

Samenwerking W&I met zorgprofessionals

Versie nota kwantitatief onderzoek

datum 3 juli 2012

Colofon

Projectnaam	
Projectnummer	
Versienummer	nota kwantitatief onderzoek
Onze referentie	
Locatie	D:\Documents and Settings\RChandon\Local Settings\Temporary Internet Files\Content.Outlook\4PS7XM3I\nota kwantitatief versie 22 oktober 2012.docx
Projectleiders	
Contactpersoon	Justine Ruitenbergh, Suzanne Slotboom, Jon Nool T 070 333 49 67
	Directie Werk en Inkomen Programma D
Bijlagen	

Inhoud

Colofon—2

1 Samenvatting en conclusie—5

2 Inleiding—7

- 2.1 Onderwerp van onderzoek—7
- 2.2 Doelstelling—7
- 2.3 Toetsingskader—7
- 2.4 Onderzoekspopulatie—8
- 2.5 Onderzoeksvragen—8
- 2.6 Onderzoeksmethodiek en soort uitspraak—9
- 2.7 Status van de nota—10

3 Samenwerking en dienstverlening gemeenten—11

- 3.1 Samenwerking met professionals uit de gezondheidszorg—11
 - 3.1.1 Samenstelling van de caseload—11
 - 3.1.2 Samenwerkingsvormen, intensiteit en inhoud—11
 - 3.1.3 Met wie wordt samengewerkt en hoe vaak?—14
 - 3.1.4 Hoe kijkt de klantmanager zelf tegen samenwerking aan?—15
- 3.2 Dienstverlening ten aanzien van klanten met psychische problemen—16
 - 3.2.1 Activerende dienstverlening—16
 - 3.2.2 Klantgerichte dienstverlening—17
 - 3.2.3 Efficiënte dienstverlening—17
- 3.3 Relatie tussen samenwerking, beleid en dienstverlening—18
 - 3.3.1 Samenwerking in relatie tot beleid—18
 - 3.3.2 Samenwerking in relatie tot dienstverlening—18
- 3.4 Conclusie—20

4 Samenwerking en dienstverlening UWV—21

- 4.1 Samenwerking met professionals uit de gezondheidszorg—21
 - 4.1.1 Samenstelling van de caseload—21
 - 4.1.2 Samenwerkingsvormen, intensiteit en inhoud—22
 - 4.1.3 Met wie wordt samengewerkt en hoe vaak?—25
 - 4.1.4 Hoe kijkt de UWV-professional zelf tegen samenwerking aan?—26
- 4.2 Dienstverlening ten aanzien van klanten met psychische problemen—27
 - 4.2.1 Activerende dienstverlening—27
 - 4.2.2 Klantgerichte dienstverlening—28
 - 4.2.3 Efficiënte dienstverlening—28
- 4.3 Relatie tussen samenwerking en dienstverlening—29
- 4.4 Conclusie—30

Bijlage 1 Verantwoording begrippen en normen—31

Bijlage 2 Methodologische verantwoording—34

- Onderzoekspopulatie—34
- Steekproef—34
- Respons—35
- Vragenlijst—36
- Methoden en Technieken—37

1 Samenvatting en conclusie

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste bevinden en conclusies van het kwantitatieve onderzoek naar de samenwerking tussen W&I-professionals en de gezondheidszorg weergegeven, door de beantwoording van de deelvragen van het onderzoek. De beantwoording van de onderzoeksvragen die voor dit deelonderzoek relevant zijn, is verweven in de beantwoording van de deelvragen.

Beantwoording deelvraag 1

Hoe verloopt de huidige samenwerking tussen de W&I professionals en professionals uit de gezondheidszorg?

Gemeenten

Vrijwel alle klantmanagers werken op enigerlei wijze samen met professionals uit de gezondheidszorg. Een derde van de klantmanagers doet dit op intensieve wijze. Dat betekent dat zij voor minimaal twintig procent van de klanten met psychische problemen in de caseload, samenwerken met zorgprofessionals in een multidisciplinair team of via een centrale contactpersoon. In deze gevallen wordt de regie vaker gevoerd vanuit de zorgsector dan vanuit de sector Werk en Inkomen. Voor klantmanagers die niet op intensieve wijze samenwerken, bestaat de samenwerking veelal uit eenmalig of zeer incidenteel contact van of verloopt dit via bilateraal structureel contact. Niet voor alle klanten met psychische problemen wordt samengewerkt met de gezondheidszorg. Dit is ook niet altijd nodig omdat niet alle klanten met psychische problemen dienstverlening ontvangen vanuit de gezondheidszorg.

Klantmanagers hebben het meest contact met sociaal psychiatrisch verpleegkundigen, GGZ psychologen en professionals van de GGD. Informatie-uitwisseling is het voornaamste doel van het contact. In de diagnosefase nemen W&I professionals niet vaak contact op met professionals uit de gezondheidszorg.

UWV

Het overgrote deel van de arbeidsdeskundigen en verzekeringsartsen heeft op enigerlei wijze contact met de gezondheidszorg, maar meestal voor een beperkt deel van hun klanten met psychische problemen. De contacten zijn voor ruim de helft van de professionals altijd eenmalig of incidenteel van aard. Meer structurele vormen van samenwerking (in een multidisciplinair team, via een centrale contactpersoon of regelmatig bilateraal) worden door ruim 40% van de professionals ingezet. Intensief (dat is structureel en dan voor meer dan 20% van de eigen klanten) gebeurt dit door 10% van de arbeidsdeskundigen; verzekeringsartsen geven aan geen intensieve contacten te hebben. Verzekeringsartsen overleggen relatief vaak in de diagnosefase met zorgprofessionals, terwijl arbeidsdeskundigen juist afstemming zoeken met de zorg bij de inzet van een traject. Verzekeringsartsen hebben vooral contact met GGZ-psychologen en -psychiaters, huisartsen en sociaal psychiatrisch verpleegkundigen.

Beantwoording deelvraag 2

Wat is de bijdrage van de verschillende vormen van samenwerking aan een klantgerichte, efficiënte en activerende dienstverlening voor uitkeringsgerechtigden met psychische problemen?

Gemeenten

Op basis van de onderzoeksdata kan een indicatie worden gegeven over de relatie tussen verschillende vormen van samenwerking en dienstverlening. Zo blijkt dat klantmanagers die gericht zijn op samenwerking een meer activerende dienstverlening bieden aan klanten met psychische problematiek. Samenwerking met de gezondheidszorg via een centrale contactpersoon lijkt evenwel samen te gaan met een minder activerende dienstverlening. Het feit dat de regiehouder in deze gevallen twee keer zo vaak uit de zorgsector komt dan uit de sector Werk en Inkomen, kan hiervoor een verklaring vormen.

UWV

Op basis van het onderzoek is het mogelijk een paar significante relaties te noemen die een indicatie geven voor een verband tussen samenwerkingsvormen door arbeidsdeskundigen en verzekeringsartsen enerzijds en de dienstverlening aan klanten met psychische problemen anderzijds. Zo heeft regelmatig contact met professionals uit de gezondheidszorg een positieve invloed op activering in die zin dat men in dat geval vindt dat werken aan werk gelijktijdig kan plaatsvinden met het oplossen van problemen. Ook leidt meer inhoudelijke afstemming tot efficiëntere dienstverlening, in die zin dat vaker sprake is van een passend aanbod na de diagnose.

Beantwoording deelvraag 3

Wat zijn sterke punten, knelpunten en verbetermogelijkheden in de samenwerking?

Gemeenten

Klantmanagers zijn overwegend positief over samenwerking met zorgprofessionals bij de begeleiding van klanten met psychische problemen. Voor samenwerking wordt een gemeenschappelijk doel door 83 procent van wezenlijk belang gevonden. Klantmanagers ervaren in elk geval niet dat samenwerking met professionals uit de gezondheidszorg zorgt voor vertraging in de dienstverlening. Noch heeft men de indruk dat samenwerking tot tegenstrijdige signalen richting de klant kan leiden. Wel komt naar voren dat het beroepsgeheim van de zorgprofessional een belemmerende factor kan zijn bij samenwerking. Voor verdere beantwoording van deze deelvraag voor gemeenten wordt verwezen naar het kwalitatieve onderdeel van het onderzoek.

UWV

Evenals bij gemeenten wordt door arbeidsdeskundigen en verzekeringsartsen van UWV een gemeenschappelijk doel van wezenlijk belang gevonden voor goede samenwerking. Als het gaat om belemmeringen blijkt dat ruim een kwart van de UWV-professionals vindt dat het beroepsgeheim van de gezondheidszorgprofessional samenwerking in de weg staat. Tijdgebrek speelt bij 20 procent van de respondenten een rol bij de keuze wel of niet samen te werken; Tot slot is een derde van de respondenten van mening dat zorgprofessionals onvoldoende tijd en middelen beschikbaar hebben om samen te werken. Voor verdere beantwoording van deze deelvraag voor UWV wordt verwezen naar het kwalitatieve onderdeel van het onderzoek.

2 Inleiding

2.1 Onderwerp van onderzoek

In een meerjarig onderzoeksprogramma naar de samenwerking tussen de sectoren werk en inkomen en gezondheidszorg onderzocht de inspectie onder meer een aantal bestaande samenwerkingsinitiatieven, waarmee een beeld werd verkregen hoe de samenwerking kan gaan en wat de knelpunten en succesfactoren daarbij zijn. In hoeverre bedoelde samenwerking breed wordt toegepast, in welke vormen en met welke resultaten, en waar eventueel helemaal niet wordt samengewerkt en welke ontwikkelingen op samenwerkingsgebied verder spelen is het onderwerp van de afsluitende rapportage van dit onderzoeksprogramma. Het hier gepresenteerde onderzoek betreft een deelonderzoek voor deze rapportage, waarin een landelijk, kwantitatief beeld geschetst wordt van de bedoelde samenwerking en de effecten ervan. Naast dit kwantitatieve onderzoek heeft in dezelfde periode een kwalitatief onderzoek en een beleidsinventarisatie plaatsgevonden binnen hetzelfde onderzoeksprogramma. Waar het bij het kwantitatieve onderzoek vooral gaat om feitelijke bevindingen, heeft het kwalitatieve onderdeel als doel om meer verdieping aan de resultaten te geven.

2.2 Doelstelling

Relatief veel uitkeringsgerechtigden hebben te maken met gezondheidsproblemen. Samenwerking tussen de sectoren werk en inkomen en de gezondheidszorg geeft mogelijkheden de dienstverlening aan uitkeringsgerechtigden met gezondheidsproblemen beter te doen verlopen en daarmee de kansen van de klant op de arbeidsmarkt te vergroten.

Het doel van dit onderzoek is om een landelijk beeld te geven van de samenwerking tussen W&I professionals (klantmanagers, arbeidsdeskundigen en verzekeringsartsen) en de gezondheidszorg en om in kaart te brengen in hoeverre (de vorm van) samenwerking bijdraagt aan de dienstverlening aan de klant. Door het bieden van (onafhankelijk) inzicht op landelijk niveau draagt de inspectie bij aan mogelijkheden om de dienstverlening door UWV en gemeenten aan mensen met gezondheidsproblemen te verbeteren. Een dienstverlening die klantgericht, efficiënt en activerend is, vergroot de kansen voor werkzoekenden met gezondheidsproblemen op de arbeidsmarkt. De inspectie biedt de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, UWV en gemeenten de uitkomsten van het onderzoek aan.

2.3 Toetsingskader

De wetgever heeft in de Suwi-wet aangegeven dat zowel UWV als gemeenten dienen samen te werken met andere diensten, instellingen en bestuursorganen die werkzaamheden verrichten die verband houden met onder andere de arbeidsinschakeling¹, en zodoende ook in het bijzonder met de gezondheidszorg wanneer bij de arbeidsinschakeling gezondheidsproblemen spelen. Over hoe die samenwerking vervolgens ingestoken moet worden, doet de wetgever verder geen uitspraken. Aan de hand van de Wet Suwi, het huidige kabinetsbeleid, de Wet Eenmalige gegevensuitvraag werk en inkomen (WEU), en de uitkomsten van eerdere onderzoeken van de inspectie (Maatwerk bij meervoudigheid, 2010; Samenwerken voor uitkeringsgerechtigden met gezondheidsproblemen, 2011), zijn relevante begrippen voor dit onderzoek geoperationaliseerd (zie bijlage 1). De inspectie zal een oordeel over de

¹ Suwi, artikel 9, lid 2.

samenwerking en de effecten ervan in de afsluitende rapportage baseren op enerzijds de mate waarin samenwerking wordt aangetroffen, en anderzijds op verklaringen daarvoor en op professionele standaards over voorwaarden voor goede samenwerking.

