



> Retouradres Postbus 320, 1110 AH Diemen

Aan de Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag

0530.2016104875

Datum 30 augustus 2016
Betreft Duidingsverzoek (arbeids)participatie GGZ

Geachte mevrouw Schippers,

Wonen in de wijk, relaties en vriendschappen aangaan, sporten, naar het buurthuis gaan en werken zijn belangrijke onderdelen van participatie. Voor mensen met psychische problemen kan het nodig zijn hen te ondersteunen bij de participatie. Een groot deel van deze begeleiding behoort tot het sociaal domein, maar ook in de geneeskundige ggz bevorderen de zorgprofessionals de participatie van hun cliënten. Deze duiding beantwoordt de volgende vragen op het duidingsverzoek, dat wij op 28 mei 2015 van u ontvingen:

1. In hoeverre is er bij de activiteiten die zorgprofessionals bieden om arbeid of participatie van de cliënt te bevorderen sprake van verzekerde zorg in het kader van de Zorgverzekeringswet (Zvw)? Welke zorg en interventies betreffende arbeid en participatie houden verband met geneeskundige zorg die verzekerd is binnen de Zvw en kunnen daardoor onder de basisverzekering vallen? Wat is de ruimte voor zorgverleners om arbeidsparticipatie te bevorderen binnen de grenzen van de basisverzekering?
2. Welke activiteiten die zorgprofessionals plegen tot het bevorderen van arbeid of participatie van de cliënt behoren tot een ander domein (publiek/privaat of werkgever)?
3. Sluit de zorgverzekeringswet goed aan op andere systemen op dit gebied (Wmo, Participatiewet, Wwz, Zvw)? Met andere woorden, doet zich dubbele aanspraak voor? Of is er juist sprake van blinde vlekken en zo ja, op welke terreinen?

In ons rapport geven we aan dat in de GGZ aandacht bestaat voor alle vormen van herstel: klinisch, functioneel, maatschappelijk en persoonlijk. We concluderen dat het tot goede zorg behoort om rekening te houden met de situatie van de cliënt en met factoren die herstel van de stoornis bevorderen of belemmeren. De sociale omstandigheden van een cliënt zoals relatie, gezinssituatie, huisvesting, financiële situatie, hobby's, maar ook werk, zullen voor de cliënt centraal staan bij het bepalen van de behandeldoelen. Het hoort dan ook bij de zorg zoals huisartsen, psychiaters, klinisch psychologen en verpleegkundigen die plegen te bieden om deze sociale omstandigheden te betrekken in het behandelplan. Het

Zorginstituut Nederland
Pakket

Eekholt 4
1112 XH Diemen
Postbus 320
1110 AH Diemen
www.zorginstituutnederland.nl
info@zinl.nl

T +31 (0)20 797 89 59

Contactpersoon

Zaaknummer
2015016327

Onze referentie
2016104875

Uw referentie
766386- 13 65 10-CZ

Uw brief van
28 mei 2015

Bijlage
Rapport / Bevorderen van
participatie van cliënten met
een psychische stoornis

behoort niet tot het werk van de zorgprofessionals om de sociale omstandigheden van de cliënt te (helpen) verbeteren; begeleiding naar woning, werk, sport en relaties behoort tot het participatiedomein.

Zorginstituut Nederland
Pakket

Datum
30 augustus 2016

Onze referentie
2016104875

De geconsulteerde partijen herkennen dit, maar geven aan dat in de praktijk nog veel mis gaat in de afstemming tussen professionals uit de verschillende domeinen. Daarom hebben we in het rapport uitgelegd dat afstemming met andere professionals ook tot het werk van zorgprofessionals behoort – zoals dat ook van andere welzijnsprofessionals verwacht mag worden – en dat casemanagement toegepast kan worden als eenvoudige middelen om tot afstemming te komen, tekort schieten. Daarbij is het wel van belang om goede afspraken te maken over de verdeling van verantwoordelijkheden.

Daarnaast onderzoeken we in het rapport of zorgprofessionals ook zorg leveren die niet onder het domein van de Zorgverzekeringswet valt. We gaan in op de afbakening tussen de Zvw en de Wet verbetering poortwachter bij werkgerelateerde klachten zoals burn-out, op aanpassingsstoornissen en psychosociale zorg bij ernstige medische aandoeningen. We beschouwen onze standpunten over casemanagement en burnout als een herbevestiging van eerdere standpunten van het Zorginstituut^{1,2}.

In het kader van deze duiding hebben we ook de interventie Individuele Plaatsing en Steun beoordeeld. We concluderen dat het toeleiden naar werk zoals dat bij IPS gebeurt niet tot de Zvw behoort, maar dat zorgprofessionals wel een bijdrage kunnen leveren aan het slagen van interventies als IPS, door motiverende gesprekken te voeren, de behandeling aan te passen aan de werk(zoek)ende situatie van de cliënt en door af te stemmen (eventueel in de vorm van casemanagement) met de IPS-trajectbegeleiders. In de aanloop naar/beginfase van IPS zijn het geneeskundig doel (functioneel herstel) en de motivering van de cliënt voor IPS dusdanig verweven, dat we dit tot geneeskundige zorg rekenen wanneer dit door een zorgprofessional geleverd wordt als onderdeel van het behandelplan. Deze uitleg van de geneeskundige zorg als bijdrage aan IPS geldt vanaf heden.

We bevelen wel aan om nader onderzoek te doen naar de effectiviteit van IPS voor het psychisch welbevinden en zorggebruik van mensen met ernstige psychische aandoeningen. Ook de kosteneffectiviteit van IPS verdient nader onderzoek, omdat in de studies tot nu toe de besparingen op uitkeringen niet meegerekend zijn. Mogelijk kan dit betrokken worden in het onderzoek dat gepland is in het kader van de subsidieregeling van UWV.

Op uw derde vraag over de aansluiting van de domeinen, zijn een formeel-juridisch en een feitelijk antwoord mogelijk. Formeel is het namelijk zo dat geen lacunes of overlap bestaan in de regelgeving; zoals hierboven vermeld, is het wel nodig dat de professionals uit de verschillende domeinen met elkaar samenwerken. Zowel op beleids- als uitvoeringsniveau is dit nog niet overal goed geregeld. We hebben de genoemde signalen over samenwerking samengevat in hoofdstuk 7 en doen een aantal aanbevelingen om dit te verbeteren.

¹ Standpunt Casemanagement – 2011

² Rapporten Geneeskundige GGZ (deel 1 - 2012) en (deel 2 - 2013)

De kern van dit vraagstuk concentreert zich rond de samenwerking tussen partijen: in de praktijk en op beleidsniveau zijn goede afspraken nodig om mensen met psychische problemen te helpen naar wens te participeren. We hopen dat uw Ministerie, het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid en betrokken partijen, zich hiervoor zullen inspannen in het belang van de cliënten en de samenleving.

Hoogachtend,

mw. H.B.M. Grobbink CCMM
Plv. Voorzitter Raad van Bestuur

Zorginstituut Nederland
Pakket

Datum
30 augustus 2016

Onze referentie
2016104875

In afschrift aan
De Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, L.F. Asscher



Zorginstituut Nederland

Bevorderen van participatie van cliënten met een psychische stoornis

Datum	29 augustus 2016
Status	Vastgesteld

Colofon

Volgnummer 2016033252

Contactpersoon

Auteurs

Afdeling Sector Zorg

Uitgebracht aan Minister van VWS

Inhoud

Colofon—1

Samenvatting—7

Inleiding—13

- 1.1 Aanleiding—13
- 1.2 Vraagstelling en duiding—13
- 1.3 Psychische aandoeningen en participatie—14
- 1.4 Goede zorg vergt een integrale benadering—15
- 1.5 Domeinen—16
- 1.6 Toelichting plan van aanpak—17
- 1.7 Leeswijzer—18
- 1.8 Dankwoord—19

2 (Arbeids)participatie—21

- 2.1 Participatie—21
- 2.2 Herstelondersteunende zorg—21
- 2.3 Positieve gezondheid en herstel—22
- 2.4 De ICF-benadering—23
- 2.5 Herstel en wettelijke domeinen—23
- 2.6 Effect van werk op psychische aandoeningen—24

3 Wettelijke domeinen—27

- 3.1 Algemeen—27
- 3.2 Wettelijke domeinen—27
 - 3.2.1 Domein werknemersverzekeringen (UWV)—27
 - 3.2.2 Gemeentelijk domein—28
 - 3.2.3 Zorgdomein—29
- 3.3 Domein Zorgverzekeringswet—29
 - 3.3.1 Wettelijke criteria—30
 - 3.3.2 Uitsluitingen—30
 - 3.3.3 Conclusie—31

4 Toetsing aan de Zorgverzekeringswet—33

- 4.1 Algemeen—33
- 4.2 Geneeskundige zorg—33
- 4.3 Beroepsgroepen—34
 - 4.3.1 Zorg zoals huisartsen die plegen te bieden—34
 - 4.3.2 Zorg die een psychiater pleegt te bieden—35
 - 4.3.3 Zorg zoals klinisch psychologen plegen te bieden—35
 - 4.3.4 Zorg zoals verpleegkundigen plegen te bieden—36
- 4.4 Professionele standaarden—37
 - 4.4.1 Richtlijn 'Eén lijn in de eerste lijn bij overspanning en burn-out'—37
 - 4.4.2 Richtlijn 'Werk en psychische klachten'—38
 - 4.4.3 Richtlijn Handelen van de bedrijfsarts bij werkenden met psychische problemen—39
 - 4.4.4 Module Depressie en Arbeid—39
 - 4.4.5 Module Arbeid 1.0; begeleiding rondom arbeidsparticipatie van chronisch zieken—40
 - 4.4.6 Multidisciplinaire richtlijn werk en ernstige psychische aandoeningen—40
 - 4.4.7 Handboek FACT—41
 - 4.4.8 Zorgstandaarden en generieke modules in ontwikkeling—42
 - 4.4.8.1 Generieke module Arbeid als medicijn—42

4.4.8.2	Generieke module Ernstige Psychische Aandoeningen (EPA)—42
4.4.8.3	Diagnostiek en behandeling van psychische klachten in de huisartsenpraktijk—42
4.4.8.4	Generieke module herstelondersteunende zorg—42
4.4.8.5	Generieke module dagbesteding—42
4.4.8.6	Zorgstandaard Aanpassingsstoornissen—43
4.5	Casemanagement en 'plegen te bieden' ³⁵ —43
4.5.1	Plegen te bieden—43
4.5.2	Casemanagement versus regiebehandelaarschap—44
4.6	Conclusie—45

5 Geen, of deels Zvw en andere domeinen—47

5.1	Verschillende situaties—47
5.1.1	Werkgerelateerde klachten—47
5.1.2	Aanpassingsstoornissen versus psychosociale zorg—47
5.1.3	Individuele Plaatsing en Steun (IPS)—48
5.2	Interventies die wettelijk zijn uitgesloten—48
5.2.1	Pakketmaatregelen—48
5.2.2	Psychische klachten ^{48,49} —49
5.3	Behandeling van werkgerelateerde klachten—50
5.3.1	Overspanning en burn-out—50
5.3.2	Prevalentie en Incidentie ⁹ —51
5.3.3	DSM-classificatie—51
5.3.4	Afbakening Zorgverzekeringswet – Wet Verbetering Poortwachter—53
5.3.5	Conclusie—55
5.4	Aanpassingsstoornis versus psychosociale zorg bij ernstige somatische aandoeningen—55
5.4.1	Relatie psychosociale zorg en arbeidsre-integratie—55
5.4.2	Rapport 'Psychosociale zorg bij ingrijpende somatische aandoeningen'—55
5.4.3	Aanpassingsstoornissen—56
5.4.4	Recente ontwikkelingen—57

6 Individuele Plaatsing en Steun—59

6.1	Wat is Individuele Plaatsing en Steun (IPS)—59
6.2	Doelgroep IPS—60
6.3	IPS; door wie en hoe—60
6.3.1	Algemeen—60
6.3.2	IPS-trajectbegeleiders ⁵⁹ —60
6.3.3	Modelgetrouwe IPS ⁵⁷ —61
6.3.4	Conclusie geneeskundige zorg en plegen te bieden—63
6.4	Effecten van IPS—65
6.4.1	Literatuurstudie—65
6.4.2	IPS als Erkende interventie—66
6.4.3	Kosteneffectiviteit IPS—66
6.5	Conclusie IPS—67
6.6	Budget Impact Analyse—68

7 Aansluiting tussen wettelijke domeinen—71

7.1	Algemeen—71
7.2	Signalen uit de literatuur—71
7.2.1	CPB-rapport 'Kansrijk arbeidsmarktbeleid (deel 2)'—71
7.2.1.1	Dienstverlening WW—72
7.2.1.2	Re-integratie arbeidsgehandicapten—73
7.2.2	SER-rapport 'Werk van belang voor iedereen'—73
7.2.3	Rapport Erasmus MC—74
7.3	Signalen uit de gesprekken—75

7.3.1	Financiële prikkels en financiële ruimte gemeenten—75
7.3.2	Aanspraken versus voorzieningen—76
7.3.3	Dienstverlening UWV—76
7.3.4	Wachlijsten in de gespecialiseerde GGZ—76
7.3.5	Coördinatie over domeinen—77
7.3.6	Aanpassingsstoornissen uitgesloten van geneeskundige GGZ.—77
7.3.7	Eigen risico—77
7.3.8	Wet Verbetering Poortwachter—77
7.3.9	Zelfstandigen Zonder Personeel—77
7.3.10	Stigma—77
7.4	Voorbeelden van kansrijke projecten—78
7.5	Conclusie—78

8 Beantwoording vragen minister VWS—81

8.1	Vragen—81
8.2	Beantwoording deelvragen—81
8.2.1	Eerste deelvraag—81
8.2.2	Tweede deelvraag—82
8.2.3	Derde deelvraag—84

9 Reacties belanghebbende partijen—85

9.1	Bestuurlijke consultatie—85
9.1.1	Het gebruik van de vormen van herstel—85
9.1.2	Effect van werk op maatschappelijk herstel—85
9.1.3	Casemanagement—86
9.1.4	Individuele Plaatsing en Steun—86
9.1.5	Wettelijke uitsluitingen—87
9.1.6	Overige opmerkingen—88

10 Conclusies en aanbevelingen—89

10.1	Conclusies—89
10.2	Aanbevelingen—90
10.2.1	Opvolging aanbevelingen—91

11 Besluit—93

Bijlagen

- 1 - Verzoek Minister van VWS d.d. 28 mei 2015
- 2 - Historisch perspectief
- 3 - Overzicht verschillende doelgroepen
- 4 - Literatuurstudie Effecten IPS bij EPA
- 5 - Tabel – vergelijking IPS en RA
- 6 - Reacties partijen op de bestuurlijke consultatie

Samenvatting

Is het de taak van zorgprofessionals om hun cliënten te begeleiden naar sport, een woning, werk of hun cliënten te ondersteunen bij het sluiten van vriendschappen? En behoort dit soort zorg tot het verzekerde pakket die vergoed wordt uit de Zorgverzekeringswet? Over deze en aanverwante vragen geven we in deze duiding meer duidelijkheid.

Directe aanleiding voor dit rapport is het verzoek van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 28 mei 2015. Daarin vraagt zij ons uit te leggen welke activiteiten en/of interventies ter bevordering van participatie onder welk financieringsregime vallen. Wanneer is sprake van verzekerde zorg op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw), wanneer is sprake van andere financiering en hoe sluiten systemen op elkaar aan?

Ter beantwoording van de vragen van de minister hebben wij verschillende situaties met meer of minder ernstige psychische problematiek tegen het licht gehouden. We hebben hierbij beoordeeld hoever de Zvw reikt en welke activiteiten tot een ander wettelijk domein behoren als het gaat om het bevorderen van participatie.

Herstel en geneeskundige zorg

In de geneeskundige GGZ werken cliënten en professionals volgens de herstelbenadering. Een cliënt streeft uiteindelijk naar een optimale kwaliteit van leven, blijkend uit:

- persoonlijk herstel (de cliënt heeft een nieuwe balans in het leven gevonden en kan de psychische aandoening daar een plaats in geven) en uit;
- maatschappelijk herstel (de cliënt heeft een eigen plek in de maatschappij gevonden: in een geschikte woning, met zinvolle sociale contacten en werk).

Om persoonlijk en maatschappelijk herstel te bereiken, is klinisch en functioneel herstel nodig: klinisch herstel richt zich op het verminderen van de symptomen van de psychische aandoening, functioneel herstel op het verbeteren van het lichamelijk, psychisch en sociaal-cultureel functioneren. De verschillende vormen van herstel beïnvloeden elkaar.

Wij hebben geconcludeerd dat de geneeskundige zorg die zorgprofessionals in de Zvw bieden, zich concentreert op klinisch en functioneel herstel. Bij het bieden van die geneeskundige zorg behoort het tot goede zorg om *rekening te houden met* de persoonlijke situatie van de cliënt en met factoren die persoonlijk en maatschappelijk herstel bevorderen of belemmeren. De doelstellingen die de cliënt heeft op het gebied van persoonlijk en maatschappelijk herstel, geven mede richting aan de zorg voor het klinisch en functioneel herstel. In het kader van de zorg zoals psychiaters, klinisch psychologen en verpleegkundigen plegen te bieden, zal deze zorgbehoefte daarom in beeld worden gebracht. Aandacht voor de sociale omstandigheden van een cliënt zoals relatie, gezinssituatie, huisvesting, financiële situatie, hobby's en werk hoort dus bij de zorg zoals huisartsen, psychiaters, klinisch psychologen en verpleegkundigen die plegen te bieden.

Activiteiten die het maatschappelijk herstel bevorderen, kunnen dus tot het domein van de Zvw behoren – immers aspecten van maatschappelijk herstel zullen worden betrokken in het behandelplan – maar behoren vooral ook tot andere domeinen. Activiteiten die zich richten op het vinden van werk of begeleiding op het werk passen niet binnen de definitie van geneeskundige zorg en behoren niet tot het erkende arsenaal van activiteiten die zorgprofessionals plegen te bieden. Hetzelfde

geldt voor andere vormen van participatie: het behoort niet tot geneeskundige zorg om (bijvoorbeeld) cliënten te helpen een sportclub of een passende (vervolg)opleiding te vinden. Dit zijn begeleidende activiteiten gericht op participatie. Het uitvoeren van deze activiteiten gaat verder dan 'het rekening houden met' de situatie van de cliënt. Afhankelijk van de persoonlijke situatie van de cliënt behoren deze activiteiten tot het domein van de Wmo, Participatiewet, Wet Verbetering Poortwachter of het domein van de werknemersverzekeringen (UWV). In het rapport beschrijven we de doelgroepen en doelstellingen van deze verschillende wettelijke domeinen.

Soms is het niet alleen nodig om rekening te houden met die sociale omstandigheden van de cliënt, maar is afstemming met professionals uit het sociaal domein nodig. Als eenvoudige middelen om tot afstemming tussen de verschillende domeinen te komen, tekortschieten en een (pro)actieve benadering nodig is, kan casemanagement aan de orde zijn. Een van de kernfuncties van casemanagement is de verschillende domeinen met elkaar te verbinden en af te stemmen zodat een integraal en op maat gesneden aanbod ontstaat. Casemanagement behoort tot het domein van de Zvw als de primaire zorgvraag geneeskundig van aard is. Het gaat om zorg zoals huisartsen, medisch specialisten, klinisch psychologen en verpleegkundigen die plegen te bieden. In de psychiatrische zorg zal casemanagement onder de verantwoordelijkheid van de regiebehandelaar vallen, maar kan door een andere zorgverlener van het multidisciplinaire team worden geboden. Het feit dat een bepaalde op participatie gerichte vorm van zorg of dienst noodzakelijk is om een integraal aanbod en een verantwoorde zorgsituatie te realiseren, maakt echter niet dat die zorg of dienst *zelf* onder de Zvw valt.

Kern is dat de ruimte die zorgverleners binnen de Zvw hebben om (arbeids)participatie te bevorderen, beperkt is tot diagnostiek en behandeling, waarbij de sociale omstandigheden van de cliënt centraal staan bij het bepalen van de behandeldoelen en indien nodig het coördineren van zorg als deze domeinoverstijgend is (casemanagement).

Activiteiten en interventies op het grensvlak van wettelijke domeinen

Om de vragen van de minister te beantwoorden gaan we in deze duiding specifiek in op activiteiten die zich op het grensvlak van meerdere wettelijke domeinen bevinden.

Individuele Plaatsing en Steun

Individuele Plaatsing en Steun (IPS) is een interventie om mensen met ernstige psychische aandoeningen te ondersteunen bij het vinden van werk. Uit de literatuurstudie die we hebben verricht naar de bijdrage van IPS aan het klinisch en functioneel herstel kwam naar voren dat IPS effectief is voor het vinden en (in mindere mate) behouden van werk, maar dat het niet effectiever is dan andere rehabilitatie-interventies voor het klinisch en functioneel herstel. IPS leidt noch tot een grotere toename, noch tot een verslechtering in psychische gezondheid, zelfwaardering of kwaliteit van leven dan andere interventies ter bevordering van de arbeidsparticipatie. Voor de meeste cliënten die – ongeacht de interventie – wel werk vonden, geldt dat zij iets betere gezondheidssuitkomsten hebben dan de cliënten die geen werk vonden. Of cliënten die werken, zonder zijn, of dat gezondere cliënten het werk beter volhouden, is niet bekend.

De interventie onderscheidt zich van andere interventies, doordat de cliënt eerst begeleid wordt naar werk, om vervolgens op de werkplek de benodigde vaardigheden aan te leren (*first place then train*). De activiteiten die in het kader van IPS worden geboden, richten zich voornamelijk op het vinden van een geschikte

vacature, het toeleiden naar betaald werk en begeleiding op het werk. Deze activiteiten behoren niet tot het arsenaal van activiteiten die zorgprofessionals in het kader van geneeskundige zorg plegen te bieden.

Het behoort echter wel tot goede geneeskundige zorg om *rekening te houden* met de situatie van de cliënt en met factoren die herstel van de stoornis bevorderen of belemmeren; aandacht voor arbeidsparticipatie hoort hier ook bij. Ook behoort het tot goede zorg om vanuit de geneeskundige zorg bij te dragen aan het slagen van interventies gericht op participatie, bijvoorbeeld door middel van motiverende en inzichtgevende gesprekken. Dit geldt echter niet voor het bemiddelen naar arbeid en het begeleiden van de cliënt naar en op het werk. Wel is het cruciaal dat de IPS-trajectbegeleider deel uitmaakt van het multidisciplinaire team waar ook de behandelaren deel van uitmaken, zodat de geneeskundige zorg en zorgbehoefte voortvloeiend uit het werk direct op elkaar afgestemd worden.

Formeel start IPS als de cliënt gemotiveerd is voor werk. In de praktijk lopen de geneeskundige zorg en de start van IPS door elkaar heen. Uit de eerste ervaringen met werk kan blijken dat de cliënt nog bepaalde vaardigheden moet aanleren om te kunnen functioneren op het werk; hier kan de behandeling aan bijdragen. Gezien de verwevenheid van IPS met het geneeskundig doel in de eerste fase van de interventie kan dit geneeskundige deel van de (aanloop naar de) interventie tot de Zvw gerekend worden. Er moet dan wel sprake zijn van geneeskundige zorg: zorg die deel uitmaakt van het behandelplan en behoort tot hetgeen psychiaters, klinisch psychologen en/of verpleegkundigen die plegen te bieden. Door deze aansluiting te maken tussen de geneeskundige zorg en arbeidstoeleiding beogen we het toeleiden naar het feitelijke IPS-traject binnen UWV en gemeentelijk domein te waarborgen. Over de wijze waarop de interventie IPS (de bijdrage vanuit geneeskundige zorg en de feitelijke arbeidstoeleiding) gefinancierd wordt, dienen gemeenten, UWV en zorgverzekeraars afspraken te maken.

Werkgerelateerde problemen

De behandeling van werkgerelateerde problemen is uitgezonderd van de te verzekeren prestaties van de Zorgverzekeringswet. Wij gaan ervan dat deze uitsluiting betrekking heeft op behandeling in de geneeskundige GGZ en niet op huisartsenzorg. Het uitsluiten van hulp bij problemen op het werk is van belang in het kader van de afbakening van de Zvw met de Wet Verbetering Poortwachter.

Werk is lang niet altijd (alleen) de oorzaak van een burn-out. Toch is bij driekwart van de psychische beroepsziekten sprake van overspanning of burn-out. Patiënten met overspanning of burn-out komen in eerste instantie bij de huisarts of bedrijfsarts. Meestal is het geven van voorlichting en perspectief in combinatie met een actief volgend beleid voldoende en is verwijzing naar de psycholoog niet nodig. Indien wel wordt besloten een patiënt door te verwijzen naar de geneeskundige GGZ is vergoeding van die behandeling ten laste van de Zvw niet mogelijk, tenzij sprake is van (een vermoeden van) een psychische stoornis. Indien werkgerelateerde problemen zoals een burn-out worden behandeld binnen de geneeskundige GGZ, dan zijn de kosten van de behandeling voor rekening van de werkgever of voor eigen rekening.

Psychosociale zorg bij ernstige somatische aandoeningen

Psychosociale zorg is een onlosmakelijk onderdeel van de behandeling van een ernstige somatische aandoening, ook wat betreft de financiering. De veronderstelling is dat tijdige en juiste psychosociale zorg de kwaliteit van leven kan verbeteren, maatschappelijke participatie kan verhogen, arbeidsre-integratie kan versnellen en medische overconsumptie kan helpen voorkomen.

Nadat het somatisch behandeltraject is afgerond, ligt de verantwoordelijkheid voor de patiënt bij de huisarts. Valt behandeling van de klachten buiten het competentiegebied van de huisarts, bijvoorbeeld omdat sprake is van een psychische stoornis, dan wordt verwezen naar de geneeskundige GGZ. Als sprake is van een aanpassingsstoornis, dan kan deze zorg niet worden vergoed vanuit de Zvw, vanwege de wettelijke uitsluiting van de behandeling van aanpassingsstoornissen. De kosten van deze behandeling zijn dan voor eigen rekening van de cliënt.

In de tweede helft van 2016 zullen wij aan de slag gaan met de vraag of de nieuwe productstructuur van de NZa, die uitgaat van zorgvraagzwaarte, handvatten biedt voor het duiden van de aanspraken in het kader van de geneeskundige GGZ. De problematiek rond de uitsluiting van aanpassingsstoornissen zal in dat verband opnieuw worden bekeken.

Geen witten vlekken in de regels, wel in de praktijk

De Zorgverzekeringswet en andere wetten in het sociale domein hebben ieder een eigen doelstelling en doelgroep. We hebben in de regelgeving geen lacunes ontdekt; alle zorg en ondersteuning voor mensen met psychische problemen om te participeren is formeel goed belegd. Wel kan er een leemte zijn als de behoefte aan zorg verder reikt dan de huisarts kan bieden, zonder dat er al aanspraak is op geneeskundige GGZ.

Tijdens het schrijven van dit rapport hebben wij echter veel signalen gehoord over de aansluiting tussen zorg en (sociale) ondersteuning in de praktijk. Diverse malen werd gemeld dat de ondersteuning bij participatie, vooral die van mensen met ernstige psychische aandoeningen, onvoldoende van de grond komt.

Gemeenten zouden geen prioriteit geven aan deze doelgroep omdat bij gemeenten de nadruk zou liggen op het realiseren van zoveel mogelijk uitstroom uit de uitkering. Gemeenten ervaren daarbij een financiële prikkel om vooral kansrijke mensen aan het werk te helpen. Deze strategie werkt belemmerend voor de arbeidstoeleiding van mensen met ernstige psychische problematiek. De oplossing voor deze problematiek is niet dat zorgverzekeraars meer arbeidsgerelateerde activiteiten voor hun rekening gaan nemen – de Zvw is immers niet bedoeld voor de arbeidstoeleiding – maar dat gemeenten de taken die zij hebben gekregen, goed uitvoeren.

Een ander genoemd probleem is dat een interventie als IPS niet zou passen binnen het instrumentarium van het UWV. Inmiddels is bekend dat het UWV voor de komende vijf jaar een budget ter beschikking heeft gesteld om 2.500 klanten een IPS-traject te kunnen laten volgen. UWV financiert binnen het IPS-traject het deel van re-integratie en jobcoaching. Hiervoor heeft UWV een subsidieregeling opgesteld. Probleem hierbij is dat cliënten van gemeenten geen toegang hebben tot deze subsidieregeling.

Cliënten met ernstige psychische aandoeningen zouden bij de gemeente en UWV onvoldoende of te laat in beeld komen, waardoor hun afstand tot werk steeds groter wordt. Signalen gingen ook over de samenwerking tussen verzekeraars en gemeenten op beleidsniveau en van professionals in praktijk.

Hoewel ondersteuning bij (arbeids)participatie is belegd bij andere wettelijke domeinen dan de Zvw, pleiten enkele partijen toch voor vergoeding van deze activiteiten vanuit de Zvw. De reden hiervoor is dat er binnen de Zvw sprake is van verzekerde zorg die cliënten aanspraken geeft. Zorgverzekeraars hebben een

zorgplicht voor het leveren van deze zorg en verzekerden kunnen er dan ook vanuit gaan dat zij de zorg krijgen. Bij de sociale wetgeving in het gemeentelijk domein is sprake van een voorzieningenplicht. Dit betekent dat de gemeente verantwoordelijk is voor het treffen van een voorziening bijvoorbeeld op het gebied van maatschappelijke ondersteuning. De cliënt heeft echter geen (verzekerd) recht op een bepaalde voorziening. De gemeente stelt beleid vast voor de betreffende wet en dat kan voor iedere gemeente anders zijn. Met andere woorden; de verzekerde is niet verzekerd van een bepaalde voorziening en als deze niet wordt geboden, ontstaat er een prikkel om de zorg vanuit de Zvw te krijgen. Echter, zoals eerder beschreven, kan dit alleen als er sprake is van geneeskundige zorg. De wetgever heeft de verantwoordelijkheid voor activiteiten op het gebied van (arbeids)participatie immers bij de gemeente, het UWV en de werkgever belegd.

Ook hebben we signalen ontvangen dat de samenwerking tussen professionals uit zorg, werk en welzijn in de praktijk niet altijd goed verloopt. Een goede afstemming en samenwerking tussen alle partijen die betrokken zijn bij de zorg aan mensen met psychische problematiek is noodzakelijk om succesvolle (arbeids)participatie mogelijk te maken. Het verdient daarom aanbeveling om op uitvoeringsniveau afspraken te maken over de coördinatie van de zorg en ondersteuning aan de cliënt vanuit de verschillende domeinen. Een goed voorbeeld van een initiatief voor goede samenwerking is de 'Samenwerkingsagenda voor zorg en ondersteuning' die Zorgverzekeraars Nederland en de Vereniging Nederlandse Gemeenten samen opstellen voor de geestelijke gezondheidszorg en maatschappelijke opvang. Mogelijk draagt helderheid over de invulling van casemanagement bij aan de samenwerking.

Aanbevelingen

De minister heeft ons gevraagd of wij mogelijkheden zien om de toeleiding naar arbeid voor mensen met psychische problemen te verbeteren. Hoewel de wetgeving zelf niet aangepast hoeft te worden, geven de praktijksignalen wel aanleiding voor een aantal aanbevelingen om de uitvoeringspraktijk te verbeteren, zoals:

- op uitvoeringsniveau afspraken maken hoe professionals op het gebied van werk, welzijn en zorg hun activiteiten op elkaar afstemmen;
- onderzoeken hoe werkzoekenden met psychische problematiek eerder ontdekt kunnen worden, zodat sneller passende ondersteuning ingezet kan worden;
- de praktijksignalen nader onderzoeken en waar nodig actie op ondernemen;
- tezamen met VNG, UWV en ZN duidelijkheid geven over de wettelijke domeinen;
- onderzoek naar de mogelijkheid de IPS-subsidieregeling te verruimen, zodat ook cliënten van gemeenten daarvan gebruik kunnen maken (analoog aan de subsidieregeling 'Ernstige scholingsbelemmeringen');
- onderzoeken wat de (kosten)effectiviteit van IPS is, waarbij de gezondheidseffecten, zorgkosten en uitkeringskosten betrokken worden in de vraagstelling;
- afspraken tussen UWV, gemeenten en zorgverzekeraars over de vergoeding van een gelimiteerd aantal gesprekken in het kader van (het toeleiden naar) IPS vanuit de Zvw. Om de bekostiging van deze gesprekken mogelijk te maken is het wenselijk dat de NZa onderzoekt of de bekostigingsregels hiervoor moeten worden aangepast.

