles in hun leven invloed heeft. Op het dagelijks leven, zoals zorgen voor kinderen en jezelf, maar ook op mogelijkheden om bijvoorbeeld (vrijwilligers)werk te kunnen doen. Bijvoorbeeld omdat gezondheidsklachten zorgen voor: slecht kunnen concentreren, niet kunnen stilzitten, veel hoofdpijn, niet tot rust kunnen komen, pijn bij het bewegen. Een statushouder vertelt dat door de klachten zij vaak met haar gedachten ergens anders is. Ze wil heel graag actief zijn als vrijwilliger en dit dan ook goed doen. Wanneer ze iemand gaat helpen wil ze zich hierop goed concentreren en geen fouten maken. Dat lukt nu nog niet: de zorgen zijn nu nog te groot. Een statushouder verwoordt als volgt welke invloed de gezondheidsklachten op dagelijks functioneren en (vrijwilligers)werk hebben:

“Ja natuurlijk, op alles heeft het een slecht effect.” (statushouder)

Wens tot participatie en zelfstandigheid

Bij de meeste statushouders komt expliciet naar voren dat ze heel graag iets willen doen en van betekenis willen zijn, bijvoorbeeld via vrijwilligerswerk of betaald werk. Actief bezig zijn, iets voor een ander kunnen betekenen en zelfstandigheid, geeft hun een goed gevoel.

“Ik wil heel graag iets doen, dat geeft me ook een heel goed gevoel, dat ik behulpzaam ben, of dat ik kan gewoon iemand kan helpen. (...) Ik ben ook blij dat ze mij gevraagd hebben, ik doe het met plezier, dus dat is goed.” (statushouder)

“Ik wil graag zo snel mogelijk werken.” (statushouder)

Voor de geïnterviewde statushouders zijn er zaken die hun wensen tot participatie in de weg staan. Bijvoorbeeld nog niet genoeg Nederlands kunnen spreken, gezondheidsklachten die het dagelijks functioneren belemmeren, alleen verantwoordelijk zijn voor de zorg voor kinderen, of onvoldoende werkervaring in Nederland.

Soort begeleiding

Van de vier onderzochte statushouders zijn er drie bezig met inburgering en één heeft de inburgering afgerond. De eerste drie jaar krijgen statushouders trajectbegeleiding vanuit Welzijnswartier, waarin gewerkt wordt aan een op maat opgesteld plan van aanpak. In de onderzochte casussen gaat het bij trajectbegeleiding met name op ondersteuning op het gebied van inburgering, gezondheid, dagbesteding of vrijwilligerswerk, opvoeding en gezin, sociale contacten, financiën, praktische zaken. Daarnaast kan ook begeleiding richting betaald werk aan de orde zijn. In de onderzochte casussen gaat het bijvoorbeeld om een gezamenlijke intake met Welzijnswartier en Servicepunt Werk, sollicitatietraining, bemiddeling, gesprekken met de adviseur statushouders van Servicepunt Werk.

Ervaringen met begeleiding en rol van gezondheid

Over het algemeen komen uit de interviews met statushouder veel positieve ervaringen met de begeleiding naar voren. Twee statushouders zijn heel tevreden over de trajectbegeleiding. Een respondent zegt dankbaar te zijn voor de ondersteuning. In een heel moeilijke periode in het leven van de statushouder kwam die in contact met Welzijnswartier en dat heeft de statushouder heel veel geholpen. Belangrijk voor de statushouder hierin was: de professional geeft het gevoel makkelijk en open te praten waardoor de statushouder een goede band ervaart, de professional geeft echt aandacht, en geeft het gevoel altijd welkom te zijn. De statushouder is erg blij met de hulp en adviezen en zegt zich sinds het contact met de trajectbegeleider heel veel beter te voelen.

Interviewer: "Waarom wilde je meedoen aan het onderzoek?"