2.4 Onderzoekspopulatie

In het onderzoek brengt de inspectie een focus aan op samenwerking gericht op dienstverlening aan mensen met psychische problemen. De focus is nodig om het containerbegrip gezondheidsproblemen enigszins in te perken. De doelgroep mensen met psychische problemen is groot, het belang van samenwerking voor deze groep is evident² en de inspectie meent dat de uitkomsten voor deze doelgroep waardevol en mogelijk indicatief zijn voor beeldvorming over samenwerking voor alle uitkeringsgerechtigden met gezondheidsproblemen.

De inspectie onderzoekt de samenwerking gezien vanuit de sector werk en inkomen. De W&I-professionals zijn in dit verband professionals bij UWV en bij gemeenten, die verantwoordelijk zijn of bijdragen aan de dienstverlening aan uitkeringsgerechtigden met psychische problemen, die (soms op termijn en soms slechts voor een deel) arbeidsplicht hebben. Omdat sprake is van twee duidelijk verschillende groepen professionals en van verschillende klantgroepen zullen de uitkomsten voor gemeenten en UWV apart worden gepresenteerd.

2.5 Onderzoeksvragen

De centrale onderzoeksvraag voor de afsluitende rapportage is:

Wat is de bijdrage van de huidige samenwerking tussen W&I-professionals en professionals uit de gezondheidszorg aan een klantgerichte, efficiënte en activerende dienstverlening voor uitkeringsgerechtigden met psychische problemen?

Deelvragen:

- Hoe verloopt de huidige samenwerking tussen de W&I professionals en professionals uit de gezondheidszorg?
- Wat is de bijdrage van de *verschillende* vormen van samenwerking aan een klantgerichte, efficiënte en activerende dienstverlening voor uitkeringsgerechtigden met psychische problemen?
- Wat zijn sterke punten, knelpunten en verbetermogelijkheden in de samenwerking?

De deelvragen zijn vertaald in een aantal onderzoeksvragen, die deels op basis van het kwalitatieve onderzoek en deels op basis van het kwantitatieve onderzoek beantwoord worden. Voor het kwantitatieve deel van het onderzoek worden de volgende onderzoeksvragen (deels) beantwoord:

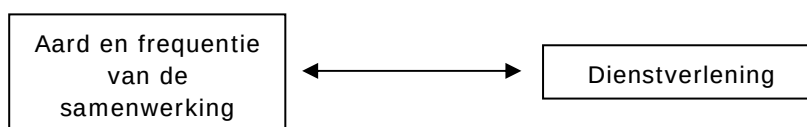
1. *Hoe groot is het aandeel van mensen met psychische problemen in de caseload van W&I-professionals bij UWV en gemeenten?*
2. *Is er in de praktijk sprake van samenwerking tussen de W&I professional van UWV en gemeenten en de professional vanuit de eerste- en tweedelijns gezondheidszorg?*
3. *Hoe ziet die samenwerking eruit?*

² Zie eerdere onderzoeken van de inspectie 'Maatwerk bij meervoudigheid' (2010) en 'Samenwerken voor uitkeringsgerechtigden met gezondheidsproblemen' (2011).

4. *In welke frequentie komen samenwerkingsvormen voor?*
5. *Welke opbrengsten van samenwerking zien de professionals ten aanzien van klantgerichte, efficiënte en activerende dienstverlening aan uitkeringsgerechtigden met psychische problemen?*

Conceptueel model

Het conceptueel model van dit kwantitatief onderzoek veronderstelt een positieve wederkerige relatie tussen de manier waarop vorm is gegeven aan de samenwerking en de klantgerichtheid en efficiëntie van de dienstverlening en op de mate waarin deze activerend is:



2.6 Onderzoeksmethodiek en soort uitspraak

Na een kwalitatieve pilot bij twee gemeenten is een internet-vragenlijst opgesteld voor de W&I-professionals. De items van de vragenlijst zijn ingegeven door verschillende operationalisaties van begrippen (zie bijlage 1). In de vragenlijst werd concreet gevraagd naar:

- de omvang en samenstelling van de caseload van de professional;
- vormen en frequentie van door de professional in de praktijk gehanteerde samenwerking ten behoeve van klanten met psychische problemen;
- aspecten van door de professional in de praktijk geleverde dienstverlening aan deze klanten.

De enquête is getest en uitgezet onder klantmanagers van gemeenten en arbeidsdeskundigen en verzekeringsartsen van UWV. In de steekproef van 120 klantmanagers kwamen 62 verschillende gemeenten voor. De respons is 83 (69%). Arbeidsdeskundigen en verzekeringsartsen van UWV zijn benaderd via regiomanagers van ZW-arboteams en Werkpleinen. In totaal hebben 175 professionals gerespondeerd (128 arbeidsdeskundigen en 47 verzekeringsartsen). Het responspercentage bedraagt hier naar schatting 32%. Verdere toelichting over steekproeftrekking en non-responsanalyse, zie de methodologische verantwoording in bijlage 2.

De gegevens zijn statistisch geanalyseerd om een landelijk representatief beeld te geven van aard en frequentie van de gehanteerde samenwerkingsvormen, van de aard van de dienstverlening en van verbanden tussen samenwerking en kwaliteit van dienstverlening.

Onder de 62 gemeenten die zijn betrokken bij de enquête, is een beleidsinventarisatie gehouden, waarin is gevraagd of de gemeente specifiek beleid heeft voor klanten met psychische problemen. Het antwoord op de hoofdvraag is gekoppeld aan de resultaten van de enquête onder klantmanagers.

De dataverzameling van het onderzoek heeft plaatsgevonden in mei 2012; aan de professionals werd daarbij gevraagd naar contacten met zorgprofessionals over de afgelopen twaalf maanden. Het onderzoek behandelt daarmee de samenwerking

tussen W&I en de gezondheidszorg tussen mei 2011 en mei 2012, zoals is weergegeven door de professionals zelf.

Op basis van het onderzoek wordt een landelijk beeld verkregen van de dienstverlening aan klanten met psychische problemen en de mate waarin voor deze groep wordt samengewerkt met de gezondheidszorg. Daarnaast zijn uitspraken mogelijk ten aanzien van professionals W&I, die te maken hebben met klanten met psychische problemen. Door de focus op W&I professionals met klanten met psychische problemen in de caseload, is het niet mogelijk uitspraken te doen over W&I professionals in het algemeen.

2.7 Status van de nota

Deze nota van bevindingen geeft de resultaten van het kwantitatieve deel van het onderzoek naar samenwerking tussen professionals W&I en professionals uit de gezondheidszorg. Het vormt een deel van de basis voor de afsluitende programmarapportage van het meerjarig onderzoeksprogramma naar de samenwerking in de dienstverlening aan klanten met multiproblematiek. De andere delen zijn de nota over de resultaten van het kwalitatieve onderzoek en de nota over de beleidsinventarisatie bij gemeenten en UWV over samenwerking met de gezondheidszorg.

3 Samenwerking en dienstverlening gemeenten

3.1 Samenwerking met professionals uit de gezondheidszorg

In deze paragraaf wordt beschreven in welke vorm klantmanagers van gemeenten samenwerken met de gezondheidszorg, bij de begeleiding van klanten met psychische problemen. Om de bevindingen beter te kunnen duiden, gaan we eerst kort in op de samenstelling van de caseload van klantmanagers die bij het onderzoek zijn betrokken.

3.1.1 Samenstelling van de caseload

Voor het invullen van de enquête zijn klantmanagers geselecteerd die in elk geval klanten met psychische problemen in de caseload hebben. Bij grote gemeenten zijn dit vaak klantmanagers die binnen een speciaal team werken voor klanten met een grote afstand tot de arbeidsmarkt. Deze klantmanagers hebben relatief veel klanten met psychische problemen in de caseload. Kleine gemeenten daarentegen differentiëren meestal niet in type klantmanager, waardoor deze respondenten minder klanten met psychische problemen in de caseload hebben. Mede door deze selectiewijze varieert het percentage klanten met psychische problemen in de caseload van klantmanagers vrij sterk, maar voor de gemiddelde klantmanager die de enquête heeft ingevuld geldt dat ongeveer de helft van de klanten in de caseload psychische problemen heeft.³ Het gaat hierbij om de eigen inschatting van de professional of sprake is van psychische problematiek. Dit betekent dat een klant niet noodzakelijkerwijs onder behandeling hoeft te zijn.⁴

Klantmanagers geven aan dat een derde van de klanten in hun caseload een traject volgt gericht op activering of stijging op de participatieladder. Hierbij is geen verschil tussen klanten met en zonder psychische problemen.

Ontheffing van de arbeidsplicht wordt verleend aan 47 procent van het aantal klanten in de totale caseload. Er is geen relatie tussen het percentage ontheffingen en het percentage klanten met psychische problemen. Gemiddeld zijn klantmanagers van mening dat een derde van de klanten met psychische problemen binnen twee jaar bemiddelbaar is richting de arbeidsmarkt.

3.1.2 Samenwerkingsvormen, intensiteit en inhoud

Voor dit onderzoek is sprake van samenwerking als er minimaal eenmaal contact is geweest met een professional uit de gezondheidszorg in de afgelopen twaalf maanden. Er wordt onderscheid gemaakt tussen de volgende samenwerkingsvormen:

- Eenmalig of zeer incidenteel
- Structureel bilateraal
- Structureel via centrale contactpersoon (regiehouder)
- Structureel in een multidisciplinair team

³ Zie Methodologische verantwoording (bijlage 2) voor betrouwbaarheid en nauwkeurigheid van de percentages.

⁴ In de enquête is vermeld dat het kan gaan om allerlei varianten en gradaties van psychische problemen, zoals psychosen, eet-, dwang- en angststoornissen, borderline, depressie, faalangst, bipolaire stoornissen, etc.

De meest klantmanagers (87%) werken niet voor alle klanten met psychische problemen in hun caseload samen met professionals uit de gezondheidszorg. Gevraagd naar de redenen hiervoor, worden meest genoemd: te grote afstand tot de arbeidsmarkt (35%), klanten met ontheffing (35%), omvang caseload (29%), zeer zware problematiek (24%), zeer lichte problematiek (18%), klanten met psychische problemen van tijdelijke aard (9%). Geen enkele klantmanager gaf aan überhaupt nooit contact met zorgprofessionals te zoeken. In de categorie andere redenen (52%) zijn de meest genoemde: contact niet altijd nodig, zorgprofessional heeft te maken met beroepsgeheim, klant is niet onder behandeling en klant geeft geen toestemming. Zoals eerder gesteld, zijn klanten met psychische problemen niet noodzakelijkerwijs onder behandeling. Om die reden is het verklaarbaar dat niet voor alle klanten wordt samengewerkt met de gezondheidszorg. Niettemin is het mogelijk dat een klantmanager samenwerking zoekt met, of de klant doorverwijst naar, de gezondheidszorg, omdat volgens de klantmanager een behandeling voor de psychische problematiek wenselijk zou zijn.

Intensiteit van samenwerking heeft enerzijds te maken met de vorm van het contact, anderzijds met het aantal klanten waarbij deze vorm wordt toegepast. De intensiteit van samenwerking loopt uiteen van 'voor geen van de klanten met psychische problemen contact', tot 'voor alle klanten met psychische problemen wordt samengewerkt in een multidisciplinair team'. In bijlage 1 wordt deze hiërarchie van samenwerkingsvormen verder toegelicht.

Hierbij zijn twee perspectieven mogelijk: vanuit de klantmanager en vanuit de klant. Beide perspectieven zijn onderzocht.⁵ Tabel 3.1 geeft een overzicht van de percentages van de verschillende samenwerkingsvormen ten opzichte van het aantal klanten met psychische problemen en ten opzichte van het aantal klantmanagers.⁶

Tabel 3.1 Percentages samenwerkingsvormen

Klanten met psychische problematiek (pp-klanten)		% pp-klanten		
pp-klanten waarbij klantmanager (km-er) geen contact heeft met zorgprofessionals	49%			
pp-klanten waarbij km-er alleen eenmalige of zeer incidentele contacten heeft	23%			
pp-klanten waarbij km-er meer structurele contacten heeft	28%	↓		
- alleen bilaterale contacten		11%		
- contacten via centraal contactpersoon		9%		
- contacten binnen een multidisciplinair team		7%		
Totaal	100%			
Klantmanagers		% klantmanagers		
km-ers met geen enkele van hun pp-klanten contacten met zorgprofessionals	5%			
km-ers met wel contacten voor tenminste één van hun pp-klanten	95%	↓		
- km-ers met contacten, maar alleen eenmalige of zeer incidentele contacten		17%		
- km-ers met ook meer structurele contacten		78%	↓	
- km-ers met structurele contacten voor <20% van hun pp-klanten			19%	
- km-ers met structurele contacten voor ≥20% van hun pp-klanten			59%	↓
- in multidisciplinair team voor ≥20% van hun pp-klanten				16%
- via centraal contactpersoon voor ≥20% van hun pp-klanten				16%
- overig (combinaties, samen voor ≥20% van hun pp-klanten)				27%
	100%			

Vanuit het perspectief van de klant blijkt dat voor de helft (49%) van de klanten met psychische problemen geen samenwerking plaatsvindt met de gezondheidszorg.