Tenslotte adviseren wij een technische aanpassing van de regelgeving op het gebied van werk- en relatieproblemen en aanpassingsstoornissen, zodat deze meer in lijn wordt gebracht met de uitvoeringspraktijk. Dit betekent dat de uitsluiting van deze zorg betrekking moet hebben op behandeling in de geneeskundige GGZ en niet – zoals dat nu is vormgegeven – volledig is uitgesloten waardoor huisartsen deze zorg formeel ook niet zouden mogen verlenen.

Budget Impact analyse

We hebben de invloed van deze duiding op het zorgverzekeringsbudget uitgerekend in de vorm van een budget impact analyse met twee scenario's. Wanneer we uitgaan van tenminste 500 nieuwe deelnemers aan IPS per jaar waarvoor UWV subsidie beschikbaar stelt, dan bedragen de kosten voor de Zvw €448.000 per jaar. Wanneer we uitgaan van een verdubbeling van het aantal IPS begeleiders, 12 nieuwe IPS begeleiders per 5 nieuwe organisaties per jaar, een gemiddeld aantal van 8 gesprekken á €112, dan zullen de totale kosten oplopen van 3,7 miljoen euro per jaar in 2017 tot 6,2 miljoen euro per jaar in 2019. Deze financiële effecten hebben geen substantiële invloed op de risicoverevening.

Inleiding

1.1

Aanleiding

Met haar brief van 28 mei 2015 (bijlage 1) vraagt de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) aan Zorginstituut Nederland om een advies over (arbeids)participatie in de geestelijke gezondheidszorg. Het beleid van de staatssecretarissen van SZW en VWS is gericht op het bevorderen van de participatie van mensen met psychische problemen. 20% van de bevolking heeft psychische problemen, waarvan 5% ernstige en 15% lichte of matige problemen. Het overgrote deel van de mensen is prima in staat daarmee te participeren en doet dat ook, soms met begeleiding en ondersteuning. Toch is de participatie van mensen met psychische klachten lager, terwijl uit onderzoek blijkt dat werk of een zinvolle dagbesteding juist de psychische gezondheid bevordert. Een punt dat vaak aan de orde komt, is dat het onduidelijk is welke activiteiten en/of interventies om participatie te bevorderen onder welk financieringsregime vallen.¹

Vanuit de visie dat 'werk het beste medicijn' is, wordt binnen de GGZ (en ook in de somatische zorg) werk en participatie steeds meer onderdeel van het behandelplan. De GGZ professionals stellen samen met de cliënt behandeldoelen op ten aanzien van de symptoombestrijding van de psychische stoornis en ten aanzien van andere levensgebieden, zoals het bevorderen van (arbeids)participatie. Onduidelijkheden in de praktijk ontstaan vooral over de vraag in hoeverre deze integrale behandeling valt binnen de aanspraak van de Zorgverzekeringswet. Wanneer is sprake van verzekerde zorg op grond van de basisverzekering en wanneer is sprake van andere financiering en hoe sluiten systemen op elkaar aan?

De minister wijst in haar brief op de raakvlakken met financiering vanuit andere domeinen, zoals het sociale domein (taken die bij de gemeenten zijn neergelegd in het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en Participatiewet) en het private domein (de verplichtingen die bij werkgevers zijn ondergebracht).

1.2

Vraagstelling en duiding

Dit is de reden geweest voor de Minister van VWS om Zorginstituut Nederland om een duiding te vragen, waarbij zij drie vragen stelt:

1. In hoeverre is er bij de activiteiten die zorgprofessionals bieden om arbeid of participatie van de cliënt te bevorderen sprake van verzekerde zorg in het kader van de Zorgverzekeringswet (Zvw)? Welke zorg en interventies betreffende arbeid en participatie houden verband met geneeskundige zorg die verzekerd is binnen de Zvw en kunnen daardoor onder de basisverzekering vallen? Wat is de ruimte voor zorgverleners om arbeidsparticipatie te bevorderen binnen de grenzen van de basisverzekering?
2. Welke activiteiten die zorgprofessionals plegen tot het bevorderen van arbeid of participatie van de cliënt behoren tot een ander domein (publiek/privaat of werkgever)?
3. Sluit de zorgverzekeringswet goed aan op andere systemen op dit gebied (Wmo, Participatiewet, Wwz, Zvw)? Met andere woorden, doet zich dubbele aanspraak voor? Of is er juist sprake van blinde vlekken en zo ja, op welke terreinen?

Tenslotte vraagt de minister ons of wij opties zien om, binnen de grenzen van de bestaande wettelijke kaders, de aandacht voor werk en participatie in de GGZ evenals de samenwerking met de sector Werk en Inkomen te bevorderen.

¹ Brief Minister VWS d.d. 28 mei 2015 (arbeids)participatie/kenmerk 766386-136510-CZ

1.3

Psychische aandoeningen en participatie

In totaal heeft 43,5% van de volwassen Nederlandse bevolking (18-64 jaar) ooit in het leven een psychische stoornis gehad. Op jaarbasis kampt 18% van de algemene volwassen bevolking met een psychische stoornis. Een derde van deze 18% heeft twee of meer psychische stoornissen.² Veel mensen met psychische aandoeningen ervaren discriminatie vanwege hun psychische aandoening, eenzaamheid, en beperkingen op het gebied van sociale contacten, werk en leren.³

In Nederland zijn ongeveer 160.000 mensen met een ernstige psychische aandoening tussen de 18 en 65 jaar in zorg bij de GGZ (inclusief verslavingszorg en forensische zorg)⁴. Minder dan 20% van hen heeft betaald werk, terwijl dit in de reguliere beroepsbevolking 66% is. De kans op werkloosheid is drie keer zo groot voor mensen met ernstige psychische klachten ten opzichte van de rest van de beroepsbevolking. Ook verzuimen mensen met psychische klachten meer.⁵

Casus Monique⁶

Na een gelukkig huwelijk van bijna 15 jaar is Monique vijf jaar geleden gescheiden. Ze heeft het heel moeilijk gehad met de scheiding. Een gevolg hiervan was dat ze toenemend onzeker werd en depressief. Ze kon niet meer voor zichzelf zorgen en had geen zin meer in het leven. Haar baan als kleuterleidster bij een kinderdagverblijf raakte ze kwijt. Ze is inmiddels al jaren werkloos en heeft een bijstandsuitkering. Ook met haar favoriete sport volleybal is ze gestopt, omdat ze de druk van wedstrijden spelen niet meer aankon. Ze had het idee dat haar teamgenoten achter haar rug over haar praatten en zag iedere aangespeelde bal als een aanval op haar bestaan. De psychiater stelt de diagnose psychotische depressieve stoornis.

In deze periode is ze een aantal keren opgenomen in een psychiatrische instelling. De opnamen waren kortdurend (ongeveer zes weken) en succesvol. Ze knapte snel op, de behandeling was medicamenteus met enkele ondersteunende gesprekken. Twee maanden geleden is ze weer opgenomen in de kliniek. Monique knapt weer snel op, maar anders dan de vorige keren vraagt ze niet om ontslag. Ze ziet op tegen het lege bestaan buiten de kliniek. Dan krijgen haar angsten en verdrietige herinneringen weer vrij spel. Bovendien moet ze thuis weer voldoen aan de sollicitatieplicht; iets waar Monique moedeloos van wordt. Ze heeft een grote stapel afwijzingsbrieven liggen en heeft – hoewel ze het wel zou willen – niet het vertrouwen dat ze ooit weer zal kunnen werken.

Er zijn aanwijzingen dat het hebben van werk (betaald of vrijwillig) kan bijdragen aan het psychisch herstel en dat mensen met een psychische stoornis met werk gelukkiger zijn dan mensen met een psychische stoornis zonder werk. Uit het onderzoek 'Mental Health and Work'⁷ is bijvoorbeeld gebleken dat werk een therapeutische waarde kan hebben, omdat het:

- > structuur biedt;
- > sociaal contact bevordert;
- > een sociale context biedt anders dan het gezin;

² Veerbeek M, Knispel A, Nuijen J. GGZ in tabellen 2013-2014. Utrecht: Trimbos Instituut 2015.

³ Factsheet Panel Psychisch Gezien: maatschappelijke participatie, Trimbos Instituut, 2011.

⁴ Ph. Delespaul en de consensugroep EPA: 'Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland' – Tijdschrift voor psychiatrie 2013-6

⁵ Schaafsma FG, Michon H, Suijkerbuijk Y, Verbeek JH, & Anema JR Kennissynthese 'Arbeid en psychische aandoeningen'. Utrecht Trimbos instituut 2015.

⁶ In deze duiding maken we gebruik van twee casussen: Monique en Simon. Dit zijn fictieve personen. De casussen dienen ter illustratie van de teksten in deze duiding.

⁷ Harnois, Gaston and Gabriel, Phyllis. Mental Health and Work: Impact, Issues and Good Practices. World Health Organization, InFocus Program on Knowledge, Skills and Employability, International Labour Organisation, Geneva, January 2000

> een sociale identiteit geeft (status, positie in de samenleving); en
 > het dagelijks leven helpt in te richten.
 We schrijven dat werk een therapeutische waarde *kan* hebben, omdat werk ook de oorzaak van de psychische klachten kan zijn.

Dit geldt echter niet alleen voor betaald werk; ook vrijwilligerswerk, deelname aan een vereniging of lotgenotencontact zijn vormen van participatie die kunnen bijdragen aan de kwaliteit van leven van mensen met psychische problemen. Zij krijgen bij deze participatie vaak ondersteuning vanuit hun sociale omgeving, de gemeente of zorgverleners en ervaren deze als waardevol.⁸

Casus Simon

Simon is buschauffeur. Hij hecht er erg aan op schema te rijden en bovendien klantvriendelijk te rijden. Dat betekent bijvoorbeeld dat hij pas wegrijdt van de halte, als alle passagiers een plaats hebben gevonden. Simon is er trots op dat hij al vijftien jaar schadevrij rijdt.

Door een recente wijziging in het dienstrooster en het drukker wordende verkeer wordt het steeds moeilijker het schema aan te houden. Simon ervaart hier veel stress van. Hij gaat haastiger rijden, heeft twee keer bijna een botsing gehad en is een keer zo snel opgetrokken, dat een passagier is gevallen. Toen zij hem begon uit te schelden, heeft Simon de bus aan de kant gezet en zich ziek gemeld. De bedrijfsarts vermoedt dat sprake is van een burn-out, hetgeen door een geconsulteerde psycholoog wordt bevestigd.

Jaarlijks melden 80.000 werknemers in Nederland zich langer dan 7 dagen ziek vanwege psychische problemen zoals burn-out. Bij vrouwen vormen psychische problemen de grootste oorzaak van langdurig verzuim van het werk: 41% van het totale verzuim bij vrouwen is gerelateerd aan psychische problemen. Bij mannen is het percentage verzuim in verband met psychische klachten tussen 2010 en 2014 gestegen van 14,6% naar 29,6%. Vooral werknemers tot 45 jaar verzuimen vanwege psychische klachten. Psychische klachten vormen de belangrijkste oorzaak van arbeidsongeschiktheid: liefst 47% van de arbeidsongeschikten is afgekeurd vanwege een psychische stoornis, eventueel in combinatie met andere beperkingen.⁹

Werk of zinvolle dagbesteding kan dus leiden tot psychische problemen, maar het kan ook bijdragen aan het herstel ervan.¹⁰ De laatste jaren is veel gedaan om de kansen van mensen met psychische klachten op de arbeidsmarkt te vergroten; zowel om een baan te vinden, als om deze te behouden. Nieuwe interventies worden ontwikkeld en onderzocht. Die interventies richten zich op het omgaan met de psychische stoornis in de werksituatie.

1.4

Goede zorg vergt een integrale benadering

Zorg voor mensen met psychische problemen richt zich op herstel: het zo veel mogelijk doen verdwijnen van de klachten of het leren omgaan met psychische beperkingen (klinisch en/of functioneel herstel). Het uiteindelijke doel is bij te dragen aan maatschappelijk en persoonlijk herstel van mensen met psychische problemen: het (her)krijgen van een voor de betrokkene belangrijke rol in het gezin en in de maatschappij en het herwinnen van een identiteit.

⁸ Factsheet Panel Psychisch Gezien: Sociale Participatie, Trimbos instituut, 2012.

⁹ <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/functioneren-en-kwaliteit-van-leven/ziekteverzuim-en-arbeidsongeschiktheid/wat-is-de-relatie-met-ziekten-en-aandoeningen/>

¹⁰ Harbers, MM en Hoeymans, N (red), Gezondheid en maatschappelijk participatie. Themaport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014. Bilthoven: RIVM, 2013.

Goede zorg voor mensen met psychische problemen vergt daarom een integrale benadering waarin de cliënt kan werken aan alle vormen van herstel. Zowel de richtlijnen van huisartsen, bedrijfsartsen, psychologen en psychiaters besteden aandacht aan deze integrale benadering. Er zijn zelfs verscheidene richtlijnen die zich specifiek richten op psychische klachten in relatie tot dagbesteding en werk; zowel waar het gaat om psychische klachten die met het werk te maken hebben en daar mogelijk ook zijn ontstaan, als om mensen met psychische stoornissen die aan het werk willen gaan. Daarbij zijn verschillende disciplines betrokken die de cliënt – ieder vanuit de eigen deskundigheid en met gebruikmaking van het eigen arsenaal van interventies – ondersteunen bij klinisch, functioneel, maatschappelijk en persoonlijk herstel. Voor een succesvol herstel is het dan ook van belang dat al die betrokken professionals rekening houden met de activiteiten van andere professionals en deze waar nodig onderling afstemmen. Ook hiervoor is al veel aandacht in de richtlijnen.

1.5

Domeinen

Er zijn in Nederland verschillende domeinen die een rol hebben als het gaat om (arbeids)participatie; het domein van de werknemersverzekeringen (UWV), het gemeentelijk domein en het zorgdomein.

In het nieuwe jeugdstelsel dat per 1 januari 2015 is ingevoerd, valt alle jeugdhulp onder één wet. Hiermee valt de geestelijke gezondheidszorg voor jongeren onder het domein van de Jeugdwet. Ook de ondersteuning bij opvoeding en participatie valt onder de Jeugdwet. Voor jongeren die niet meekomen in het regulier onderwijs is er de Wet Passend Onderwijs. Deze wetten behoren tot het gemeentelijk domein.

De geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (geneeskundige GGZ) voor cliënten ouder dan 18 jaar – ambulant of in een kliniek – behoort tot het domein van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Cliënten die vanwege een psychische stoornis verblijven in een kliniek, krijgen dit de eerste 3 jaar vergoed vanuit de Zvw; daarna wordt dit verblijf met behandeling betaald uit de Wlz, het zogenaamde 'voortgezet GGZ-verblijf'. Daarnaast is de Wlz er voor de zorg en behandeling van mensen die, vanwege een lichamelijke, psychogeriatrische, zintuiglijke of verstandelijke beperking een blijvende behoefte hebben aan permanent toezicht of 24 uur zorg nabij. Voor meer informatie over de wettelijke domeinen voor zorg en ondersteuning aan mensen met een psychische stoornis verwijzen wij naar de handreiking die Zorginstituut Nederland hierover heeft gepubliceerd.¹¹ De Zvw en Wlz behoren tot het zorgdomein.

Re-integratie in het werk is de verantwoordelijkheid van:

- > de werkgever op grond van de Wet Verbetering Poortwachter (Wvp);
- > het Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV) op grond van de verschillende arbeidsongeschiktheidsverzekeringen, zoals Ziektewet en de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (Wet WIA), Wet arbeidsongeschiktheidsvoorziening jonggehandicapten (Wajong (oud)) en de Werkloosheidswet (WW).
- > de gemeente op grond van de Participatiewet of de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Activiteiten gericht op de zelfredzaamheid en participatie van de cliënt opdat hij zo lang mogelijk in zijn eigen leefomgeving kan blijven – waaronder een zinvolle daginvulling en begeleid wonen – behoren eveneens tot het takenpakket van gemeenten in het kader van de Wmo. Deze wetten vallen dus deels onder het domein van de werknemersverzekeringen en deels onder het gemeentelijk domein.

¹¹ De wettelijke domeinen voor zorg en ondersteuning aan mensen met een psychische stoornis, Zorginstituut Nederland, augustus 2015.

Nu interventies zich steeds vaker richten op (arbeids)participatie, het verkrijgen en behouden van (betaald) werk, het omgaan met de gevolgen van een psychische stoornis op het werk dan wel individuele wensen op het gebied van wonen, sociale contacten en dagbesteding, doet zich de vraag voor of (delen van) deze interventies gerekend kunnen worden tot de geneeskundige zorg en dus tot het verzekerde pakket van de Zorgverzekeringswet.

Wanneer de verantwoordelijkheden van de verschillende financiers niet helder zijn, dreigt het gevaar van het afwentelen van verantwoordelijkheden door financiers en het doorschuiven van cliënten tussen financieringskaders (bijvoorbeeld Zvw en Wmo) en vice versa, maar ook dat aanbod niet tot stand komt. Deze duiding beoogt bij te dragen aan de duidelijkheid over de verantwoordelijkheden.

1.6

Toelichting plan van aanpak

Voor het verkrijgen van de benodigde informatie voor deze duiding hebben we de onderstaande aanpak gehanteerd.

Technische consultatie

- Voor het verkrijgen van informatie over participatie en arbeid hebben we verschillende partijen op het gebied van participatie en arbeid mondeling geconsulteerd o.a.:
 - o Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV);
 - o Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG);
 - o Kenniscentrum Phrenos,
 - o Vereniging van leidinggevendenden in het sociaal domein. (Divosa);
 - o Landelijk Cliëntenraad (LCR);
 - o Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB).
- Voor informatie op het gebied van GGZ-zorg en de financiering van deze zorg hebben we gesproken met o.a.:
 - o Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP);
 - o Nederlands Instituut van Psychologen (NIP);
 - o Landelijke Vereniging voor Vrijgevestigde Psychologen en Psychotherapeuten (LVVP);
 - o Landelijk Platform GGZ;
 - o GGZ Nederland;
 - o Zorgverzekeraars;
 - o Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG);
 - o Landelijk Huisartsen Vereniging (LHV).
- Over de voortgang van het project hebben we regelmatig overlegd met het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Inzicht in activiteiten op het gebied van arbeid en participatie

- Voor meer inzicht in de activiteiten die professionals plegen te bieden in het kader van arbeid en participatie hebben we diverse richtlijnen van professionals op dit gebied bestudeerd en bij onze duiding betrokken.
- Voor de vraag of de interventie Individuele Plaatsing en Steun (IPS) effectief is als interventie ter bevordering van herstel – en dus niet alleen op het vinden en behouden van werk – hebben we diverse onderzoeken en studies over IPS bestudeerd.

Wetgeving

Uitgangspunt voor onze duiding is de Zorgverzekeringswet. Het ministerie verzoekt ZIN echter ook om de relatie tussen de Zorgverzekeringswet en andere wetgeving op het gebied van participatie en arbeid te onderzoeken. Voor het beantwoorden van deze vraag hebben we de wetgeving op dit terrein betrokken in onze duiding.

Bestuurlijke Consultatie

Het rapport is voor de bestuurlijke consultatie verzonden aan:

GGZ Nederland, NVGzP, NIP, P3NL, NVvP, NVP, LVVP, LHV, NHG, VenVN SPV, POH GGZ, Ypsilon, Federatie Opvang, Kenniscentrum Phrenos, NPCF, LPGGZ, LCR, Platform Meer GGZ, ZKN, ZN, De Friesland, Achmea, VNG, Divosa, UWV, NVAB, MEE Nederland, Loyalis, Trimbos Instituut, Erasmus MC, VIP Amsterdam Mentrum, NZa, Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ. De reacties van belanghebbende partijen hebben wij als bijlage bij dit rapport gevoegd. Een samenvatting van de reacties is opgenomen in hoofdstuk 9.

Wetenschappelijke Adviesraad (WAR) van Zorginstituut Nederland

De WAR geeft advies over methodologie en inhoudelijke kwaliteit van (o.a.) duidingen van Zorginstituut Nederland. De conceptrapportage is aan de WAR voorgelegd; de reacties uit de bestuurlijke consultatie zijn mondeling toegelicht tijdens de vergadering. De WAR kon zich vinden in de standpunten die in het rapport zijn ingenomen en heeft enkele adviezen gegeven om deze duidelijker te verwoorden. De WAR herkende de benoemde praktijksignalen.

1.7

Leeswijzer

Participatie staat voor meedoen aan het maatschappelijk leven. Om te participeren moet een cliënt met een psychische stoornis een bepaalde mate van herstel bereiken. Daarom hebben we ons in hoofdstuk 2 verdiept in de herstelbenadering. Vervolgens bekijken we in hoeverre de internationale classificatie van het menselijk functioneren (ICF) behulpzaam kan zijn om de verschillende vormen van herstel te rangschikken naar participatiedomeinen. Ook gaan we in op het effect van werk op psychische aandoeningen.

In hoofdstuk 3 brengen we in kaart welke wettelijke kaders gelden voor het ondersteunen van participatie en de zorg voor mensen met psychische problemen. We beschrijven de wettelijke kaders van de domeinen van de werknemersverzekeringen (UWV), het gemeentelijk domein en het zorgdomein. Over het domein van de werknemersverzekeringen en het gemeentelijk domein kunnen wij slechts in globale zin uitspraken doen. Immers, het Zorginstituut heeft de kennis en expertise om de Zorgverzekeringswet en de Wet langdurige zorg te duiden en geen expertise als het gaat om de uitleg van andere wetten.

In hoofdstuk 4 passen we de criteria van de Zorgverzekeringswet toe op de zorg voor mensen met psychische problemen en brengen dit in verband met begeleiding bij (arbeids)participatie. Daartoe gaan we eerst in op de verschillende zorgprofessionals die in de Zvw genoemd worden om vervolgens de richtlijnen te bestuderen. Aan de hand hiervan beantwoorden we de vraag welke activiteiten de relevante beroepsgroepen rekenen tot hun aanvaarde arsenaal van activiteiten. Dit geeft antwoord op de eerste deelvraag van de minister, namelijk welke activiteiten behoren tot het domein van de Zvw.

De tweede deelvraag van de minister gaat over welke activiteiten die zorgprofessionals plegen te bieden ter bevordering van arbeid en participatie tot een ander domein dan de Zvw behoren. Deze vraag bespreken we in hoofdstukken 5 en 6 aan de hand van verschillende situaties. Het gaat dan om situaties waarbij de

afstemming tussen het zorgdomein en andere domeinen een rol speelt. Daarbij kan het gaan om interventies die wettelijk zijn uitgesloten en/of interventies die niet gerekend kunnen worden tot de geneeskundige zorg in het kader van de Zvw. We bespreken tot welke andere wettelijke domeinen deze activiteiten gerekend kunnen worden. Als onderdeel hiervan hebben we één interventie getoetst aan de wettelijke criteria van de Zvw. We hebben gekozen voor Individuele Plaatsing en Steun (IPS) omdat dit een interventie is waarbij geneeskundige zorg, toeleiding en begeleiding naar en op het werk sterk met elkaar verweven zijn. We beoordelen in hoofdstuk 6 in hoeverre IPS behoort tot zorg op grond van de Zvw.

De benodigde integrale benadering vergt samenwerking tussen professionals die betaald worden uit verschillende budgetten. Hoofdstuk 7 beschrijft welke signalen wij uit het veld hebben opgehaald over de mate waarop deze verschillende domeinen de samenwerking bevorderen of belemmeren. Hiermee beantwoorden we de derde deelvraag van de minister.

In hoofdstuk 8 vatten we de antwoorden op de vragen van de minister kort samen. Het conceptrapport is voor bestuurlijke consultatie schriftelijk voorgelegd aan partijen. Een samenvatting van de schriftelijke reacties van partijen volgt in hoofdstuk 9. De minister heeft ons gevraagd welke opties wij zien om de aandacht voor werk en participatie in de GGZ evenals de samenwerking met de sector Werk en Inkomen te bevorderen. In hoofdstuk 10 trekken we conclusies en doen we hiervoor enkele aanbevelingen. Tenslotte formuleert het Zorginstituut zijn besluit in hoofdstuk 11.

1.8

Dankwoord

We danken alle mensen die de tijd en moeite hebben genomen om met ons te spreken over de (arbeids)participatie van mensen met psychische problemen. Zij kwamen uit alle delen van het land en uit verschillende sectoren. Dankzij hun informatie, visie en praktijkvoorbeelden hebben we ons een beeld kunnen vormen van dit ingewikkelde vraagstuk. De inhoud van deze duiding blijft de verantwoordelijkheid van het Zorginstituut, maar had zonder ieders inbreng niet tot stand kunnen komen.

2 (Arbeids)participatie

2.1 Participatie

In de inleiding van dit rapport zijn de vragen opgenomen, die de minister ons heeft gesteld. Uit de formulering van deze vragen blijkt dat het niet alleen gaat om arbeidsparticipatie, maar om participatie in brede zin.

Participatie staat voor meedoen aan het maatschappelijke leven. Daarmee is het een containerbegrip en leent het zich voor uiteenlopende invullingen¹². Die invullingen hebben ook allemaal andere benamingen zoals maatschappelijke participatie, sociale participatie, burgerlijk engagement, sociaal engagement, recreatieve participatie, sociaal-culturele participatie, burgerparticipatie, cliëntenparticipatie en politieke participatie⁹.

Een manier om het begrip participatie af te bakenen is door te kijken naar participatiedomeinen. Participatie heeft betrekking op een activiteit in een bepaald (maatschappelijk) domein¹². Het kan dan gaan om sport, onderwijs, vrijwilligerswerk of betaalde arbeid. De eerste vraag van de minister gaat er om, af te bakenen welke vormen van zorg die zorgprofessionals bieden om participatie (breed) te bevorderen tot het verzekerde domein van de Zvw behoren. Om te kunnen participeren, moet een cliënt een bepaalde mate van herstel bereiken; niet alleen symptomatisch herstel, maar ook functioneel, maatschappelijk en persoonlijk herstel. De GGZ-sector heeft onder andere als ambitie uitgesproken dat 'herstel' het leidende principe moet zijn in de zorg¹³. In het hersteldenken staat niet de cliënt als patiënt, maar de cliënt als burger centraal. Gezien de raakvlakken tussen deze herstelbenadering en de mogelijkheden van cliënten tot participatie, zullen we in de volgende paragraaf eerst ingaan op de verschillende vormen van 'herstel'.

2.2 Herstelondersteunende zorg

De geestelijke gezondheidszorg in het kader van de Zvw is gericht op herstel of voorkoming van verergering van een psychische stoornis. Herstel is een term die tot voor kort vooral in verband werd gebracht met (de kans op) genezing en werd benaderd vanuit een medisch perspectief, namelijk vanuit de vraag of er wel of geen sprake is van een ziekteverschijnsel. De afgelopen jaren is het concept 'herstel' verruimd. In het boek *'Zelfregulatie, ontwikkeling en herstel'*¹⁴ wordt onderscheid gemaakt tussen vier aspecten van herstel, namelijk: *klinisch herstel*, *functioneel herstel*, *maatschappelijk herstel* en *persoonlijk herstel*. Het artikel *'Functioneel herstel en zelfregulatie: opgaven voor cliënten én psychiaters'*¹⁵ geeft een overzicht van actuele ontwikkelingen in de psychische zorg en de betekenis van het begrip herstel.

> *Klinisch herstel*^{14,15}

Klinisch herstel heeft betrekking op het verminderen van symptomen; idealiter geneest de persoon van zijn ziekte of stoornis. Alle behandelingen zijn op klinisch herstel gericht. Binnen de psychische zorg gaat het er om via klachten en symptomen een diagnose te stellen en vervolgens via het opstellen van een

¹² Van Houten & Winsemius, 2010

¹³ Naar herstel en gelijkwaardig burgerschap; visie op de (langdurige) zorg aan mensen met ernstige psychische aandoeningen; uitgave GGZ Nederland, maart 2009

¹⁴ 'Zelfregulatie, ontwikkeling en herstel; *Verbetering en herstel van cognitie, emotie, motivatie en regulatie van gedrag*' door Jaap van der Stel (2013)

¹⁵ 'Functioneel herstel en zelfregulatie: opgaven voor cliënten én psychiaters' door Jaap van der Stel – Tijdschrift voor Psychiatrie | Jaargang 57 | november 2015

prognose, het vaststellen van een behandelindicatie en het instellen van therapie trachten de symptomen te doen verminderen of verdwijnen, liefst door de patiënt te genezen. Dit laatste is in de psychiatrie vaak nog niet mogelijk.

> *Functioneel herstel* ^{14,15}

Bij functioneel herstel gaat het om het verbeteren van lichamelijk, psychisch en sociaal-cultureel functioneren. Hierdoor kan de persoon de voor hem relevante rollen weer spelen. Hierbij gaat het om het herstellen van de als gevolg van de aandoening beperkte of zelfs verloren gegane functies die niet als gevolg van de op de aandoening gerichte therapie kunnen verbeteren. Functioneel herstel kan impliceren dat de betrokkenen door trainingen of andere vormen van eigen activiteit functies kunnen verbeteren. Functioneel herstel is erop gericht het niveau van functioneren te verhogen. In de reguliere geneeskunde komt dit overeen met revalidatie, bijvoorbeeld als na behandeling van een ernstige knieblessure de persoon geholpen wordt weer normaal te kunnen lopen.

> *Maatschappelijk herstel* ^{14,15}

Maatschappelijk herstel betreft het verbeteren van de maatschappelijke positie van degenen die een ernstige psychische stoornis hebben of hebben gehad. Het gaat om het herwinnen van een voor de betrokkene relevante sociale positie, huisvesting, werk en participeren in sociale netwerken (in de psychische zorg vaak aangeduid als rehabilitatie). Voor een belangrijk deel is deze vorm van herstel afhankelijk van de inzet van personen en organisaties buiten de zorg. Het vereist een zorgvuldig re-integratietraject, plekken (wonen, arbeid, dagbesteding) waar dit mogelijk is en het veronderstelt de-stigmatisering. Programma's voor rehabilitatie in de GGZ omvatten over het algemeen elementen van functioneel en maatschappelijk herstel.

Persoonlijk herstel ^{14,15}

Persoonlijk herstel betreft een voor elk individu uniek proces; het zich in persoonlijk opzicht hervinden. Het veronderstelt een geschikte sociale en culturele context, maar het is het minst door 'interventies' te beïnvloeden. Bij persoonlijk herstel gaat het om het ontwikkelen van een nieuwe, positief ervaren identiteit, zingeving, motivatie, het creëren van hoop op herstel en het zelf organiseren van kantelingen in het leven. Mensen kunnen de impact van hun aandoening 'kleiner' maken en ervaren dat ze meer zijn dan hun aandoening.

Deze vier vormen van herstel omvatten het gehele spectrum van herstel, respectievelijk van de op verbetering van de kwaliteit van leven gerichte zorg. Belangrijk is vast te stellen dat deze herstelprocessen elkaar beïnvloeden, versterken of, als het tegenzit, in de weg kunnen staan. Dat betekent dat het geheel telkens in ogenschouw moet worden genomen. De vier hersteltypen zijn van elkaar afhankelijk en beïnvloeden elkaar. Bij klinisch herstel kan dus worden nagegaan hoe dit, naast remissie van symptomen, kan bijdragen aan de vooruitgang op het gebied van de andere vormen van herstel, en omgekeerd. Kortom herstel is een totaalconcept waarin de verschillende elementen van herstel elkaar wederzijds beïnvloeden.

2.3

Positieve gezondheid en herstel

Het concept van positieve gezondheid zoals Machteld Huber dit in 2011 heeft geïntroduceerd, doet meer recht aan mensen met psychische problemen dan de oude WHO-definitie van gezondheid. Het nieuwe concept beschrijft gezondheid immers als: *'het vermogen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven'*. In dit concept is ook veel aandacht voor mentaal welbevinden, zingeving en sociaal maatschappelijke participatie. We herkennen hierin de verschillende vormen van

herstel, die immers ook samenhangen en elkaar beïnvloeden. Het nieuwe concept van gezondheid is dan ook van belang bij het opstellen van het behandelplan, omdat alle aspecten hiervan tot de persoonlijke doelen van de cliënt kunnen behoren. De behandeling dient hier rekening mee te houden. Niet alle aspecten van gezondheid in deze nieuwe definitie behoren echter ook tot de geneeskundige zorg.

2.4

De ICF-benadering

De WHO heeft als aanvulling op de ICD¹⁶ – het internationale classificatiesysteem van ziekten – de ICF¹⁷ ontwikkeld. De ICF is de internationale classificatie van het menselijk functioneren. De ICF is een classificatie die voor meer dan één doel geschikt is en die is ontwikkeld voor toepassing in verschillende vakgebieden en uiteenlopende sectoren. De ICF kent meerdere toepassingen (zie paragraaf 2.1 van de ICF). Eén van de vele toepassingen is het gebruik van de ICF als basis voor het ontwikkelen van instrumenten voor sociaal beleid – bij het plannen van de sociale zekerheid, bij uitkeringsstelsels en bij het ontwikkelen en uitvoeren van beleid. Wij hebben bekeken in hoeverre de ICF behulpzaam kan zijn om de verschillende vormen van herstel te rangschikken uitgaande van de ICF.