Statushouder: "Het was echt goed, ik ga heel graag meedoen, omdat ik ben zelf echt tevreden en heel blij. Voor de grote hulp die ik heb gekregen. (...). Ik ben echt dankbaar."

Statushouders vertellen ook over een aantal minder positieve ervaringen die gaan over de aandacht voor gezondheid in de dienstverlening. Zo is het voor een statushouder onduidelijk wat de grenzen en invloed van de professional op het gebied van gezondheid zijn: wat kan de statushouder wel en niet verwachten van de professional? Ook wordt er in de begeleiding geen onderscheid gemaakt tussen zieke mensen en niet-zieke mensen. Door ziekte kan deze statushouder bijvoorbeeld zich minder goed kan concentreren en daardoor heeft deze persoon meer tijd nodig voor bijvoorbeeld huiswerk. Het zou wenselijk zijn als daar meer rekening mee werd gehouden. Een andere statushouder zegt dat er in de begeleiding bij de start niet gesproken is over gezondheid en er tijdens het traject onvoldoende rekening mee werd gehouden. Daarnaast zijn er ook statushouders die vinden dat er wel voldoende aandacht is voor gezondheid in de begeleiding. Bijvoorbeeld: een statushouder overwoog om vrijwilligerswerk te gaan doen. De professional besprak met de statushouder of dat realistisch was gezien de gezondheidsklachten van de statushouder.

Samenvatting

We beschrijven tot slot kort per hoofdvraag een aantal bevindingen.

Beleid gericht op gezondheid en participatie statushouders

De gemeente Katwijk heeft generiek gezondheidsbeleid en re-integratiebeleid dat ten tijde van het onderzoek niet meer actueel is, en geactualiseerd zal worden in de Maatschappelijke Agenda. De basis voor de aanpak rondom statushouders ligt inhoudelijk in het programma Integratie, dat tijdens het onderzoek beëindigd is en in 2018 is overgedragen naar het reguliere beleid. In Katwijk is er bewust voor gekozen om de aanpak vanuit de praktijk verder te ontwikkelen, en deze in tweede instantie vast te leggen in beleid. Daartoe is een beleidsmedewerker statushouders aangesteld per april 2018. Voor 2018 is er een intern actieplan met daarin de volgende speerpunten: taal, woonvaardigheden en financiële vaardigheden. Hoe de ontwikkelde aanpak een structurele plek krijgt in het beleid hebben we tijdens dit onderzoek niet gezien.

Er is in het huidige beleid beperkte aandacht voor gezondheid van statushouders: er is geen specifieke aandacht voor statushouders in het gezondheids- of re-integratiebeleid en geen structurele beleidsmatige afstemming tussen beide beleidsterreinen. Alleen in de opdracht van Welzijnswartier is specifiek aandacht voor gezondheid van statushouders.

De dienstverlening richting werk en participatie wordt uitgevoerd door drie verschillende partijen:

1. Welzijnswartier: verantwoordelijk voor de trajectbegeleiding.
2. Servicepunt Werk: verantwoordelijk voor begeleiding richting werk.
3. Gemeente Katwijk, consulenten van de afdeling Participatie & Inkomen zijn verantwoordelijk voor inkomensdienstverlening.

Deze partijen werken aan verschillende opdrachten: de adviseur statushouders van Servicepunt Werk heeft vanuit de Participatiewet de opdracht statushouders waar mogelijk naar betaald werk te begeleiden, de consultants van de gemeente zijn verantwoordelijk voor het inkomensdeel van de Participatiewet en Welzijnswartier voert de trajectbegeleiding op negen levensgebieden uit, waarvan inburgering een belangrijk onderdeel is.

Gezondheid en in te zetten trajecten door professionals

In de praktijk zien we een brede blik op gezondheid bij professionals: er wordt zowel gesproken over lichamelijke als geestelijke gezondheidsaspecten. Ook worden eenzaamheid, isolement, sociaal netwerk en cetera ook besproken als deel uitmakend van gezondheid.