⁵ Het klantperspectief is onderzocht via antwoorden die klantmanagers hebben gegeven ten aanzien van aantallen klanten.

⁶ Klantmanagers is gevraagd om, bij verschillende contactvormen voor een klant, de meest uitgebreide vorm te kiezen. In de enquête zijn de antwoordmogelijkheden geordend van minst naar meest uitgebreid.

Het percentage klanten met psychische problemen waarvoor klantmanagers eenmalig of zeer incidenteel samenwerken, bedraagt 23 procent. Voor een iets hoger percentage klanten (28%) wordt op meer structurele basis samengewerkt met de gezondheidszorg. Het percentage klanten met psychische problemen waarvoor via een centrale contactpersoon of in een multidisciplinair team wordt samengewerkt is gering (9 resp. 7%).

Kijken we vanuit het perspectief van de klantmanagers, dan valt op dat slechts 5 procent van de klantmanagers voor geen van hun klanten met psychische problemen contact hebben met de gezondheidszorg. Dat voor bijna de helft van de klanten niet wordt samengewerkt, zoals hierboven werd vastgesteld, komt dus niet doordat een groot deel van de klantmanagers überhaupt niet samenwerkt. Ze hebben vrijwel allemaal contact met gezondheidszorgprofessionals, maar lang niet voor alle klanten met psychische problemen.

Uit tabel 3.1 blijkt verder dat 17 procent van de klantmanagers uitsluitend eenmalig of zeer incidenteel contact heeft met zorgprofessionals. 78 procent heeft daarnaast ook meer structurele contacten. Bij de structurele contacten (dat wil zeggen vaker dan eenmalig of zeer incidenteel) wordt vanuit het perspectief van de klantmanager onderscheid gemaakt naar het percentage klanten met psychische problemen waarvoor de betreffende samenwerkingsvorm wordt toegepast. Hierbij wordt de samenwerking intensief genoemd wanneer voor ten minste 20 procent van de klanten met psychische problemen in een multidisciplinair team of via een centrale contactpersoon wordt samengewerkt (zie bijlage 1). Volgens deze definitie werkt ongeveer een derde van de klantmanagers op intensieve wijze samen met de gezondheidszorg.

Wanneer sprake is van samenwerking in een multidisciplinair team, is de regie twee maal zo vaak in handen van een professional uit de gezondheidszorg (32%) als van een professional uit de sector werk en inkomen (16%). Een mogelijke verklaring hiervoor is dat juist klanten met meer complexe problemen in een multidisciplinair team besproken worden; bij deze klanten ligt het meer voor de hand dat de regie in handen is van een zorgprofessional dan bij klanten met minder complexe problemen. In 8 procent van de gevallen is de regie afwisselend in handen van de sector W&I of zorg, terwijl 11 procent van de klantmanagers aangeeft dat bij deze samenwerkingsvorm geen regiehouder bestaat. Ook (29%) wordt wel voor een andere constructie gekozen bij samenwerking in een multidisciplinair team, bijvoorbeeld regie door gemeenteambtenaren, extern ingehuurde professionals, beleidsmedewerkers of procesmanagers van de gemeente. Een paar keer wordt genoemd dat de regie bij het Veiligheidshuis ligt of dat de regievorm afhankelijk is van het soort problematiek van de klant. In tweederde van de gevallen heeft de regiehouder beslissingsbevoegdheid.

Of nu sprake is van incidenteel of van structureler contact, vaak is het doel van het contact om onderling informatie uit te wisselen (zie tabel 3.2). Er vindt relatief weinig overleg plaats in de diagnosefase. Afstemming over de inzet van een traject, over een gemeenschappelijk doel of over een goede aansluiting van traject en behandeling, vindt vaker plaats bij regelmatige dan bij incidentele contacten.

Tabel 3.2 Inhoud contact bij incidentele en regelmatige samenwerking

Inhoud contact	Incidenteel (% km, n=77)	Regelmatig (% km, n=77)
Overleg ontheffing	29%	27%
Diagnosestelling	21%	22%
Doorverwijzing	23%	34%
Warme overdracht	9%	21%
Info-uitwisseling	52%	62%
Afstemming inzet traject	48%	52%
Afstemming doel	31%	42%
Afstemming aansluiting traject/behandeling	42%	51%

3.1.3 Met wie wordt samengewerkt en hoe vaak?

Klantmanagers is gevraagd hoe vaak (van 'geen' tot 'wekelijks') zij met bepaalde professionals uit de gezondheidszorg contact hebben gehad in de afgelopen twaalf maanden. Tabel 3.3. laat zien dat klantmanagers het meest contact hebben met sociaal psychiatrisch verpleegkundigen (SPV'ers) en GGD-professionals; voor beide geldt dat een kwart van de klantmanagers hier wekelijks of maandelijks contact mee heeft. Bijna 20 procent van de klantmanagers heeft tenminste maandelijks contact met een GGZ-psycholoog. Contacten met huisartsen, arboartsen, vrijgevestigde psychologen en GGZ-psychiaters komen zelden voor; 80 procent van de klantmanagers heeft hier minder dan eens per kwartaal contact mee.

Tabel 3.3 Frequentie van contact met verschillende zorgprofessionals

Zorgprofessional	Gemeenten (% wekelijks of maandelijks, n=73)
Huisarts	5%
Arboarts	14%
Vrijgev. psycholoog	7%
SPV	26%
GGZ psycholoog	18%
GGZ psychiater	6%
GGD professional	22%

Wanneer gekeken wordt naar het aantal zorgprofessionals waar de klantmanager wekelijks of maandelijks contact mee heeft (tabel 3.4), wordt duidelijk dat wekelijks contact relatief weinig voorkomt. Zo heeft 84% van de klantmanagers met geen van de genoemde professionals wekelijks contact en heeft 14% wekelijks contact met één zorgprofessional. Op maandelijkse basis vinden meer contacten plaats. Bijna 18 procent van de klantmanagers heeft bijvoorbeeld maandelijks contact met twee zorgprofessionals.

Tabel 3.4 Aantal zorgprofessionals waarmee frequent contact

Aantal zorgprofessionals	Wekelijks (% km, n=73)	Maandelijks (% km, n=73)
0	84%	48%
1	14%	20%
2	3%	18%
3	0%	7%
4	0%	4%

Aantal zorgprofessionals	Wekelijks (% km, n=73)	Maandelijks (% km, n=73)
5	0%	3%
	100%	100%

3.1.4 Hoe kijkt de klantmanager zelf tegen samenwerking aan?

Door middel van een aantal stellingen is onderzocht wat klantmanagers zelf positieve en negatieve aspecten vinden van samenwerking. Ook is bekeken welke belemmeringen zij ondervinden om samen te werken. De uitkomsten staan gepresenteerd in tabel 3.5.⁷

Tabel 3.5 Uitkomsten voorgelegde stellingen

Stelling	Beschrijving	(volledig) oneens (% km, n=83)	Neutraal (% km, n=83)	(volledig) eens (% km, n=83)
1	De meeste klanten met psychische problemen moeten eerst werken aan hun gezondheidsproblemen, alvorens te gaan werken	28%	47%	24%
2	Samenwerking met professionals uit de gezondheidszorg leidt tot vertraging in de dienstverlening aan de klanten met psychische problemen	79%	13%	7%
3	Samenwerking met professionals uit de gezondheidszorg leidt tot tegenstrijdige signalen richting klanten met psychische problemen	57%	17%	26%
4	Klanten met psychische problemen zijn goed in staat mee te denken over de eigen dienstverlening	11%	40%	49%
5	Klanten met psychische problemen zijn bij uitstek gebaat bij werk of activering	10%	43%	47%
6	Voor goede samenwerking tussen professionals is een gemeenschappelijk doel van wezenlijk belang	5%	12%	83%
7	Voor klanten met psychische problemen laat ik mij in eerste instantie leiden door het oordeel van de gezondheidszorgprofessional	11%	29%	60%
8	Voor de begeleiding van klanten met psychische problemen is contact met een professional uit de gezondheidszorg nodig	17%	33%	50%
9	Het beroepsgeheim van de gezondheidszorgprofessional staat samenwerking in de weg	29%	31%	40%
10	Meestal ontbreekt mij de tijd om samen te werken met gezondheidszorgprofessionals	51%	24%	24%
11	Gezondheidszorgprofessionals hebben doorgaans voldoende tijd en middelen beschikbaar om samen te werken	33%	52%	15%

Uit de tabel blijkt dat klantmanagers overwegend positief zijn over samenwerking met zorgprofessionals bij de begeleiding van klanten met psychische problemen. Hierbij wordt een gemeenschappelijk doel van wezenlijk belang gevonden (83% is het eens met deze stelling). Klantmanagers ervaren in elk geval niet dat samenwerking met professionals uit de gezondheidszorg zorgt voor vertraging in de dienstver-

⁷ 5-puntschaal; in de tabel zijn categorieën 1 en 2, alsmede 4 en 5 samengenomen.

lening. Wel komt naar voren dat het beroepsgeheim van de zorgprofessional een belemmerende factor kan zijn bij samenwerking.

Voor een aantal stellingen is onderzocht of er een relatie bestaat met de vorm of frequentie van samenwerking. Hieruit is gebleken dat klantmanagers die op intensieve wijze samenwerken met de gezondheidszorg⁸ zich vaker laten leiden door het oordeel van de zorgprofessional dan klantmanagers die minder intensief samenwerken.

3.2 Dienstverlening ten aanzien van klanten met psychische problemen

Voorafgaand aan het onderzoek zijn aannames gemaakt ten aanzien van de relatie tussen samenwerking en dienstverlening (zie conceptueel model in hoofdstuk 2). Op basis hiervan zijn aspecten van dienstverlening geselecteerd die mogelijk een relatie hebben met samenwerking. Hierbij is steeds uitgegaan van het perspectief van werk en inkomen, dat wil zeggen dat het doel 'stijging op de participatieladder', met als hoogste streven bemiddelbaar maken respectievelijk werk vinden, centraal moet staan. Dienstverleningsaspecten zijn gegroepeerd in activerende, efficiënte en klantgerichte dienstverlening (zie bijlage 1 voor onderbouwing). Een combinatie van deze vormen is ook mogelijk. Bij het beantwoorden van vragen over dienstverlening is de klantmanager gevraagd uit te gaan van de 'gemiddelde' klant met psychische problemen, dat wil zeggen, de klant met psychische problemen, zoals die het meest voorkomt in de caseload.

3.2.1 Activerende dienstverlening

Onder activerende dienstverlening verstaan we dienstverlening gericht op participatie. Dit blijkt enerzijds uit het aantal activeringstrajecten dat wordt ingezet voor klanten met psychische problematiek. Anderzijds betekent dit dat de dienstverlening gericht is op stijging op de participatieladder. Ook dienstverlening gericht op het vergroten van de zelfredzaamheid, wordt volgens de operationalisatie (zie bijlage 1) geschaard onder activering.

Het begrip activerende dienstverlening is gemeten aan de hand van een aantal items in de vragenlijst. In de eerste plaats is gekeken naar het aantal klanten met psychische problemen dat een activeringstraject volgt. Klantmanagers is gevraagd hier een inschatting van te geven (zie 3.1.1, een derde van de klanten). Daarnaast zijn de volgende aspecten gemeten:

- Mate waarin bij klanten met psychische problemen sprake is van een participatiedoel, gericht op activering;
- Mate waarin bij klanten met psychische problemen participatiedoelen worden besproken;
- Mate waarin klanten met psychische problemen worden betrokken bij het opstellen van het plan van aanpak;
- Mate waarin klanten met psychische problemen worden gestimuleerd mee te werken aan de eigen dienstverlening.

Tabel 3.6 laat de scores op deze aspecten zien.

⁸ Intensief betekent samenwerkend in een multidisciplinair team of via een centrale contactpersoon, voor ten minste 20 procent van het aantal klanten met psychische problemen.

Tabel 3.6 Activerende dienstverlening

	Nooit (%)	Soms (%)	Regel- matig (%)	Vaak (%)	Altijd (%)
Mate waarin bij klanten met psychische problemen sprake is van een participatiedoel, gericht op activering	5	30	33	22	10
Mate waarin bij klanten met psychische problemen participatiedoelen worden besproken	5	13	30	26	26
Mate waarin klanten met psychische problemen worden betrokken bij het opstellen van het plan van aanpak	4	10	22	26	39
Mate waarin klanten met psychische problemen worden gestimuleerd mee te werken aan de eigen dienstverlening	4	8	2	32	28

Een derde van de klantmanagers geeft aan dat bij klanten met psychische problemen vaak of altijd sprake is van een participatiedoel, gericht op activering. Ruim de helft van de klantmanagers bespreekt participatiedoelen vaak of altijd met de klant. 39 procent van de klantmanagers zegt altijd klanten met psychische problemen te betrekken bij het opstellen van het plan van aanpak. Ook het stimuleren van de klant om mee te werken aan de eigen dienstverlening scoort relatief hoog; 32 procent zegt dat dit vaak het geval is en 28 procent zelfs altijd.