Met behulp van de ICF kan het menselijk functioneren worden beschreven. De ICF doet dit vanuit drie perspectieven:

1. het perspectief van het menselijk organisme;
2. het perspectief van het menselijk handelen;
3. het perspectief van de mens als deelnemer aan het maatschappelijk leven.

Klinisch herstel grijpt in termen van ICF in op het stoornisniveau met als doel:

- een stoornis geheel of gedeeltelijk op te heffen;
- verergering van de stoornis te voorkomen of te vertragen;
- het verminderen van lichamelijke symptomen als gevolg van een stoornis.

Interventies gericht op klinisch herstel behoren tot het domein van de Zorgverzekeringswet.

Bij functioneel herstel gaat het in termen van ICF om het verminderen van beperkingen; de moeilijkheden die een persoon heeft met het uitvoeren van een activiteit. Interventies gericht op functioneel herstel behoren in het algemeen tot het domein van de Zvw, wanneer ze een geneeskundig doel dienen.

Bij maatschappelijk herstel gaat het in termen van ICF om het verminderen van participatieproblemen; de problemen die iemand heeft met het deelnemen aan het maatschappelijk leven. Maatschappelijk herstel is niet eenvoudig toe te wijzen aan een bepaald domein van de sociale zekerheid. In de volgende paragraaf zullen we daar nader op ingaan.

2.5

Herstel en wettelijke domeinen

Activiteiten gericht op klinisch herstel en functioneel herstel behoren in het algemeen tot het domein van de gezondheidszorg en daarmee de Zvw. Interventies die het maatschappelijk herstel bevorderen, kunnen tot het domein van de Zvw behoren – immers aspecten van maatschappelijk herstel zullen worden betrokken in het behandelplan – maar behoren vooral ook tot andere domeinen. Bij activiteiten gericht op maatschappelijk herstel komt de overgang van het domein van de gezondheidszorg naar het domein van de maatschappelijke ondersteuning en re-integratie in beeld. Het bevorderen en verlenen van voorzieningen voor het zelfstandig functioneren en de deelname aan het maatschappelijk verkeer van

¹⁶ International Classification of Diseases

¹⁷ Internationale Classificatie van het menselijk Functioneren – World Health Organization 2001

mensen met een beperking of een chronisch psychisch of psychosociaal probleem behoort (onder andere) tot de taken van de gemeente op grond van de Wmo en Participatiewet. Deze scheiding van activiteiten lijkt op papier duidelijk, maar er zal in de praktijk ongetwijfeld overlap bestaan – een grijs gebied – tussen de verschillende domeinen van de sociale zekerheid.

Een voorbeeld van dit grijze gebied vormen de instrumenten die de afgelopen jaren zijn ontwikkeld en geïmplementeerd om de omslag naar meer herstelondersteunende zorg in de GGZ te helpen realiseren.

Een op diverse plaatsen in Nederland geïmplementeerde, en wat nadrukkelijker op participatie georiënteerde, rehabilitatiemethodiek is de '*Individuele Rehabilitatiebenadering (IRB)*'. De IRB is er vooral op gericht om cliënten op een systematische manier te helpen bij het expliciteren en realiseren van hun individuele wensen op het gebied van wonen, maar ook op het gebied van sociale contacten, dagbesteding, leren en werken.¹⁸ De doelgroep bestaat uit mensen met ernstige, langdurige beperkingen, die door hun beperkingen belemmerd worden bij het vervullen van maatschappelijke/sociale rollen.

IRB is in de arbeidsrehabilitatie '*supported employment*'. Supported Employment (SE) is een vaak toegepaste arbeidsbegeleidingsmethodiek om mensen met ernstige en aanhoudende psychische aandoeningen te helpen regulier betaald werk te vinden. Het SE-model 'Individueel Placement & Support' (IPS) wordt in het veld als enige 'bewezen effectief' benoemd voor het vinden van werk. In de praktijk is IPS (maar ook andere rehabilitatiemethodieken) doorgaans ingebed in FACT-teams¹⁹. Echter, de implementatiegraad is nog zeer laag. Anno 2013 ontvangen in totaal in Nederland naar schatting 1.000 cliënten maatschappelijke ondersteuning in de vorm van IPS¹⁸. Het streven naar betaald werk roept de vraag op wat het effect is van werk op psychische aandoeningen.

2.6

Effect van werk op psychische aandoeningen

Werk heeft voor de meeste mensen een positieve functie die het welzijn vergroot. Belastende factoren in het werk kunnen echter ook tot beroepsziekten leiden en gezondheidsproblemen kunnen de mogelijkheden om te werken, ernstig beperken. Werk kan op verschillende manieren bijdragen aan de kwaliteit van het leven. Het geeft voldoening door het leveren van een product. Het vergroot het gevoel van eigenwaarde door deelname aan een belangrijk maatschappelijk proces. Door het werk worden in het algemeen sociale contacten bevorderd. Het hebben van betaald werk is in toenemende mate van belang voor voldoende inkomen, waardoor een volwaardige deelname aan de maatschappij mogelijk wordt gemaakt. Werk geeft bovendien invulling en structuur aan de dagelijkse activiteiten. Voor de meeste mensen vormen deze aspecten een belangrijke voorwaarde voor gezondheid en welzijn.

In de psychiatrie wordt al langer aandacht besteed aan de terugkeer van cliënten in de maatschappij. Onder de noemer arbeidsrehabilitatie wordt geprobeerd gebruik te maken van de positieve aspecten van werk en de psychiatrische cliënt ondanks zijn handicap nieuwe kansen te bieden in de maatschappij.²⁰

Er bestaat een groeiend bewustzijn dat langdurige werkloosheid slecht is voor lichamelijke en geestelijke gezondheid. De gevolgtrekking hieruit is dat werk bijdraagt aan de gezondheid. Het een volgt echter niet noodzakelijkerwijs uit het

¹⁸ 'Persoonlijk en maatschappelijk herstel van mensen met een ernstige psychische aandoening; *Ontwikkelingen in praktijk en beleid*' – Trendrapportage GGZ Trimbos Instituut 2014

¹⁹ Flexible assertive community treatment (FACT), multidisciplinaire ambulante teams

²⁰ Verbeek JAHM, Smits PBA. De relatie tussen werk en gezondheid. In *Werk en gezondheid*, BSL Houten 2011

andere. Een review²¹ onderzocht het wetenschappelijke bewijs voor de relatie tussen werk, gezondheid en welbevinden. Uit de review blijkt dat er een sterk verband is tussen werkloosheid en slechte gezondheid. Voor een groot deel is hierbij sprake van oorzaak – gevolg. Er is sterk bewijs dat werkloosheid in het algemeen slecht is voor de gezondheid van mensen met algemene gezondheidsproblemen (milde/beperkte psychische problematiek, problematiek met betrekking tot het bewegingsapparaat en hart-long problematiek). En er is sterk bewijs dat weer aan het werk komen, leidt tot verbeteren van algemene en geestelijke gezondheid.

Er is een brede maatschappelijke consensus, gebaseerd op (klinische) ervaring en principes van eerlijkheid en sociaal recht, dat zieke mensen en mensen met een beperking als dat kan, aangemoedigd en ondersteund moeten worden om zo snel mogelijk weer aan het werk te komen.

Meerdere studies wijzen op een positief verband tussen competitief werk en algemene kwaliteit van leven, maar dit maakt niet duidelijk of competitief werk de kwaliteit van leven verbetert of dat individuen die over het algemeen tevreden zijn met hun leven, meer kans hebben op het krijgen van werk. Verder lijkt het er op dat 'begeleid werken programma's' vooral effect hebben op de kwaliteit van leven als het programma ook voorziet in sociale interactie (emotionele ondersteuning, complimenten, kameraadschap).²²

Bij mensen met schizofrenie is er in het algemeen een positief verband tussen het hebben van werk en gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven. Wat oorzaak of gevolg is, blijft onduidelijk, want er zijn geen studies naar het wederzijdse verband tussen kwaliteit van leven en werk.²³ Er is een sterk verband tussen stress op werk en thuis met symptomen van angst en depressie.²⁴

²¹ Waddell, G., & Burton, A. K. Is work good for your health and well-being?. 2006 London The Stationery Office

²² Gold PB, Macias C, Rodica CF. Does competitive work improve quality of life for adults with severe mental illness? Evidence from a randomized trial of supported employment. J Bevat Health Serv Res. 2014

²³ Bouwmans C, Sonneveld C de, Mulder CL, et al. Employment and the associated impact on quality of life in people diagnosed with schizophrenia. Neuropsychiatr Dis Treat 2015; 11:2125-42

²⁴ Fan LB, Blumenthal JA, Watkins LL, et al. Work and home stress: associations with anxiety and depression symptoms. Occup Med (Lond). 2015; 65(2):110-6

3 Wettelijke domeinen

3.1 Algemeen

In het vorige hoofdstuk beschreven we de ontwikkeling van op participatie georiënteerde rehabilitatiemethodieken binnen de geneeskundige GGZ. In feite vraagt de minister welke activiteiten zorgprofessionals plegen te bieden bij op participatie georiënteerde rehabilitatie, zodat sprake is van verzekerde zorg (Zvw), en welke activiteiten tot een ander domein behoren.

Om deze vraag te kunnen beantwoorden, zullen we in de volgende paragraaf in het kort de huidige wettelijke kaders beschrijven van achtereenvolgens de domeinen van de werknemersverzekeringen (UWV), het gemeentelijk domein en het zorgdomein. In paragraaf 3.3 gaan we vervolgens uitgebreid in op de eisen die de Zorgverzekeringswet (Zvw) stelt aan te verzekeren prestaties. Voor het antwoord op deze vraag is ook de wetgeschiedenis van belang. Nadere informatie hierover is opgenomen in bijlage 2.

3.2 Wettelijke domeinen

Er zijn verschillende domeinen die een rol hebben als het gaat om (arbeids)participatie in de GGZ. In bijlage 3 bij dit rapport is een overzicht opgenomen van de verschillende domeinen met ieder zijn eigen doelstelling en doelgroep. Afhankelijk van het doel van een interventie, kan een andere instantie aan zet zijn.

3.2.1 *Domein werknemersverzekeringen (UWV)*

- De **Wet Verbetering Poortwachter** stelt werkgevers en werknemers in de eerste twee ziektejaren samen verantwoordelijk voor re-integratie (behoud van werk ondanks eventuele arbeidsbeperkingen en terugkeer op het werk na ziekte). In de 42^{ste} week meldt de werkgever het verzuim bij het UWV. Het UWV toetst of de werkgever voldoende re-integratie inspanningen heeft gedaan voor zijn werknemer. Als het UWV de begeleiding onvoldoende aanmerkt, kan het een loonsanctie opleggen (loondoorbetaling na het tweede ziektejaar).
- Het UWV heeft de wettelijke taak om mensen met een Arbeidsongeschiktheidsverzekering (**Ziektewet, WIA, WAO, WAZ** en **WAJONG** (voor 2015)) met arbeidsvermogen te re-integreren. Deze mensen kunnen ook een beroep doen op een voorziening, bijvoorbeeld jobcoaching. De WAJONG-regeling is per 1 januari 2015 opgegaan in de Participatiewet die door de gemeenten wordt uitgevoerd. Mensen die tot 1 januari 2015 al een **WAJONG** uitkering hadden, blijven deze uitkering behouden en vallen daarmee onder de verantwoordelijkheid van het UWV. Het UWV is ook verantwoordelijk voor de begeleiding van zieken zonder werkgever, zoals uitzendkrachten en werklozen.
- Verder is het UWV belast met de uitvoering van de **Werkloosheidswet (WW)**. De WW biedt werkloze werknemers – met voldoende arbeidsverleden – een werkloosheidsuitkering als zij beschikbaar zijn voor arbeid.

3.2.2

Gemeentelijk domein

- De **Participatiewet** legt de verantwoordelijkheid om zoveel mogelijk mensen te helpen om werk te vinden bij gemeenten. Gemeenten stellen beleid vast om mensen zonder en met arbeidsbeperking naar een passende baan te begeleiden. Het kan gaan om 'gewoon' werk, een baan voor mensen met een beperking of beschut werk.²⁵
- De **Wmo** verplicht gemeenten om voorzieningen te treffen die mensen compenseren voor hun gebrek aan zelfredzaamheid en hen te stimuleren tot maatschappelijk herstel. Gemeenten moeten er voor zorgen dat mensen zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen. De gemeente geeft ondersteuning thuis via de Wmo. Hieronder valt ook de begeleiding gericht op het handhaven van de zelfredzaamheid en het bevorderen van de integratie in de samenleving, die voorheen onder de AWBZ viel.

Voor mensen met een psychische stoornis kan daarbij gedacht worden aan:

- *begeleiding*; de Wmo omschrijft dit als '*activiteiten gericht op het bevorderen van zelfredzaamheid en participatie van de cliënt opdat hij zo lang mogelijk in zijn eigen leefomgeving kan blijven.*' Hieronder valt ook dagbesteding – het bieden van een zinvolle daginvulling – en begeleid zelfstandig wonen;
- *beschermde wonen*: wonen in een accommodatie van een instelling met daarbij behorende toezicht en begeleiding, gericht op het bevorderen van zelfredzaamheid en participatie, het psychisch en psychosociaal functioneren, stabilisatie van een psychiatrisch ziektebeeld, het voorkomen van verwaarlozing of maatschappelijke overlast of het afwenden van gevaar voor de cliënt of anderen, bestemd voor personen met psychische of psychosociale problemen, die niet in staat zijn zich op eigen kracht te handhaven in de samenleving;
- *maatschappelijke opvang* van mensen die (tijdelijk) dak- en thuisloos zijn, behoort op grond van diezelfde Wmo tot de verantwoordelijkheid van de gemeente. Maatschappelijke opvang richt zich op het oplossen van de crisis die maakt dat iemand (tijdelijk) niet zelfstandig kan wonen. Bij de crisis kunnen psychische of psychosociale problemen een rol spelen;
- de gemeente beheert het *Advies- en meldpunt huiselijk geweld en kindermishandeling*; meldingen bij dit meldpunt kunnen de aanleiding vormen voor ondersteuning aan burgers met psychiatrische problemen.
- De **Jeugdwet** is ingesteld om kind en gezin/ouders integraal te ondersteunen in de ontwikkeling naar gezonde volwassenheid. De Jeugdwet regelt dat gemeenten sinds 1 januari 2015 verantwoordelijk zijn voor alle vormen van jeugdhulp, inclusief specialistische hulp zoals hulp aan jeugdigen met een verstandelijke beperking, geneeskundige jeugd-GGZ en gesloten jeugdhulp. De geestelijke gezondheidszorg die in de Jeugdwet geregeld is, betreft de geneeskundige GGZ. Jeugdigen met psychische klachten zullen eerst naar de huisarts gaan. De huisarts en de praktijkondersteuner GGZ kunnen ook veel psychische klachten behandelen. De zorg van de huisarts en praktijkondersteuner valt onder de Zvw. Als zij de problematiek te complex vinden, zullen zij verwijzen naar de jeugd-GGZ en komt de behandeling onder de Jeugdwet te vallen. Aangezien het verzoek van de Minister gaat over de Zorgverzekeringswet, laten wij de Jeugdwet en daarmee participatie voor jeugdigen tot 18 jaar buiten beschouwing in deze duiding.

²⁵ <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/participatiewet/vraag-en-antwoord/hoe-met-arbeidsbeperking-bij-werkgever-aan-de-slag>

3.2.3

Zorgdomein

- Het domein van de **Zorgverzekeringswet** is beperkt tot geneeskundige zorg. Het betreft zorg die gericht is op genezing of het voorkomen van verergering van het ziektebeeld. Geneeskundige GGZ binnen de Zvw voor verzekerden van 18 jaar en ouder, omvat zorg, die de betrokken beroepsgroep tot het aanvaarde arsenaal van medische onderzoeks- en behandelingsmogelijkheden rekent en die gericht is op herstel of voorkoming van verergering van een psychische stoornis. In de volgende paragraaf zullen we nader ingaan op het domein van de Zvw.
- De **Wet langdurige zorg** is er voor mensen die vanwege een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap, een blijvende behoefte heeft aan:
 - a) permanent toezicht; of
 - b) 24 uur zorg in de nabijheid.
 Volgens deze criteria hebben mensen met een psychische stoornis dus geen toegang tot de Wlz.

Voor één groep geldt echter een uitzondering: wanneer een verzekerde drie jaar verblijft in een instelling in verband met de geneeskundige GGZ (betaald uit de Zvw), wordt dit verblijf met behandeling na het derde jaar betaald uit de Wlz, het zogenaamde "voortgezet GGZ-verblijf". Deze cliënten hoeven dus niet te voldoen aan de toegangscriteria van de Wlz. Ze behouden recht op dezelfde zorg als bij medisch noodzakelijk verblijf onder de Zvw, inclusief de aandacht voor participatie. Voor de cliënten met voortgezet verblijf in de Wlz geldt deze duiding dus evenzeer als voor hetzelfde verblijf op grond van de Zvw.

3.3

Domein Zorgverzekeringswet

Om de vraag te kunnen beantwoorden of activiteiten voor het bevorderen van arbeid of participatie onder de te verzekeren prestaties van de Zorgverzekeringswet kunnen vallen, dient eerst de vraag te worden beantwoord of deze interventies tot het domein van de Zorgverzekeringswet kunnen worden gerekend.

In eerdere pakketadviezen gingen wij al in op wat die geneeskundige zorg dan inhoudt: *"Uit de considerans van de Zvw blijkt dat deze wet specifiek bedoeld is voor compensatie van de gevolgen van de behoefte aan geneeskundige zorg. Het begrip in de considerans heeft dus betrekking op het doel, waarmee de in de wet genoemde prestaties (zoals geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten plegen te bieden) ingezet worden."*²⁶

De considerans beschrijft het doel van de Zvw om deze te onderscheiden van andere wetten. Het begrip "de behoefte aan geneeskundige zorg" is niet nader gedefinieerd of uitgelegd in de Zvw of in de toelichting daarop. Uit de toelichting is wel af te leiden dat de Zvw betrekking heeft op zorg die is gericht op *genezing of het voorkomen van verergering van een ziektebeeld*.

Deze doelstelling van de Zvw wordt nader uitgewerkt in de bepalingen van de Zvw en de daarop gebaseerde lagere regelgeving, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

Artikel 10 Zvw bevat een opsomming van de te verzekeren risico's, waaronder:

- a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden.

[.....]

- e. verpleging

²⁶ Zie bijvoorbeeld CVZ, Pakketadvies 2010, 2010, p.19.

[.....] etc.

In het Bzv en de Rzv zijn de inhoud en omvang van de in artikel 10 Zvw genoemde zorgvormen nader geregeld.

3.3.1

Wettelijke criteria

- *Criterium 'plegen te bieden'*

Een nadere uitwerking van de te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg', is gegeven in artikel 2.4, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering (Bzv).

"Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden [....]"

En verder is in artikel 2.10 de behoefte aan verpleging omschreven:

"Verpleging en verzorging omvat zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg:

a. verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.4, of een hoog risico daarop.

b. niet gepaard gaat met verblijf als bedoeld in artikel 2.12, en

c.[...]

- *Criterium 'stand van de wetenschap en praktijk'*

Als sprake is van geneeskundige zorg zoals de genoemde zorgprofessionals die plegen te bieden, kan het Zorginstituut vervolgens toetsen of specifieke interventies voldoen aan het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk'. Dit criterium is opgenomen in artikel 2.1, tweede lid, van het Bzv. Dit artikel bepaalt dat:

"De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten."

We beoordelen altijd eerst of een activiteit behoort tot het aanvaarde arsenaal van de genoemde beroepsgroepen. Als dat het geval is, beoordelen we of dit voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk²⁷. Bij de geneeskundige GGZ in het kader van de Zvw gaat het dan om bewezen effectieve zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder²⁸, die de betrokken beroepsgroep beschouwt als goede medische onderzoeks- en behandelingsmogelijkheden en die gericht is op herstel of voorkoming van verergering van een psychische stoornis.

3.3.2

Uitsluitingen

Als een interventie voldoet aan de in de vorige paragraaf genoemde criteria, dan betekent dit dat deze interventie automatisch instroomt in het basispakket. De Minister kan beslissen dat deze zorg wordt uitgesloten van de te verzekeren prestaties van het basispakket van de zorgverzekering. Binnen de geneeskundige GGZ, zijn enkele uitsluitingen gemaakt. In artikel 2.1 van de Rzv is bepaald dat de zorg als bedoeld in artikel 2.4 van het Bzv niet omvat:

> behandeling van aanpassingsstoornissen (onderdeel h);

> hulp bij werk- en relatieproblemen (onderdeel i).

In hoofdstuk 5 zullen we hier verder op ingaan.

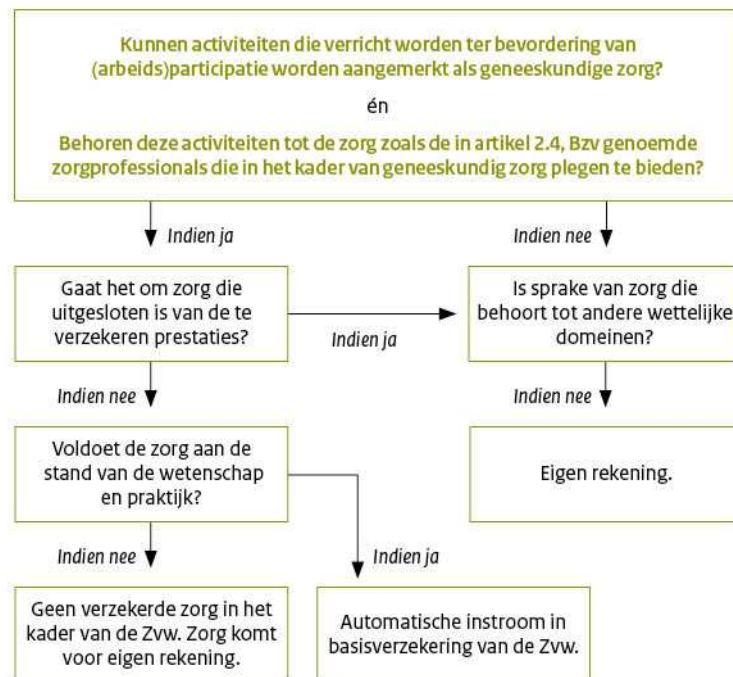
²⁷ Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk, Zorginstituut Nederland, 2015.

²⁸ De geneeskundige GGZ binnen de Zvw is beperkt tot verzekerden van 18 jaar en ouder. In het nieuwe jeugdstelsel dat per 1 januari 2015 is ingevoerd, valt alle jeugdhulp onder één wet. Hiermee is de geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen vanuit de Zvw, de AWBZ en de Wmo overgeheveld naar de Jeugdwet. De gemeenten zijn verantwoordelijk voor het uitvoeren van de Jeugdwet.

3.3.3

Conclusie

Bij het vraagstuk over de (arbeids)participatie in de GGZ dienen de volgende vragen te worden beantwoord.



4 Toetsing aan de Zorgverzekeringswet

4.1 Algemeen

In het vorige hoofdstuk zijn we kort ingegaan op wat tot het domein van de Zorgverzekeringswet gerekend kan worden. In dit hoofdstuk willen we uitgebreider stilstaan bij de zorg voor mensen met psychische problemen en dan in het bijzonder de begeleiding bij (arbeids)participatie. Daartoe gaan we eerst nader in op hoe het Zorginstituut beoordeelt of een interventie of activiteit tot het verzekerde domein van de Zvw behoort. We geven een beschrijving van de zorgprofessionals die in de Zvw worden genoemd, het *soort* zorg dat zij plegen te bieden en we geven een doorkijk naar richtlijnen die aandacht besteden aan (arbeids)participatie.

Aan het eind van dit hoofdstuk zullen we de eerste deelvraag van de minister beantwoorden:

- *In hoeverre is er bij de activiteiten die zorgprofessionals bieden om arbeid of participatie van de cliënt te bevorderen sprake van verzekerde zorg (Zvw)?*
- *Wat is de ruimte voor zorgverleners om arbeidsparticipatie te bevorderen binnen de grenzen van de basisverzekering?*

4.2 Geneeskundige zorg

Om te beoordelen of zorg tot het verzekerde domein behoort, beoordeelt het Zorginstituut of voldaan is aan de wettelijke prestatieomschrijving zoals die is neergelegd in artikel 2.4, lid 1, Bzv:

"Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch psychologen en verloskundige die plegen te bieden,"

In het kader van de vraag of activiteiten die gericht zijn op het bevorderen van (arbeids)participatie onder deze omschrijving kunnen vallen, stelt het Zorginstituut achtereenvolgens de volgende vragen, die in samenhang met elkaar moeten worden gezien:

1. Kunnen activiteiten die verricht worden ter bevordering van arbeid of participatie worden aangemerkt als geneeskundige zorg?
2. Zo ja, behoren deze activiteiten tot de zorg zoals de in artikel 2.4 Bzv genoemde zorgprofessionals die in het kader van geneeskundige zorg plegen te bieden?

Geneeskundige zorg wordt gedefinieerd als zorg gericht op herstel of voorkoming van verergering van een psychische of somatische aandoening (in casu een psychische stoornis). Alle activiteiten die deze beroepsgroepen in dit kader van geneeskundige zorg plegen te bieden voor een bepaalde doelgroep met een bepaalde zorgvraag, behoren tot het verzekerde domein. De omschrijving 'plegen te bieden' concretiseert het algemene begrip geneeskundige zorg door te verwijzen naar domeinen van beroepsgroepen. De zorgverzekeraar kan vervolgens in de polis bepalen welke, deskundige en bekwame, zorgaanbieder de zorg daadwerkelijk mag leveren. Activiteiten op het gebied van arbeidsparticipatie moeten dus staan in het kader van zorg gericht op herstel of voorkoming van verergering van een psychische stoornis, en moeten behoren tot het aanvaarde behandelarsenaal van de genoemde beroepsgroepen.

Hierna gaan we nader in op het aspect 'plegen te bieden'. De regelgever gebruikt de formulering 'plegen te bieden' voor de meer in algemene termen beschreven zorgvormen. Zo is bijvoorbeeld bepaald dat geneeskundige zorg, zorg omvat zoals

huisartsen, medisch specialisten, klinisch psychologen en verloskundigen die plegen te bieden (artikel 2.4, lid 1, Bzv).²⁹ In het kader van deze geneeskundige zorg (of een hoog risico daarop) kan ook verpleging en verzorging worden geboden, zoals verpleegkundigen die plegen te bieden (artikel 2.10, lid 1, Bzv).

Om te beoordelen of zorg behoort tot de zorg die een bepaalde beroepsgroep pleegt te bieden, kijkt het Zorginstituut onder meer naar de richtlijnen van de beroepsgroep en andere documenten van de beroepsgroep zelf of in de wet BIG. Ook andere documenten kunnen relevant zijn, zoals beleidsdocumenten, richtlijnen van andere bestuursorganen, kwaliteitsnormen, opleidingseisen, beroepscode, kortom, alle bronnen die iets over dit onderwerp zouden kunnen zeggen.³⁰

4.3 Beroepsgroepen

In de geneeskundige GGZ kan het gaan om zorg die geleverd wordt door een breed samengesteld multidisciplinair team. Als het gaat om het *soort* zorg dat in het kader van de Zvw kan worden verleend – ongeacht wie deze zorg verleent – gaat het om zorg zoals medisch specialisten (in dit geval de psychiater), klinisch psychologen en verpleegkundigen plegen te bieden. Achter de zorg binnen deze omschrijving kunnen vele activiteiten, rollen en deskundigheidsniveaus schuil gaan.

Het Model Kwaliteitsstatuut GGZ dat de GGZ-partijen in het voorjaar van 2016 aan het Register van Zorginstituut Nederland hebben aangeboden, beschrijft de wijze waarop een aanbieder in de GGZ de integrale zorg voor de individuele cliënt heeft georganiseerd, in het bijzonder de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de betrokken (andere) zorgverleners en hun onderlinge verhoudingen³¹. In het model zijn de taken en verantwoordelijkheden van de regiebehandelaar als eerste aanspreekpunt en coördinator van de zorg uitgewerkt.

De regelgeving omschrijft de zorg (het 'wat') en maakt hierbij geen onderscheid naar functionarissen. Wie de zorg gaat verlenen (het 'wie') is een vraag waar de regelgeving geen antwoord op geeft. De organisatie van de zorg is aan de zorgverzekeraar die in overleg met zorgaanbieder/verzekerden besluit welke functionaris ingezet wordt (mits bevoegd en bekwaam). Om deze reden gaan we in de volgende paragrafen in het kort in op het *soort* zorg dat door de in de regelgeving benoemde beroepsgroepen wordt geboden.

4.3.1 *Zorg zoals huisartsen die plegen te bieden*

De huisartsenzorg is generalistische zorg en richt zich op alle klachten, problemen en vragen over gezondheid en ziekte van alle mensen. Het generalistische uitgangspunt is nauw verbonden met het persoonsgerichte karakter van de zorg en met continuïteit in de zorg. Doordat patiënten gedurende langere tijd voor verschillende vragen, klachten, ziekten en aandoeningen bij dezelfde zorgverlener komen, is de huisarts in staat om zijn medische kennis te combineren met zijn kennis over levensloop en medische voorgeschiedenis en de leef- en werkomgeving van de patiënt. De huisarts investeert in een duurzame, vertrouwensrelatie met de patiënt.

De huisarts is verantwoordelijk voor het onderzoek en de behandeling van patiënten van allerlei verschillende leeftijden. Patiënten komen met (beginnende) klachten naar een huisarts, meestal voordat ze een andere specialist raadplegen. Een huisarts is te raadplegen voor zowel lichamelijke als psychische klachten. Tijdens

²⁹ Behalve de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg aan burgers tot 18 jaar; deze valt onder de Jeugdwet

³⁰ Zorginstituut Nederland, Pakketbeheer in Praktijk III, Diemen, 2013: p. 69.

³¹ Model Kwaliteitsstatuut GGZ, <https://www.zorginzicht.nl/bibliotheek/model-kwaliteitsstatuut-ggz/Paginas/Home.aspx>

een afspraak of spreekuur inventariseert hij de klachten van een patiënt en onderzoekt deze. Dan moet hij naar eigen inzicht de ernst van de situatie inschatten en/of een diagnose stellen. Hierna zal, in overleg met de patiënt, een behandeling gekozen worden. Dit kan een kleine handeling zijn (zoals een injectie, een uitstrijkje maken of het hechten van een wond) of een grotere ingreep waarvoor een patiënt doorverwezen moet worden naar een specialist.³²

Voor de behandeling van psychische klachten kan een huisarts zich laten ondersteunen door een praktijkondersteuner GGZ. De functie POH-GGZ betreft zorginhoudelijke ondersteuning van de huisartsenzorg aan alle patiënten met klachten van psychische, psychosociale of psychosomatische aard. De POH-GGZ is in staat de huisarts te ondersteunen bij de zorgverlening bij psychische, psychosomatische en psychosociale problematiek, zoals deze worden omschreven in NHG standaarden, protocollen GGZ en multidisciplinaire richtlijnen. De huisarts is eindverantwoordelijk voor de, tot de huisartsenzorg behorende, GGZ.³³

4.3.2 *Zorg die een psychiater pleegt te bieden*

De psychiater is de medisch specialist die zich richt op diagnostiek, indicatiestelling, behandeling en functieherstel en preventie van psychiatrische aandoeningen. De psychiatrie typeert zich door een brede bio-psycho-sociale benadering. Als specialist is de psychiater gericht op psychische aandoeningen die complexer, ernstiger en risicovoller zijn dan de problemen waarop de basisberoepen in de gezondheidszorg zich richten. De psychiater werkt intensief samen met andere disciplines zowel binnen als buiten de gezondheidszorg. De psychiater is als medisch specialist bij uitstek thuis op het gebied van de interactie tussen lichaam en geest. Diagnostiek en behandeling zijn gericht op het denken, voelen, willen, oordelen en doelgericht handelen. De psychiater beoordeelt onder meer de effecten van de persoonlijke ontwikkeling op de psychopathologie, neemt notie van de patiënt in de persoonlijke sociaal-maatschappelijke en culturele context en rekent de wederzijdse interactie tussen de leefomgeving en het psychisch functioneren van de patiënt tot de reikwijdte van het professioneel handelen³⁴.