Professionals zijn in zekere mate toegerust om gezondheidsproblematiek te signaleren. Om gezondheid te signaleren, gebruiken zij een aantal leefdomen en een intakeformulier. Of zij ook voldoende zijn toegerust of zich toegerust voelen om afwegingen te maken op basis van gezondheidsproblematiek van statushouders is niet helemaal duidelijk. Zij spreken zelf van het hebben van (voldoende) ervaring om dergelijke gesprekken te voeren en doen dit naar hun beste vermogen. Zij spreken echter niet nadrukkelijk over instrumenten, training, afwegingskaders of opdrachten daarin die hen op weg helpen dit te doen.

De trajectbegeleiders hebben ruime ervaring in het voeren van gesprekken met cliënten. Zij vinden zelf ook dat het hebben van deze ervaring belangrijk is. Tegelijkertijd zeggen zij ook dat zij 'hun best doen' om het zo goed mogelijk te doen. Zij voelen zich dus ervaren in het voeren van dergelijke gesprekken, maar zijn anderzijds ook duidelijk in hun grenzen en geven aan geen arts of specialist te zijn. Wanneer er dus sprake is of lijkt te zijn van gezondheidsklachten is het zaak om iemand door te verwijzen, meestal in eerste instantie naar de huisarts.

In de interviews op beleidsniveau worden in de uitvoering verschillende opvattingen over de verhouding tussen integratie in brede zin en werk gesignaleerd. Wat krijgt voorrang in de begeleiding: inburgering of betaald werk? Professionals hebben behoefte aan het ontwikkelen van een gezamenlijke visie op de begeleiding, en de verhouding tussen inzet op taal en werk daarbinnen. Ze signaleren dat ze werken vanuit verschillende kaders. We zien dat professionals van daaruit kijken hoe ze – met erkenning van die verschillende opdrachten – een gezamenlijke visie en werkwijze kunnen ontwikkelen. De gezamenlijke intake met Servicepunt Werk en Welzijnswartier waarin bepaald wordt of toeleiding naar werk aan de orde is, is daarvan een voorbeeld.

Trajecten voor statushouders met gezondheidsproblematiek

Doorgaans vindt na twee maanden dat de statushouder in beeld is een gezamenlijke intake met Welzijnswartier en Servicepunt Werk plaats. Hierin wordt bepaald of toeleiding naar betaald werk aan de orde is. Professionals zeggen het over het algemeen eens te worden bij de gezamenlijke intake. Aangegeven wordt dat dit een gezamenlijk besluit is; maar uit de gesprekken komt niet duidelijk naar voren wie welke rol heeft in het nemen van dit besluit heeft. Na de gezamenlijke intake is er niet één route te noemen, ieder traject kan weer anders zijn. Globaal zijn er twee opties: Servicepunt Werk bemiddelt naar werk of Welzijnswartier werkt met de statushouder aan andere vormen van participatie. Ook als een statushouders door Servicepunt Werk begeleid wordt naar werk kan trajectbegeleiding van Welzijnswartier betrokken zijn op de andere levensdomeinen van de statushouders.

Ervaringen statushouders

Over het algemeen komen uit de interviews met statushouder veel positieve ervaringen met de begeleiding naar voren. Statushouders zijn onder andere positief over de betrokkenheid en het vertrouwen, de adviezen en begeleiding, het gevoel altijd welkom te zijn. Statushouders vertellen ook over een aantal minder positieve ervaringen die te relateren zijn aan de aandacht voor gezondheid in de dienstverlening. Zo is het bijvoorbeeld niet altijd duidelijk wat de grenzen van en invloed van de professional op het gebied van gezondheid is: wat kan de statushouder wel en niet verwachten van de professional?



REGIOPLAN
BELEIDSONDERZOEK

Regioplan
Jollemanhof 18
1019 GW Amsterdam
T +31(0)20 531 53 15
www.regioplan.nl