3.2.2 *Klantgerichte dienstverlening*

Onder klantgerichte dienstverlening verstaan we dienstverlening gericht op eenduidige communicatie richting de klant en op het verlenen van maatwerk. Klantgerichte dienstverlening is gemeten aan de hand van vragen over de wijze waarop klantmanagers een inschatting maken van psychische problemen bij hun klanten. De kwaliteit van de diagnose is hierbij van belang.

Van de ondervraagde klantmanagers geeft 93 procent aan een inschatting te maken in de diagnosefase van de mate waarin psychische problemen aan de orde zijn. Verreweg de meeste klantmanagers (80%) doen dit op basis van eigen inzicht. Door 28 procent wordt (daarnaast) een instrument gebruikt (bij 30% is dit de participatieladder). Bijna 20 procent maakt bij de inschatting van de psychische problematiek gebruik van een vragenlijst. Veel klantmanagers (40%) gebruiken daarnaast andere bronnen om een inschatting van de psychische problematiek te maken. Genoemd zijn onder andere: arboarts, (eerder uitgevoerd) psychodiagnostisch onderzoek, medisch rapport, navraag bij behandelaar, huisbezoek, zelfredzaamheidsmatrix.

3.2.3 *Efficiënte dienstverlening*

Onder efficiënte dienstverlening wordt verstaan dienstverlening gericht op continuïteit en op het voorkomen van dubbele uitvraag. Evenals bij klantgerichte dienstverlening is ook hier de kwaliteit van de diagnose van belang. Via de vragenlijst is efficiënte dienstverlening gemeten aan de hand van vragen over het gebruik van een

digitaal klantdossier⁹ en over de mogelijkheid om na de diagnose direct een passend aanbod te doen.

Tweederde van de klantmanagers geeft aan gebruik te maken van een digitaal klantdossier. Echter, dit dossier wordt meestal niet gedeeld met professionals uit de gezondheidszorg; Slechts bij 7 procent is dit het geval.¹⁰

Na het stellen van de diagnose blijkt het in de praktijk niet altijd mogelijk direct een passend aanbod te doen.¹¹ Van de klantmanagers zegt 16 procent dat het nooit mogelijk is direct een passend aanbod te doen, volgens 49 procent soms en 24 zegt dat het regelmatig mogelijk is direct een passend aanbod te doen. Een kleine minderheid (11%) geeft aan dat het vaak of altijd mogelijk is direct een passend aanbod te doen.

3.3 Relatie tussen samenwerking, beleid en dienstverlening

3.3.1 Samenwerking in relatie tot beleid

Onder de 62 gemeenten die zijn benaderd voor de enquête, is een beleidsinventarisatie gehouden, waarin is gevraagd of de gemeente specifiek beleid heeft voor de begeleiding van klanten met psychische problemen. Het antwoord op deze vraag (ja, nee, onbekend) is gekoppeld aan de enquête-antwoorden van de klantmanagers van de desbetreffende gemeenten.¹² Van alle respondenten behoren 56 klantmanagers tot een gemeente die beleid heeft voor klanten met psychische problemen. Voor 20 klantmanagers geldt dat zij tot een gemeente behoren die geen specifiek beleid heeft voor deze groep. De overige 7 behoren tot een gemeente waarbij dit niet bekend is. Het wel of niet hebben van specifiek beleid heeft geen significante relatie met de intensiteit van de samenwerking. Dit betekent dat klantmanagers die contact hebben met zorgprofessionals, geen intensievere samenwerkingsvorm (zoals multidisciplinair team) toepassen wanneer de gemeente beleid heeft voor de begeleiding van klanten met psychische problemen, dan wanneer de gemeente geen beleid heeft ontwikkeld voor deze groep.

3.3.2 Samenwerking in relatie tot dienstverlening

Vooraf is aangenomen dat een activerende, klantgerichte en efficiënte dienstverlening aan klanten met psychische problemen positief samenhangt met intensieve samenwerking. Via de enquête is onderzocht of deze samenhang bestaat. Hiertoe zijn de verschillende aspecten van dienstverlening, zoals eerder benoemd, gerelateerd aan de frequentie en aard van bestaande samenwerking.

Op basis van vragen naar de frequentie van het contact (zie 3.1.3) is een schaal geconstrueerd ('frequentie van de samenwerking') waarvoor geldt dat vaker contact een hogere schaalscore betekent (zie bijlage 2 voor toelichting op deze schaalconstructie).

Om de samenhang tussen dienstverlening en samenwerking te onderzoeken is het belangrijk om rekening te houden met een aantal kenmerken van de caseload van

⁹ Hierbij moet opgemerkt worden dat weinig gebruik van digitaal klantdossier niet hoeft te betekenen dat dubbele uitvraag niet voorkomt.

¹⁰ Dit hoeft niet te betekenen dat dubbele uitvraag niet voorkomt; zie vorige noot.

¹¹ Met passend aanbod wordt bedoeld een traject of doorverwijzing (zonder wachttijd).

¹² Vanwege afhankelijkheid van observaties die ontstaat doordat sommige gemeenten meerdere klantmanagers hebben geleverd voor de enquête, moet de uitkomst slechts als indicatie gezien worden. Voor meer details wordt verwezen naar de Nota beleidsinventarisatie.

klantmanagers, die van invloed zijn op de relatie. Dat geldt bijvoorbeeld voor de grootte van de caseload, het aandeel klanten met een ontheffing in de caseload, het aandeel klanten dat bemiddelbaar wordt geacht (hetgeen iets zegt over de afstand tot de arbeidsmarkt) in de caseload, en het aandeel klanten met psychische problemen in de caseload.¹³ Hiermee rekening houdend is een beperkt aantal significante relaties gevonden die een indicatie geven van de samenhang tussen aspecten van dienstverlening en kenmerken van samenwerking.

Het aantal klanten met psychische problemen dat een activeringstraject volgt, hangt samen met de wijze van samenwerking; Indien vaker wordt samengewerkt met de gezondheidszorg via incidentele en structurele bilaterale contacten dan heeft een klantmanager relatief meer klanten met psychische problemen op een activeringstraject dan wanneer een klantmanager niet op die wijze samenwerkt. Samenwerking met de gezondheidszorg via een centrale contactpersoon heeft evenwel een negatief verband met het aantal klanten met psychische problemen op traject.

Een andere indicatie voor activerende dienstverlening is voor hoeveel klanten met psychische problemen een klantmanager participatiedoelen heeft vastgelegd. De analyse laat zien dat klantmanagers vaker participatiedoelen voor ogen hebben als zij vaker afstemmen met gezondheidszorgprofessionals over de aansluiting van traject en behandeling dan wanneer zij dat niet doen.

Onder activerende en klantgerichte dienstverlening verstaan we ook of klantmanagers participatiedoelen bespreken met klanten met psychische problemen. Uit de analyse blijkt dat de vorm en inhoud van samenwerking hiermee een (veelal) positieve relatie heeft. Indien een klantmanager vaker tijdens de diagnose contact zoekt met professionals uit de gezondheidszorg dan worden ook vaker participatiedoelen met klanten besproken. Indien een klantmanager vaker samenwerkt met de gezondheidszorg via bilaterale structurele contacten of in een multidisciplinair team, dan bespreekt hij of zij ook vaker de participatiedoelen met de klant. Maar wederom als de samenwerking met de gezondheidszorg verloopt via een centrale contactpersoon, dan bespreekt hij of zij minder vaak de participatiedoelen met de klant. Een mogelijke verklaring voor dit feit is dat de samenwerking voor klanten met meer complexe problemen vaker via een centrale contactpersoon verloopt dan voor klanten met minder complexe problemen. Activering is in deze complexe gevallen meestal niet aan de orde. De regie is in deze gevallen meestal in handen van een zorgprofessional.

Een kenmerk van klantgerichte dienstverlening is of de klantmanager aandacht heeft voor de psychische problemen in de diagnosefase. Een goede diagnose, rekening houdend met de omstandigheden van de klant, is een belangrijke voorwaarde voor het kunnen aanbieden van een geschikt traject. Uit de analyse blijkt dat klantmanagers die vaker contact hebben met gezondheidszorgprofessionals, meer aandacht hebben voor psychische problemen van klanten in de diagnosefase.¹⁴

We konden geen relaties vinden tussen indicaties voor een efficiënte dienstverlening en samenwerking.

¹³ Als hiermee geen rekening zou worden gehouden, zou er een directe relatie kunnen worden gevonden tussen bijvoorbeeld de frequentie van samenwerking en een activerende dienstverlening, die evenwel weg zou vallen als er in de analyse rekening wordt gehouden met het aantal klanten met psychische problemen in de caseload. Het ligt immers voor de hand dat klantmanagers met een groter aandeel klanten met psychische problemen in de caseload, ook relatief meer klanten met psychische problemen een traject aanbieden en ook relatief vaker contacten hebben met gezondheidszorgprofessionals in vergelijking met klantmanagers die weinig klanten met psychische problemen in de caseload hebben.

¹⁴ Kanttekening hierbij is dat bijna alle klantmanagers aangeven aandacht te hebben voor psychische problemen tijdens de diagnose. Het onderscheidend vermogen en daarmee de waarde van deze bevinding is dan ook klein.

3.4 Conclusie

Klantmanagers die hebben deelgenomen aan het onderzoek geven aan dat ongeveer de helft van de klanten in hun caseload psychische problemen heeft. Klanten met psychische problemen wordt even vaak een activeringstraject aangeboden als andere klanten in de caseload. Grofweg een derde van het aantal klanten met psychische problemen wordt geactiveerd richting de arbeidsmarkt.

Wanneer wordt samengewerkt met de gezondheidszorg, heeft dit voornamelijk tot doel om onderling informatie uit te wisselen. In de diagnosefase vindt weinig overleg plaats. Een groot deel van de klantmanagers is van mening dat een gemeenschappelijk doel van wezenlijk belang is voor goede samenwerking tussen professionals.

Voor bijna de helft van de klanten met psychische problemen wordt niet samengewerkt met de gezondheidszorg. Zoals gezegd is dat niet altijd nodig omdat niet alle klanten met psychische problemen dienstverlening ontvangen vanuit de gezondheidszorg. Hoewel bijna alle klantmanagers samenwerken met de gezondheidszorg (een derde op intensieve wijze, dus via een centrale contactpersoon of in een multidisciplinair team), doen zij dit over het algemeen voor maar een deel van hun klanten.

Een derde van de klantmanagers geeft aan dat bij klanten met psychische problemen vaak of altijd sprake is van een participatiedoel, gericht op activering. Ook worden participatiedoelen vaak besproken met de klant en wordt de klant over het algemeen betrokken bij het opstellen van een plan van aanpak.

Bijna alle klantmanagers maken een inschatting van de psychische problemen in de diagnosefase, hetgeen veelal gebeurt op basis van eigen inzicht, een minderheid gebruikt hiervoor een instrument. Twee derde van de klantmanagers probeert dubbele uitvraag van gegevens bij de klant te voorkomen door het digitaal klantdossier, Suwi-net, te raadplegen. Een derde van de klantmanagers geeft aan dat het regelmatig of vaak mogelijk is om direct een passend aanbod te doen.

Op basis van de onderzoeksdata kan een indicatie worden gegeven over de relatie tussen dienstverlening en samenwerking. Een aantal relaties laat zien dat klantmanagers die zijn gericht op samenwerking met de gezondheidszorg een meer activerende dienstverlening bieden aan klanten met psychische problematiek dan klantmanagers die minder samenwerken. Samenwerking met de gezondheidszorg via een centrale contactpersoon lijkt evenwel samen te gaan met een minder activerende dienstverlening. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat het hier gaat om een meer complexe doelgroep waarvoor de regie vaker in handen blijkt te zijn van een zorgprofessional. Activering is in deze complexe gevallen mogelijk nog niet aan de orde.

4 Samenwerking en dienstverlening UWV

4.1 Samenwerking met professionals uit de gezondheidszorg

In deze paragraaf wordt beschreven in welke vorm arbeidsdeskundigen en verzekeringsartsen van UWV samenwerken met de gezondheidszorg, bij de begeleiding van klanten met psychische problemen. Om de bevindingen beter te kunnen duiden, gaan we eerst kort in op de samenstelling van de caseload van de arbeidsdeskundigen en verzekeringsartsen, die aan het onderzoek hebben deelgenomen.