De psychiater richt zich, met inachtneming van alle factoren in de context van de cliënt, voornamelijk op het klinisch herstel. De doelstellingen die de cliënt heeft op het gebied van maatschappelijk en persoonlijk herstel, geven richting aan de zorg voor het klinisch en functioneel herstel. Daarnaast kan de psychiater ook een coördinerende rol vervullen ten behoeve van maatschappelijk en functioneel herstel. Al eerder heeft het Zorginstituut het standpunt³⁵ ingenomen dat casemanagement zorg kan zijn zoals medisch specialisten die plegen te bieden. Als voorbeeld werd genoemd de psychiatrische zorg die thuis geboden wordt onder directe aansturing door een psychiater. In paragraaf 4.5 zullen we nader ingaan op casemanagement in relatie tot het criterium 'plegen te bieden'.

4.3.3 *Zorg zoals klinisch psychologen plegen te bieden*

De klinisch psycholoog is een van de twee ingevolge de Wet op de beroepen in de Individuele gezondheidszorg (Wet BIG) erkende specialisten van de gezondheidszorgpsychologie. De klinisch psycholoog is een specialist op het terrein van de psychologie in de gezondheidszorg en wordt ingezet bij diagnostiek en behandeling van patiënten met complexe, meervoudige psychische problematiek.

³² Nationale Beroepengids

³³ Functie en competentieprofiel POH-GGZ 2014

³⁴ <http://www.nvvp.net/website/algemeen/psychiater-woorden/psychiater-woorden>

³⁵ CVZ-standpunt 'Casemanagement' d.d. 25 maart 2011

Hiernaast bezit de klinisch psycholoog kennis en vaardigheden met betrekking tot wetenschappelijk onderzoek, het vertalen hiervan in zorginnovatie en is hij opgeleid voor het verrichten van (zorginhoudelijke) managementtaken.³⁶

De klinisch psycholoog houdt zich bezig met mensen die psychisch onregelmatig zijn of onregelmatig dreigen te raken. Deze onregelmatigheden kunnen zich op verschillende manieren manifesteren. Denk hierbij aan angst- of stemmingsklachten, persoonlijkheidsstoornissen, het vastlopen van contacten en relaties, het disfunctioneren in werksituaties of het niet onder controle hebben van gedrag. Zorg (of delen daarvan) zoals klinisch psychologen plegen te bieden, kunnen ook door andere psychologische beroepsbeoefenaren worden geboden, zoals de psychotherapeut, de GZ-psycholoog en de klinisch neuropsycholoog.

4.3.4

Zorg zoals verpleegkundigen plegen te bieden

Het deskundigheidsgebied van de verpleegkundige is omschreven in artikel 33 van de Wet BIG. Op grond van dit artikel wordt tot het gebied van deskundigheid van de verpleegkundige gerekend:

- a. het verrichten van handelingen op het gebied van observatie, begeleiding, verpleging en verzorging;
- b. het ingevolge opdracht van een beroepsbeoefenaar op het gebied van de individuele gezondheidszorg verrichten van handelingen in aansluiting op diens diagnostische en therapeutische werkzaamheden.

Het Zorginstituut heeft wat betreft de verpleegkundige zorg een tweetal voor deze duiding relevante rapporten uitgebracht:

- > Verpleging 'in de wijk': van samenhang verzekerd (december 2010);
- > Verkenning indicatiestelling als onderdeel van het verpleegkundig handelen (december 2013).

Uit deze rapporten kan het volgende worden opgemaakt. Achter de zorg binnen de omschrijving 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' kunnen vele activiteiten, rollen en deskundigheidsniveaus schuil gaan. Al deze feitelijke gedaantes kunnen onder het begrip 'plegen te bieden' vallen. Plegen te bieden verwijst immers niet in eerste instantie naar een functionaris, maar naar een domein ofwel beroepsarsenaal. De activiteiten binnen dit domein strekken zich uit tot technische verpleegkundige handelingen, het coördineren, regisseren van het zorgproces, het instrueren, begeleiden en ondersteunen van de cliënt (bij het omgaan met zijn ziekte en de gevolgen daarvan), signaleren van problemen, preventie en verzorging.

De verpleegkundige (HBO-niveau) indiceert voor het verpleegkundig handelen. De verpleegkundige brengt de zorgbehoefte op vier domeinen van het menselijk functioneren in beeld (het lichamelijke, het psychische, het functionele en het sociale). Hiermee is de blik van de verpleegkundige niet beperkt tot het geneeskundig domein. De verpleegkundige indiceert weliswaar voor het verpleegkundig handelen, maar constateert op basis van deze inventarisatie ook wat er voor overige ondersteuning aan de orde zou kunnen zijn (signalerende functie). Daarbij komt de behoefte aan sociale ondersteuning in beeld. In overleg met het lokale sociale domein zullen dan afspraken gemaakt moeten worden over wie wat doet. Voorbeelden van functionarissen die nu onder de omschrijving 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' vallen, zijn wijkverpleegkundigen, gespecialiseerd verpleegkundigen, sociaal psychiatrisch verpleegkundigen, praktijkverpleegkundigen, nurse practitioners, physician assistants, (wijk)ziekenverzorgenden.

³⁶ 'De klinisch psycholoog; Beroepsprofiel'.

In het rapport 'Verpleging 'in de wijk': van samenhang verzekerd' wordt melding gemaakt van het feit dat het begrip 'begeleiding' tot verwarring kan leiden, omdat het in de praktijk in verschillende betekenissen wordt gebezigd. Het kan verwijzen naar de functie begeleiding in het kader van de Wmo. Het kan ook gebruikt worden als onderdeel van de 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' zoals omschreven in de Wet BIG.

Het gaat daarbij om begeleiding die de verpleegkundige beroepsgroep inherent acht aan hun professionele zorg in verband met geneeskundige zorg (geneeskundige begeleiding). Deze vorm van begeleiding omvat activiteiten gericht op de beperkingen met het doel hierop in te grijpen; oftewel het doel de genezing te bevorderen of de verergering van het ziektebeeld te voorkomen. Deze moet duidelijk te onderscheiden zijn van begeleiding die meer gericht is op maatschappelijke participatie. Deze vorm van begeleiding is met ingang van 1 januari 2015 overgeheveld naar de Wmo.

4.4

Professionele standaarden

De Zvw dekt geneeskundige zorg. Welke geneeskundige zorg de cliënt nodig heeft, bepaalt de behandelaar in overleg met de cliënt aan de hand van de standaarden en richtlijnen die voor de doelgroep gelden. Deze standaarden komen terug in de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg als maatstaf voor de kwaliteit van zorg:

Artikel 2.2 Wkkgz: Goede zorg is zorg

(a) die in ieder geval veilig, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht is, tijdig wordt verleend, en is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt;

(b) waarbij zorgverleners handelen in overeenstemming met de op hen rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de professionele standaard, [...]

Hierbij is de combinatie gemaakt van de professionele standaard en de individuele situatie van de cliënt, voortvloeiend uit de reële behoefte van de cliënt.

Wanneer we kijken naar wat huisarts, medisch specialisten, klinisch psychologen, verpleegkundigen (verder zorgprofessionals) plegen te bieden, dan zien we dat de aandacht voor werk is ingebed in diverse richtlijnen, net als de aandacht voor andere omstandigheden van de cliënt: relatie, gezinssituatie, huisvesting, financiële situatie, hobby's. Het voert te ver om hier alle richtlijnen te behandelen waarin aandacht voor (arbeids)participatie is opgenomen. We beschrijven hier die richtlijnen die behulpzaam kunnen zijn voor de vraag hoever de zorg van zorgprofessionals gaat ter bevordering van (arbeids)participatie. Daarbij kan globaal onderscheid worden gemaakt tussen richtlijnen die uitgaan van mensen met werk en psychische problemen en mensen zonder werk die vanwege hun psychische problematiek grote afstand tot de arbeidsmarkt hebben.

4.4.1

Richtlijn 'Eén lijn in de eerste lijn bij overspanning en burn-out'

In de richtlijn 'Eén lijn in de eerste lijn bij overspanning en burn-out' beschrijven de Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (LVE), het NHG en de NVAB de verwevenheid van participatie en gezondheid: *"Participatie is doorgaans meer voorwaarde voor herstel, dan herstel voorwaarde is voor participatie. Herstel (zowel klachtenreductie als functioneringsherstel) is het resultaat van weer greep krijgen op de situatie. Klachtbehandeling en bevorderen van participatie nemen een gelijkwaardige plaats in bij de begeleiding van de patiënt."*³⁷

De verwevenheid van participatie en gezondheid komt onder meer aan de orde in het hoofdstuk 'diagnostiek' van deze richtlijn. In het kader van de diagnostiek bij

³⁷ 'Eén lijn in de eerste lijn bij overspanning en burn-out', NVAB, LVE, NHG, 2011, P.8

overspanning wordt beoordeeld welke rollen of taken de patiënt/werknemer heeft laten vallen. Het gaat daarbij niet alleen om de werkrol, maar ook om sociale rollen, gezinsrol en bijvoorbeeld vrijwilligersrol. Ook worden de oorzakelijke en uitlokkende factoren in beeld gebracht die spelen in de verschillende levensgebieden (zowel werkomgeving, als privé en zorgomgeving). Omdat de omgeving rond de patiënt of werknemer vergelijkbare processen doormaakt als de patiënt zelf, richt de aanpak zich zowel op de individuele patiënt of werkende als op de omgeving met als focus de randvoorwaarden voor herstel in de omgeving, op het werk en thuis.

4.4.2

Richtlijn 'Werk en psychische klachten'

Ook de richtlijn 'Werk en psychische klachten' van het NIP en de LVE gaat uit van een wisselwerking tussen werk en psychische klachten. In deze richtlijn is te lezen: *"De psycholoog ondersteunt cliënt om actief het eigen herstel te bevorderen, waarbij werk onderdeel van het herstel uitmaakt."*³⁸

Psychologische ondersteuning is gericht op het herstel en het evenwicht in het psychisch en sociaal functioneren van de cliënt in leef-, woon- en werksituatie. Daar waar volledig herstel van dit evenwicht niet mogelijk is, richt de behandeling en begeleiding zich op het verbeteren en draaglijk maken van de (werk)situatie. De richtlijn gaat ervan uit dat de cliënt de centrale actor is in het herstelproces. De cliënt is zijn eigen zorgcoördinator en fungeert als spil tussen de betrokkenen, zowel vanuit het werk als andere disciplines (o.a. huisarts, bedrijfsarts, jobcoach). De psychologische ondersteuning is erop gericht dat de cliënt deze rol kan vervullen. De richtlijn geeft aandachtspunten en aanwijzingen voor een op werk gerichte werkwijze van psychologen. Bij werkgerichte interventies zijn drie niveaus te onderscheiden, te weten het niveau van het individu, van werkaanpassing en van organisatie.

> Individu

Op het niveau van het individu gaat het om interventies om de cliënt te kunnen laten werken of om het werk te hervatten, waarbij het uitgangspunt de persoonlijke capaciteiten van de cliënt en het vergroten van de belastbaarheid is.

> Werkaanpassing

Wat betreft werkaanpassing is de rol van de psycholoog het inschatten van de aanpassingen die in het werk gedaan moeten worden om herstel van functioneren te bereiken. Dit kan verandering in (werk)gedrag zijn, het verhogen van persoonlijke effectiviteit, maar ook het advies een andere functie te gaan vervullen of ander werk te zoeken, bijvoorbeeld omdat de competenties van de cliënt niet aansluiten bij de aard van het werk (arbeidsinhoud) of omdat de bedrijfscultuur niet bij de cliënt past (arbeidsverhoudingen). Als de psycholoog de indruk heeft dat er gewerkt wordt onder arbeidsomstandigheden die herstel belemmeren, dan kan een werkplekonderzoek een geschikte interventie zijn. Hiervoor kan de cliënt doorverwezen worden naar andere deskundigen, binnen het bedrijf of de arbodienst.

> Organisatie

Als blijkt dat de psychische problemen niet alleen individueel gerelateerd zijn, maar mede ingegeven worden door problemen op de afdeling of binnen de organisatie c.q. het bedrijf, dan is aandacht voor organisatieniveau aan de orde. De rol van de psycholoog kan in dat geval adviseur van de cliënt zijn en – via de cliënt – van het bedrijf.

In alle gevallen ligt de nadruk erop dat de cliënt zelf oplossingen aanbrengt en

³⁸ Werk en psychische klachten, NIP en LVE, 2005, p.2.

deze tot uitvoer brengt (activerende benadering) De cliënt moet dus actief met zijn functioneren op het werk en het werksysteem aan de slag. Ook op organisatieniveau.

Ook is in deze richtlijn te lezen dat het aan de psycholoog is om de grenzen van het eigen kunnen te weten en te verwijzen naar andere professionals wanneer een (werkgericht) aspect van de behandeling of begeleiding zijn professionele grenzen overschrijdt. Het uitgangspunt is dat de psycholoog deskundig is op het terrein van de behandeling van psychische klachten. De richtlijn geeft hiervoor een verdere invulling. Met deze richtlijn – die aanvullend is op bestaande standaarden en richtlijnen – willen het NIP en de LVE bereiken dat psychologen meer worden ingezet bij de behandeling en re-integratie van werknemers en werkzoekenden. Met andere woorden, het handelen van psychologen dient zich niet (alleen) te beperken tot een klachtgerichte dan wel inzichtgevende benadering, maar moet mede – meer dan tot nu toe het geval is – worden gericht op de relatie tussen werk(gever) en werknemer. Werkhervatting dient een expliciet onderdeel van deze aanpak te zijn.

De psycholoog werkt dus aan klinisch en functioneel herstel met aandacht voor de werksituatie; waar functioneel herstel (vaardigheden) nodig is voor maatschappelijk herstel (terugkeer op de werkvloer) draagt de psycholoog hieraan bij.

4.4.3

Richtlijn Handelen van de bedrijfsarts bij werkenden met psychische problemen

Deze richtlijn³⁹ beoogt de bedrijfsarts handvatten te geven om de werkende met psychische problemen en diens werkomgeving optimaal te ondersteunen in behoud of herstel van functioneren. De doelgroep betreft werkenden die lijden aan (dreigend) controleverlies en functioneringsproblemen als gevolg van stressgerelateerde klachten en lichte tot matige depressies, angststoornissen of overige psychiatrische stoornissen.

In deze richtlijn wordt omschreven welke rollen en taken de bedrijfsarts vervult. De bedrijfsarts vervult de rol van procesbegeleider en kan interventies bieden voor zowel de werknemer als het werksysteem. De richtlijn beschrijft vervolgens welke acties de bedrijfsarts dient te volgen bij andere dan stressgerelateerde psychische problemen. Als het klachtenpatroon en lijdensdruk gedurende twee maanden onveranderd blijven of slechter worden is afstemming met de huisarts noodzakelijk. Dit geldt ook bij een depressieve stoornis, angststoornis en de overige psychiatrische beelden.

4.4.4

Module Depressie en Arbeid

De module 'Depressie en arbeid' is een aanvulling van de NVAB op de Multidisciplinaire Richtlijn Depressie. In deze module⁴⁰ worden de volgende werkgebonden psychosociale risicofactoren genoemd voor het ontstaan van een depressie:

- > het hebben van niet-passend werk;
- > te veel werk;
- > weinig controle over werktempo;
- > problemen met werkverhoudingen;
- > gepest worden;
- > hoge psychologische taakeisen;
- > weinig regelmogelijkheden;
- > weinig sociale ondersteuning op het werk;
- > meegemaakte stressvolle werkgebeurtenissen.

³⁹ Richtlijn Handelen van de bedrijfsarts bij werkenden met psychische problemen, NVAB (2007)

⁴⁰ Module Depressie en arbeid, NVAB (2005)

In de module wordt de aanbeveling gedaan dat de huisarts en/of GGZ-professional aandacht besteedt aan de psychosociale werkomstandigheden van de patiënt met een depressie. Als blijkt dat sprake is van een gebrek aan sociale ondersteuning of het hebben van een niet-passende baan, dan verwijst de zorgprofessional naar de bedrijfsarts. De bedrijfsarts adviseert werkgever en werknemer met betrekking tot psychosociale werkomstandigheden.

De zorgprofessionals dragen zorg voor de begeleiding van het individu. Bij voorkeur combineren zij een cognitief gedragsmatige benadering met relaxatietechnieken. De bedrijfsarts combineert deze maatregelen ten aanzien van de depressieve patiënt zo nodig met individuele werkaanpassingen. In geval van structurele psychosociale factoren adviseert de bedrijfsarts over organisatiegerichte maatregelen. In dit geval draagt de bedrijfsarts dus bij aan maatschappelijk en persoonlijk herstel door te zorgen dat de organisatie zich aanpast, omdat verder klinisch of functioneel herstel – waardoor de werknemer zich probleemloos aan de werksituatie kan aanpassen – niet mogelijk is.

4.4.5

Module Arbeid 1.0; begeleiding rondom arbeidsparticipatie van chronisch zieken

Deze Module is mede opgesteld met betrokkenheid van de NHG, NIP en NVAB. Ook zij benadrukken dat de cliënt zoveel mogelijk zelf de regie moet houden over zijn herstel en over de aanpassing van de werksituatie aan de persoonlijke situatie. In het hoofdstuk over organisatie van de zorg schrijven zij:

*"De curatieve gezondheidszorg levert primair een bijdrage aan het herstel of behoud van gezondheid van de chronisch zieke. De zorgverlener heeft een signalerende taak ten aanzien van (dreigende) arbeidsgerelateerde gezondheidsproblemen. Voor de chronisch zieke is het van belang dat er één centraal aanspreekpunt is dat een (coördinerende) functie heeft bij het optimaliseren van de mogelijke ondersteuning vanuit de curatieve gezondheidszorg: de centrale zorgverlener die zorg draagt voor afstemming met de arbozorg. Deze kan tevens waar nodig contacten leggen met en/of doorverwijzen naar instanties die vanuit de gemeente hulp en ondersteuning kunnen geven (o.a. op basis van de Wmo) die de participatie bevorderen."*⁴¹

Deze coördinatie behoudt echter een heldere taakverdeling tussen zorgprofessional en arbozorgprofessional: *"Indien uit arbeidsanamnese en (para)medisch onderzoek blijkt dat er sprake is van complexe problematiek en/of risico bestaat op langdurige uitval – er is sprake van meerdere persoonsgebonden of werkgebonden risicofactoren – bespreekt de zorgverlener met de chronisch zieke dat er sprake is van een (dreigende) disbalans tussen de belastbaarheid en de werkbelasting. De zorgverlener informeert de chronisch zieke dat de begeleiding vanuit de arbozorg nodig is."* Die arbozorg kan bestaan uit begeleiding door een arbo-arts of arbeidspsycholoog, maar ook uit een re-integratietraject.⁴¹

De opstellers leggen hier de verantwoordelijkheid voor klinisch en functioneel herstel bij de zorgprofessionals; ook leggen zij een belangrijke coördinerende rol bij de zorgprofessional en de werknemer zelf. Voor maatschappelijk herstel – re-integratie in het werk – is de arbozorg aangewezen.

4.4.6

Multidisciplinaire richtlijn werk en ernstige psychische aandoeningen

De Multidisciplinaire richtlijn werk en ernstige psychische aandoeningen⁴² geeft aanbevelingen ter ondersteuning van mensen met langdurige en ernstige psychische aandoeningen die graag mee willen doen in het arbeidsproces. Het doel van de richtlijn is optimale arbeidsparticipatie van mensen met ernstige psychische

⁴¹ Module Arbeid 1.0; begeleiding rondom arbeidsparticipatie van chronisch zieken, CBO, 2014: p.15

⁴² Multidisciplinaire richtlijn werk en ernstige psychische aandoeningen, Trimbos instituut 2013

aandoeningen te garanderen, opdat werkuitval bij deze doelgroep zo veel mogelijk wordt voorkomen. Op basis van de resultaten van wetenschappelijk onderzoek, ervaringskennis en overige overwegingen geeft de richtlijn een overzicht van goed ('optimaal') handelen als waarborg voor optimale arbeidsparticipatie van mensen met ernstige psychische aandoeningen.

Uit de richtlijn komt naar voren dat het aannemelijk is dat een geïntegreerde aanpak – waarbij arbeidsbegeleiders (jobcoaches en trajectbegeleiders) en GGZ-hulpverleners samenwerken in één team – effectiever is voor het verkrijgen en behouden van werk dan een niet-geïntegreerde aanpak. Er worden diverse succesvolle implementatiestrategieën genoemd, waarbij samenwerking tussen arbeidsbegeleiders en GGZ-hulpverleners essentieel is, evenals een goede afstemming en afspraken over rollen en verantwoordelijkheden. Om deze reden beveelt de richtlijn aan dat een samenwerking tot stand wordt gebracht tussen de GGZ en (door gemeente en UWV) erkende jobcoachorganisaties.

Zij bevestigen hiermee dat klinisch herstel, functioneel herstel en maatschappelijk herstel dusdanig nauw kunnen samenhangen, dat intensieve samenwerking tussen betrokkenen noodzakelijk is.

4.4.7

Handboek FACT⁴³

Flexibele assertive community treatment (FACT) richt zich op volwassenen met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA). Deze mensen hebben naast hun psychiatrische aandoening ernstige beperkingen in hun maatschappelijk en/of sociaal functioneren. FACT beoogt cliënten te ondersteunen in hun herstelproces. Dit doet FACT onder andere door deze doelgroep zodanig te behandelen, te ondersteunen en te begeleiden dat zij succesvol en naar tevredenheid kunnen functioneren en kunnen meedoen in de maatschappij op een wijze die hen zelf aanspreekt en die veilig is.

FACT is een organisatievorm. FACT werkt outreachend en assertief: hulpverleners gaan af op (potentiële) cliënten via huisbezoek, op het dagcentrum of op straat, daar waar de cliënt zich bevindt. Het gaat om behandeling, begeleiding, rehabilitatie en ondersteuning bij herstel. FACT heeft als doel te voorkomen dat cliënten in het psychiatrisch ziekenhuis moeten worden opgenomen. De zorg wordt geleverd door een breed samengesteld multidisciplinair team met onder andere psychiater, (sociaal psychiatrisch) verpleegkundige, psycholoog, arbeidsspecialist (SE/IPS), verslavingsdeskundige en ervaringswerker.

Als het gaat om (arbeids)participatie is een van de subdoelen van FACT het begeleiden van de cliënt. De cliënt wordt ondersteund bij het herpakken van sociale en maatschappelijke rollen; meedoen in de maatschappij op een wijze die de cliënt op dat moment wenst, via dagbesteding of werk, via de buurt, de burens of via lotgenotencontact. Het kan ook betekenen dat er aandacht is voor middelengebruik, voor werkhervatting en voor schuldsanering.

In het FACT-team is de verpleegkundige een van de kerndisciplines die de cliënt begeleidt en daarmee het hart van het FACT-team vormt. Zij hebben de rol van casemanager (persoonlijk begeleider) en zijn verantwoordelijk voor de coördinatie van de uitvoering van de behandeling.

⁴³ Handboek (Flexibele) ACT; Remmers van Veldhuizen, Diana Polhuis, Michiel Bähler, Niels Mulder, Hans Kroon (redactie) september 2015

4.4.8 *Zorgstandaarden en generieke modules in ontwikkeling*⁴⁴

Het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ is een samenwerkingsverband dat eind 2013 is opgericht. In het Netwerk werken patiënten en naasten, zorgprofessionals, zorgaanbieders en zorgverzekeraars samen in hun streven naar goede, toegankelijke en betaalbare geestelijke gezondheidszorg. Dit gebeurt primair door het ontwikkelen, financieren en begeleiden van zorgstandaarden. Zonder uitputtend te zijn, noemen wij hier enkele zorgstandaarden en generieke modules die in ontwikkeling zijn en een relatie hebben met (arbeids)participatie voor cliënten met een psychische stoornis.

4.4.8.1 Generieke module Arbeid als medicijn

Het doel van de module is het voorkomen van problemen op het gebied van werk(hervatting) en de inzet van arbeid als middel tot herstel.

4.4.8.2 Generieke module Ernstige Psychische Aandoeningen (EPA)

Het doel van het project is het vervaardigen van een generieke module EPA voor goede behandeling, begeleiding en ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen. De module voorziet in een kader voor het organiseren van die zorg en een landelijke norm voor kwaliteit van zorg voor deze doelgroep.

4.4.8.3

Diagnostiek en behandeling van psychische klachten in de huisartsenpraktijk
Deze generieke module zal handvatten bieden voor de huisarts en de POH-ggz om vanuit de gepresenteerde klacht via klacht- en hulpvraagverheldering, anamnese (aard, ernst en duur van de klachten), ervaren lijdensdruk en disfunctioneren tot een werkhypothese/diagnose te komen. Hierbij wordt gelet op de aspecten die consequenties hebben voor het (slagen van het) plan van aanpak, zoals bijvoorbeeld lerend vermogen, bereidheid tot zelfonderzoek en motivatie tot gedragsverandering. Ook wordt door middel van triage een inschatting gemaakt van urgentie. Daarnaast geeft de kwaliteitsstandaard aanbevelingen voor de huisarts en POH-ggz voor interventies bij psychische klachten, die een snel herstel en verbetering van de kwaliteit van leven kunnen bevorderen. Hierbij wordt ruim aandacht besteed aan acceptatie en aanpassingsmechanismen, patiënt empowerment, verbetering van zelfmanagement en de factor arbeid. Zo moet worden voorkomen dat er een chronisch beloop of een stoornis met ernstige symptomen, langere ziekteduur en eventueel langdurig ziekteverzuim ontstaat.

4.4.8.4

Generieke module herstelondersteunende zorg

Het doel van het project is de oplevering van een generieke module voor herstelondersteunende zorg binnen en buiten de GGZ. Herstelondersteunende zorg is gericht op het bevorderen van het herstelproces van patiënten binnen en buiten de GGZ. De leefwereld, het levensverhaal, de wensen en de prioriteiten van patiënten zijn dan leidend, evenals de eigen krachten, ervaringskennis en hulpbronnen van patiënten. Het begrip 'herstelondersteunende zorg' omvat daarom het zorg dragen voor de beschikbaarheid van een breed scala aan herstelbevorderende activiteiten, faciliteiten, attitudes en gedragingen. Kenmerkend voor herstelondersteunende zorg is ook een minder hiërarchische en meer gelijkwaardige relatie tussen hulpverlener en patiënt, waarbij het voeren van de eigen regie door de patiënt gestimuleerd en gehonoreerd wordt.

4.4.8.5

Generieke module dagbesteding

Het doel van het project is het ontwikkelen van een generieke module voor dagbesteding vanuit cliëntperspectief, die cliënten en uitvoerders/professionals ondersteunt bij het maken van keuzes over geschikte vormen van dagbesteding.

⁴⁴ www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl

4.4.8.6 Zorgstandaard Aanpassingsstoornissen

In dit project wordt een Zorgstandaard Aanpassingsstoornissen ontwikkeld die de maatstaf voor het minimaal vereiste niveau van kwaliteit van zorg bij mensen met een aanpassingsstoornis geeft, zowel zorginhoudelijk als procesmatig. Eveneens geeft de zorgstandaard aanbevelingen voor patiënt en zorgprofessionals, waarbij voldoende ruimte aanwezig is voor flexibiliteit en individuele, persoonsgerichte benadering. Per fase van het ziekteproces staat aangegeven welke zorg geboden wordt, wat de indicatiestelling is, en hoe de zorg en organisatie hiervan wordt vormgegeven.

4.5 Casemanagement en 'plegen te bieden' ³⁵

4.5.1 *Plegen te bieden*

De problemen van mensen met psychische stoornissen hebben vaak niet alleen betrekking op gezondheidszorg, maar ook op andere levensgebieden. Het is onvermijdelijk dat verschillende instanties en hulpverleners samen moeten werken. De paradox is dat naarmate het eigen regelvermogen van cliënten afneemt, het aantal betrokken hulpverleners toeneemt evenals de noodzaak van coördinatie. Afhankelijk van het ziektebeeld en van de persoonlijke omstandigheden van de verzekerde kan het zorg- of behandelplan verschillende levensterreinen betreffen, en kan het heel verschillende zorgvormen en vormen van dienstverlening omvatten.

In zijn standpunt 'Casemanagement' van maart 2011 heeft het Zorginstituut de elementen, die als onderdeel van casemanagement voorkomen, geïnventariseerd en heeft daarvan beoordeeld of die tot de te verzekeren prestaties behoren van de Zvw. Casemanagement in de zin van zorgdiagnostiek, zorgcoördinatie, monitoring en evaluatie is onder voorwaarden onderdeel van de te verzekeren prestaties in het kader van de Zvw. Het gaat om zorg zoals huisartsen, medisch specialisten, klinisch psychologen plegen te bieden en om zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. Dit is alleen het geval als de primaire zorgvraag geneeskundig van aard is.

Eén van de kernfuncties van casemanagement is die domeinen met elkaar verbinden en af te stemmen zodat een integraal en op maat gesneden aanbod ontstaat. Toegespitst op de verschillende vormen van herstel, zou je kunnen zeggen dat in casemanagement deze vormen van herstel samenkomen. Het feit dat bepaalde zorg of een bepaalde dienst noodzakelijk is om een integraal aanbod en een verantwoorde zorgsituatie te realiseren, maakt echter niet dat die zorg of dienst zelf meteen onder de Zvw valt.

Schuldsanering en hulp bij het zoeken van werk of passende activiteiten zijn bijvoorbeeld geen verzekerde zorg, net zomin als maatschappelijke participatie. De casemanager brengt de domeinen bij elkaar en zorgt voor afstemming, maar de verantwoordelijkheid voor het realiseren van de zorg en diensten zelf blijft zoals die wettelijk is bepaald.

Casemanagement in de chronische psychiatrische zorg die thuis wordt geboden, kan zorg zijn zoals medisch specialisten *plegen te bieden*, als de zorg wordt geboden onder directe aansturing van een psychiater. Meer gebruikelijk is dat het casemanagement bij psychiatrische zorg door een sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV) wordt geboden. De zorg valt dan onder 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden'.

Van casemanagement is alleen sprake als eenvoudige middelen om tot afstemming te komen, zoals incidenteel onderling overleg, tekortschieten en een (pro)actieve benadering nodig is. Dit is bij de meeste mensen met een ernstige psychische

aandoening het geval, maar zal ook aan de orde zijn bij mensen met psychische problemen die daarnaast problemen hebben op andere levensgebieden – zoals de opvoeding, werk en financiën.

In het rapport over casemanagement zijn ook de voorwaarden voor casemanagement beschreven. Een belangrijke voorwaarde is dat de samenwerking met andere partijen in het sociaal domein vastgelegd is, zodat duidelijk is bij wie de casemanager waarvoor terecht kan en de verdeling van verantwoordelijkheden helder is. In het kwaliteitsstatuut van iedere GGZ-organisatie worden de afspraken over de samenwerking en afstemming in de professionele netwerken (gezondheidszorg en sociale domein) beschreven (zie ook volgende paragraaf). Hieronder vallen ook de afspraken betreffende casemanagement.

Voorbeelden casemanagement

Het gaat bijvoorbeeld om chronisch psychiatrische cliënten die thuis wonen, onvoldoende zelfredzaam zijn en soms terugvallen. Een sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV) bezoekt de cliënt regelmatig, en adviseert de regiebehandelaar zo nodig het zorgplan aan te passen. Daarbij kan het ook zijn dat een SPV contact opneemt met andere instanties en hen zo nodig inschakelt bij de zorgverlening.

Bij casemanagement in verband met bijvoorbeeld verslavingszorg, moet de casemanager eenvoudig toegang hebben (zoals een vast aanspreekpunt) tot relevante instanties zoals woningbouwvereniging, gemeentelijke sociale dienst, schuldhulpverlening en dergelijke. Er moeten afspraken zijn over wat van alle betrokken instanties mag worden verwacht. Als dat niet het geval is, kan er geen sprake zijn van effectief casemanagement.

4.5.2

Casemanagement versus regiebehandelaarschap

In het Model Kwaliteitsstatuut GGZ staat aangegeven wat zorgaanbieders in de GGZ geregeld moeten hebben op het gebied van kwaliteit en verantwoording om geneeskundige GGZ in het kader van de Zvw te kunnen verlenen. Het kwaliteitsstatuut beschrijft de wijze waarop een aanbieder in de GGZ de integrale zorg voor de individuele patiënt/cliënt heeft georganiseerd, in het bijzonder de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de betrokken (andere) zorgverleners en hun onderlinge verhoudingen. Dit gebeurt op een zodanige manier dat de autonomie en regie van de cliënt zoveel mogelijk wordt gestimuleerd en de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorgverlening inzichtelijk en toetsbaar zijn.

In het Model Kwaliteitsstatuut GGZ zijn de taken en verantwoordelijkheden van de regiebehandelaar uitgewerkt. Een regiebehandelaar is de zorgverlener die de regie voert over het zorgproces. De regiebehandelaar draagt de verantwoordelijkheid voor de integraliteit van het behandelproces. Daarnaast is hij voor alle betrokkenen, inclusief de cliënt en diens naasten, het centrale aanspreekpunt. Voor zowel de generalistische basis GGZ als de gespecialiseerde GGZ zijn de normen en eisen aan een regiebehandelaar en de beroepen die hieraan voldoen, vastgelegd. Wanneer meerdere zorgaanbieders tegelijkertijd bij de behandeling van de cliënt betrokken zijn, spant de regiebehandelaar zich in voor een goede samenwerking en afstemming, met toestemming van de cliënt.