4.1.1 Samenstelling van de caseload

De groep UWV-professionals die de enquête hebben ingevuld, bestaat voor 27 procent uit verzekeringsartsen en voor 73 procent uit arbeidsdeskundigen. Via de enquête is gevraagd voor welke doelgroep(en) men werkte, waarbij het mogelijk was meerdere doelgroepen aan te kruisen. Op basis van de antwoorden is een verdeling gemaakt naar de volgende doelgroepen (zie bijlage 2 voor verdere toelichting):

- WIA/WAO/Wajong: 46%
- ZW-Arbo/Vangnet: 54%

Wat de omvang van de caseload betreft, wordt opgemerkt dat het voor een deel van de arbeidsdeskundigen en verzekeringsartsen lastig is gebleken daar een schatting van te geven; 17 procent van de respondenten heeft deze vraag niet beantwoord. Naar verhouding komt dit vaker voor bij verzekeringsartsen (36%) dan bij arbeidsdeskundigen (10%). Ook betreft dit vaker respondenten die de doelgroep ZW-Arbo bedienen, dan respondenten die voor andere doelgroepen werken. De opgegeven caseloads variëren aanzienlijk. Het grootste deel (circa 2/3) ligt tussen de 100 en 400 klanten, met een gemiddelde van ongeveer 250 voor zowel verzekeringsartsen als arbeidsdeskundigen.

Vrijwel alle arbeidsdeskundigen en verzekeringsartsen geven aan dat in hun caseload klanten met psychische problemen voorkomen (zie tabel 4.1). De meesten geven aan dat het gaat om 50-75% klanten met psychische problemen, ten opzichte van de totale caseload. Het gaat hierbij om de eigen inschatting van de professional of sprake is van psychische problematiek. Dit betekent dat een klant niet noodzakelijkerwijs onder behandeling hoeft te zijn.¹⁵ Er is uit het onderzoek geen significant verschil tussen arbeidsdeskundigen en verzekeringsartsen naar voren gekomen als het gaat om het percentage klanten met psychische problemen.

Tabel 4.1 Klanten met psychische problemen in de caseload

Percentage klanten met psychische problemen	% UWV-professionals (n=175)
0	1%
< 25%	3%
25-50%	35%
50-75%	45%
> 75%	17%
	100%

¹⁵ In de enquête is vermeld dat het kan gaan om allerlei varianten en gradaties van psychische problemen, zoals psychosen, eet-, dwang- en angststoornissen, borderline, depressie, faalangst, bipolaire stoornissen, etc.

Ruim de helft van de UWV-professionals geeft aan dat ten minste 25 procent van de klanten met psychische problemen in de eigen caseload binnen twee jaar bemiddelbaar is richting de arbeidsmarkt (tabel 4.2). Bij de doelgroep ZW-arbo/vangnet ligt dit percentage significant hoger dan bij de doelgroep WIA/WAO/Wajong.

Tabel 4.2 Klanten met psychische problemen bemiddelbaar

Percentage klanten met psychische problemen binnen twee jaar bemiddelbaar richting de arbeidsmarkt	% UWV-professionals (n=175)
0	35%
< 25%	10%
25-50%	35%
50-75%	0%
> 75%	19%
	100%

Minder dan de helft van het aantal klanten met psychische problemen volgt een activeringstraject, aldus 90 procent van de respondenten (zie tabel 4.3). In de totale caseload is het percentage klanten dat een activeringstraject volgt hoger (meer dan de helft, volgens 40% van de respondenten). Een derde van de respondenten geeft aan helemaal geen klanten met psychische problemen te hebben, die een activeringstraject volgen.

Tabel 4.3 Klanten met psychische problemen op traject

Percentage klanten met psychische problemen dat een activeringstraject volgt	% UWV-professionals (n=175)
0	38%
< 25%	27%
25-50%	26%
50-75%	0%
> 75%	10%
	100%

Er is nauwelijks verband tussen het percentage klanten met psychische problemen dat bemiddelbaar wordt gevonden en het percentage dat een activeringstraject volgt. Verder blijkt dat het percentage klanten met psychische problemen dat een activeringstraject volgt overeenkomt met het percentage activeringstrajecten in de totale caseload.

4.1.2 Samenwerkingsvormen, intensiteit en inhoud

Bij de vraag of samenwerking wel of niet aan de orde is, wordt uitgegaan van samenwerking in de meest minimale vorm, dat wil zeggen 'contact met een professional uit de gezondheidszorg in de afgelopen twaalf maanden op enigerlei wijze' (ook eenmalig voor één klant met psychische problemen). Hierbij worden dezelfde samenwerkingsvormen onderscheiden als bij gemeenten (zie paragraaf 3.1.2). Ook de intensiteit van samenwerking is bij UWV-professionals op dezelfde manier onderzocht als bij klantmanagers van gemeenten. In tegenstelling tot het onderzoek bij gemeenten, is het klantperspectief bij UWV niet onderzocht. Dit betekent dat de resultaten het perspectief van de UWV-professional weergeven. De reden om het klantperspectief bij UWV achterwege te laten, is dat het voor UWV-professionals

lastiger is dan voor klantmanagers om een betrouwbare indicatie te geven van het aantal klanten met psychische problemen in de caseload.¹⁶ Hierdoor is het ook niet goed mogelijk vast te stellen voor hoeveel klanten en in welke vorm samenwerking wordt gezocht met de zorg.

Tabel 4.4 geeft een overzicht van de percentages van de verschillende samenwerkingsvormen ten opzichte van het aantal UWV-professionals, onderverdeeld naar verzekeringsartsen (VA) en arbeidsdeskundigen (AD). De definitie van de samenwerkingsvormen is gelijk aan de eerder gegeven definitie bij gemeenten (hoofdstuk 3).

Tabel 4.4 Percentages samenwerkingsvormen

samenwerkingsvorm	VA (n=45)	AD (n=121)	Totaal (n=166)
Geen contact	0%	10%	7%
Incidenteel contact	64%	45%	51%
Structureel contact	36%	45%	42%
waarvan intensief	0%	10%	8%
waarvan niet intensief	36%	34%	34%

Verzekeringsartsen hebben allemaal contacten met zorgprofessionals, maar voor tweederde van de artsen betreft dat hooguit incidentele contacten. Ruim een derde heeft structurele contacten, maar niet intensief (voor meer dan 20% van hun klanten in een multidisciplinair team, of via een centraal contactpersoon). Arbeidsdeskundigen hebben niet allemaal contacten; 10% heeft deze niet. Intensieve, structurele contacten heeft 10% van de arbeidsdeskundigen.

Gevraagd naar redenen om voor klanten met psychische problemen niet samen te werken, worden genoemd: klanten met zeer lichte problematiek (28%), klanten met problemen van tijdelijke aard (26%), klanten met zeer zware problematiek (19%), klanten met te grote afstand tot arbeidsmarkt (16%), omvang caseload te groot (14%). Daarnaast zoekt 7% van de professionals nooit contact met een zorgprofessional. Een derde van de respondenten geeft aan (ook) een andere reden te hebben om niet samen te werken. Voorbeelden zijn: re-integratiebedrijf krijgt opdracht contact met de zorg op te nemen; dit is de taak van de verzekeringsarts (genoemd door arbeidsdeskundigen); er zat voldoende informatie in het dossier; zorgprofessional wil geen informatie verstrekken ivm beroepsgeheim; zorgprofessional is moeilijk bereikbaar; contacten met de zorg verlopen via de klant. Tot slot kan het feit dat een klant met psychische problemen niet onder behandeling is, reden zijn om niet samen te werken. Immers, niet alle klanten met psychische problemen zijn onder behandeling, zoals ook eerder gesteld. In deze gevallen bestaat geen relatie tussen klant en zorgprofessional, waardoor het voor de klantmanager minder voor de hand ligt contact op te nemen met de gezondheidszorg.

De helft van de respondenten geeft aan voor een of meerdere klanten met psychische problemen, in de afgelopen twaalf maanden, eenmalig of zeer incidenteel contact te hebben gehad met de gezondheidszorg. Voor deze groep professionals blijkt het gemiddeld om 15 klanten uit de caseload te gaan.

Ruim 40% van de respondenten heeft de afgelopen twaalf maanden (ook) structureel contact gehad met de gezondheidszorg, zij het voor weinig klanten met psychische problemen. Gevraagd naar de vorm van het structurele contact (bilateraal, via

¹⁶ Tijdens de testfase van de enquête (zie ook bijlage 2) is dit naar voren gekomen.

contactpersoon of multidisciplinair team) zegt de helft van de respondenten dat geen van de genoemde vormen is voorgekomen in de afgelopen twaalf maanden.

Tabel 4.5 laat zien dat UWV-professionals voor relatief weinig klanten met psychische problemen samenwerken met de gezondheidszorg via bilateraal contact, via een centrale contactpersoon of in een multidisciplinair team. Daarbij geven slechts 20 professionals (van de 175) geven aan in een multidisciplinair team samen te werken. In de meeste gevallen gaat het om minder dan vijf klanten.

Tabel 4.5 Structurele contacten

Aantal klanten met psychische problemen waarbij de samenwerkingsvorm is toegepast	Bilateraal contact (aantal UWV-professionals)	Indirect contact via centrale contactpersoon (aantal UWV-professionals)	Multidisciplinair team (aantal UWV-professionals)
1-4	8	11	9
5-9 klanten	8	8	5
10-19 klanten	9	5	5
20-49 klanten	4	9	1
50 of meer klanten	7	3	0
Totaal aantal UWV-professionals	36	36	20

Volgens de definitie van intensieve samenwerking (samenwerken in een multidisciplinair team of via een centrale contactpersoon, voor ten minste 20 procent van de klanten met psychische problemen), werkt slechts 3 procent van de arbeidsdeskundigen en verzekeringsartsen op intensieve wijze samen met de gezondheidszorg.¹⁷

Als sprake is van een multidisciplinair team, is de regie vaker in handen van een professional uit de gezondheidszorg dan vanuit de sector werk en inkomen (25% tegenover 5%).¹⁸ Bij een vijfde van de gevallen is de regie afwisselend in handen van een zorgprofessional of een W&I professional en bij 15 procent is geen regiehouder. In een kwart van de gevallen wordt voor een andere constructie gekozen in deze situatie, namelijk: regie door re-integratiebegeleider (intern); transfercoördinator GGZ; ieder heeft regie vanuit eigen rol (gedeelde regie); regie in handen van een extern ingehuurde professional; regie afhankelijk van problematiek klant. De regiehouder heeft niet altijd beslissingsbevoegdheid.

Of nu sprake is van incidenteel of van structureler contact, in de meeste gevallen is het doel van het contact om af te stemmen over de inzet van een traject (zie tabel 4.6). Afstemming over de inzet van een traject, over een gemeenschappelijk doel of over een goede aansluiting van traject en behandeling, maar ook informatieuitwisseling, vindt vaker plaats bij regelmatig dan bij incidentele contacten.

De tabel laat percentages voor de totale groep zien, maar op een aantal aspecten zijn verschillen gevonden tussen verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen en ook tussen verschillende doelgroepen. Zo vindt gemiddeld weinig overleg plaats in de diagnosefase, maar dit percentage is, zoals verwacht en conform de werkwijze, bij verzekeringsartsen veel hoger dan bij arbeidsdeskundigen (bij incidenteel contact 63% tov 18%; bij regelmatig contact 44% tov 13%).¹⁹ Ook blijkt dat arbeidsdes-

¹⁷ In de berekening is gewogen voor het aantal klanten met psychische problemen in de caseload.

¹⁸ Voorzichtigheid in de interpretatie is hier geboden, aangezien het om slechts 20 professionals gaat, die in een multidisciplinair team samenwerken (zie tabel 4.4).

¹⁹ De diagnose heeft voor verzekeringsartsen een andere betekenis dan voor arbeidsdeskundigen. Verzekeringsartsen stellen in de diagnose vast wat de belastbaarheid is van de klant, terwijl arbeidsdeskundigen in kaart brengen welke participatiemogelijkheden geschikt zijn. In de enquête is expliciet gevraagd naar diagnose ten aanzien van de belastbaarheid; deze vorm is voor arbeidsdeskundigen feitelijk niet van toepassing.

kundigen vaker dan verzekeringsartsen het contact met de zorg gebruiken om inhoudelijk af te stemmen.

Tabel 4.6 Inhoud contact bij incidentele en regelmatige samenwerking

Inhoud contact	Incidenteel (% UWV-professional, n=79)	Regelmatig (% UWV-professional, n=54)
Diagnosestelling	29%	26%
Doorverwijzing	10%	nvt
Warme overdracht	16%	26%
Informatieuitwisseling	63%	72%
Afstemming inzet traject	77%	78%
Afstemming doel	40%	58%
Afstemming aansluiting traject/behandeling	65%	81%

4.1.3 Met wie wordt samengewerkt en hoe vaak?

Arbeidsdeskundigen en verzekeringsartsen zijn gevraagd hoe vaak (van 'geen' tot 'wekelijks') zij met bepaalde professionals uit de gezondheidszorg contact hebben gehad in de afgelopen twaalf maanden. Tabel 4.6. laat zien welk percentage van de verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen wekelijks of maandelijks contact heeft met elk van de genoemde professionals. Verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen verschillen hierin significant van elkaar. Voor alle zorgprofessionals, behalve de GGD-professional, geldt dat verzekeringsartsen hier vaker contact mee hebben dan arbeidsdeskundigen. Om deze reden hebben we de cijfers in onderstaande tabel uitgesplitst naar functie.

Tabel 4.7 Frequentie van contact met verschillende zorgprofessionals

Zorgprofessional	Verzekeringsartsen (% wekelijks of maandelijks, n=47)	Arbeidsdeskundigen (% wekelijks of maandelijks, n=115)
Huisarts	64%	3%
Arboarts	25%	4%
Vrijgev. psycholoog	43%	5%
SPV	49%	8%
GGZ psycholoog	53%	8%
GGZ psychiater	51%	3%
GGD professional	15%	12%

Wanneer gekeken wordt naar het aantal zorgprofessionals waar arbeidsdeskundigen en verzekeringsartsen wekelijks of maandelijks contact mee hebben (tabel 4.8), wordt duidelijk dat wekelijks contact relatief weinig voorkomt. Zo heeft 85% van de professionals met geen van de genoemde professionals wekelijks contact en heeft 9,1% wekelijks contact met één zorgprofessional. Op maandelijks basis vinden meer contacten plaats. Bijna 15 procent van de respondenten heeft bijvoorbeeld maandelijks contact met één zorgprofessional.

Tabel 4.8 Aantal zorgprofessionals waarmee frequent contact

Aantal zorgprofessionals	Wekelijks (% uwv prof, n=175)	Maandelijks (% uwv prof, n=175)
0	845%	63%
1	9%	15%

Aantal zorgprofessionals	Wekelijks (% uwv prof, n=175)	Maandelijks (% uwv prof, n=175)
2	2%	7%
3	2%	5%
4	1%	5%
> 4	2%	6%
	100%	100%

4.1.4 Hoe kijkt de UWV-professional zelf tegen samenwerking aan?

Door middel van een aantal stellingen is onderzocht wat verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen zelf positieve en negatieve aspecten vinden van samenwerking. Ook is bekeken welke belemmeringen zij ondervinden om samen te werken. De uitkomsten staan gepresenteerd in tabel 4.9.²⁰ Voor elk van de stellingen is gekeken naar verschillen tussen verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen en naar verschillen tussen doelgroepen.

Tabel 4.9 Uitkomsten voorgelegde stellingen

Stelling	Beschrijving	(volledig) oneens (% ad / va, n=175)	Neutraal (% ad / va, n=175)	(volledig) eens (% ad / va, n=175)
1	De meeste klanten met psychische problemen moeten eerst werken aan hun gezondheidsproblemen, alvorens te gaan werken	56%	33%	11%
2	Samenwerking met professionals uit de gezondheidszorg leidt tot vertraging in de dienstverlening aan de klanten met psychische problemen	56%	31%	13%
3	Samenwerking met professionals uit de gezondheidszorg leidt tot tegenstrijdige signalen richting klanten met psychische problemen	55%	31%	14%
4	Klanten met psychische problemen zijn goed in staat mee te denken over de eigen dienstverlening	7%	40%	53%
5	Klanten met psychische problemen zijn bij uitstek gebaat bij werk of activering	4%	21%	75%
6	Voor goede samenwerking tussen professionals is een gemeenschappelijk doel van wezenlijk belang	3%	10%	87%
7	Voor klanten met psychische problemen laat ik mij in eerste instantie leiden door het oordeel van de gezondheidszorgprofessional	41%	29%	29%
8	Voor de begeleiding van klanten met psychische problemen is contact met een professional uit de gezondheidszorg nodig	27%	34%	38%
9	Het beroepsgeheim van de gezondheidszorgprofessional staat samenwerking in de weg	41%	32%	27%
10	Meestal ontbreekt mij de tijd om samen te werken met gezondheidszorgprofessionals	49%	30%	21%
11	Gezondheidszorgprofessionals hebben doorgaans voldoende tijd en middelen beschikbaar om samen te werken	31%	58%	11%

²⁰ 5-puntschaal; in de tabel zijn categorieën 1 en 2, alsmede 4 en 5 samengenomen.

Uit tabel 4.9 blijkt dat UWV-professionals sterk hechten aan activering van klanten met psychische problemen. Zo is driekwart van de respondenten het eens met de stelling dat deze groep klanten juist gebaat is bij werk of activering. Ruim de helft van de respondenten is daarbij van mening dat klanten met psychische problemen goed in staat zijn mee te denken over de eigen dienstverlening. Voor goede samenwerking vindt een groot deel van de respondenten (87%) een gemeenschappelijk doel van wezenlijk belang.

Voor een aantal stellingen is onderzocht of er een relatie bestaat met de vorm of frequentie van samenwerking. Hieruit is gebleken dat met name de frequentie van samenwerking (volgens de schaalscore 'frequentie van de samenwerking'), samenhang laat zien met uitkomsten op een aantal stellingen. Zo blijken professionals die frequent samenwerken met de gezondheidszorg vaker van mening te zijn dat werken aan problemen en werken aan werk samen kunnen gaan (oneens met stelling 1). Dit verband is sterker voor arbeidsdeskundigen dan voor verzekeringsartsen.

Als het gaat om belemmeringen blijkt dat ruim een kwart van de UWV-professionals vindt dat het beroepsgeheim van de gezondheidszorgprofessional samenwerking in de weg staat; dit bezwaar speelt significant vaker bij professionals die de WIA/WAO-doelgroep bedienen dan bij andere professionals. Ook wordt deze belemmering vaker geuit wanneer minder frequent wordt samengewerkt.

Tijdgebrek speelt bij 20 procent van de respondenten een rol bij de keuze wel of niet samen te werken; Tot slot is een derde van de respondenten van mening dat zorgprofessionals onvoldoende tijd en middelen beschikbaar hebben om samen te werken.

4.2 Dienstverlening ten aanzien van klanten met psychische problemen

Voorafgaand aan het onderzoek zijn aannames gemaakt ten aanzien van de relatie tussen samenwerking en dienstverlening. Op basis hiervan zijn aspecten van dienstverlening geselecteerd die mogelijk beïnvloed worden door samenwerking. Hierbij is steeds uitgegaan van het perspectief van werk en inkomen, dat wil zeggen dat het doel 'stijging op de participatieladder', met als hoogste streven bemiddelbaar maken respectievelijk werk vinden, centraal moet staan. Dienstverleningsaspecten zijn gegroepeerd in activerende, efficiënte en klantgerichte dienstverlening. Een combinatie van deze vormen is ook mogelijk. Bij het beantwoorden van vragen over dienstverlening is de UWV-professional gevraagd uit te gaan van de 'gemiddelde' klant met psychische problemen.

4.2.1 Activerende dienstverlening

Onder activerende dienstverlening verstaan we dienstverlening gericht op participatie. Dit blijkt enerzijds uit het aantal activeringstrajecten dat wordt ingezet voor klanten met psychische problematiek. Anderzijds betekent dit dat de dienstverlening gericht is het vergroten van de zelfredzaamheid.

Het begrip activerende dienstverlening is gemeten aan de hand van een aantal items in de vragenlijst. In de eerste plaats is gekeken naar het percentage klanten met psychische problemen dat een activeringstraject volgt. Eerder bleek dat dit ging om minder dan de helft van het aantal klanten met psychische problemen.

Daarnaast zijn dezelfde aspecten gemeten als bij gemeenten (zie 3.2).

Tabel 4.10 laat de scores zien op deze aspecten.

Tabel 4.10 Activerende dienstverlening

	Nooit (%)	Soms (%)	Regel- matig (%)	Vaak (%)	Altijd (%)
Mate waarin bij klanten met psychische problemen sprake is van een participatiedoel, gericht op activering	1	14	34	37	14
Mate waarin bij klanten met psychische problemen participatiedoelen worden besproken	15	26	1	0	57
Mate waarin klanten met psychische problemen worden betrokken bij het opstellen van het plan van aanpak	11	14	3	0	61
Mate waarin klanten met psychische problemen worden gestimuleerd mee te werken aan de eigen dienstverlening	1	5	18	39	37

4.2.2 *Klantgerichte dienstverlening*

Onder klantgerichte dienstverlening verstaan we dienstverlening gericht op eenduidige communicatie richting de klant en op het verlenen van maatwerk. Klantgerichte dienstverlening is gemeten aan de hand van vragen over de wijze waarop arbeidsdeskundigen en verzekeringsartsen een inschatting maken van psychische problemen bij hun klanten. De kwaliteit van de diagnose is hierbij van belang.

Van de ondervraagde professionals geeft 85 procent aan in de diagnosefase een inschatting te maken van de mate waarin psychische problemen aan de orde zijn. Degenen die geen inschatting maken zijn allemaal arbeidsdeskundigen (20% van de arbeidsdeskundigen maakt geen inschatting). Zoals eerder gezegd (4.1.2) handelen arbeidsdeskundigen hiermee conform de werkwijze, waarin is vastgelegd dat verzekeringsartsen de diagnose opstellen ten aanzien van belastbaarheid en medische/psychische beperkingen. Alle verzekeringsartsen geven aan een inschatting te maken bij het opstellen van de diagnose. Het grootste deel van de respondenten (74%) doet dit op basis van eigen inzicht. Een vragenlijst wordt door 16 procent gebruikt (vooral oudere verzekeringsartsen); 11 procent maakt gebruik van een instrument (significant vaak professionals die de Wajong-doelgroep bedienen).

4.2.3 *Efficiënte dienstverlening*

Onder efficiënte dienstverlening wordt verstaan dienstverlening gericht op continuïteit en op het voorkomen van dubbele uitvraag. Evenals bij klantgerichte dienstverlening is ook hier de kwaliteit van de diagnose van belang. Via de vragenlijst is efficiënte dienstverlening gemeten aan de hand van vragen over het gebruik van een

digitaal klantdossier²¹ en over de mogelijkheid om na de diagnose direct een passend aanbod te doen.

Tweederde van de UWV-professionals geeft aan gebruik te maken van een digitaal klantdossier. Echter, dit dossier wordt meestal niet gedeeld met professionals uit de gezondheidszorg. Slechts bij een paar procent is dit het geval. Meer arbeidsdeskundigen dan verzekeringsartsen maken gebruik van een digitaal klantdossier. Tot slot bestaat verschil tussen de doelgroepen waarvoor de professional werkt; respondenten die de ZW-arbo doelgroep bedienen maken minder gebruik van een digitaal dossier dan andere respondenten.

Na het stellen van de diagnose blijkt het in de praktijk niet altijd mogelijk direct een passend aanbod te doen.²² Van de arbeidsdeskundigen en verzekeringsartsen zegt 6 procent dat het nooit mogelijk is direct een passend aanbod te doen, volgens 38 procent soms en 40 procent zegt dat het regelmatig mogelijk is direct een passend aanbod te doen. Een kleine minderheid (14%) geeft aan dat het vaak of altijd mogelijk is direct een passend aanbod te doen.

4.3 Relatie tussen samenwerking en dienstverlening

Voorafgaand aan het onderzoek is aangenomen dat een aantal aspecten van dienstverlening positief samenhangen met intensieve samenwerking. Deze zijn gelijk aan de aspecten zoals beschreven voor gemeenten (paragraaf 3.3.2).

Op basis van vragen naar de frequentie van het contact (zie 4.1.3) is een schaal geconstrueerd ('frequentie van de samenwerking') waarvoor geldt dat vaker contact een hogere schaalscore betekent (zie bijlage 2 voor toelichting op deze schaalconstructie).

Op basis van de geconstrueerde schalen voor inhoud en frequentie van de samenwerking (zie 4.1.2 en 4.1.3), is onderzocht in hoeverre verschillen in dienstverlening verklaard kunnen worden door verschillen in samenwerking. De vijf items voor activerende dienstverlening en één item voor efficiënte dienstverlening zijn hier als afhankelijke variabele gebruikt in een regressie-analyse, met samenwerkingsvormen en -frequenties als verklarende factoren. Interactie-effecten zijn, in verband met te kleine celvullingen, niet onderzocht. In de analyses is gecorrigeerd voor de omvang en samenstelling van de caseload.

Hierbij zijn zowel de vorm als de frequentie van samenwerking onderzocht. De intensiteit (de mate waarin sprake is van een intensieve vorm voor ten minste 20% van het aantal klanten, zie 4.1.2) van de samenwerking kon, vanwege zeer geringe aantallen, niet in de analyse worden meegenomen. In alle analyses is onderzocht of sprake was van significante verschillen tussen verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen, alsmede tussen de doelgroepen die zij bedienen.