Casemanagement bevat echter meer dan afstemming met zorgaanbieders. Het gaat expliciet ook over de afstemming met andere professionals, zoals jobcoaches, woningcorporaties, schuldsanering etc. Wij gaan ervan uit dat partijen hebben bedoeld dat casemanagement onderdeel is van het integrale zorgproces waarin de regiebehandelaar een centrale rol speelt.

4.6

Conclusie

De geneeskundige zorg die beroepsgroepen in de Zvw bieden, heeft tot doel invloed uit te oefenen op het cyclische proces van de vier hersteldomeinen van de cliënt, waarbij een integrale benadering voor alle levensgebieden uitgangspunt is. Zij oefenen deze invloed uit door interventies op de symptomen, gedachten en gedragingen van de cliënt (klinisch en functioneel herstel). Bij het bieden van die geneeskundige zorg behoort het tot goede zorg om *rekening te houden met de situatie van de cliënt en met factoren die herstel van de stoornis bevorderen of belemmeren*. De sociale omstandigheden van een cliënt zoals relatie, gezinssituatie, huisvesting, financiële situatie, hobby's maar ook werk zullen voor de cliënt centraal staan bij het bepalen van de behandeldoelen. Het hoort dan ook bij de zorg zoals huisartsen, psychiaters, klinisch psychologen en verpleegkundigen die plegen te bieden om deze sociale omstandigheden te betrekken in het behandelplan.

Activiteiten die zich alleen richten op verbeteren van participatie of maatschappelijk functioneren – zoals het vinden van werk of begeleiding op het werk – passen niet binnen de definitie van geneeskundige zorg en behoren niet tot het erkende arsenaal van activiteiten die zorgprofessionals plegen te bieden. De richtlijnen verwijzen hierbij al snel naar de bedrijfs- of arboarts als degene die verantwoordelijk is voor de inzetbaarheid van cliënten en het geschikt maken van werk en de werkplek voor de cliënt met psychische problemen. Uit de richtlijnen komt evenmin naar voren dat het vinden van geschikt werk of dagbesteding gerekend kan worden tot iets dat huisartsen, psychiaters, klinisch psychologen en verpleegkundigen plegen te bieden. Dit vergt een deskundigheid die zich richt op het deel van het maatschappelijk herstel dat in een ander domein ligt. Afhankelijk van de persoonlijke situatie van de cliënt kan dat het gemeentelijk domein of het domein van de werknemersverzekeringen (UWV) zijn.

Hetzelfde geldt voor andere vormen van participatie: het behoort niet tot het aanvaarde arsenaal van de genoemde beroepsgroepen om (bijvoorbeeld) cliënten te helpen een sportclub te vinden en daar te integreren, een passende (vervolg)opleiding te vinden en zich daar te voegen in het maatschappelijk verkeer, een buurthuis te vinden en daar aan de dagactiviteit mee te doen of te helpen. Dit zijn meer begeleidende activiteiten gericht op participatie.

In het kader van de zorg zoals de genoemde beroepsgroepen plegen te bieden, zal deze zorgbehoefte wel in beeld worden gebracht. Afhankelijk van het ziektebeeld en van de persoonlijke omstandigheden van de cliënt kan het zorg- of behandelplan verschillende levensterreinen betreffen. De doelstellingen die de cliënt heeft op het gebied van persoonlijk en maatschappelijk herstel, kunnen mede richting geven aan de zorg voor het klinisch en functioneel herstel. Daarnaast is het onderdeel van goede zorg om als dat nodig is afstemming te zoeken met professionals in andere domeinen; van de professionals die werkzaam zijn in de schuldsanering of bij de woningcorporatie mag ook verwacht worden dat zij actief bijdragen aan afstemming ten behoeve van de cliënt.

Als eenvoudige middelen om tot afstemming tussen de verschillende domeinen te komen, tekortschieten en een (pro)actieve benadering nodig is, kan casemanagement in het kader van een integrale benadering tussen GGZ en het sociale domein aan de orde zijn. Een van de kernfuncties van casemanagement is die domeinen met elkaar te verbinden en af te stemmen zodat een integraal en op maat gesneden aanbod ontstaat. Casemanagement behoort tot het domein van de Zvw voor zover de primaire zorgvraag geneeskundig van aard is. Het gaat om zorg zoals huisartsen, medisch specialisten, klinisch psychologen en verpleegkundigen

plegen te bieden. In de psychiatrische zorg zal casemanagement onder verantwoordelijkheid van de regiebehandelaar vallen, maar kan door een andere zorgverlener van het multidisciplinaire behandelteam worden geboden.

Toegespitst op de verschillende vormen van herstel, zou je kunnen zeggen dat in casemanagement deze vormen van herstel samenkomen. Het feit dat bepaalde zorg of een bepaalde dienst noodzakelijk is om een integraal aanbod en een verantwoorde zorgsituatie te realiseren, maakt echter niet dat die zorg of dienst *zelf* meteen onder de Zvw valt. De ruimte die zorgverleners binnen de Zvw hebben om arbeidsparticipatie te bevorderen is beperkt tot diagnostiek en behandeling waarbij de sociale omstandigheden van de cliënt een belangrijke rol spelen bij het bepalen van de behandeldoelen en indien nodig het coördineren van zorg als deze domeinoverstijgend is.

5 Geen, of deels Zvw en andere domeinen

5.1 Verschillende situaties

De tweede deelvraag die de minister ons stelt is:

Welke activiteiten die zorgprofessionals plegen te bieden tot het bevorderen van arbeid of participatie van de cliënt behoren tot een ander domein (publiek, privaat, werkgever)?

Deze vraag willen we in dit hoofdstuk en het volgend hoofdstuk bespreken aan de hand van verschillende situaties.

We beschrijven situaties die kunnen leiden tot arbeidsverzuim, waarbij de zorg wettelijk is uitgesloten van de Zvw en bespreken tot welke andere wettelijke domeinen deze zorg mogelijk gerekend kan worden. Ook beoordelen we een interventie waarbij de afstemming tussen het zorgdomein en andere domeinen een rol speelt.

We gaan in op de volgende situaties:

> *Interventies die wettelijk zijn uitgesloten in relatie tot arbeidsverzuim*

- de behandeling van werkgerelateerde klachten;
- aanpassingsstoornissen en de relatie met psychosociale zorg bij ernstige somatische aandoeningen.

> *Interventie waarbij de afstemming tussen domeinen een rol speelt*

- de interventie Individuele Plaatsing en Steun (IPS) voor mensen met ernstige psychische aandoeningen.

5.1.1 *Werkgerelateerde klachten*

Behandeling van werkproblemen in de geneeskundige GGZ is wettelijk uitgesloten van de te verzekeren prestaties van de Zvw. Werk kan de oorzaak zijn van de psychische klachten; een groot deel van de verzuimgevallen in Nederland is werkgerelateerd en dan gaat het in de meeste gevallen om 'overspanning' of 'burn-out'. De scheidingslijn tussen interventies die tot het domein van de Wet Verbetering Poortwachter (Wvp) behoren en behandeling van psychische stoornissen in het kader van de Zvw, is echter dun. In paragraaf 5.3 zullen we hierop nader ingaan.

5.1.2 *Aanpassingsstoornissen versus psychosociale zorg*

Psychosociale zorg is een breed begrip. Mensen kunnen behoefte hebben aan steun om met levensproblemen om te gaan. Van oudsher werd die steun geboden door familie, kerken, liefdadigheid en de huisarts. Ook als deze levensproblemen ontstonden door een ernstige ziekte, bijvoorbeeld kanker. In de somatische zorg is een en ander zo afgebakend dat van iedere hulpverlener in de zorg verwacht wordt dat hij hier oog voor heeft. Iedere hulpverlener krijgt dit ook in zijn opleiding mee. Van huisarts, tot medisch specialist en paramedicus. Psychosociale zorg is daarmee onderdeel van de zorg die huisartsen en medisch specialisten plegen te bieden.

De geneeskundige GGZ is beperkt tot hulp bij psychische stoornissen, met uitzondering van de aanpassingsstoornissen. De behandeling van aanpassingsstoornissen in de geneeskundige GGZ is wettelijk uitgesloten van de te verzekeren prestaties van de Zvw. Als mensen meer psychosociale of psychologische zorg nodig hebben dan het algemeen maatschappelijk werk, inloophuizen, zelfhulp, de huisarts of de medisch specialistische zorg kan bieden, dan is daarvoor binnen de geneeskundige GGZ geen titel (tenzij er sprake is van een

andere psychische stoornis). Voor mensen die arbeidsongeschikt zijn, kan dit van invloed zijn op een eventuele werkhervatting. In paragraaf 5.4 gaan we in op psychosociale zorg bij ernstige somatische aandoeningen en de relatie met aanpassingsstoornissen.

5.1.3 *Individuele Plaatsing en Steun (IPS)*

Als onderdeel van de beantwoording van de vragen van de minister hebben we één interventie getoetst aan het 'plegen te bieden'- criterium van de Zvw. We beoordelen IPS, omdat:

- in het veld deze interventie als enige als 'bewezen effectief' wordt benoemd;
- in deze interventie behandeling van de stoornis en het hervatten van werk het meest vervlochten zijn;
- verschillende domeinen van de sociale zekerheid bij IPS betrokken zijn.

Bij deze beoordeling gaat het vooral om een toets aan het 'plegen te bieden criterium'. Ook bekijken we de wetenschappelijke literatuur waarin het effect van IPS als interventie is onderzocht:

- voor mensen met een psychische stoornis;
- bij wie IPS is ingezet als interventie ter bevordering van het herstel (en dus niet alleen het hervatten van werk als doel op zich hebben);
- blijkend uit de beschreven doelstelling van het onderzoek en de gekozen uitkomstmaten: die moeten ook uitgedrukt zijn in termen van kwaliteit van leven, effect op herstelmaten, gebruik van zorg etc. (en dus niet op het vinden of behouden van werk als uitkomstmaat).

De beoordeling van IPS komt in het volgende hoofdstuk aan bod.

5.2 **Interventies die wettelijk zijn uitgesloten**

5.2.1 *Pakketmaatregelen*

Overschrijdingen op het Budgettair Kader Zorg en in het bijzonder de kosten- en volumegroei van de geneeskundige GGZ over de jaren 2008/2010 heeft de minister doen besluiten bezuinigingsmaatregelen te treffen met betrekking tot de verzekerde geneeskundige GGZ. Zo werden achtereenvolgens de volgende pakketmaatregelen getroffen:

- > Per 1 januari 2012 is de behandeling van aanpassingsstoornissen uitgezonderd van het te verzekeren pakket (artikel 2.1, onder h, Rzv)
- > Per 1 januari 2013 is vervolgens de hulp bij werk- en relatieproblemen uitgezonderd (artikel 2.1, onder i, Rzv).

Door de wijze waarop deze uitsluitingen in de Rzv zijn vormgegeven, is hulp bij werk- en relatieproblemen en de behandeling van aanpassingsstoornissen *volledig* uitgesloten van de Zvw. Dit zou betekenen dat ook de huisarts bij deze indicatie geen hulp zou mogen bieden. In ons rapport 'Geneeskundige GGZ (deel 1)' hebben wij al gewezen op deze onwenselijke situatie. Uit de artikelsgewijze toelichting op de wijzigingsbesluiten^{45,46} blijkt dat het de bedoeling van de wetgever is geweest de Zvw-aanspraken op het terrein van de geneeskundige GGZ scherper te formuleren. Ook uit de beantwoording van Kamervragen d.d. 28 augustus 2014⁴⁷ blijkt dat de minister ervan uitgaat dat de huisarts – eventueel met ondersteuning van de praktijkondersteuner GGZ – hulp bij aanpassingsstoornissen kan verlenen. Wij interpreteren de regelgeving zo, dat de uitsluitingen in de Rzv alleen betrekking hebben op de geneeskundige GGZ. Daar waar wij in het vervolg van dit rapport

⁴⁵ Wijzigingsbesluit Rzv d.d. 26 juli 2011 (Z/VU-3073017)

⁴⁶ Wijzigingsbesluit Rzv d.d. 12 juli 2012 (Z-3122968)

⁴⁷ Antwoord op Kamervragen over psychologische hulp aan partners van kankerpatiënten (653479-124846-CZ)

spreken over deze uitsluitingen, bedoelen wij uitgesloten van behandeling in de geneeskundige GGZ.

Een volledige uitsluiting van deze zorg strookt ook niet met de laagdrempelige vertrouwenspositie die de huisarts heeft. In de praktijk melden veel mensen met aanpassingsstoornissen en (beginnende) werk- en relatieproblemen zich juist bij de huisarts. Hoewel wij geen indicatie hebben dat dit op dit moment tot problemen leidt, pleiten wij voor een technische aanpassing van de regelgeving op dit punt.

In onze rapporten 'Geneeskundige GGZ (deel 1 en 2)' ^{48,49} hebben we uitgebreid stilgestaan bij deze uitsluitingen. In deze rapporten is hierover het volgende te lezen.

5.2.2 *Psychische klachten*^{48,49}

Bij psychische klachten wordt een diversiteit aan hulp geboden. Net zoals bij somatische klachten die nog niet wijzen op een duidelijke ziekte, is de huisarts bij psychische klachten dus eerst aan zet. Daarom valt de hulp op het gebied van psychische klachten – waarbij nog geen sprake is van een stoornis – in beginsel niet onder de geneeskundige GGZ. Bij twijfel over een mogelijke ziekte die de huisarts niet zelf kan behandelen, is ook hier verwijzing op zijn plaats.

Op As I van de DSM IV staan zowel stoornissen als '*andere aandoeningen en problemen die een reden voor zorg kunnen zijn*'. Bij de stoornissen van As I gaat het om ziekten zoals depressie of angststoornissen. Daarbij kan geneeskundige GGZ geïndiceerd zijn. Bij de '*andere aandoeningen en problemen die een reden voor zorg kunnen zijn*' op As I, worden problemen aangeduid met zogenaamde V-codes. Omdat deze V-codes geen As I stoornis bevatten, beschouwen wij deze problemen niet als een ziekte. Personen met dit soort problemen kunnen bij de huisarts terecht, maar er is geen sprake van een indicatie voor geneeskundige GGZ.

Huwelijksproblemen kunnen bijvoorbeeld leiden tot depressieve of angstklachten, maar even snel verdwijnen na het oplossen van de huwelijksproblemen. Er is evenmin een indicatie voor geneeskundige GGZ bij overspanning (surménage) en burn-out. Dit zijn geen DSM IV stoornissen; het zijn klachten die de huisarts in het algemeen kan behandelen. Hierbij is van belang dat personen met deze klachten ook een eigen verantwoordelijkheid hebben voor oplossingen; er zijn diverse zelfhulpprogramma's, ook via internet, beschikbaar. Tevens kan bij werkgerelateerde klachten de werkgever een verantwoordelijkheid hebben. Om deze reden werd hulp bij werk- en relatieproblemen met ingang van 1 januari 2013 expliciet uitgesloten van het te verzekeren pakket.

De behandeling van aanpassingsstoornissen was per 1 januari 2012 al geen onderdeel meer van het verzekerde pakket. Mensen met een aanpassingsstoornis hebben zich niet goed kunnen aanpassen aan een situatie die spanning oplevert. Het is normaal dat mensen een tijdje niet goed functioneren in situaties met veel stress, dus de afgrenzing van deze stoornis ten opzichte van een normale reactie op stress is niet eenvoudig.

Het betreft in elk geval reacties en klachten die ernstiger zijn dan men op grond van de stressfactor zou verwachten. De aandoening uit zich binnen drie maanden na het optreden van de stressfactor. Hierbij moet het gaan om een aantoonbare spanning die erger is dan bij de stressfactor verwacht kan worden en/of duidelijke hinder in

⁴⁸ CVZ-rapport 'Geneeskundige GGZ (deel 1); *Wat is nu verzekerde zorg en wat niet?*', April 2012

⁴⁹ CVZ-rapport 'Geneeskundige GGZ (deel 2); *Op weg naar een toekomstbestendige GGZ*', Juli 2013

de sociale omgang of op het werk. Er kan sprake zijn van depressieve of angstklachten, zonder dat er sprake is van een depressie of angststoornis in engere zin zoals omschreven in de DSM-IV. Als de verschijnselen langer aanhouden, kan uiteindelijk soms de diagnose depressieve of angststoornis worden gesteld. Dan is verwijzing naar de geneeskundige GGZ op zijn plaats. Met het uitsluiten van de behandeling van aanpassingsstoornissen is het niet meer mogelijk om op deze wijze V-codes als stoornis vast te leggen.

Het feit dat deze interventies zijn uitgesloten van de Zvw, kan gevolgen hebben voor een spoedige werkhervatting bij arbeidsverzuim. In de volgende paragrafen zullen we hier verder op in gaan.

5.3 Behandeling van werkgerelateerde klachten

5.3.1 *Overspanning en burn-out*

Het ontstaan van overspanning en burn-out begint met 'stress'. Stressoren zijn omstandigheden of gebeurtenissen die gepercipieerd worden als bedreigend voor het psychosociale evenwicht. Een bruikbare indeling van stressoren is die in verplichtingen (terugkomende belasting in werk, studie, huishouding, zorg, etc.), problemen (ongewenste situaties op diverse gebieden zoals relaties, financiën, werk, carrière, etc.) en levensgebeurtenissen (meer of minder ingrijpende veranderingen in het leven, welke 'verwerking' en/of aanpassing van het levenspatroon vereisen).³⁷ Werk is lang niet altijd (alleen) de oorzaak van een burn-out. Toch is bij meer dan driekwart van de psychische beroepsziekten sprake van overspanning of burn-out³⁷. Daarom hebben we de keus gemaakt om ons in dit rapport vooral op overspanning en burn-out te richten voor zover de klachten vooral werkgerelateerd zijn.

Beroepsgroepen gebruiken verschillende benamingen voor stress-gerelateerde ziekten en spanningsklachten, zoals overspanning, chronische stress, aanpassingsstoornis, surmenage, neurastenie en burn-out. Overspanning en burn-out zijn geen erkende diagnoses in de psychiatrie, maar worden wel veel gebruikt in de eerstelijnszorg. Daarbij wordt burn-out opgevat als vorm van overspanning, waarbij het chronische karakter en vermoeidheid meer centraal staan. In dit rapport gaan we uit van de definities voor overspanning en burn-out uit de multidisciplinaire richtlijn 'Eén lijn in de eerste lijn bij overspanning en burn-out'³⁷.

Definitie Overspanning

Er is sprake van overspanning als voldaan is aan alle vier onderstaande criteria:

- A. Tenminste drie van de volgende klachten zijn aanwezig:
 - Moeheid;
 - gestoorde of onrustige slaap;
 - prikkelbaarheid;
 - niet tegen drukte/herrie kunnen;
 - emotionele labiliteit;
 - piekeren;
 - zich gejaagd voelen;
 - concentratieproblemen en/of vergeetachtigheid.
- B. Gevoelens van controleverlies en/of machteloosheid treden op als reactie op het niet meer kunnen hanteren van stressoren in het dagelijks functioneren. De stresshantering schiet tekort; de persoon kan het niet meer aan en heeft het gevoel de grip te verliezen.
- C. Er bestaan significante beperkingen in het beroepsmatig en/of sociaal functioneren.
- D. De distress, controleverlies en disfunctioneren zijn niet uitsluitend het directe gevolg van een psychiatrische stoornis.

Definitie Burn-out

Er is sprake van burn-out als voldaan is aan alle drie onderstaande criteria

- A. Er is sprake van overspanning
- B. De klachten zijn meer dan 6 maanden geleden begonnen
- C. Gevoelens van moeheid en uitputting staan op de voorgrond

In de (inter)nationale literatuur wordt burn-out vaak opgevat als een driedimensionaal begrip dat betrekking heeft op de werksituatie. In deze opvatting bestaat burn-out uit drie dimensies: emotionele uitputting, distantie ten opzichte van het werk en een verminderd gevoel van competentie. Emotionele uitputting is het centrale kenmerk van burn-out. Mensen die hoog scoren op deze dimensies, zijn vaak nog wel aan het werk. Er is discussie of burn-out een werkgerelateerd probleem is of dat het ook kan ontstaan in de privé-situatie. Sommige onderzoekers maken onderscheid tussen drie soorten burn-out: persoonlijk, werkgerelateerd en cliëntgerelateerd.⁵⁰ Anderen kaderen burn-out als probleem dat wel wordt veroorzaakt door stressoren in de werksfeer, dan wel door de manier waarop werknemers daar mee omgaan.⁵¹ Wij gaan in dit rapport vooral in op overspanning en burn-out voor zover de klachten werkgerelateerd zijn.

5.3.2 *Prevalentie en Incidentie*⁹

Op 1 januari 2011 waren er 92.600 personen met een diagnose neurasthenie/surmenage (overspanning) in de huisartspraktijk. Dit komt neer op 3,9 per 1.000 mannen en 7,2 per 1000 vrouwen. De diagnose komt bij mannen het meest voor in de leeftijdsgroep 40-54 jaar en bij vrouwen in de groep 35-49 jaar. De prevalentie steeg licht sinds 2007. In 2011 veroorzaakten overspanning en burn-out 1,3% van alle ziekteverzuimgevallen. Dit betreft in totaal 75.603 werknemers. Uit de registratie van beroepsziekten blijken de diagnoses overspanning en burn-out de meest gestelde diagnoses binnen de psychische aandoeningen (76%).

De incidentie van overspannen en burn-out stijgt. Het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten (NCvB) schat de incidentie van overspannenheid en burn-out in 2011 op 307 per 100.000 werknemersjaren.⁵² In 2010 was deze incidentie 213; in 2009 was dit 242. Dit blijkt uit de registratie van het Peilstation Intensief Melden (PIM) van het NCvB. Hierbij wordt een beperkte groep bedrijfsartsen met een bekende werknemerspopulatie intensief begeleid bij de diagnose en melding van beroepsziekten. Deze registratie maakt het mogelijk om de incidentie te berekenen.

5.3.3 *DSM-classificatie*

Overspanning en burn-out zijn geen bestaande diagnostische categorieën in de DSM-classificatie. Volgens de multidisciplinaire richtlijn 'Eén lijn in de eerste lijn bij overspanning en burn-out'³⁷ zal de toepassing van de DSM-IV-criteria waarschijnlijk in veel overspanningsgevallen uitkomen bij de 'aanpassingsstoornis', en in veel burn-outgevallen bij de 'ongedifferentieerde somatoforme stoornis'.

Zoals gezegd is de behandeling van aanpassingsstoornissen uitgesloten van het verzekerde basispakket, de behandeling van somatoforme stoornissen is dat niet. Van de NZa hebben wij signalen ontvangen dat de behandeling van burn-out ook wel gedeclareerd wordt onder de noemer 'ongedifferentieerde somatoforme stoornis'. Het is de vraag of dit terecht is.

⁵⁰ Kristensen et al., 2005; Milfont et al., 2008 (zie www.nationaalkompas.nl)

⁵¹ Taris et al., 2013; Schaufeli, 2007 (zie www.nationaalkompas.nl)

⁵² Sluiter et al., 2013

DSM IV: Classificatiecriteria 'Ongedifferentieerde somatoforme stoornis'

- A. Een of meer lichamelijke klachten (bijvoorbeeld moeheid, verlies van eetlust, gastro-intestinale of mictieklachten).
- B. Ofwel (1) ofwel (2)
 - (1) na adequaat medisch onderzoek zijn de symptomen niet eerder toe te schrijven aan een bekende somatische aandoening of het directe effect van een middel (bijvoorbeeld drug of geneesmiddel)
 - (2) indien er een somatische aandoening is die hiermee verband houdt, zijn de lichamelijke klachten of de hieruit volgende sociale of beroepsmatige beperkingen ernstiger dan verwacht zou worden op grond van anamnese, lichamelijk onderzoek of laboratoriumuitslagen.
- C. De symptomen veroorzaken in significante mate lijden of beperkingen in het sociale of beroepsmatige functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen
- D. De duur van de stoornis is tenminste zes maanden
- E. De stoornis is niet eerder toe te schrijven aan een andere psychische stoornis (bijvoorbeeld een andere somatoforme stoornis, seksuele dysfunctie, stemmingsstoornis, angststoornis, slaapstoornis of psychotische stoornis).
- F. Het symptoom wordt niet met opzet veroorzaakt of voorgewend (zoals bij nagebootste stoornis of simulatie)

De classificatie 'ongedifferentieerde somatoforme stoornis' is niet uitgesloten van het verzekerde pakket. Hoewel een aantal criteria van de classificatie 'ongedifferentieerde somatoforme stoornis' overeenkomt met de criteria die de beroepsgroepen hanteren bij de definitie van een burn-out, gaan wij ervan uit dat burn-out *niet* te classificeren is als een 'ongedifferentieerde somatische stoornis'.

In ons rapport 'Geneeskundige GGZ (deel 1)' hebben wij aandacht besteed aan hulp bij werk- en relatieproblemen. Deze hulp – die al niet verzekerd was – werd naar aanleiding van dit rapport expliciet uitgesloten van het verzekerde pakket, omdat overspanning en burn-out geen *stoornissen* zijn volgens de DSM-classificatie; het zijn *klachten* die de huisarts in het algemeen kan behandelen. Dit wordt bevestigd door de nieuwe DSM-5 classificatie. In de nieuwe classificatie zijn de '*somatisatiestoornis*' en de '*ongedifferentieerde somatoforme stoornis*' samengevoegd onder de '*somatisch-symptoomstoornis*', omdat het onderscheid tussen deze twee stoornissen arbitrair was.

DSM-5: Classificatiecriteria 'Somatisch-symptoomstoornis'

- > Een of meer lichamelijke klachten waar de betrokkene onder lijdt, of die het dagelijks leven in significante mate verstoren.
- > Excessieve gedachten, gevoelens of gedragingen samenhangend met de lichamelijke klachten of de hiermee gepaard gaande zorgen over de gezondheid, tot uiting komend in minstens één van de volgende kenmerken:
 - (1) Disproportionele en persisterende gedachten over de ernst van de klachten;
 - (2) Een persisterend hoge mate van ongerustheid over de gezondheid of de klachten;
 - (3) Het excessief veel tijd en energie besteden aan deze klachten of aan de zorgen over de gezondheid.
- > Niet elk afzonderlijke klacht hoeft steeds aanwezig te zijn, maar het hebben van klachten op zich is wel persisterend (meestal langer dan zes maanden).

Zoals in de DSM-5 classificatie valt te lezen, zijn mensen met een somatisch-symptoomstoornis geneigd zich veel zorgen te maken over hun ziekte. Ze beleven lichamelijke klachten als uitermate dreigend, gevaarlijk of lastig, en denken vaak het ergste van hun eigen gezondheid. Zelfs als er bewijs bestaat voor het

tegendeel, zijn sommige patiënten nog steeds bang dat hun klachten wijzen op een ernstige somatische aandoening. De classificatiecriteria voor een somatisch-symptoomstoornis komen niet overeen met de klachten volgens de definitie van een burn-out zoals beroepsgroepen die hanteren.

In de DSM-5 classificatie zijn problemen met arbeid ondergebracht in het hoofdstuk '*Andere problemen die een reden voor zorg kunnen zijn*'. In dit hoofdstuk zijn de zogenaamde V-codes opgenomen. Een van deze V-codes gaat over '*Ander probleem verband houdend met werk of werkloosheid*'. Deze categorie moet worden gebruikt wanneer een probleem met werk de reden voor zorg is, of wanneer dit een negatieve invloed heeft op de behandeling of de prognose van de betrokkene.

Hierbij moet worden gedacht aan problemen met werken of in de werkomgeving, inclusief

- werkloosheid;
- te hoge werkdruk;
- onzekerheid over carrièrestappen;
- seksuele intimidatie op het werk;
- onenigheid met de leidinggevende, toezichthouder of collega's, of met anderen in de werkomgeving
- een onaangename of vijandige werkomgeving
- andere psychosociale stressoren die met het werk verband houden en elk ander probleem dat met werken en/of het werk te maken heeft

Voor zover er al verschil van mening was over de classificatie van een burn-out (werkgerelateerd), heeft de DSM 5 hier duidelijkheid over gegeven. Zoals wij in onze eerdere rapporten hebben aangegeven beschouwen wij problemen die worden aangeduid met een V-code niet als ziekte. Er kan sprake zijn van depressieve of angstklachten, zonder dat er sprake is van een depressie of angststoornis in engere zin zoals omschreven in de DSM-5. Mensen met dit soort problemen kunnen terecht bij de huisarts. Als de verschijnselen langer aanhouden, kan uiteindelijk soms de diagnose depressieve of angststoornis worden gesteld. Dan is verwijzing naar de geneeskundige GGZ op zijn plaats.

5.3.4

Afbakening Zorgverzekeringswet – Wet Verbetering Poortwachter

Het uitsluiten van hulp bij problemen op het werk van de te verzekeren prestatie van de Zvw is ook van belang in het kader van de afbakening van domeinen. Om het aantal werknemers dat langdurig ziek is, terug te dringen, is de Wet Verbetering Poortwachter ingesteld. Het uitgangspunt hierbij is dat snel en effectief ingrijpen het verzuim korter maakt. De Wet Verbetering Poortwachter (Wvp) gaat de strijd aan met langdurig verzuim door ziekte. Deze wet verlangt dat werkgever en werknemer zich samen met arbodienst of gecertificeerde bedrijfsarts inspannen om de getroffen werknemer zo snel mogelijk weer aan het werk te krijgen. Werkgevers en werknemers hebben een aantal verplichtingen.

Werkgevers moeten hun werknemers bij ziekte twee jaar lang 70% van het laatste loon doorbetalen. Als een werkgever niet kan aantonen dat hij zich voldoende heeft ingespannen om de werknemer te laten re-integreren, dan kan hem verplicht worden om ook het derde jaar loon door te betalen. In het kader van de Wvp zijn er een aantal verplichte interventies en een aantal niet-verplichte interventies die de werkgever moet bieden. Verplichte interventies zijn de inschakeling van de bedrijfsarts, de arbeidsdeskundige en/of een re-integratiebedrijf. Bij niet-verplichte interventies gaat het om hulpverlening bij psychische of fysieke klachten, schuldhelpverlening en maatschappelijk werk. Een niet-verplichte interventie kan echter wel een advies van de bedrijfsarts zijn en dan is het niet handig om dit

advies niet op te volgen. Een besluit om het advies van de bedrijfsarts te negeren, moet goed worden onderbouwd, anders kan dit tot een loonsanctie van het UWV leiden.

Casus Simon

Simon is buschauffeur. Hij hecht er erg aan op schema te blijven rijden en bovendien klantvriendelijk te rijden. Dat betekent dat hij pas weggrijpt van de halte, als alle passagiers een plaats hebben gevonden. Simon is er trots op dat hij al vijftien jaar schadevrij rijdt. Door een recente wijziging in het dienstrooster en het drukker wordende verkeer wordt het steeds moeilijker het schema aan te houden. Simon ervaart hier veel stress van. Hij gaat haastiger rijden, heeft twee keer bijna een botsing gehad en is een keer zo snel opgetrokken, dat een passagier is gevallen. Toen zij hem begon uit te schelden, heeft Simon de bus aan de kant gezet en zich ziek gemeld.

De overgrote meerderheid van de patiënten met overspanning zal in eerste instantie bij de huisarts of bedrijfsarts komen. Meestal is het geven van voorlichting en perspectief in combinatie met een actief volgend beleid voldoende en is verwijzing naar een psycholoog niet nodig. Wanneer sprake is van arbeidsverzuim komt de patiënt automatisch in beeld bij de bedrijfsarts. De activerende interventies die een bedrijfsarts biedt, zijn vooral gericht op de stressgerelateerde component; de omgang van de werkende met eisen, problemen en gebeurtenissen in de omgeving. De bedrijfsarts zal zijn begeleidingsrol ondersteunen met behandelinterventies met behulp van eenvoudige cognitief-gedragsmatige interventies (bijvoorbeeld voorlichting beloop, inventarisatie stressoren, dag- en nachtstructuur)³⁷. De kosten die hiermee zijn gemoeid komen voor rekening van de werkgever (Wet verbetering Poortwachter).

Simon komt regelmatig op consult bij de bedrijfsarts. Ondanks de cognitieve-gedragsmatige interventies die de bedrijfsarts heeft geboden, blijft het klachtenpatroon en de lijdensdruk bij Simon gedurende twee maanden ongewijzigd of erger. Er vindt afstemming plaats tussen bedrijfsarts en huisarts.