Op basis van de analyses is het niet mogelijk een sterk verband te duiden tussen bestaande samenwerkingsvormen en dienstverlening. Een paar significante relaties geven een indicatie voor mogelijke samenhang. Het gaat om de volgende significante relaties:

²¹ Hierbij moet opgemerkt worden dat weinig gebruik van digitaal klantdossier niet hoeft te betekenen dat dubbele uitvraag niet voorkomt.

²² Met passend aanbod wordt bedoeld een traject of doorverwijzing (zonder wachttijd).

- Professionals die vaker contact hebben met de gezondheidszorg hebben een meer activerende dienstverlening dan professionals die minder contact hebben, in die zin dat men vaker van mening is dat werken aan werk samen kan gaan met werken aan het oplossen van problemen.
- Hoe meer professionals inhoudelijk afstemmen met zorgprofessionals, des te vaker zijn zij in staat om klanten direct na de diagnose een passend aanbod te doen.

4.4 Conclusie

De caseload van arbeidsdeskundigen en verzekeringsartsen bestaat voor meer dan de helft uit klanten met psychische problemen. Van deze klanten is een minderheid binnen twee jaar bemiddelbaar richting de arbeidsmarkt. Activeringstrajecten worden bij minder dan de helft van het aantal klanten met psychische problemen ingezet. UWV lijkt hierin de reguliere dienstverlening te volgen, aangezien klanten zonder psychische problemen even vaak een traject krijgen aangeboden.

Verzekeringsartsen hebben allemaal contacten met zorgprofessionals, maar voor tweederde van de artsen betreft dat hooguit incidentele contacten. Ruim eenderde heeft structurele contacten, waarvan de helft ook intensief (voor meer dan 20% van hun klanten in een multidisciplinair team, of via een centraal contactpersoon). Arbeidsdeskundigen hebben niet allemaal contacten; 10% heeft deze niet. Intensieve, structurele contacten heeft 10% van de arbeidsdeskundigen.

Het overgrote deel (93%) van de professionals van UWV heeft zodoende op enigerlei wijze contact met de gezondheidszorg, maar meestal voor een klein aantal van hun klanten met psychische problemen. Meestal wordt het contact gebruikt om (incidenteel) af te stemmen over bijvoorbeeld de inzet van een traject, of om informatie uit te wisselen.

Voor de meest klanten met psychische problemen bestaat enige mate van samenwerking, zij het minimaal. Intensieve vormen van samenwerking worden door weinig professionals en voor zeer weinig klanten ingezet. Bij structurele contacten vindt inhoudelijk weinig afstemming plaats over doel en aansluiting van traject, dit terwijl men een gemeenschappelijk doel van wezenlijk belang acht om samenwerking met de zorg te laten slagen. Verzekeringsartsen hebben vaker contact met zorgprofessionals dan arbeidsdeskundigen, meestal met SPV'ers, huisartsen of GGZ-psychologen of -psychiaters.

Voor de inschatting van de mate van psychische problemen wordt nauwelijks gestandaardiseerd gewerkt; inschatting gebeurt op basis van eigen inzicht van de verzekeringsarts. Daarnaast wordt informatie nauwelijks digitaal gedeeld met zorgprofessionals en is het in veel gevallen niet mogelijk om klanten direct na diagnosestelling een passend aanbod te doen.

Regelmatiger contact met professionals uit de gezondheidszorg heeft een positieve invloed op activering in die zin dat men in dat geval vindt dat werken aan werk gelijktijdig kan plaatsvinden met het oplossen van problemen. Daarnaast zorgt meer inhoudelijke afstemming met zorgprofessionals ervoor dat professionals vaker in staat zijn om klanten direct na de diagnose een passend aanbod te doen. Een deel van de UWV-professionals geeft aan dat het beroepsgeheim en tijdgebrek aan de kant van de zorgprofessional, samenwerking in de weg staan.

Bijlage 1 Verantwoording begrippen en normen

De legitimatie van het onderzoek en de genoemde normen voor een klantgerichte, efficiënte en activerende dienstverlening zijn ontleend aan de Wet SUWI, aan het huidige kabinetsbeleid, aan de Wet Eenmalige gegevensuitvraag werk en inkomen (WEU), en aan de uitkomsten van eerdere onderzoeken van de inspectie (Maatwerk bij meervoudigheid, 2010; Samenwerken voor uitkeringsgerechtigden met gezondheidsproblemen, 2011). Daarnaast wordt gebruikgemaakt van elementen uit het model voor beoordeling van samenwerking en dienstverlening van het Integraal Toezicht Jeugdzaken (ITJ)²³.

Samenwerking

De Wet SUWI houdt een opdracht in tot samenwerking: de SUWI-partijen werken samen met elkaar en met andere diensten, instellingen en bestuursorganen die werkzaamheden verrichten die verband houden met de uitoefening van die taken. Deze opdracht is te vinden in artikel 9, eerste en tweede lid, van de Wet SUWI.

In een passage uit de memorie van toelichting bij het huidige artikel 9 van de Wet SUWI wordt ingegaan op de samenwerking met partijen buiten de SUWI-keten. *De ketenpartners dienen een samenhangende dienstverlening aan te bieden, waarin de werkzoekende of de werkgever de keten als geheel kan aanspreken en de keten ook als geheel zijn diensten aanbiedt. (...) De verdere ontwikkeling van de keten werk en inkomen maakt het mogelijk de aanpalende domeinen van onderwijs, inburgering, (jeugd)zorg en maatschappelijke ondersteuning nadrukkelijker te betrekken bij de dienstverlening.*²⁴

Aan de kant van de gezondheidszorg is in de relevante wetgeving geen opdracht tot samenwerking opgenomen.

In het onderzoek is de volgende hiërarchie van samenwerking gehanteerd:

- Eenmalig of zeer incidenteel: in de afgelopen 12 maanden tbv de dienstverlening aan ten minste één klant met psychische problemen eenmalig of zeer incidenteel contact met een zorgprofessional;
- Structureel bilateraal: in de afgelopen 12 maanden tbv de dienstverlening aan ten minste één klant met psychische problemen meer dan eenmalig of zeer incidenteel contact met een zorgprofessional;
- Structureel via centrale contactpersoon (regiehouder): in de afgelopen 12 maanden tbv de dienstverlening aan ten minste één klant met psychische problemen contact met een zorgprofessional via een centrale contactpersoon;
- Structureel in een multidisciplinair team: in de afgelopen 12 maanden tbv de dienstverlening aan ten minste één klant met psychische problemen contact met een zorgprofessional in een multidisciplinair team.

Voor de twee hoogste vormen in de hiërarchie (via centrale contactpersoon en in een multidisciplinair team) geldt dat sprake is van intensieve samenwerking, wan-

²³ Analyse- en normenkader ITJ algemeen, versie 260109.

²⁴ Kamerstukken II, 31 514, nr. 3, p.1-4.

neer de W&I professional in deze vorm heeft gewerkt voor meer dan 20 procent van de klanten met psychische problemen.

Wet SUWI en dienstverlening

Klantgerichtheid is één van de kerndoelen van de Wet SUWI en moet vorm krijgen door bij de inrichting van de dienstverlening niet de logica van de organisaties voorop te stellen maar de logica en behoefte van de cliënt. In de Memorie van Toelichting op de Wet SUWI stelt de wetgever als een van de criteria voor een effectief stelsel van werk en inkomen dat het nieuwe stelsel klantgericht moet zijn, voor de klant goed bereikbaar en voldoende transparant. De uitvoeringsorganisatie dient de klant goed en snel te helpen (efficiëntie) en recht te doen aan de individuele omstandigheden (maatwerk).

WEU

Sinds 1 januari 2008 is de Wet eenmalige gegevensuitvraag werk en inkomen (WEU) van kracht. Het doel van de WEU is dat de burger slechts eenmaal gegevens verstrekt. Bij de start van de WEU is een aantal gegevens vastgelegd dat in principe niet meer dan één keer mag worden uitgevraagd door overheidsinstanties en ketenorganisaties werkzaam in het domein van werk en inkomen.

De WEU bestrijkt alleen de ketenpartners. In de gezondheidszorg zijn wetten van kracht die regelen welke gegevens mogen worden verstrekt en gedeeld, zoals de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG), de Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg en andere specifieke regelingen.

ITJ-normen

Vanuit het Integraal Toezicht Jeugdzorg zijn normen opgesteld ten aanzien van samenwerking.

- Doelconvergentie. De mate waarin overeenstemming bestaat tussen de professionals over het gezamenlijk doel van de aanpak om het gezondheidsprobleem te verminderen en activering te bevorderen.
- Gedeelde probleemanalyse. Er is een door de professionals gedeelde analyse van de belemmeringen en kansen van de cliënt. Er is een gedeeld beeld van de oorzaken, de omvang en de aangrijpingspunten voor de aanpak.
- Informatiecoördinatie (uitwisseling). De gegevens worden gedeeld of uitgewisseld die nodig zijn om gezamenlijk doel te bereiken.
- Professionals hebben zicht op de gegevens die rondom de cliënt beschikbaar zijn, op welke knelpunten professionals ondervinden bij het vastleggen of uitwisselen van gegevens en op hoe de overdracht van de dienstverlening verloopt.
- Oplossingsgerichtheid. De activiteiten van de professionals zijn gericht op activering, en daarnaast op het verminderen van het gezondheidsprobleem. De afzonderlijke activiteiten van de professionals worden op elkaar afgestemd.
- Ketenregie. Er is een klantmanager/regisseur die de zorg en dienstverlening op elkaar afstemt. Die regisseur is zichtbaar.
- Continuïteit in de keten. De activiteiten vinden ononderbroken plaats.

In onderstaande tabel is samenvattend per geoperationaliseerd begrip aangegeven op welke bronnen dit is gebaseerd.

Begrip	Bron
Samenwerking: vorm en inhoud en frequentie	'Samenwerken voor uitkeringsgerechtigden met gezondheidsproblemen' (IWI onderzoek 2011), ITJ-normen, SUWI
De kwaliteit van de diagnose van de afstand tot de arbeidsmarkt (klantgerichtheid en efficiëntie van de dienstverlening)	SUWI en onderzoek 'Maatwerk bij meervoudigheid' (IWI-onderzoek 2010)
Eenduidige communicatie naar de klant (klantgerichtheid van de dienstverlening)	'Samenwerken voor uitkeringsgerechtigden met gezondheidsproblemen' (IWI onderzoek 2011)
De kwantiteit van de uitvraag van persoonsgegevens (efficiëntie van de dienstverlening)	Wet eenmalige gegevensuitvraag (WEU)
De mate van maatwerk (klantgerichtheid van de dienstverlening)	SUWI, 'Maatwerk bij meervoudigheid' (IWI-onderzoek 2010)
Dienstverlening gericht op vergroten zelfredzaamheid (activering van de dienstverlening)	SUWI
Continuïteit inzet van trajecten (efficiëntie van de dienstverlening)	Toezichtskader ITJ
Inzet van trajecten gericht op activering (activering van de dienstverlening)	SUWI

Bijlage 2 Methodologische verantwoording

Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie bestaat uit W&I-professionals bij UWV en bij gemeenten, die verantwoordelijk zijn of bijdragen aan de dienstverlening aan uitkeringsgerechtigden met psychische problemen, die (soms op termijn en soms slechts voor een deel) arbeidsplicht hebben. De dienstverlening is erop gericht de uitkeringsgerechtigde verder te activeren. De uitkeringsgerechtigde heeft psychische problemen, maar is niet volledig duurzaam afgekeurd en heeft dus in principe (soms op termijn) onvervulde restcapaciteit die idealiter ingevuld moet worden. Of een klant psychische problemen heeft is in deze ter beoordeling aan de W&I-professional (klantmanager, arbeidsdeskundige of verzekeringsarts).

Het gaat zodoende om werkcoaches, klantmanagers of klantconsulenten van gemeenten en re-integratiecoaches en arbeidsdeskundigen en verzekeringsartsen van UWV die in hun caseload klanten hebben die zichzelf aanmerken als klanten met psychische problemen.

Zorgprofessionals zijn niet geënquêteerd. Vooraf is namelijk lastig te bepalen welke professionals precies benaderd zouden moeten worden. Dit zou pas kunnen nadat daarover een goed beeld is ontstaan op basis van het kwalitatieve deel van het onderzoek. Planningstechnisch was het helaas niet mogelijk in die fase nog een enquête op te zetten en uit te voeren.