De bedrijfsarts zal met de huisarts overleggen als klachtenpatroon en lijdensdruk gedurende twee maanden onveranderd blijven of verslechteren³⁹. Ook bij depressieve klachten, angst en andere psychische klachten speelt de stressgerelateerde component een belangrijke rol. De bedrijfsarts en huisarts zullen het klachtenpatroon monitoren om uit te sluiten dat de klachten zich niet ontwikkelen tot een stoornis volgens de DSM-classificatie. De huisarts kan – eventueel met ondersteuning van de praktijkondersteuner GGZ – de klachten van Simon behandelen. Het betreft zorg zoals huisartsen plegen te bieden in het kader van de Zvw.⁵³

Volgens de richtlijn³⁷ kunnen de huisarts en bedrijfsarts verwijzen naar de geneeskundige GGZ:

- > als er stagnatie optreedt bij het herstel van de overspanning en de bedrijfsarts of huisarts geen mogelijkheden ziet om de stagnatie op te heffen, of wanneer de stagnatie langer dan drie weken duurt en interventies geen effect hebben;
- > als er twijfel is over de diagnose;
- > als er sprake is van burn-out.

⁵³ Formeel geldt de uitsluiting van de behandeling van aanpassingsstoornissen en hulp bij werk- en relatieproblemen Zvw-breed, dus ook voor de huisartsenzorg. In de praktijk worden mensen gewoon geholpen door de huisarts/POH GGZ.

Simon is het vertrouwen in zichzelf inmiddels volledig kwijt. De huisarts vermoedt dat bij Simon sprake is van een burn-out en verwijst Simon door naar een psycholoog. De geconsulteerde psycholoog stelt inderdaad de diagnose burn-out. De behandeling van de burn-out die de psycholoog Simon biedt, is vooral gericht op het terugwinnen van de regie op zijn leven.

5.3.5

Conclusie

Behandeling van werkgerelateerde problemen is uitgezonderd van de te verzekeren prestatie van de Zvw. Wij interpreteren de regelgeving zo dat deze uitsluiting alleen betrekking heeft op de geneeskundige GGZ. Werkgevers hebben een inspanningsverplichting in het kader van de Wet Verbetering Poortwachter en dienen zorg bij werkgerelateerde problemen te betalen. Alleen als er sprake is van (een vermoeden van) een psychische stoornis volgens de DSM-classificatie, valt de behandeling binnen de geneeskundige GGZ onder de te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg' in het kader van de Zvw (met uitzondering van de behandeling van een aanpassingsstoornis). Indien werkgerelateerde problemen zoals een burn-out worden behandeld binnen de geneeskundige GGZ, dan zijn de kosten van de behandeling voor de werkgever of voor eigen rekening. Dit laatste kan aan de orde zijn als de werkgever niet bereid is de kosten van de behandeling te vergoeden of als iemand ZZP'er is en geen arbeidsongeschiktheidsverzekering heeft, die voorziet in een vergoeding voor hulp bij re-integratie.

5.4

Aanpassingsstoornis versus psychosociale zorg bij ernstige somatische aandoeningen

5.4.1

Relatie psychosociale zorg en arbeidsre-integratie

Zoals eerder gesteld is de geneeskundige GGZ beperkt tot hulp bij psychische stoornissen, met uitzondering van de aanpassingsstoornissen. Als mensen meer psychosociale of psychologische zorg nodig hebben dan het algemeen maatschappelijk werk, inloophuizen, zelfhulp, de huisarts of de medisch specialistische zorg kan bieden, dan is daarvoor binnen de geneeskundige GGZ geen titel (tenzij er sprake is van een andere psychische stoornis). Voor mensen die arbeidsongeschikt zijn, kan dit van invloed zijn op een eventuele werkhervatting. De veronderstelling is dat tijdige en juiste psychosociale zorg de kwaliteit van leven kan verbeteren, maatschappelijke participatie kan verhogen, arbeidsre-integratie kan versnellen en medische overconsumptie kan helpen voorkomen⁵⁴.

5.4.2

*Rapport 'Psychosociale zorg bij ingrijpende somatische aandoeningen'*⁵⁵

Op 27 oktober 2015 heeft de minister het rapport 'Psychosociale zorg bij ingrijpende somatische aandoeningen' naar de Tweede Kamer gestuurd. Het ministerie van VWS heeft het afgelopen jaar een werkgroep psychosociale zorg bij somatische aandoeningen ingesteld. Het rapport is het eindresultaat van de gesprekken met en werkbezoeken bij verschillende partijen op het gebied van (psychosociale) zorg. De conclusie is dat psychosociale zorg een onlosmakelijk onderdeel is van de behandeling van een ernstige somatische aandoening, ook wat betreft de financiering.

De werkgroep constateert dat het in de praktijk nog niet altijd zo werkt. In de praktijk krijgen patiënten vaak niet de psychosociale zorg die ze nodig hebben. Het rapport is een startpunt voor het verbeteren van de psychosociale zorg bij ernstige somatische aandoeningen.

⁵⁴ Visie psychosociale oncologische zorg op maat, april 2014 (KWF, NFK, NVPO, IPSO, KNL, OOK)

⁵⁵ Rapport 'Psychosociale zorg bij ingrijpende somatische aandoeningen, oktober 2015

In het rapport⁵⁵ worden psychosociale zorg en psychosociale nazorg als volgt gedefinieerd.

> Psychosociale zorg

Psychosociale zorg is een koepelterm, het bestaat uit psychosociale ondersteuning en psychologische zorg. Psychosociale ondersteuning is vooral gericht op emotionele en praktische ondersteuning bij (relatief) eenvoudige problemen van psychische en sociale aard. Psychologische zorg is vooral gericht op het behandelen van psychische problemen. In rapport gaat het om psychosociale zorg bij somatische aandoeningen die een grote impact hebben op het psychisch en/of sociaal functioneren.

> Psychosociale nazorg

Onder de psychosociale nazorg wordt verstaan het psychosociale natraject van een in opzet curatieve of palliatieve somatische behandeling. Deze nazorg is, zolang het somatische behandeltraject nog niet is beëindigd, een gezamenlijke verantwoordelijkheid van de medisch specialist (somaatisch) en de huisarts.

Het ministerie van VWS is in het najaar 2015 een vervolgtraject gestart om samen met partijen de door de werkgroep geformuleerde bevindingen en de daaruit voortvloeiende acties op te pakken. Eén van de vervolgacties van het rapport is de verdere definiëring van 'einde somatische behandeltraject'; hoe lang blijft psychosociale (na)zorg onderdeel van het somatisch traject? Partijen focussen daarbij op drie hoofdgroepen, te weten oncologie, hart en vaatziekten en degeneratieve aandoeningen.

Nadat het somatisch traject is afgerond ligt de verantwoordelijkheid voor de patiënt bij de huisarts. De huisarts is opgeleid om te signaleren of er psychosociale problemen zijn. Als er sprake is van psychische klachten die binnen het competentiegebied van de huisarts vallen, behoort de patiënt daarbij geholpen te worden door de huisarts, eventueel met ondersteuning door de POH-GGZ. Vaak gaat het dan om aanpassingsproblematiek (zie volgende paragraaf). Valt behandeling van de klachten buiten het competentiegebied van de huisarts, bijvoorbeeld omdat sprake is van psychische stoornis, dan wordt verwezen naar de geneeskundige GGZ.

5.4.3

Aanpassingsstoornissen

Ernstige ziekten – zoals kanker – gaan hand in hand met gevoelens van onzekerheid en kunnen gevoelens van onkwetsbaarheid, controle, rechtvaardigheid en zinvolheid aantasten. Ook kunnen de symptomen en behandeling van dergelijke ziekten buitengewoon belastend zijn. De stress die hiermee gepaard gaat, kan bij onvoldoende veerkracht om zich aan te kunnen passen aan veranderde omstandigheden, tot een aanpassingsstoornis leiden.

De grens tussen psychosociale zorg en zorg bij aanpassingsstoornissen is niet goed te duiden. Uitgangspunt is dat er bij psychosociale zorg geen sprake is van een 'stoornis'. Bij aanpassingsstoornissen is wel sprake van een 'stoornis' volgens de DSM-classificatie. Omdat deze stoornis zeer breed is omschreven, is de overgang van 'probleem' naar 'stoornis' moeilijk af te grenzen, behalve via het generieke classificatiecriterium voor lijdensdruk als omschreven in de DSM-5. Dit criterium wordt gewoonlijk als volgt verwoord; *'veroorzaakt klinisch significante lijdensdruk of beperkingen in het sociale of beroepsmatige functioneren of in het functioneren op andere belangrijke terreinen.'* Volgens de DSM-5 is dit criterium vooral nuttig om te bepalen of een patiënt een behandeling nodig heeft. Een beter classificatiecriterium voor lijdensdruk bestaat op dit moment niet.

Zoals eerder vermeld is de behandeling van aanpassingsstoornissen in de geneeskundige GGZ wettelijk uitgesloten van de te verzekeren prestaties van de Zvw. In ons advies 'Geneeskundige GGZ (deel 2)'⁴⁹ is hierover het volgende opgenomen.

"De omschrijving van aanpassingsstoornissen is heel globaal en er bestaat geen professionele richtlijn voor deze stoornissen die houvast biedt voor de nadere indicatie en behandeling. Duidelijke criteria voor de behandelingsindicatie zijn er niet. Wetenschappelijke onderbouwing voor interventies ontbreekt. Indien een adequate richtlijn of standaard beschikbaar is, kunnen wij een pakketbeoordeling doen op grond waarvan wij de minister eventueel zouden kunnen adviseren om de pakketmaatregel ten aanzien van de vergoeding van hulp bij aanpassingsstoornissen te heroverwegen. Zolang er geen specifiek inzicht bestaat zullen aanpassingsstoornissen benaderd kunnen worden zoals de huisarts met klachten van psychische aard omgaat".

5.4.4

Recente ontwikkelingen

Op dit moment zijn twee ontwikkelingen van belang voor de vraag of de pakketmaatregel met betrekking hulp bij aanpassingsstoornissen moet worden heroverwogen. Partijen in het veld zijn voortvarend aan de slag gegaan met richtlijnontwikkeling. Onder regie van het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ wordt op dit moment een 'Zorgstandaard Aanpassingsstoornis' ontwikkeld. De geplande oplevering van deze zorgstandaard is begin 2017. Ook is er een 'Richtlijn Aanpassingsstoornis bij patiënten met kanker' in de maak, die naar verwachting medio 2016 zal worden opgeleverd.

Een andere belangrijke ontwikkeling is de doorontwikkeling van de productstructuur in de GGZ door de Nederlandse Zorgautoriteit. In Nederland gebruiken we de DSM classificaties bij de uitleg van de aanspraak op verzekerde GGZ zorg op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en bij de bekostiging van de GGZ op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg).

In ons rapport over de DSM-classificatie⁵⁶ hebben wij onderkend dat er beperkingen zijn bij het relateren van de aanspraak en de bekostiging van geneeskundige GGZ aan de DSM-classificatie. Een classificatie is iets anders dan een diagnose en een behandelplan en is bedoeld voor het gebruik binnen de professionele ervaring van de hulpverleners. Zorgbehoefte moet leidend zijn, niet een classificatie. Tegelijkertijd concludeerden wij dat er geen door partijen gedragen instrument voorhanden is waarin we de zorgbehoefte op het gebied van psychische problemen met een voldoende mate van objectiviteit en consistentie kunnen vaststellen. Mogelijk dat de nieuwe productstructuur die nu door de NZa wordt ontwikkeld, hier wel handvatten voor biedt.

De NZa werkt met organisaties van aanbieders, verzekeraars en patiënten aan het doorontwikkelen van de productstructuur van de gespecialiseerde GGZ. Het streven is om in 2019 met deze nieuwe productstructuur te gaan werken. In de nieuwe structuur zijn de zorgvraagzwaarte en de zorgbehoefte van de patiënt belangrijke uitgangspunten. De zorgvraag wordt door meer en ook door andere elementen bepaald dan de primaire diagnose, zoals die nu in het kader van de diagnoseclassificatie wordt vastgelegd.

⁵⁶ De nieuwe DSM-5 en de gevolgen voor de verzekering; december 2014

In de tweede helft van 2016 zullen wij aan de slag gaan met de vraag of de nieuwe productstructuur die uitgaat van zorgvraagzwaarte, handvatten biedt voor het duiden van de aanspraken in het kader van de geneeskundige GGZ. Hierbij zullen wij ook kijken wat deze productstructuur betekent voor de wettelijke uitsluiting van de behandeling van aanpassingsstoornissen. Ook de richtlijnen die nu in ontwikkeling zijn, zullen worden meegewogen als het gaat om de wetenschappelijke onderbouwing van interventies bij aanpassingsstoornissen.

6 Individuele Plaatsing en Steun

In dit hoofdstuk beoordelen we of de interventie Individuele Plaatsing en Steun (IPS) kan worden aangemerkt als geneeskundige zorg in het kader van de Zvw. Deze vraag beantwoorden we in samenhang met de vraag of het hier gaat om zorg zoals de in het Bzv genoemde zorgprofessionals die in het kader van geneeskundige zorg plegen te bieden. Alvorens op deze beoordeling over te gaan, beschrijven we doel, inhoud en doelgroep van de interventie.

6.1 Wat is Individuele Plaatsing en Steun (IPS)⁵⁷

Ondersteuning bij het vinden en behouden van betaald werk is deels beschikbaar vanuit reguliere voorzieningen voor arbeidsintegratie (de door UWV erkende re-integratiebedrijven en voorzieningen vanuit gemeenten). Die ondersteuning is niet altijd toegespitst op de specifieke ondersteuningsbehoeften van mensen met ernstige psychische aandoeningen. Mede om die reden biedt ook de GGZ ondersteuning bij het vinden en behouden van werk. Deze ondersteuning wordt 'arbeidsrehabilitatie' of 'arbeidsbegeleiding' genoemd. Er is echter nog veel afstand tussen GGZ-hulpverleners en re-integratieprofessionals. Daardoor is de samenwerking en afstemming tussen betrokken actoren nog zeker niet optimaal⁵⁸.

Bij Individuele Plaatsing en Steun (IPS) wordt arbeidsbegeleiding en GGZ-hulp integraal aangeboden. Zo maakt een IPS-trajectbegeleider (arbeidsbegeleider of jobcoach) deel uit van een ambulant GGZ-team dat multidisciplinair is samengesteld, waardoor de arbeidsbegeleiding en ggz-hulp geïntegreerd zijn. IPS is een arbeidsrehabilitatiemethodiek die er speciaal op is gericht om mensen met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA) toe te leiden naar betaald werk. IPS is een uit de Verenigde Staten geïmporteerde interventie met de volgende kenmerken:

- > Iedere cliënt die een reguliere baan wil, kan meedoen aan IPS (Zero Exclusion);
- > IPS wordt geïntegreerd met de behandeling, de trajectbegeleider is lid van een ambulant GGZ-team;
- > Er wordt snel gezocht naar een echte baan;
- > De arbeidswensen van de cliënt staan centraal;
- > Er wordt langdurige ondersteuning aangeboden, zowel aan de cliënt als aan de werkomgeving.

IPS vertrekt vanuit het idee dat iedere cliënt met een ernstige psychiatrische aandoening die dat wil, 'begeleid' kan werken in een reguliere arbeidsplaats. Langdurige trainingen vooraf ('*train then place*') blijven daarbij achterwege. Deelnemers worden snel in de gekozen functie geplaatst en daarna gericht getraind in de benodigde werkvaardigheden ('*place then train*'). Verder maakt de trajectbegeleider altijd deel uit van een ambulant GGZ-team, omdat de gebruikelijke afstand tussen GGZ-hulp en arbeidsrehabilitatie anders tot teveel afstemmingsproblemen leidt. Cliënten krijgen dan vaak tegenstrijdige boodschappen over hun arbeidskansen, wat vooral voor cliënten met ernstige beperkingen nadelig uitpakt.

⁵⁷ Kenniscentrum Phrenos; www.kenniscentrumphrenos.nl

⁵⁸ Multidisciplinaire richtlijn werk en psychische aandoeningen

6.2

Doelgroep IPS⁵⁹

De doelgroep bestaat uit mensen met één of meerdere ernstige psychische aandoeningen (EPA), waaronder schizofrenie, bipolaire stoornissen, ernstige depressies en persoonlijkheidsstoornissen, die geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt zijn verklaard of behoren tot de groep cliënten van de sociale dienst met een zogeheten grote afstand tot de arbeidsmarkt en die regulier werk ambiëren.

Casus Monique

Na een gelukkig huwelijk van bijna 15 jaar is Monique vijf jaar geleden gescheiden. Ze heeft het heel moeilijk gehad met de scheiding. Een gevolg hiervan was dat ze toenemend onzeker werd en depressief. Ze kon niet meer voor zichzelf zorgen en had geen zin meer in het leven. Haar baan als kleuterleidster bij een kinderdagverblijf raakte ze kwijt. Ze is inmiddels al jaren werkloos en heeft een bijstandsuitkering. Ook met haar favoriete sport volleybal is ze gestopt, omdat ze de druk van wedstrijden spelen niet meer aankon. Ze had het idee dat haar teamgenoten achter haar rug over haar praatten en zag iedere aangespeelde bal als een aanval op haar bestaan. De psychiater stelt de diagnose psychotische depressieve stoornis.

In deze periode is ze een aantal keren opgenomen in een psychiatrische instelling. De opnamen waren kortdurend (ongeveer zes weken) en succesvol. Ze knapte snel op, de behandeling was medicamenteus met enkele ondersteunende gesprekken. Twee maanden geleden is ze weer opgenomen in de kliniek. Monique knapt weer snel op, maar anders dan de vorige keren vraagt ze niet om ontslag. Ze ziet op tegen het lege bestaan buiten de kliniek. Dan krijgen haar angsten en verdrietige herinneringen weer vrij spel. Bovendien moet ze thuis weer voldoen aan de sollicitatieplicht; iets waar Monique moedeloos van wordt. Ze heeft een grote stapel afwijzingsbrieven liggen en heeft – hoewel ze het wel zou willen – niet het vertrouwen dat ze ooit weer zal kunnen werken.

6.3

IPS; door wie en hoe

6.3.1

Algemeen

In hoofdstuk 4 hebben we stilgestaan bij de vraag of zorg tot het verzekerde domein behoort en de rol van het criterium 'plegen te bieden' voor de zorg voor mensen met psychische problemen en dan in het bijzonder de begeleiding bij (arbeids)participatie. In deze paragraaf spitsen we dit verder toe op IPS.

6.3.2

IPS-trajectbegeleiders⁵⁹

IPS wordt uitgevoerd door trajectbegeleiders die ieder deel uitmaken van een multidisciplinair ambulant GGZ-team zoals FACT (Flexible Assertive Community Treatment) of VIP (het Vroege Interventieteam Psychose). De IPS-trajectbegeleiders hebben een caseload van 17-20 cliënten. Arbeidsintegratie volgens IPS is echter niet alleen een zaak van trajectbegeleiders in deze teams. Door gezamenlijk op te trekken met andere teamleden (psychiaters, verpleegkundigen) heeft de arbeidsintegratie een grotere kans van slagen, zo is de gedachte. Een ander uitgangspunt van IPS is dat de begeleiding zoveel mogelijk 'in de samenleving' plaatsvindt en niet vanuit het kantoor van de GGZ-instelling. Dit betekent dat de begeleiding kan plaatsvinden bij de deelnemer thuis, op de werkplek, in een café of bij een uitzendbureau.

⁵⁹ Werkblad beschrijving interventie 'Individuele plaatsing en steun (IPS)' van NJI, NCJ, VWS, NISB, Trimbos-instituut, Movisie en Vilans

De IPS-trajectbegeleider helpt cliënten zo snel en zo gericht mogelijk bij het zoeken naar betaald werk. Het inschatten van arbeidsmogelijkheden vindt doorlopend plaats en zoveel mogelijk na plaatsing in de arbeidssituatie, gebaseerd op concrete werkervaringen. Ook trainen in vaardigheden en coaching vinden zoveel mogelijk plaats op grond van de concrete ervaringen en het functioneren in de baan. Het leidend principe is; eerst plaatsen, dan trainen ('place then train'). Ook als cliënten werken, krijgen zij en personen uit hun werkomgeving ondersteuning zolang zij daaraan behoefte hebben. De IPS trajectbegeleider is in staat tot het opbouwen en beheren van een groot (werkgevers) netwerk.

In het werkboek van het implementatiepakket worden de eigenschappen van een succesvolle IPS-trajectbegeleider beschreven (Becker e.a. 2002)⁶⁰.

- > brede kennis van en ervaring met acquisitie en ontwikkeling van banen;
- > aantoonbare contactuele vaardigheden in de omgang met werkgevers;
- > globale kennis van een breed scala aan beroepen en banen;
- > het vermogen om interesses, sterke punten, vaardigheden, mogelijkheden en persoonlijke doelen van cliënten vast te stellen en om deze met concrete banen in verband te brengen;
- > het vermogen om duurzame hulpbronnen te bedenken en te organiseren die cliënten helpen zich in hun baan te handhaven;
- > kennis van langdurige psychische stoornissen, met inbegrip van behandeling en medicatie, en het effect van deze stoornissen op het functioneren in een werkomgeving;
- > het vermogen om tegenover andere teamleden en werkgevers effectief de belangen van cliënten te behartigen.

6.3.3

*Modelgetrouwe IPS*⁵⁷

Het is van belang dat de trajectbegeleider een IPS-training volgt. Deze training vormt een onlosmakelijk deel van het IPS-implementatietraject, bestaande uit voorlichting, scholing en consultatie. De training is op initiatief van Kenniscentrum Phrenos en in samenwerking met het lectoraat Rehabilitatie van de Hanzehogeschool Groningen tot stand gekomen. Het doel van de training is het leren modelgetrouw toepassen van IPS. Tot de doelgroep van de training behoren minimaal HBO-gechoolde professionals werkzaam in de langdurige zorg/rehabilitatie & arbeidsre-integratie met enige jaren ervaring in het trajectmatig begeleiden van cliënten met ernstige psychische aandoeningen. Als relevante vooropleidingen worden genoemd: HBO Personeel en Arbeid, HBO Sociaal Pedagogische Hulpverlening, Post HBO arbeidsdeskundige.

In de IPS-trainingen ligt de nadruk op het leren modelgetrouw toepassen van IPS. Deze modelgetrouwheid wordt gemeten met behulp van de modelgetrouwheidsschaal⁶¹. Deze schaal meet of het IPS-traject voldoet aan voorwaarden met betrekking tot:

- > personeel (caseload, hoeveelheid tijd die de IPS-begeleider besteedt aan jobcoaching);
- > organisatie (inbedding van IPS-coaches in zorgteams, intensiteit van afstemming met zorgprofessionals, organisatie en leiding van team van IPS-coaches);
- > werkwijze (inclusiecriteria, focus op betaald werk);
- > begeleiding van de cliënt met administratieve zaken (uitkeringen, pensioenen etc) en blijvende on-the-job training.

⁶⁰ Workbook Supported Employment (SAMHSA), Becker e.a. 2002

⁶¹ Supported Employment Fidelity Scale, <http://www.dartmouthips.org/wp-content/uploads/2014/04/IPS-Fidelity-Scale-Eng1.pdf>

Daarnaast stelt het model eisen aan het netwerk van werkgevers dat de IPS-coach moet onderhouden en de contacten met werkgevers en zorgprofessionals.

Zowel deelnemers zelf als hun behandelaren kunnen de cliënt aanmelden bij de IPS-trajectbegeleider. Er vindt geen screening plaats, er wordt alleen gekeken of de deelnemer gemotiveerd is voor betaald werk. Hierbij moet worden bedacht dat motivatie geen alles-of-niets fenomeen is. Het is doorgaans een grillig proces dat gepaard gaat met ups en downs, met ambivalente gevoelens van meer of minder gemotiveerd zijn. In zo'n proces hebben mensen met ernstige psychische aandoeningen deskundige ondersteuning nodig en vinden motiverende gesprekken plaats.

Na ontslag uit de kliniek krijgt Monique een persoonlijke begeleidster toegewezen, die werkzaam is in het FACT-team. Tijdens een bezoek vraagt de persoonlijke begeleidster aan Monique of ze zin heeft om een paar ochtenden in de week onbetaald werk te doen als opstap naar een betaalde baan. Werk biedt structuur en zou een oplossing kunnen bieden voor het lege bestaan buiten de kliniek. De persoonlijke begeleidster is van mening dat werk in deze situaties het belangrijkste medicijn is tegen een depressie. Monique twijfelt eraan of ze het wel aan kan om weer te werken. Door de vele afwijzingsbrieven heeft ze een negatief zelfbeeld en daardoor weinig zelfvertrouwen. Ze ziet echter wel in dat werk een oplossing zou kunnen bieden voor haar situatie. De begeleidster bespreekt de situatie met haar collega's en meldt Monique aan voor IPS. De IPS-trajectbegeleider geeft aan dat hij wel mogelijkheden ziet, en zal met Monique daarover in gesprek gaan. Hij heeft een netwerk van werkgevers waar Monique misschien aan de slag kan.

IPS kent de volgende fasen:

- aanmelding en intake: na de aanmelding vindt op korte termijn een intakegesprek plaats met de IPS-trajectbegeleider. In de intake legt de trajectbegeleider uit wat IPS inhoudt, wat de deelnemer kan verwachten en vormt hij zich een eerste beeld van de cliënt;
- assessment: inschatting van arbeidswensen en –mogelijkheden door enkele gesprekken en bezoek aan potentiële werkgevers. Hiermee stellen begeleider en cliënt een arbeidsprofiel op. Deze profielinformatie helpt de trajectbegeleider richting aan te brengen in het zoekproces. Het arbeidsprofiel kan gedurende het IPS-traject aangepast worden aan de hand van de ervaringen van de cliënt;

De IPS-trajectbegeleider bespreekt met Monique of ze echt gemotiveerd is voor werk. Het zelfvertrouwen van Monique om aan het werk te gaan is niet zo groot. Wel kijkt Monique met plezier terug op haar tijd bij het kinderdagverblijf; ze vond de collegialiteit en het contact met de kinderen en ouders leuk. Ze zou graag weer werken, zodat ze weer collega's heeft en een eigen inkomen. Terug naar een kinderdagverblijf wil ze niet; ze durft de verantwoordelijkheid voor kinderen op dit moment niet aan. Wel wil ze graag met mensen werken. Na een aantal gesprekken is Monique gemotiveerd om met begeleiding weer aan de slag te gaan in een baan die voor haar geschikt is.

- acquisitie en plaatsing: deze fase start binnen een maand na aanmelding. De trajectbegeleider en cliënt gebruiken beiden hun netwerk om een geschikte baan te vinden. De begeleider stimuleert de cliënt om vacatures bij te houden, brieven te schrijven en ondersteunt bij het voeren van sollicitatiegesprekken;
- coaching en ondersteuning: de trajectbegeleider stemt de ondersteuning af op specifieke problemen en uitdagingen waar de cliënt op de werkplek mee geconfronteerd wordt. De ondersteuning richt zich op de cliënt, maar ook op leidinggevend en collega's. Daarnaast communiceert de trajectbegeleider

voortdurend met de behandelaren en andere leden van het ggz-team over de ervaringen van de cliënt in het werk.⁶²

De IPS-trajectbegeleider vindt via zijn netwerk een werkervaringsplaats voor Monique, achter de receptie bij een sportschool. Ze kan er met mensen werken, maar moet er ook lidmaatschappen afsluiten, vragen beantwoorden en de groepslessen inplannen. Ervaring met dat soort werk heeft ze niet. De trajectbegeleider spreekt daarom met de sportschoolhouder af dat hij Monique drie maanden inwerkt; de trajectbegeleider komt iedere week langs om met Monique en de sportschoolhouder te bespreken hoe het gaat.

De IPS-trajectbegeleider stemt verder diverse zaken af:

- > met de gemeente om vrijstelling van de sollicitatieplicht te krijgen;*
- > met de gemeente en werkgever om de werkervaringsplaats te formaliseren;*
- > met de werkgever om de begeleiding van Monique af te stemmen op de behoefte van de sportschoolhouder.*

In het multidisciplinair overleg bespreekt de IPS-begeleider de arbeidssituatie van Monique, zodat de behandeling hierop kan worden aangepast.

6.3.4

Conclusie geneeskundige zorg en plegen te bieden

In de vorige paragraaf zijn we nader ingegaan op de aard van de werkzaamheden van de trajectbegeleider IPS en de noodzakelijke opleiding en competenties, zoals die in de verschillende relevante documenten zijn beschreven. Uit deze documenten/richtlijnen blijkt dat de werkzaamheden die een IPS-trajectbegeleider in het kader van IPS verricht, voornamelijk liggen op het terrein van de arbeidstoeleiding en –begeleiding op het werk. En dat daar ook opleidingseisen en competenties voor nodig zijn, die niet tot het domein en de deskundigheid van een psychiater, klinisch psycholoog of verpleegkundige behoren.

We constateren dat de interventie IPS niet past binnen de definitie van geneeskundige zorg. Het is geen zorg zoals medisch specialisten, klinisch psychologen en verpleegkundigen die plegen te bieden. Wel is een intensieve samenwerking met zorgprofessionals nodig en zullen de IPS-activiteiten en de geneeskundige zorg van zorgprofessionals op elkaar afgestemd moeten worden. Niet voor niets eist het IPS-model dat de IPS-coach is ingebed in een multidisciplinair behandelteam en frequent de afstemming zoekt met de zorgprofessionals in het team. Door nauwe samenwerking met de andere zorgverleners werkt de IPS-begeleider mee aan het verbeteren van de executieve functies (beter leren concentreren, plannen, doelgericht werken, zelfregulatie van psychische klachten, prioriteiten leren stellen etc.) van de cliënt. Activiteiten en voortgang met betrekking tot de op arbeid gerichte behandeldoelen, worden besproken in het (multidisciplinaire) behandeloverleg om integratie en coördinatie met andere aspecten van de behandeling te realiseren. Hierbij valt bijvoorbeeld te denken aan:

- het afstemmen van de geneeskundige zorg op de persoonlijke doelen van de cliënt;
- het gezamenlijk bespreken wat de cliënt nodig heeft om aan het werk te kunnen en te kunnen blijven;
- het aanpassen van de medicatiemomenten;
- aandacht in de behandeling voor concrete klachten in de werksituatie;
- het trainen van cognitieve vaardigheden.

Ook kan het gebeuren dat de behandelaar gesprekken voert met een cliënt die geen wens tot werken uitspreekt, om te achterhalen wat de cliënt ervaart of vreest als

⁶² Individuele plaatsing en steun (IPS), Werkblad beschrijving interventie, Kenniscentrum Phrenos, april 2014.

belemmering voor het zoeken van werk. De behandelaar kan dan, als onderdeel van de geneeskundige zorg, met de cliënt ingaan op die belemmerende factoren en hem zo 'toeleiden naar' IPS. De behandelaar kan bijvoorbeeld het zelfinzicht en zelfvertrouwen van de cliënt doen vergroten. Zodra de cliënt een wens tot werken uitspreekt, kan hij worden aangemeld bij de trajectbegeleider voor een IPS-traject. Dergelijke gesprekken zullen mogelijk meermalen noodzakelijk zijn, ook als het IPS-traject al gestart is, omdat de eerste ervaringen met werk van invloed zijn op dit zelfinzicht en zelfvertrouwen. Feitelijk gaat het dan om het toeleiden naar het re-integratietraject; het 'werkfit' maken van de cliënt. Naarmate de interventie vordert, verschuift het zwaartepunt naar arbeidstoeleiding. Een scherpe grens is niet goed te trekken.

Het is om die reden dat enkele zorgverzekeraars de eerste motiverende gesprekken (8 gesprekken) in de aanloop naar IPS voor hun rekening nemen, zodat het toeleiden naar het feitelijke IPS-traject binnen UWV en gemeentelijk domein gewaarborgd is. Formeel start IPS pas als de cliënt uitspreekt gemotiveerd te zijn, maar in praktijk lopen de motiverende gesprekken als onderdeel van de geneeskundige zorg nog door in de startfase van IPS. Dergelijke motiverende en inzichtgevendende gesprekken kunnen deel uitmaken van de behandeling en vormen daarmee geneeskundige zorg.

Gezien deze verwevenheid van IPS met het geneeskundig doel in de eerste fase van de interventie kan in deze fase sprake zijn van geneeskundige zorg – uiteraard alleen wanneer sprake is van zorg onder verantwoordelijkheid van de regiebehandelaar als onderdeel van het behandelplan. Het behoort tot het aanvaarde arsenaal van activiteiten van zorgprofessionals om in hun behandeling aan te sluiten op de interventie IPS en zo de persoonlijke doelen van de cliënt voor maatschappelijk herstel te helpen bereiken. Bij het bieden van geneeskundige zorg behoort het immers tot goede zorg om *rekening te houden* met de situatie van de cliënt en met factoren die herstel van de stoornis bevorderen of belemmeren; aandacht voor (arbeids)participatie en het werkfit maken van de cliënt hoort hier ook bij. De zorgprofessionals doen dit door motiverende en inzichtgevendende gesprekken te voeren, het begeleiden van de cliënt in het omgaan met gewijzigde (arbeids)omstandigheden, het bevorderen van therapietrouw en de coördinerende rol (casemanagement) in het kader van het functioneel en maatschappelijk herstel.

Het grootste deel van de activiteiten binnen het IPS-traject valt echter onder de verantwoordelijkheid van gemeente of UWV. Dat deel van IPS (arbeidstoeleiding en -begeleiding op het werk) voldoet niet aan het 'plegen te bieden'-criterium. Het bemiddelen naar arbeid, de cliënt begeleiden naar en op het werk zo lang dat nodig is, behoort niet tot de geneeskundige zorg. Hoewel het dus nodig is dat de professionals een team vormen, zullen de deelnemers aan het team uit verschillende financieringsbronnen betaald worden. Dit is een extra reden om de afspraken over samenwerking goed vast te leggen – hetgeen in paragraaf 4.5 over casemanagement al aan de orde kwam.

De multidisciplinaire richtlijn werk en ernstige psychische aandoeningen roept op tot samenwerking tussen de verschillende actoren. Men stelt dat het wenselijk zou zijn als de regie in deze samenwerking bij de GGZ komt te liggen. Zoals in hoofdstuk 4 is aangegeven, heeft het Zorginstituut al eerder het standpunt⁶³ ingenomen dat casemanagement tot het domein van de Zvw kan behoren, voor zover de primaire zorgvraag geneeskundig van aard is. Als voorbeeld werd genoemd de psychiatrische zorg die thuis door een sociaal psychiatrisch verpleegkundige onder directe

⁶³ CVZ-standpunt 'Casemanagement' d.d. 25 maart 2011

aansturing van de regiebehandelaar wordt geboden. Een van de kernfuncties van het casemanagement is die domeinen met elkaar te verbinden en af te stemmen zodat een integraal en op maat gesneden aanbod ontstaat.

6.4 Effecten van IPS

Als een interventie voldoet aan het criterium 'plegen te bieden', beoordeelt het Zorginstituut vervolgens of deze voldoet aan het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk'. Aangezien IPS niet aan het eerste criterium voldoet, heeft de tweede toets niet plaatsgevonden. We hebben wel de bestaande kennis over effecten op de gezondheid en zorggebruik en kosteneffectiviteit van IPS verzameld. Deze vatten we in deze paragraaf samen.

6.4.1 Literatuurstudie

We hebben een literatuurstudie uitgevoerd naar de effecten van IPS. Gezocht is naar, zo veel mogelijk bij de Nederlandse situatie passende, relevante wetenschappelijke literatuur over effecten van Individuele plaatsing en steun (IPS) op de kwaliteit van leven, symptomen van de psychische stoornis en zorggebruik van mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA).

Daarbij hebben we IPS vergeleken met de standaardbehandeling of gebruikelijke behandeling. De standaardbehandeling of gebruikelijke behandeling van EPA bestaat in het algemeen uit standaard psychiatrische zorg (medicatie, casemanagement, psychotherapie) zonder geïntegreerde IPS, maar wel met aandacht voor andere vormen van arbeidsrehabilitatie.

In de praktijk blijkt bij behandeling vaak ook sprake te zijn van enige vorm van arbeidsrevalidatie.⁶⁴ Andere vormen van arbeidsrevalidatie zijn die waar de nadruk niet ligt op het direct plaatsen in competitief werk, maar de voorkeur ligt bij voorbereidende periode voorafgaand aan het zoeken naar werk.

De volledige literatuurstudie (methodologie en uitkomsten) is opgenomen in bijlage 4 bij dit rapport. Uit de literatuurstudie is gebleken dat:

- IPS in vergelijking met andere vormen van arbeidstoeleiding bij mensen met EPA beschouwd kan worden als een effectievere interventie wat betreft arbeidsgelateerde uitkomstmaten, zoals duur en behoud van werk. Europese richtlijnen (NL, VK, D) raden begeleide arbeid dan ook aan voor mensen met EPA die weer aan het werk willen.
- Studies die naar gezondheidsgelateerde uitkomsten hebben gekeken, laten zien dat, ook al heeft IPS een positief effect op werkgerelateerde uitkomsten, de gezondheidsgelateerde effecten in de groep mensen met EPA die IPS krijgen aangeboden, vergelijkbaar zijn met die van de groep die andere vormen van arbeidsrehabilitatie krijgt.
- De verwachting dat IPS ook tot een betere kwaliteit van leven en psychische toestand leidt bij mensen met EPA wordt niet vanuit de studies ondersteund. IPS leidt noch tot een grotere toename, noch tot een verslechtering in psychische gezondheid, zelfwaardering of kwaliteit van leven.⁶⁵ Deze constatering had betrekking op de groep cliënten die na 30 maanden nog deelnamen aan het onderzoek (het percentage loss to follow up was 45%).
- Ook kunnen geen uitspraken worden gedaan over het eventuele verband tussen de werkgerelateerde en gezondheidsgelateerde uitkomsten. Zo is niet duidelijk geworden of de cliënten die werk vonden en een betere gezondheid

⁶⁴ De Cochrane review van Kinoshita (2013) meldt dat er geen studies zijn die supported employment vergelijken met alleen standaard psychiatrische zorg

⁶⁵ Busschbach en Michon et al, Effectiviteit van IPS in Nederland, Verslag van een gerandomiseerde gecontroleerde effectstudie – 30 maanden follow up'

rapporteerden, gezonder waren dankzij het werk, of dat het de cliënten met een gezonder gestel waren, die het werk konden volhouden.

6.4.2 *IPS als Erkende interventie*

IPS is door de erkenningscommissie van het Trimbos Instituut beoordeeld als Effectieve interventie. We hebben bestudeerd welke criteria zij hebben gehanteerd om tot deze conclusie te komen.⁶⁶ We constateren dat de commissie zich heeft geconcentreerd op de effectmaat 'aantal maanden betaald werk'. Uit diverse onderzoeken is volgens de commissie gebleken dat IPS leidt tot een hoger percentage mensen met betaald werk dan andere rehabilitatiebenaderingen. Deze conclusie komt overeen met onze bevindingen.

Het effect van IPS op de gezondheid van deelnemers aan IPS is niet als uitkomstmaat gebruikt. Wel wordt het effect beschreven bij één van de gebruikte studies: *"Voorts blijkt IPS een positief bijeffect te hebben in termen van psychische gezondheid, zelfwaardering en kwaliteit van leven. De vooruitgang op deze aspecten treedt echter ook en in vergelijkbare mate op bij de controlegroep."* Ook deze bevinding sluit aan bij onze conclusies, met dien verstande dat de gerapporteerde positieve bijeffecten niet significant waren.⁶⁵

6.4.3 *Kosteneffectiviteit IPS*

In enkele studies is ook de kosteneffectiviteit van IPS aan de orde gekomen. Bij de Europese literatuur gingen twee artikelen hierop in. In Zwitserland vond een gerandomiseerde studie plaats die IPS vergeleek met het algemene supported employment programma⁶⁷. Alleen cliënten die ten minste 15 uur per week kunnen werken, deden mee aan deze studie, omdat het Zwitserse sociale zekerheidssysteem dit zo vereist. De onderzoekers merken hierbij op dat het hierdoor mogelijk is dat cliënten met een minder gunstige prognose bij voorbaat uitgesloten waren. Bij deze cliënten bleek IPS te leiden tot hogere inkomsten uit werk en lagere kosten voor ziekenhuisopnames in een periode van vijf jaar; deze opbrengsten maakten IPS kosteneffectiever dan het andere programma, ondanks dat IPS duurder was.

Het Trimbos-instituut heeft in zijn effectiviteitsstudie, die we in 6.4.1 al bespraken⁶⁵, ook de kosteneffectiviteit van IPS en reguliere arbeidsrehabilitatie onderzocht. Ze concluderen dat IPS meer maatschappelijke kosten én meer maatschappelijke baten met zich meebrengt. Die baten vloeien voort uit het betaalde werk, dat significant meer deelnemers uit de IPS-groep deden dan uit de RA-groep. Besparingen op uitkeringen zijn niet meegerekend. De hogere kosten hangen samen met de kosten van de interventie en met zorgkosten: deelnemers uit de IPS-groep hadden vaker en langer opnames dan de deelnemers uit de RA-groep, die overigens meer in beschermde woonvormen verbleven en daar meer psychiatrische thuiszorg kregen.

De onderzoekers concluderen:

"De interpretatie van de kosteneffectiviteit van IPS is daarmee afhankelijk van wat beleidsmakers, waarmee alle relevante beleidsbepalende actoren bedoeld worden, en indirect de maatschappij bereid zijn te betalen voor de gevonden positieve effecten. Bij die afweging kunnen beleidsmakers meenemen dat het bij doelmatigheidsonderzoek vaak voorkomt dat (nieuwe) interventies met hogere kosten en betere effecten gepaard gaan (Stant, 2007). Bovendien kunnen beleidsmakers in hun overweging meenemen dat sommige mogelijke gunstige

⁶⁶ Met gebruikmaking van het werkblad op de site [www.erkendeinterventiesggz.trimbos.nl](https://assets-sites.trimbos.nl/docs/e7376f4c-4e72-4166-83ca-dff52daa6300.pdf) : <https://assets-sites.trimbos.nl/docs/e7376f4c-4e72-4166-83ca-dff52daa6300.pdf>

⁶⁷ Hoffmann, H. et al, *Long-Term Effectiveness of Supported Employment: 5-Year Follow-Up of a Randomized Controlled Trial*, American Journal of Psychiatry, nov 2014, nr. 171(11), p.1183 – 1190.

maatschappelijke effecten hier niet zijn meegenomen. Zo kon, zoals hiervoor uitgelegd, een eventuele vermindering in uitgaven aan uitkeringen niet meegewogen worden, terwijl de aannahme billijk lijkt dat op termijn een dergelijke vermindering bereikt kan worden met IPS. Ook kan vermoed worden dat de hoeveelheid benodigde arbeidsbegeleidingstijd als belangrijke kostenpost op termijn zal verminderen. Toekomstig onderzoek is echter nodig om dergelijke aannames te staven.”

Daarnaast heeft recentelijk het Erasmus Universitair Medisch Centrum de kosteneffectiviteit en de maatschappelijke kosten en baten van diverse interventies onderzocht. Erasmus MC heeft diverse vormen van arbeidstoeleiding voor verschillende doelgroepen onderzocht. IPS was er daar één van. Daarbij keken de onderzoekers naar de effectiviteit van de interventies voor het vinden van werk, toename van zelfredzaamheid en het stijgen op de participatieladder, evenals de gevolgen hiervan voor de maatschappelijke lasten (uitkeringen, investeringen in interventies). De onderzoekers constateren een groot potentieel voor de interventies om mensen aan het werk te helpen en te doen stijgen op de participatieladder. De onderzoekers constateren ook dat de interventies plaatsvinden op het snijvlak van verschillende sociale domeinen en dat domeinoverstijgende samenwerking daarom nodig is om mensen met psychische problemen een zo groot mogelijke kans op participatie te gunnen.

Bij cliënten die werk vonden, leidde dit tot een geleidelijke toename aan inkomen en een daling van uitkeringskosten voor de gemeente. Ook constateren de onderzoekers een daling in de zorgconsumptie bij één project; in dit project waren echter weinig tot geen cliënten met ernstige psychische aandoeningen betrokken. Over de effecten van IPS op de gezondheid of zorgconsumptie van mensen met ernstige psychische aandoeningen kunnen op basis van deze studie dan ook geen conclusies worden getrokken.

Het is niet duidelijk of, en zo ja hoe, er verband tussen werk en gezondheid bestaat; zijn de cliënten met een gunstiger prognose kansrijker voor een baan, leidt meer werk tot een betere gezondheid of deden beiden zich voor zonder oorzakelijk verband? In het onderzoek werden de cliënten 15 maanden gevolgd; eventuele conclusies over de duurzaamheid van de gezondheidseffecten en maatschappelijke kosten en baten zijn daarmee niet hard te maken. Uit het onderzoek blijkt dat investeringen in het ene domein kunnen leiden tot besparingen in het andere; daarom hebben de onderzoekers een substantieel deel van het project gewijd aan het onderzoek van de factoren die de samenwerking tussen gemeenten, UWV, zorgaanbieders en – verzekeraars beïnvloeden. Een aantal hiervan zullen we in hoofdstuk 7 bespreken. Voor meer informatie over het onderzoek verwijzen wij naar het rapport.⁶⁸

6.5 Conclusie IPS

Individuele Plaatsing en Steun is een effectieve interventie voor het verkrijgen van betaald werk voor cliënten met EPA. Of IPS ook tot een betere gezondheid leidt, is niet aangetoond. De werkzaamheden die een IPS-trajectbegeleider in het kader van IPS verricht, liggen op het terrein van de arbeidstoeleiding en -begeleiding op het werk. Daar zijn opleidingseisen en competenties voor nodig, die niet tot het domein en de deskundigheid van een psychiater, klinisch psycholoog of verpleegkundige behoren. Het is daarmee geen zorg zoals deze beroepsgroepen plegen te bieden.

⁶⁸ Schuring, M., K. Reeuwijk en A. Burdorf, *Het monitoren van arbeidstoeleiding van mensen met een grote afstand tot de arbeidsmarkt en gezondheidsproblemen*, Erasmus Universitair Medisch Centrum, maart 2016.

Een uitzondering hierop vormen de eerste motiverende en inzichtgevende gesprekken in de aanloop naar IPS, waarbij de arbeidstoeleiding en het op arbeid gerichte geneeskundige behandelplan sterk verweven zijn. Formeel start IPS pas als de cliënt uitspreekt gemotiveerd te zijn, maar in praktijk lopen de motiverende gesprekken als onderdeel van de geneeskundige zorg nog door in de startfase van IPS. Gezien deze verwevenheid van IPS met het geneeskundig doel in de eerste fase van de interventie kunnen dergelijke motiverende en inzichtgevende gesprekken tot de geneeskundige zorg gerekend worden, zolang deze onderdeel uitmaken van het behandelplan en behoren tot hetgeen de zorgprofessionals plegen te bieden cq. tot hun aanvaarde arsenaal aan activiteiten rekenen. Over de vergoeding van de interventie die beide doelen dient en waar geneeskundige zorg deel van uitmaakt, zullen gemeenten, UWV en zorgverzekeraars afspraken moeten maken.

6.6 Budget Impact Analyse

Zoals hierboven aangegeven, kunnen motiverende/inzichtgevende gesprekken die plaatsvinden ter toeleiding naar IPS, beschouwd worden als onderdeel van de geneeskundige zorg. In deze budget impact analyse wordt een schatting gemaakt van de totale kosten van deze potentiële vergoeding. De gesprekken vinden plaats voor de (formele) aanvang van IPS en kunnen daarna doorlopen. Het aantal gesprekken zal per cliënt verschillen. Bij de berekening van de gevolgen van deze duiding voor het budget van de Zvw gaan we uit van *gemiddeld* acht motiverende gesprekken, een aantal dat in praktijk hiervoor gehanteerd wordt.

Dit betreft een schatting voor de komende 3 jaar, startend in het jaar 2017. Er wordt in deze budget impact analyse alleen naar de directe kosten gekeken die gepaard gaan met de behandeling zelf (8 gesprekken). Overige kosten en/of besparingen, zoals bijvoorbeeld de kosten voor ziekenhuisopname of de besparingen op uitkeringen, zijn hierbij niet meegenomen. Deze budget impact analyse is grotendeels gebaseerd op cijfers die zijn aangeleverd door GGZ Nederland.

Het eerste scenario dat we hebben doorgerekend gaat uit van 500 nieuwe cliënten per jaar. Het UWV heeft namelijk de komende 5 jaar een subsidie beschikbaar gesteld voor 500 IPS trajecten per jaar. Vanuit deze subsidie kan de arbeidstoeleiding vanuit IPS vergoed worden. We gaan ervan uit dat al deze cliënten extra geneeskundige zorg in aanloop naar en tijdens hun IPS-traject nodig hebben. Ook voor deze cliënten rekenen we met gemiddeld 8 gesprekken. Dit scenario bevat de minimale te verwachten kosten gebaseerd op een tarief van €112,= per gesprek (bedrag conform kostenhandleiding Zorginstituut Nederland: Specialistische GGZ instellingen, ambulant contact).

Tabel 1: Raming van de totale kosten (voor alle patiënten) van de eerste 8 gesprekken in aanloop naar het IPS traject

Jaar	Totaal aantal nieuwe cliënten	Aantal gesprekken per cliënt	Kosten per gesprek	Totale kosten (Totaal aantal nieuwe cliënten x aantal gesprekken per cliënt x kosten per gesprek)
2017	500	8	€ 112	€ 448.000
2018	500	8	€ 112	€ 448.000
2019	500	8	€ 112	€ 448.000

In dit scenario zijn de kosten voor de Zvw dus €448.000 per jaar. Waarschijnlijk zullen de kosten iets hoger uitvallen, omdat ook gemeenten cliënten kunnen

aanmelden voor IPS; Amsterdam doet dit bijvoorbeeld al enkele jaren in het kader van vroege interventie bij psychose (VIP).

Een tweede scenario berekent de maximaal te verwachten kosten aan de hand van het aantal cliënten en de beschikbare trajectbegeleiders:

In Nederland zijn ongeveer 281.000 cliënten met een ernstige psychiatrische aandoening. Niet al deze cliënten ontvangen zorg in de GGZ, dit aantal ligt op ongeveer 160.000⁶⁹. Niet al deze cliënten uiten de wens om betaald aan het werk te gaan. Van de deelnemers aan het panel Psychisch Gezien, een onderzoeksgroep van mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen, geeft 29% aan te willen werken⁷⁰. Het deel van de cliënten die willen werken en in zorg zijn bij een GGZ-instelling – we schatten dit aantal op 40.000 – , komt in principe in aanmerking voor IPS. Het is echter niet realistisch om in deze budget impact analyse met dit aantal te rekenen. Dit heeft er mee te maken dat er op dit moment nog niet genoeg capaciteit is om al deze cliënten te begeleiden naar werk. Op dit moment (2016) zijn er 345 gecertificeerde IPS trajectbegeleiders. Omdat er grote vraag is naar IPS trajectbegeleiders, hebben de GGZ organisaties aangegeven dat er meer begeleiders opgeleid zullen worden. De trajectbegeleiders zijn nodig om naast de geneeskundige zorg de arbeidstoeleiding – de feitelijke interventie IPS – te doen met de cliënt. In deze budget impact analyse wordt uitgegaan van een verdubbeling van het aantal begeleiders in de komende 3 jaar. GGZ Nederland heeft ook aangegeven dat er ieder jaar ongeveer 5 nieuwe praktijken bijkomen met ieder 12 trajectbegeleiders. Zie tabel 2 voor een berekening van het totale aantal begeleiders in de komende 5 jaar.

Tabel 2: Geschatte aantal IPS trajectbegeleiders. Er wordt rekening gehouden met een verdubbeling van het aantal begeleiders in de huidige organisaties. Daarbovenop komen ieder jaar 5 nieuwe organisaties met ieder 12 begeleiders.

	2016	2017	2018	2019
Trajectbegeleiders huidige organisaties	345	460	575	690
Trajectbegeleiders nieuwe organisaties	-	60	120	180
Totaal aantal trajectbegeleiders	345	520	695	870

Elke trajectbegeleider kan ieder jaar 8 nieuwe cliënten begeleiden. In 2017 zijn er dus bijvoorbeeld 520 trajectbegeleiders, die in totaal $520 \times 8 = 4160$ nieuwe cliënten kunnen begeleiden. We rekenen alleen nieuwe cliënten, omdat het zwaartepunt van de (extra) geneeskundige zorg voor IPS in het begin van het traject ligt.

Elke cliënt krijgt 8 gesprekken á €112. In tabel 3 zijn de totale kosten voor de komende 3 jaar berekend.

⁶⁹ Delespaul. Ph. en consensusgroep EPA, Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland, Tijdschrift voor Psychiatrie 55 nr 6, 2013: p.427.

⁷⁰ Michon, H., Schaafsma F., en Anema J.R., Arbeid en psychische gezondheid, kennissynthese, Trimbos Instituut Utrecht en VU MC, 2015.

Tabel 3: Raming van de totale kosten (voor alle cliënten) van de eerste 8 gesprekken van het IPS traject

Jaar	Aantal traject-begeleiders	Totaal aantal nieuwe cliënten	Aantal gesprekken per cliënt	Kosten per gesprek	Totale kosten (totaal aantal nieuwe cliënten x aantal gesprekken per cliënt x kosten per gesprek)
2017	520	4160	8	€ 112	€ 3.727.360
2018	695	5560	8	€ 112	€ 4.981.760
2019	870	6960	8	€ 112	€ 6.236.160

In het 3^e jaar van behandeling (2019) komen de totale kosten per jaar op €6.236.160. In deze berekening is geen substitutie meegenomen. GGZ Nederland geeft aan dat cliënten met ernstige psychiatrische aandoeningen vaak niet in aanmerking komen voor reguliere arbeidsre-integratie trajecten. Het is niet uit te sluiten dat er mogelijk toch gedeeltelijk substitutie optreedt. Omdat deze substitutie echter op dit moment niet goed te kwantificeren is, zijn deze kosten hier niet meegenomen. Mogelijk vallen de totaalkosten dus 'netto' lager uit.

Tot slot moet opgemerkt worden dat er in deze budget impact analyse geen breed maatschappelijk perspectief is aangehouden. Er is bijvoorbeeld niet gekeken naar de overige kosten die mogelijk gepaard gaan, of bespaard worden, door het IPS traject. In de Nederlandse studie⁶⁵ die we eerder bespraken, is wel een kosteneffectiviteitsanalyse uitgevoerd vanuit een breed maatschappelijk perspectief. Deze studie laat zien dat IPS, in vergelijking met reguliere arbeidsre-integratie, tot hogere totale kosten leidt (zie tabel in bijlage 5). Hierbij moet opgemerkt worden dat besparingen op uitkeringen niet meegenomen zijn in deze analyse. Deze hogere kosten hadden onder andere betrekking op ziekenhuisopnames. Omdat het hier slechts een kleine studie betreft, is ervoor gekozen om de huidige budget impact analyse hier niet op te baseren, maar in plaats daarvan alleen de kosten voor de behandeling zelf in kaart te brengen.

Conclusie:

Wanneer we uitgaan van tenminste 500 nieuwe deelnemers aan IPS per jaar, dan bedragen de kosten voor de Zvw €448.000 per jaar.

Wanneer we uitgaan van een verdubbeling van het aantal IPS begeleiders, 12 nieuwe IPS begeleiders per 5 nieuwe organisaties per jaar, die jaarlijks met 8 nieuwe cliënten een gemiddeld aantal van 8 gesprekken á €112 voeren, dan zullen de totale kosten oplopen van €3,7 miljoen euro per jaar in 2017 tot €6,2 miljoen euro per jaar in 2019.

Deze financiële effecten hebben geen substantiële invloed op de risicoverevening.

7 Aansluiting tussen wettelijke domeinen

7.1 Algemeen

In de inleiding van dit rapport hebben we aangegeven welke vragen we willen beantwoorden. De derde deelvraag die de Minister ons stelt, is:

Sluit de Zorgverzekeringswet goed aan op andere systemen op dit gebied (Wmo, Participatiewet, Wwz, Zvw)? Met andere woorden, doet zich dubbele aanspraak voor? Of is er juist sprake van blinde vlekken en zo ja, op welke terreinen?

Zorginstituut Nederland heeft als taak om de Zorgverzekeringswet (en de Wet langdurige zorg) uit te leggen en heeft hier ook de kennis en expertise voor. Over aanspraken op grond van andere wetten, kunnen wij slechts in globale zin uitspraken doen; hier ontbreekt ons de expertise. Wel kunnen wij voor de beantwoording van de vragen putten uit enkele rapporten die hierover zijn uitgebracht door

- het Centraal Plan Bureau (CPB) '*Kansrijk arbeidsmarktbeleid (deel 2), 2016*';
- de Sociaal Economische Raad (SER) '*Werk, van belang voor iedereen*';
- de Erasmus Universiteit '*Het monitoren van arbeidstoeleiding van mensen met grote afstand tot de arbeidsmarkt en gezondheidsproblemen*'.

Hieruit hebben wij een aantal passages opgenomen die in het kader van het beantwoorden van de derde deelvraag van belang zijn.

Daarnaast hebben wij gesprekken gevoerd met de volgende partijen:

- Voor het verkrijgen van informatie over participatie en arbeid hebben we verschillende partijen op het gebied van participatie en arbeid mondeling geconsulteerd o.a.: UWV, VNG, Phrenos, Divosa, LCR en de NVAB.
- Voor informatie op het gebied van GGZ-zorg en de financiering van deze zorg hebben we gesproken met o.a.: NVvP, NIP, LVVP, LP GGZ, GGZ Nederland, zorgverzekeraars, NHG, LHV.

Uit deze gesprekken zijn diverse signalen gekomen over de uitvoering van de verschillende wetten. In dit hoofdstuk zullen we een aantal van deze signalen weergeven. Dit zijn veelal factoren die de (arbeids)participatie belemmeren, maar er zijn ook enkele initiatieven die juist de participatie van mensen met een psychische aandoening bevorderen.

Vanwege de rol van het Zorginstituut en de tijdsperiode van de duiding is het niet mogelijk al deze signalen te onderzoeken, uit te werken en op waarde te schatten. De opsomming moet dan ook worden beschouwd als een weergave van zaken die in praktijk door betrokkenen als belemmerend of bevorderend worden ervaren voor de arbeidsparticipatie van cliënten met een psychische aandoening.

Tot slot trekken wij een conclusie op grond van de signalen en de passages in de rapporten.

7.2 Signalen uit de literatuur

7.2.1 CPB-rapport '*Kansrijk arbeidsmarktbeleid (deel 2)*'

Het CPB heeft twee rapporten uitgebracht over de (potentiële) effecten van overheidsbeleid om de werkgelegenheid te stimuleren en om de uitstroom uit uitkeringssituaties te vergroten. Het tweede deel, dat recent is gepubliceerd, gaat in op de mogelijkheden om werkgevers en werkzoekenden te stimuleren en te ondersteunen. We beschrijven hier enkele factoren die van belang kunnen zijn voor de re-integratie van mensen met een psychische stoornis.

7.2.1.1 Dienstverlening WW

Het UWV beschikt over een budget voor basisdienstverlening in het kader van de WW en over een budget voor de re-integratie van arbeidsgehandicapten. De basisdienstverlening voor WW'ers verloopt geheel digitaal. Via de persoonlijke online werkmap is er contact met de klantmanager (bij UWV 'adviseur werk' genoemd) voor begeleiding en controle op verplichtingen. Daarnaast zijn in de online omgeving tips, zelftesten, informatie en online trainingen te vinden. Als een WW'er na drie maanden nog geen werk gevonden heeft, vindt een gesprek plaats met de adviseur werk. In de zevende en tiende maand vinden vervolgesprekken plaats, face-to-face of telefonisch. Alleen voor specifieke doelgroepen is aanvullende dienstverlening beschikbaar. Het gaat dan om 50-plussers, jongeren tot 27 jaar, topsporters en werkzoekenden uit de culturele sector.⁷¹ Mensen met een psychische stoornis horen hier dus niet bij.

Het CPB signaleert dat het nuttig kan zijn om ook andere groepen die het risico lopen op langdurige werkloosheid, vanaf het begin intensief te begeleiden. De vraag is dan hoe die groep herkend kan worden, zodat zij gericht deze begeleiding kunnen krijgen. Immers, UWV heeft niet de capaciteit om iedere werkzoekende vanaf de eerste dag werkloosheid intensief te begeleiden en dat is ook niet nodig; velen vinden zelf binnen drie maanden een baan.

Uit onderzoek dat het CPB citeert, blijkt dat intensieve ondersteuning van langdurig werklozen leidt tot een significant hogere uitstroom uit de uitkering naar werk. Het CPB concludeert dat het inzetten van deze intensieve ondersteuning kosteneffectief is, omdat met relatief weinig kosten een grote daling in het aantal uitkeringen bereikt kan worden.

Het CPB heeft onderzocht wat het effect is van scholing ter bevordering van de kansen op de arbeidsmarkt. Op korte termijn heeft deze scholing een zogenaamd insluitingseffect; de tijd die de werkzoekende besteedt aan scholing, kan hij niet besteden aan het zoeken naar werk. Op langere termijn heeft de scholing wel effect, omdat de kansen op de arbeidsmarkt toenemen. Het insluitingseffect is zo groot en scholing relatief duur, dat het CPB adviseert om scholing als interventie alleen in te zetten bij werkzoekenden die langdurig werkloos zijn of hier een groot risico op lopen.⁷² Een interventie als IPS zou dit korte-termijn-nadeel mogelijk kunnen wegnemen, omdat de scholing plaatsvindt ná het vinden van de baan.

Zowel bij vroege intensieve begeleiding als bij scholing geldt dat de (kosten)effectiviteit van het beleid zou toenemen, als partijen beter zouden weten bij welke cliënten dit nodig en werkzaam is. CPB benoemt op diverse plaatsen in het rapport de noodzaak tot 'profiling': het opstellen van cliëntprofielen die informatie geven over het risico op langdurige werkloosheid en de behoefte aan ondersteuning bij het re-integreren. Profiling vindt op beperkte schaal al plaats.

UWV kent reeds 'profiling' voor een klant met een WW-uitkering. Deze klant krijgt het verzoek om de 'werkverkenner' in te vullen. Op basis daarvan wordt zijn/haar kans op werkhervatting binnen een jaar vastgesteld. Eén van de vragen gaat over het ervaren psychisch werkvermogen van de klant. De 'werkverkenner' kent echter meerdere factoren waarop de kans op werkhervatting wordt berekend. Persoonlijke dienstverlening wordt aangeboden aan een beperkte groep klanten met een

⁷¹ CPB, *Kansrijk arbeidsmarktbeleid deel 2*, 2016: p.177.

⁷² Idem CPB, 2016: p.184.

bepaalde kans op werkhervatting. Meer toegespitst op de doelgroep mensen met psychische problemen zou dit kunnen leiden tot sneller maatwerk bij de begeleiding van deze groep.

7.2.1.2 Re-integratie arbeidsgehandicapten

Ook voor mensen die gedeeltelijk arbeidsongeschikt zijn of in de ziektewet zitten, stelt het CPB dat sneller en intensiever begeleiden ertoe leidt dat deze doelgroep eerder weer aan het werk gaat. Voor arbeidsgehandicapten die een uitkering van UWV ontvangen, worden de mogelijkheden tot re-integratie besproken met de arbeidsdeskundige van UWV. Verschillende aanvullende dienstverlening is beschikbaar als er mogelijkheden zijn om aan de slag te gaan. Daarnaast is voor iedereen de digitale werkmap beschikbaar, net zoals voor WW'ers.

Bij de instrumenten om werkgevers te ondersteunen bij het aannemen van mensen met een beperking, wordt de jobcoach besproken: *"UWV biedt werkgevers bij het aannemen van een langdurig zieke of arbeidsgehandicapte werknemer ook de mogelijkheid subsidie aan te vragen voor het aanstellen van een jobcoach. Deze jobcoach begeleidt de werknemer op zijn nieuwe werkplek en is in principe voor maximaal drie jaar inzetbaar. De intensiteit van de begeleiding is afhankelijk van de persoonlijke situatie."* Ook gemeenten hebben de mogelijkheid om een jobcoach in te zetten. Daarnaast worden diverse varianten van de loonkostensubsidie en andere beleidsinstrumenten beschreven. Hoe groot het effect van de inzet van jobcoaches op de werkgelegenheid is, is volgens CPB niet te zeggen.⁷³

Het CPB gaat tot slot ook in op langdurige(r) ondersteuning van mensen voor wie anders geen plek zou zijn op de arbeidsmarkt. Het gaat dan om mensen die als gevolg van een beperking veel minder productief zullen zijn dan reguliere werknemers. Het belangrijkste doel van deze ondersteuning is voornamelijk de participatie te bevorderen, omdat deze langdurige ondersteuning maatschappelijk niet kosteneffectief is; er is geen sprake van uitstroom naar regulier betaald werk. Het CPB benoemt daarbij dat jobcoaching langer dan drie jaar op dit moment niet mogelijk is volgens van UWV-richtlijnen en VNG-richtlijnen. Van het UWV is vernomen dat deze termijn op aanvraag kan worden verlengd.