Steekproef

Gemeenten

Uit de totale onderzoekspopulatie W&I-professionals bij de gemeenten (verder te noemen klantmanagers) is op de volgende manier bij benadering een aselechte steekproef van 120 klantmanagers getrokken:

- Er is een aselechte steekproef van omvang 120 met teruglegging getrokken uit alle gemeenten van Nederland, met trekkingskansen evenredig aan het aantal WWB-gerechtigden ultimo 2011. Dit betekent dat de grotere gemeenten meerdere keren getrokken kunnen worden en dat gemeenten met meer WWB'ers meer kans hebben om getrokken te worden;
- In de steekproef van 120 kwamen 62 verschillende gemeenten voor;
- Elke getrokken gemeente staat (voor elke keer dat deze is getrokken) voor een klantmanager. In de grotere gemeenten zijn zodoende meerdere klantmanagers getrokken. Gevolg hiervan is dat een zekere afhankelijkheid tussen de observaties bestaat. Bij de interpretatie van de resultaten moet hiermee rekening worden gehouden;
- De getrokken gemeenten zijn benaderd, met het verzoek voor elke keer dat ze in de steekproef voorkwamen aselekt een klantmanager aan te wijzen met klanten met psychische problemen in zijn/haar caseload. Door deze wijze van steekproeftrekken kunnen grote verschillen tussen cases ontstaan in het gerapporteerde aantal klanten met psychische problemen. Grote gemeenten hebben immers vaker dan kleinere gemeenten speciale teams die klanten met een grote afstand tot de arbeidsmarkt begeleiden. Het percentage klanten met psychische problemen zal bij klantmanagers van grotere gemeenten derhalve hoger liggen dan bij kleinere gemeenten;
- De geselecteerde 120 klantmanagers zijn per e-mail benaderd om de enquête online in te vullen.

De cijfers in deze nota geven een gemiddeld beeld, waarbij een verklaring voor de soms grote spreiding gelegen is in het feit dat sommige klantmanagers gemiddeld meer klanten met psychische problemen in de caseload hebben dan andere klantmanagers, vanwege taakspecialisatie binnen gemeenten, als gevolg van de wijze van selecteren.

UWV

Via twee contactpersonen van UWV (één van ZW-arboteams en één van arbeidsdeskundigen op de werkpleinen) is gevraagd een uitnodigingsmail met daarin een link naar de enquête door te sturen naar regiomanagers met daarin weer het verzoek deze te verspreiden onder arbeidsdeskundigen en verzekeringsartsen. Hierbij is uitdrukkelijk verzocht een cc van de uitnodigingsmail aan arbeidsdeskundigen en verzekeringsartsen te sturen aan de inspectie. Voor de ZW-arbo geldt dat er 237 verzekeringsartsen en 182 arbeidsdeskundigen in dienst zijn.

Het aantal arbeidsdeskundigen op de werkpleinen, die benaderd zijn om de enquête in te vullen, is bij de inspectie niet bekend. De keuze voor ZW-arboteams en arbeidsdeskundigen op de werkpleinen is gemaakt om professionals in de steekproef te krijgen, die te maken hebben met klanten met psychische problemen.

Respons

Gemeenten

Eerst zijn de ingevulde vragenlijsten beoordeeld. Er zat een klein verschil tussen de vragenlijsten voor gemeentemedewerkers en die voor UWV-medewerkers. De gemeente-vragenlijsten boden de mogelijkheid voor een interne consistentiecheck op de ingevulde aantallen klanten waarvoor verschillende typen contacten hadden plaatsgevonden. Bij ruim 20 ingevulde vragenlijsten was deze consistentie onaanvaardbaar laag. Daarop is via de mail verduidelijking gevraagd aan de betreffende klantmanagers. Op 6 na leverde dit een reactie die nu wel tot consistente gegevens leidde. De bewuste 6 gevallen zijn buiten de analyse gelaten.

In de steekproef van 120 klantmanagers kwamen 62 verschillende gemeenten voor. De respons is 83 (69%). De non-respons betrof derhalve 31%. De inspectie heeft geen reden te veronderstellen dat de niet-reagerende respondenten qua samenwerking en dienstverlening een afwijkende deelpopulatie binnen de steekproef vertegenwoordigen. De inspectie beschouwt de wel-reagerende respondenten zodoende als een aselechte steekproef uit de onderzoekspopulatie. De uitkomsten zijn zodoende met de statistisch verantwoorde methodieken generaliseerbaar naar de hele populatie van professionals en klanten. Daartoe kijken we naar de betrouwbaarheid van de schattingen en de significantie van de gevonden verbanden.

UWV

In totaal hebben 175 professionals gerepsondeerd (128 arbeidsdeskundigen en 47 verzekeringsartsen). Voor de ZW-arbo geldt dat er 237 verzekeringsartsen en 182 arbeidsdeskundigen in dienst zijn. Op basis hiervan is bekend dat relatief weinig verzekeringsartsen in de respons voorkomen. Het aantal arbeidsdeskundigen op de werkpleinen, die benaderd zijn om de enquête in te vullen, is bij de inspectie niet bekend. Hierdoor is het niet mogelijk het exacte responspercentage te berekenen. Het aantal verzekeringsartsen in de respons is relatief laag (47 van de 237=20%). Van de 175 respondenten, zijn 62 bekend via cc van de uitnodigingsmail aan de inspectie. In totaal is van 195 professionals, via cc van de uitnodigingsmail, bekend dat zij een uitnodiging hebben ontvangen.

Ongeveer een derde van de respondenten werkt voor de WIA/WGA populatie, eveneens een derde Wajong, een kwart WAO, 12% WIA/IVA en 60% Vangnet (ZW-arbo). De doelgroepen IVA, WGA en WAO komen altijd in combinatie met andere doelgroepen voor en worden om deze reden niet apart behandeld. De doelgroep ZW-arbo komt het minst in combinatie met andere doelgroepen voor. Professionals die de Wajong-doelgroep bedienen, bedienen ook vaak de doelgroepen WAO of WGA. Van alle respondenten heeft 70 procent één doelgroep ingevuld, 6 procent twee, 15 procent drie en 8 procent heeft met vier of vijf doelgroepen te maken.

Op basis van de antwoorden is een verdeling gemaakt naar de volgende doelgroepen:

- WIA/WAO/Wajong: 46%
- ZW-Arbo/Vangnet: 54%

Vragenlijst

Testfase

Een conceptversie van de vragenlijst voor klantmanagers en voor arbeidsdeskundigen en verzekeringsartsen, is voorgelegd aan een aantal professionals om te testen. Op basis van de antwoorden is gekeken naar consistentie met de antwoorden die de professionals via de interviews hadden gegeven. Na de testfase zijn beide vragenlijsten aangepast en definitief vastgesteld.

Samenwerking

Aspecten van samenwerking die uitgevraagd zijn in de vragenlijst zijn:

- Type zorgprofessional waarmee wordt samengewerkt (huisarts, arbo-arts, psycholoog, SPV'er, GGZ-psycholoog, GGD-professional);
- Inhoud van de samenwerking (doorverwijzen, overdragen, terugkoppelen of overleggen, afstemmen over trajecten, afstemmen over participatiedoelen);
- Vorm van de samenwerking (geen contact, eenmalig of zeer incidenteel contact; regelmatig bilateraal contact, regelmatig contact via een centraal contactpersoon (regisseur), contact in een multidisciplinair team);
- Frequentie van de samenwerking (wekelijks, maandelijks, eens per kwartaal, minder dan eens per kwartaal, jaarlijks);
- Aantal klanten met psychische problemen waarvoor wordt samengewerkt.

Dienstverlening

Aspecten van dienstverlening die uitgevraagd zijn:

- De kwaliteit van de diagnose; gebaseerd op een diagnose-instrument (een (digitaal) programma, vragenlijst, checklist of handleiding); registratie van het al dan niet aanwezig zijn van psychische problemen in het klantdossier;
- Aanwezigheid gemeenschappelijk gedeeld digitaal klantdossier;
- Mate waarin trajecten zijn afgestemd op gesignaleerde gezondheidsbelemmeringen en participatiemogelijkheden;
- Mate waarin klant wordt betrokken bij opstellen van plan van aanpak voor activering en participatie;
- Klant wordt gemotiveerd de eigen dienstverlening tot stand te brengen en hieraan mee te werken;
- Sprake van wachttijden tussen verschillende trajecten (sluitende aanpak);

Methoden en Technieken

Bronnen

De bronnen voor het kwantitatieve onderzoek bestaan uit de ingevulde vragenlijsten. Het betreft zodoende zelfevaluatie van de respondenten. Deze hebben gerapporteerd hoe, hoe vaak en in welke vorm zij samenwerken met zorgprofessionals en hoe zij hun dienstverlening vormgeven. Door deze manier van vragen moet bij de interpretatie rekening worden gehouden met sociaal wenselijke antwoorden. De uitspraken van de inspectie op grond van deze data gaan over gerapporteerde samenwerking en gerapporteerde dienstverlening en niet over door de inspectie geverifieerde feiten over samenwerking en dienstverlening.

Analysemethoden

Een belangrijk deel van de analyse is beschrijvend van aard en geeft percentages van klantmanagers, arbeidsdeskundigen en verzekeringsartsen waar bepaalde kenmerken voor gelden, zoals bijvoorbeeld dat 17% van de klantmanagers alleen eenmalige of zeer incidentele contacten heeft met zorgprofessionals. Over de betrouwbaarheid van de dergelijke uitkomsten geldt het volgende:

- een schatting van 10% heeft een marge van 7% (+ en -);
- een schatting van 30% een marge van 11%;
- een schatting van 50% een marge van 13%

bij een betrouwbaarheid van 95%. Ofwel, als we in de steekproef vaststellen dat 28% van de klantmanagers regelmatig contact heeft met zorgprofessionals, dan loopt het 95%-betrouwbaarheidsinterval van die schatting ongeveer van 17% tot 39%.

Schaalconstructie

Gevraagd naar de frequentie van samenwerking met verschillende professionals, is bij zowel gemeenten als UWV een schaal geconstrueerd ('frequentie van de samenwerking' Cronbach's $\alpha = .72$ (gemeente) en $.91$ (uwv)) waarin de volgende professionals zijn opgenomen:

- Huisarts
- Vrijgevestigde psycholoog
- Sociaal psychiatrisch verpleegkundige (spv)
- GGZ psycholoog
- GGZ psychiater
- GGD professional (alleen gemeente)

Deze variabelen zijn geselecteerd aan de hand van een Principale Componentenanalyse (PCA), waarin alle variabelen met betrekking tot inhoud, vorm en frequentie van samenwerking zijn opgenomen. Hieruit kwam naar voren dat de variabelen met betrekking tot frequentie een hoge lading hadden op dezelfde component.

Arbo-arts is niet opgenomen omdat dit zou leiden tot een minder betrouwbare schaal. Wanneer een W&I professional wekelijks contact heeft met elk van de in de schaal opgenomen professionals, wordt de maximale schaalscore behaald (bij gemeenten 24, bij uwv 20).

Gemiddeld is door de klantmanagers score 6,3 behaald, van 4 klantmanagers die geen contact hebben gehad met welke professional dan ook (score 0), tot één klantmanager die score 17 heeft gehaald, door maandelijks contact met vijf professionals en daarbij eens per kwartaal met een zesde professional.

Gemiddeld is door arbeidsdeskundigen en verzekeringsartsen score 5,9 behaald. Twaalf respondenten hebben geen contact gehad met welke professional dan ook (score 0), twee professionals hebben de maximale score behaald.

Regressie-analyse

Om een indicatie te krijgen van de samenhang tussen verschillende vormen van samenwerking en dienstverlening, zijn verschillende (logistische) regressie-analyses uitgevoerd. Hierin is steeds gecorrigeerd voor de volgende variabelen:

- Omvang van de caseload
- Aantal of percentage klanten met psychische problemen in de caseload
- Aantal klanten met ontheffing (alleen gemeenten)
- Aantal of percentage klanten bemiddelbaar richting de arbeidsmarkt

Afhankelijke variabelen:

- Aantal of percentage klanten met psychische problemen op activeringstraject
- Mate waarin sprake is van participatiedoel
- Mate waarin participatiedoelen met de klant worden besproken
- Mate waarin klanten met psychische problemen worden betrokken bij het opstellen van een participatieplan
- Mate waarin klanten met psychische problemen worden gestimuleerd mee te werken aan de eigen dienstverlening
- Mate waarin in de diagnosefase een inschatting wordt gemaakt van psychische problematiek
- Mate waarin direct na de diagnose een passend aanbod wordt gedaan

Onafhankelijk variabelen (factoren):

- Frequentie van samenwerking (volgens geconstrueerde schaal)
- Inhoud van structureel (meer dan eenmalig of incidenteel) contact
- Mate van voorkomen van verschillende samenwerkingsvormen (bilateraal, via contactpersoon, multidisciplinair team)
- Regiehouder

Bij de analyse van UWV-gegevens zijn alle analyses voor de totale groep ook apart uitgevoerd voor verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen en uitgesplitst naar de doelgroep die de professional bedient. Waar sprake is van significante verschillen zijn deze in de tekst vermeld.