Het CPB concludeert dat het huidige stelsel sterke prikkels voor gemeenten en UWV heeft om de uitstroom te bevorderen middels een gestandaardiseerd systeem, waarin minder gelegenheid is voor maatwerk voor kwetsbare groepen. Het CPB stelt: *"Keerzijde van een sterke financiële prikkel door middel van één totaalbudget zoals gemeenten die hebben, is dat de aandacht zó op snelle uitstroom naar werk kan komen te liggen, dat dienstverlening aan de minst kansrijke groepen op een laag pitje komt te staan. Dit 'loont' immers (op de korte termijn) veel minder. Meer maatschappelijke doelen (zoals participatie van mensen met een zeer lage arbeidsproductiviteit) kunnen naar de achtergrond verdwijnen als de uitvoerder daar niet specifiek op wordt afgerekend. Voor bepaalde groepen geldt immers dat het verhogen van de arbeidsparticipatie meer kost dan het oplevert."*⁷⁴

7.2.2 SER-rapport 'Werk van belang voor iedereen'

Ook de SER heeft signaleerd dat werken met een chronische aandoening diverse belemmeringen met zich meebrengt. Zij beschrijven de volgende factoren die van invloed zijn op de kans om werk te vinden⁷⁵:

- Werkzoekenden moeten een reëel beeld vormen van hun mogelijkheden en beperkingen; voor jongeren is dit lastiger, omdat zij nog geen werkervaring

⁷³ Idem CPB, 2016: p.186-187.

⁷⁴ Idem CPB, 2016: 200-203.

⁷⁵ SER, *Werk, van belang voor iedereen*, 2016, p.16-17.

- hebben;
- Werkzoekenden moeten kiezen of ze informatie over hun chronische ziekte met de toekomstige werkgever willen delen. In praktijk zijn werkzoekenden hier terughoudend in, omdat ze bang zijn niet aangenomen te worden. De werkgever is hierdoor echter ook niet in de gelegenheid om het werk passend te maken voor de nieuwe medewerker;
- De arbeidsbemiddeling door UWV en gemeenten laat onvoldoende tijd om zorgvuldig te onderzoeken welke mogelijkheden en beperkingen de werkzoekende met een chronische ziekte heeft; hierdoor is het ook niet mogelijk hier een passende werkgever bij te zoeken;
- Werkgevers zijn terughoudend om mensen met een chronische ziekte aan te nemen vanwege risico's als langdurig ziekteverzuim. Vooral voor kleine bedrijven is het financiële risico groot. De mogelijkheden om deze risico's te verkleinen zijn vaak niet bekend bij werkgevers;
- De reguliere zorg heeft onvoldoende aandacht voor de factor arbeid en arbeidsgerelateerde zorg wordt niet betaald uit de Zvw. Hierdoor worden bijvoorbeeld revalidatie en re-integratie als gescheiden trajecten ingezet. De SER constateert dat de samenwerking tussen verzekeraars, UWV en gemeenten beter kan;
- De Participatiewet heeft formeel als doel om werkzoekenden te helpen naar werk. De prikkel voor gemeenten is dat wie werk vindt, geen bijstandsuitkering meer krijgt. Hierdoor dreigen kwetsbare mensen zonder uitkering die intensieve ondersteuning nodig hebben, buiten de boot te vallen. Denk bijvoorbeeld aan jonggehandicapten die geen bijstandsuitkering hebben, omdat de partner een hoog inkomen heeft of jongeren die nog thuis wonen en daardoor geen uitkering krijgen; kijkend naar IPS, dan geldt dit gebrek aan prikkel ook. Veel cliënten vinden immers een baan voor een beperkt aantal uur, zodat ze nog steeds gebruik moeten maken van een uitkering.
- Ook de SER signaleert de prikkel die gemeenten hebben om zich te concentreren op kansrijke werkzoekenden.

7.2.3

Rapport Erasmus MC

Het Erasmus MC heeft onlangs het rapport *'Het monitoren van arbeidstoeileiding van mensen met grote afstand tot de arbeidsmarkt en gezondheidsproblemen'* uitgebracht. Aan de hand van door het ministerie van Sociale Zaken geselecteerde voorbeeldprojecten gericht op arbeidstoeileiding van niet-werkenden met gezondheidsproblemen, heeft het Erasmus MC de bevorderende en belemmerende factoren voor de uitvoering van deze projecten in kaart gebracht. In dit rapport noemen we de belangrijkste factoren die de onderzoekers noemen:

Bevorderend

- Bevorderend voor integrale samenwerking is de betrokkenheid van zowel publieke als private organisaties vanuit de domeinen 'werk' en 'zorg'. Vanuit het perspectief van de organisaties uit het domein 'werk' is dat de visie dat arbeidsparticipatie samenhangt met andere leefgebieden, zoals gezondheid en wonen. Vanuit het perspectief van de organisaties uit het domein 'zorg' is dat de visie dat herstel en re-integratie niet los van elkaar staan, maar dat re-integratie deel uitmaakt van herstel.
- Een gezamenlijke gevoelde urgentie, visie en bevlogenheid bevorderen de bereidheid van de betrokken organisaties om tijd en geld te investeren in goede samenwerkingsafspraken om gezamenlijke activiteiten te verrichten of te financieren;
- Op uitvoeringsniveau is het maken van afspraken over regieverantwoordelijkheid noodzakelijk voor de continuïteit in de begeleiding naar werk. Het vormen van multidisciplinaire teams en/of het houden van

multidisciplinaire casuïstiek besprekingen, bevordert de integrale samenwerking. Hierbij is het van belang dat er protocollaire afspraken worden gemaakt over de uitwisseling van informatie tussen professionals van verschillende organisaties.

Belemmerend

Een van de belangrijkste belemmerende factoren die het Erasmus MC noemt is het feit dat bij gemeenten de nadruk ligt op het vervullen van beschikbare vacatures, waardoor men zich sneller richt op gemakkelijk bemiddelbare werkzoekenden. Vanwege bezuinigingen bij gemeenten zijn de mogelijkheden voor activering- en re-integratietrajecten in de afgelopen jaren afgenomen. Binnen de gemeentelijke organisatie wordt sterk gestuurd op uitstroomresultaten, waarbij afdelingen of teams worden afgerekend op het aantal mensen dat in bepaalde periode is gestart met werk. De nadruk ligt op het realiseren van zoveel mogelijk uitstroom uit de uitkering, omdat dit leidt tot een besparing van de uitkeringslasten. Deze strategie werkt belemmerend voor de arbeidstoeleiding van mensen met gezondheidsproblemen.

Een andere belemmerende factor die het Erasmus MC noemt, is dat zorgverzekeraars onvoldoende inzicht hebben in de besparing op zorgkosten door arbeidstoeleiding van mensen met gezondheidsproblemen en dat zorgverzekeraars beperkte mogelijkheden hebben om activiteiten gericht op arbeidstoeleiding te vergoeden.

7.3 Signalen uit de gesprekken

Tijdens de gesprekken die wij met partijen hebben gevoerd, werden een aantal factoren benoemd die de participatie van mensen met een psychische stoornis belemmeren. In het onderstaande volgt hiervan een korte weergave.

De gesprekspartners gaven aan dat de meeste oorzaken van een gebrekkige arbeidsparticipatie liggen in de uitvoering door de verschillende betrokken partijen, maar ook in de financiering van de zorg en ondersteuning. De aansluiting en afstemming tussen diverse wettelijke domeinen (bijvoorbeeld Zorgverzekeringswet, Participatiewet, Wmo) is in de praktijk vaak erg lastig, onder andere doordat er sprake is van verschillende financieringsstromen. De problematiek van cliënten met psychische problemen betreft vaak verschillende wettelijke domeinen (geen werk, schulden en psychische stoornis). Respondenten dringen dan ook aan op een goede samenwerking tussen alle betrokken partijen. In het onderstaande geven we een aantal van de genoemde signalen weer.

7.3.1 Financiële prikkels en financiële ruimte gemeenten

Regelmatig huren gemeenten re-integratiebureaus in om zoveel mogelijk mensen aan een baan te helpen. Zij ervaren een financiële prikkel om vooral kansrijke mensen aan het werk te helpen. De respondenten zijn van mening dat gemeenten hier – bij het afsluiten van contracten met re-integratiebureaus – meer bij stil zouden moeten staan. Gemeenten zouden zich moeten afvragen of dergelijke beperkende afspraken wel passen binnen de taken (bevorderen van participatie) die zij hebben. Daarnaast gaven respondenten aan dat bepaalde doelgroepen minder snel in aanmerking komen voor re-integratie, omdat de gemeente hier juist geen financiële prikkel voor heeft: de niet-uitkeringsgerechtigden. Ook het CPB en Erasmus MC beschrijven dit probleem.

Diverse malen werd gemeld dat de ondersteuning bij participatie, vooral die van mensen met ernstige psychische aandoeningen, onvoldoende van de grond komt. Gemeenten zouden geen prioriteit geven aan deze doelgroep en een interventie als IPS zou niet passen binnen het kader van de UWV.

7.3.2 *Aanspraken versus voorzieningen*

Hoewel ondersteuning bij (arbeids)participatie is belegd bij andere wettelijke domeinen dan de Zvw, pleiten partijen toch voor vergoeding van deze activiteiten vanuit de Zvw. De reden hiervoor is dat er binnen de Zvw sprake is van verzekerde zorg die cliënten aanspraken geeft. Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht voor het leveren van deze zorg en verzekerden kunnen er dan ook vanuit gaan dat zij de zorg krijgen. Bij de sociale wetgeving in het gemeentelijk domein is sprake van een voorzieningenplicht. Dit betekent dat de gemeente verantwoordelijk is voor het treffen van een voorziening bijvoorbeeld op het gebied van maatschappelijke ondersteuning. De cliënt heeft echter geen (verzekerd) recht op een bepaalde voorziening. De gemeente stelt beleid vast voor de betreffende wet en dat kan voor iedere gemeente anders zijn. Met andere woorden; de verzekerde is niet verzekerd van een bepaalde voorziening en als deze niet wordt geboden, ontstaat er een prikkel om de zorg vanuit de Zvw te krijgen. Echter, zoals eerder beschreven, kan dit alleen als er sprake is van geneeskundige zorg. De wetgever heeft de verantwoordelijkheid voor activiteiten op het gebied van (arbeids)participatie immers bij de gemeente, het UWV en de werkgever belegd.

7.3.3 *Dienstverlening UWV*

De processen van de UWV zijn veelal gestandaardiseerd en leggen in de eerste drie maanden van werkloosheid de nadruk op eigen verantwoordelijkheid van werkzoekenden. Het UWV biedt twee typen dienstverlening aan mensen met een WW-uitkering. Basisdienstverlening, primair bestaand uit internetdienstverlening aangevuld met een beperkt aantal diensten (zoals een groepsgesprek, speeddates, omgaan met de werkmap en inlooppiddagen). Daarnaast kent het UWV intensieve dienstverlening; naast internetdienstverlening voornamelijk bestaand uit vier individuele gesprekken (één per kwartaal) aangevuld met eventuele workshops en een competentietest. Na drie maanden werkloosheid wordt bepaald wie basisdienstverlening en wie intensieve dienstverlening gaat ontvangen.

In de praktijk betekent dit dat werkzoekenden in die eerste drie maanden alleen digitaal contact hebben met de UWV. Juist de mensen met psychische problemen hebben behoefte aan persoonlijk contact. Als dat persoonlijk contact ontbreekt, dan blijkt volgens de respondenten dat de kans groot is dat drie maanden verloren gaan en dat de cliënt verder afglijdt. Het UWV heeft geen re-integratiebudget voor klanten met een WW-uitkering. Dit belemmert uiteindelijk de mogelijkheden om te participeren door de cliënt. De gesprekspartners gaven aan dat de dienstverlening in het kader van de WW te beperkt is voor de re-integratie van mensen met psychische problematiek. Voor intensieve begeleiding van werkzoekenden is geen budget beschikbaar. Vaak hebben mensen met een psychische aandoening meer begeleiding nodig om aan het werk te komen. Doordat de budgetten niet groot genoeg zijn, houdt het UWV zich minder met deze cliënten bezig.

Het kabinet heeft onlangs extra middelen beschikbaar gesteld om meer mensen met een WW-uitkering face-to-facebegeleiding te bieden. Voor een periode van twee jaar is 38 miljoen euro beschikbaar. Bedoeling is om met deze middelen meer persoonlijke dienstverlening te bieden aan werkzoekenden met een risico op langdurige werkloosheid, aangepast aan hun specifieke behoeften.

7.3.4 *Wachlijsten in de gespecialiseerde GGZ*

De wachtlijsten voor diagnose en behandeling zijn vaak lang binnen de gespecialiseerde GGZ. Dit heeft tot gevolg dat de psychische situatie van de cliënt verslechtert en de afstand tot de maatschappij en de arbeidsmarkt steeds groter wordt.

7.3.5 *Coördinatie over domeinen*

Een aantal respondenten geeft aan dat de Zorgverzekeringswet geen ruimte biedt aan behandelaars om cliënten integraal te begeleiden. Voor de cliënten is het van groot belang dat één persoon alle hulpverleningstrajecten coördineert en dat de cliënt die coördinator vertrouwt. Ook moeten behandelaars ruimte hebben om af te stemmen met andere ketenpartners. Eerder in dit rapport hebben we toegelicht dat de Zorgverzekeringswet wel ruimte biedt. Een dergelijke coördinerende rol kan tot de taken van de zorgprofessionals gerekend worden.

Ook gaven een aantal gesprekspartners aan dat de tarieven onvoldoende zouden zijn om af te stemmen met partners in het sociale domein. Een voorbeeld is dat er binnen de DBC's geen ruimte zou zijn om contact te hebben met andere deskundigen (bijvoorbeeld bedrijfsartsen) die betrokken zijn bij de arbeidsparticipatie van cliënten als die weer beginnen met werken.

7.3.6 *Aanpassingsstoornissen uitgesloten van geneeskundige GGZ.*

In de Zorgverzekeringswet is geregeld dat de behandeling van aanpassingsstoornissen is uitgesloten van de geneeskundige GGZ. Cliënten met aanpassingsstoornissen kunnen wel binnen de Zorgverzekeringswet worden behandeld, maar alleen door de huisarts en POH GGZ. Gesprekspartners gaven aan soms door te willen verwijzen naar de geneeskundige GGZ als zij vermoeden dat de klachten zullen escaleren.

7.3.7 *Eigen risico*

Als gevolg van het wettelijk verplichte eigen risico beginnen met name cliënten die door hun psychische problematiek minder gemotiveerd zijn voor behandeling, niet met een behandeling.

7.3.8 *Wet Verbetering Poortwachter*

De Wet Verbetering Poortwachter regelt dat de werkgever de eerste twee jaar dat iemand ziek is, het loon moeten doorbetalen. Daarnaast is de werkgever verantwoordelijk voor de re-integratie van de medewerker op het werk en voor de aanpak van werkproblemen die de medewerker ervaart. De werkgever heeft dus een financieel belang om de medewerker op een duurzame manier te helpen om te re-integreren. Als de werkgever iemand met een psychische stoornis in dienst neemt, weet hij dat hij meer risico loopt op zorgkosten en loonkosten wanneer de medewerker uitvalt. Dit kan tot gevolg hebben dat hij minder mensen met een psychische aandoening in dienst zal nemen. Ook wordt de suggestie gedaan om in de Wvp de inschakeling van deskundige zorgprofessionals op het terrein van psychische klachten (inclusief diagnostiek) verplicht te stellen.

7.3.9 *Zelfstandigen Zonder Personeel*

De Wet Verbetering Poortwachter geldt alleen voor mensen in dienst bij een werkgever. Zelfstandigen zonder personeel zijn echter niet in dienst. Zij moeten hun arbeidsdienstverlening zelf regelen, bijvoorbeeld door een arbeidsongeschiktheidsverzekering af te sluiten. Niet alle ZZP'ers hebben deze. De inhoud van de polissen verschilt ook; hiermee varieert ook de beschikbaarheid van bedrijfsartsen en van ondersteuning bij re-integratie. Begin 2016 telde Nederland ruim 1 miljoen ZZP'ers.

7.3.10 *Stigma*

De belangrijkste belemmering om aan het werk te gaan met een psychische kwetsbaarheid is stigma. Dit stigma kan zelfstigma zijn door de cliënt, of stigma door werkgevers, collega's, klantmanagers, etc. Aandacht binnen de behandeling aan ervaren (zelf)stigma zal zeker helpen om mensen met psychische problemen weer aan een baan te helpen. Ook is een integrale ondersteuning waarbij

behandelaren goed samenwerken met de jobcoach en de casemanager van de cliënt van uitermate groot belang om (zelf)stigma te bestrijden.

7.4

Voorbeelden van kansrijke projecten

In de voorgaande paragrafen hebben we aangegeven welke factoren volgens de gesprekspartners de participatie van mensen met een psychische aandoening kunnen belemmeren. De gesprekspartners hebben echter ook een aantal voorbeelden genoemd die juist stimulerend zijn voor de participatie van mensen met psychische problematiek. In het onderstaande een korte weergave van deze stimulerende projecten:

- Samenwerkingstraject GGZ NL en UWV gericht op de samenwerking in de regio tussen zorgaanbieders en UWV bij het toeleiden naar werk;
- Project Exit, waarbij een psycholoog onderdeel uitmaakt van een team van de gemeente dat werkzoekenden begeleidt naar werk;
- IPS bij VIP (vroegge interventie bij psychose, vooral gericht op jongeren die hun eerste psychose doormaken), waarbij een re-integratiecoach onderdeel uitmaakt van het behandelteam;
- In de komende vijf jaar heeft UWV een budget ter beschikking gesteld om 2.500 klanten een IPS-traject te kunnen laten volgen. UWV financiert binnen het IPS-traject het deel van re-integratie en jobcoaching. Hiervoor heeft UWV een subsidieregeling opgesteld. Cliënten van gemeenten hebben overigens geen toegang tot deze subsidieregeling;
- Samen voor re-integratie, waarin ZN en de VNG samen een praktisch instrument hebben ontwikkeld voor gemeenten en zorgverzekeraars om in samenwerking de participatie van burgers respectievelijk verzekerden te bevorderen.⁷⁶
- De 'Samenwerkingsagenda voor zorg en ondersteuning' die ZN en VNG in 2016 gaan ontwikkelen. Deze samenwerkingsagenda is gericht op zorg op maat in de wijk, een goede GGZ-keten en meer mogelijkheden voor preventie;
- Het project 'Open voor werk' van de LPGGZ. Dit is een breed gedragen samenwerkingsproject gericht op succesvolle arbeidstoeleiding of werkbehoud van en voor mensen met een psychosociale kwetsbaarheid, (ex)ggz-cliënten én hun naasten. Doel van het project is, naast het wegnemen van (zelf)stigma, het vergroten van de mogelijkheden voor ggz-cliënten bij arbeidsparticipatie, inclusief arbeidsmatige dagbesteding en vrijwilligerswerk.

7.5

Conclusie

Uit onze gesprekken met de verschillende partijen en uit de literatuur die wij hebben geraadpleegd, blijkt dat er factoren zijn die belemmerend kunnen werken voor de participatie van mensen met een psychische aandoening. De Zorgverzekeringswet en andere wetten in het sociale domein hebben ieder een eigen doelstelling en doelgroep. We hebben in de regelgeving geen lacunes ontdekt; alle zorg en ondersteuning voor mensen met psychische problemen om te participeren is formeel goed belegd. Wij hebben geen signalen ontvangen over leemten tussen de betrokken domeinen. De Zorgverzekeringswet en de andere (sociale) wetten die van belang zijn voor de participatie van mensen met psychische problemen lijken juridisch gezien voldoende op elkaar aan te sluiten; de praktijk is echter weerbarstiger. De signalen die wij hebben gehoord gaan vooral over de aansluiting tussen zorg en (sociale) ondersteuning in de praktijk. Diverse malen werd gemeld dat de ondersteuning bij participatie, vooral die van mensen met ernstige psychische aandoeningen, onvoldoende van de grond komt. Gemeenten zouden geen prioriteit geven aan deze doelgroep en een interventie als IPS zou niet passen

⁷⁶ VNG en ZN, Samen voor re-integratie; praktisch instrument voor gemeente en zorgverzekeraar om samen te werken aan re-integratie en sociale activering, ongedateerd. <https://vng.nl/files/vng/20130130samen-voor-re-integratie.pdf>

binnen het kader van de UWV. Dit zijn veelal ongewenste gevolgen van bepaalde bepalingen in de regelgeving of van de interpretatie daarvan of het verschil in wetsystemen (aanspraakgericht of voorzieningsgericht).

De factoren die belemmerend kunnen werken, blijken dus vooral in de uitvoering en de financiering te liggen. Juist bij de succesvolle projecten waarin partijen goede afspraken hebben gemaakt over de taakverdeling blijkt men deze belemmeringen het hoofd te kunnen bieden. Echter ook binnen deze projecten loopt men aan tegen onduidelijkheden met betrekking tot de financiering.

Hoe we de grenzen aan de wetgeving ook duiden, er zullen grensvlakken en onduidelijkheden blijven bestaan. Cliënten met psychische problematiek hebben vaak zorg en ondersteuning nodig op verschillende gebieden (bijvoorbeeld: werk, sociale contacten, financiën). Een goede afstemming en samenwerking tussen alle partijen die betrokken zijn bij de zorg en ondersteuning aan deze cliënten is dan ook noodzakelijk om succesvolle arbeidsparticipatie mogelijk te maken. Dit kan alleen gerealiseerd worden als alle betrokken partijen samen tot afspraken komen over de wijze waarop zij samenwerken en waarop zij omgaan met situaties, waarin de wetgeving geen uitsluitel geeft over de precieze verdeling van verantwoordelijkheden.

8 Beantwoording vragen minister VWS

8.1 Vragen

Zoals in de inleiding van dit rapport is beschreven, heeft de minister ons drie vragen gesteld, te weten:

1. In hoeverre is er bij de activiteiten die zorgprofessionals bieden om arbeid of participatie van de cliënt te bevorderen sprake van verzekerde zorg (Zvw)? Welke zorg en interventies betreffende arbeid en participatie houden verband met geneeskundige zorg die verzekerd is binnen de Zvw en kunnen daardoor onder de basisverzekering vallen? Wat is de ruimte voor zorgverleners om arbeidsparticipatie te bevorderen binnen de grenzen van de basisverzekering?
2. Welke activiteiten die zorgprofessionals plegen tot het bevorderen van arbeid of participatie van de cliënt behoren tot een ander domein (publiek/privaat of werkgever)?
3. Sluit de zorgverzekeringswet goed aan op andere systemen op dit gebied (Wmo, Participatiewet, Wwz, Zvw)? Met andere woorden, doet zich dubbele aanspraak voor? Of is er juist sprake van blinde vlekken en zo ja, op welke terreinen?

Op basis van onze bevindingen in de vorige hoofdstukken geven wij hieronder een korte samenvatting van het antwoord op de specifieke vragen van de minister.

8.2 Beantwoording deelvragen

8.2.1 Eerste deelvraag

De geneeskundige zorg die beroepsgroepen in de Zvw bieden, heeft tot doel invloed uit te oefenen op het cyclische proces van de vier hersteldomeinen van de cliënt, waarbij een integrale benadering van alle levensgebieden uitgangspunt is. Zij oefenen deze invloed uit door interventies op de symptomen, gedachten en gedragingen van de cliënt (klinisch en functioneel herstel). Bij het bieden van de geneeskundige zorg behoort het tot goede zorg om *rekening te houden met de situatie van de cliënt en met factoren die herstel van de stoornis bevorderen of belemmeren*. De sociale omstandigheden van een cliënt zoals relatie, gezinssituatie, huisvesting, financiële situatie, hobby's maar ook werk zullen voor de cliënt centraal staan bij het bepalen van de behandeldoelen. Het hoort dan ook bij de zorg zoals psychiaters, klinisch psychologen en verpleegkundigen die plegen te bieden om deze sociale omstandigheden te betrekken in het behandelplan.

Activiteiten die zich alleen richten op verbeteren van participatie of maatschappelijk functioneren – zoals het vinden van werk of begeleiding op het werk – passen niet binnen de definitie van geneeskundige zorg en behoren niet tot het erkende arsenaal van activiteiten die zorgprofessionals plegen te bieden. Hetzelfde geldt voor andere vormen van participatie: het behoort niet tot het aanvaarde arsenaal van psychiaters, klinisch psychologen en verpleegkundigen om (bijvoorbeeld) cliënten te helpen een sportclub te vinden en daar te integreren, een passende (vervolg)opleiding te vinden en zich daar te voegen in het maatschappelijk verkeer, een buurthuis te vinden en daar aan de dagactiviteit mee te doen of te helpen. Dit zijn meer begeleidende activiteiten gericht op participatie.

In het kader van de zorg zoals psychiaters, klinisch psychologen en verpleegkundigen plegen te bieden, zal deze zorgbehoefte wel in beeld worden gebracht. Afhankelijk van het ziektebeeld en van de persoonlijke omstandigheden van de cliënt kan het zorg- of behandelplan verschillende levensterreinen betreffen. De doelstellingen die de cliënt heeft op het gebied van persoonlijk en

maatschappelijk herstel, kunnen mede richting geven aan de zorg voor het klinisch en functioneel herstel. Daarnaast is het onderdeel van goede zorg om als dat nodig is afstemming te zoeken met professionals in andere domeinen.

Als eenvoudige middelen om tot afstemming tussen de verschillende domeinen te komen, tekortschieten, en een (pro)actieve benadering nodig is, kan casemanagement aan de orde zijn. Een van de kernfuncties van casemanagement is die domeinen met elkaar te verbinden en af te stemmen zodat een integraal en op maat gesneden aanbod ontstaat. Casemanagement behoort tot het domein van de Zvw voor zover de primaire zorgvraag geneeskundig van aard is. Het gaat om zorg zoals huisartsen, medisch specialisten en klinisch psychologen die plegen te bieden en om zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. In de psychiatrie zal casemanagement onder verantwoordelijkheid van de regiebehandelaar vallen, maar kan ook door een andere zorgverlener van het multidisciplinair behandelteam worden geboden.

Het feit dat een bepaalde op participatie gerichte vorm van zorg of dienst noodzakelijk is om een integraal aanbod en een verantwoorde zorgsituatie te realiseren, maakt echter niet dat die zorg of dienst *zelf* meteen onder de Zvw valt. De ruimte die zorgverleners binnen de Zvw hebben om arbeidsparticipatie te bevorderen is beperkt tot diagnostiek en behandeling waarbij de sociale omstandigheden van de cliënt centraal staan bij het bepalen van de behandeldoelen en indien nodig het coördineren van zorg als deze domeinoverstijgend is.

8.2.2

Tweede deelvraag

De vraag welke activiteiten die zorgprofessionals plegen tot het bevorderen van arbeid of participatie van de cliënt tot een ander domein (publiek/privaat of werkgever) behoren, hebben wij beantwoord aan de hand van drie verschillende situaties, te weten:

- > de behandeling van werkgerelateerde klachten;
- > aanpassingsstoornissen en de relatie met psychosociale zorg bij ernstige somatische aandoeningen;
- > IPS voor mensen met ernstige psychische aandoeningen

Werkgerelateerde klachten - afbakening Zvw en Wvp

De behandeling van werkgerelateerde problemen is uitgezonderd van de te verzekeren prestatie van de Zorgverzekeringswet. Zoals wij in paragraaf 5.2.1 hebben gesteld, gaan wij ervan dat deze uitsluiting betrekking heeft op behandeling in de geneeskundige GGZ en niet op huisartsenzorg. Het uitsluiten van hulp bij problemen op het werk is van belang in het kader van de afbakening met de Wet Verbetering Poortwachter.

Werk is lang niet altijd (alleen) de oorzaak van een burn-out. Toch is bij driekwart van de psychische beroepsziekten sprake van overspanning of burn-out³⁷. Patiënten met overspanning of burn-out komen in eerste instantie bij de huisarts of bedrijfsarts. Meestal is het geven van voorlichting en perspectief in combinatie met een actief volgend beleid voldoende en is verwijzing naar de psycholoog niet nodig. Indien wel wordt besloten een patiënt door te verwijzen naar de geneeskundige GGZ, is vergoeding van die behandeling ten laste van de Zvw niet mogelijk, tenzij sprake is van (een vermoeden van) een psychische stoornis. Indien werkgerelateerde problemen zoals een burn-out worden behandeld binnen de geneeskundige GGZ, dan zijn de kosten van de behandeling voor de werkgever of voor eigen rekening. Dit laatste kan aan de orde zijn als de werkgever niet bereid is de kosten van de behandeling te vergoeden of als iemand ZZP-er is en geen

arbeidsongeschiktheidsverzekering heeft afgesloten, die voorziet in een vergoeding voor hulp bij re-integratie.

Aanpassingsstoornissen versus psychosociale zorg bij ernstige somatische aandoeningen

De geneeskundige GGZ is beperkt tot hulp bij psychische stoornissen, met uitzondering van de aanpassingsstoornissen. Als mensen meer psychosociale of psychologische zorg nodig hebben dan het algemeen maatschappelijk werk, inloophuizen, zelfhulp, de huisarts of de medisch specialistische zorg kan bieden, dan is daarvoor binnen de geneeskundige GGZ geen titel (tenzij er sprake is van een andere psychische stoornis). Voor mensen die arbeidsongeschikt zijn, kan dit van invloed zijn op een eventuele werkhervatting. De veronderstelling is dat tijdige en juiste psychosociale zorg de kwaliteit van leven kan verbeteren, maatschappelijke participatie kan verhogen, arbeidsre-integratie kan versnellen en medische overconsumptie kan helpen voorkomen.

Psychosociale (na)zorg is een onlosmakelijk onderdeel van de behandeling van een ernstige somatische aandoening, ook wat betreft de financiering. Nadat het somatisch behandeltraject is afgerond, ligt de verantwoordelijkheid voor de patiënt bij de huisarts. Valt behandeling van de klachten buiten het competentiegebied van de huisarts, bijvoorbeeld omdat sprake is van een psychische stoornis, dan wordt verwezen naar de geneeskundige GGZ. Als sprake is van een aanpassingsstoornis, dan kan deze zorg niet worden vergoed vanuit de Zvw, vanwege de wettelijke uitsluiting van de behandeling van aanpassingsstoornissen. De kosten van deze behandeling zijn voor eigen rekening van de cliënt.

In de tweede helft van 2016 zullen wij aan de slag gaan met de vraag of de nieuwe productstructuur van de NZa, die uitgaat van zorgvraagzwaarte, handvatten biedt voor het duiden van de aanspraken in het kader van de geneeskundige GGZ. De problematiek rond de uitsluiting van aanpassingsstoornissen zal in dat verband opnieuw worden bekeken.

IPS - afbakening Zvw en wettelijke domeinen op het gebied van re-integratie

Goede zorg voor mensen met psychische problemen vergt een integrale benadering waarin de cliënt kan werken aan alle vormen van herstel. Bij de interventie IPS wordt arbeidsbegeleiding en andere GGZ-hulp in samenhang aangeboden. Zo maakt een IPS-trajectbegeleider deel uit van een ambulant GGZ-team dat multidisciplinair is samengesteld.

Individuele Plaatsing en Steun is een effectieve interventie voor het verkrijgen van betaald werk voor cliënten met EPA. Of IPS ook tot een betere gezondheid leidt is niet aangetoond. De werkzaamheden die een IPS-trajectbegeleider in het kader van IPS verricht, liggen voornamelijk op het terrein van de arbeidstoeleiding en -begeleiding op het werk. Daar zijn opleidingseisen en competenties voor nodig, die niet tot het domein en de deskundigheid van een psychiater, klinisch psycholoog of verpleegkundige behoren. Het is daarmee geen zorg zoals deze beroepsgroepen leggen te bieden.

Gezien de verwevenheid van de verschillende vormen van herstel, kan re-integratie – en daarmee de interventie IPS – niet los gezien worden van klinisch en functioneel herstel. Het is dan ook cruciaal dat de betrokken professionals intensief samenwerken. Echter, het primaire doel van IPS is niet herstel of voorkoming van verergering van een psychische stoornis, maar het vinden van een betaalde baan ondanks de psychische stoornis.

Het behoort tot goede zorg om rekening te houden met de situatie van de cliënt en met factoren die herstel van de stoornis bevorderen of belemmeren; aandacht voor (arbeids)participatie hoort hier ook bij. Maar dat geldt niet voor het bemiddelen naar arbeid, de cliënt begeleiden naar en op het werk zolang dat nodig is. Deze activiteiten behoren tot het gemeentelijk domein (Participatiewet en/of Wmo) of het domein van de werknemersverzekeringen (UWV).

Een uitzondering hierop vormen de eerste motiverende en inzichtgevende gesprekken in de aanloop naar IPS, waarbij de arbeidstoeleiding en het geneeskundige behandelplan sterk verweven zijn. Gezien de verwevenheid van IPS met het geneeskundig doel in de eerste fase van de interventie kan een onderdeel van deze interventie tot de Zvw gerekend worden, voor zover deze gesprekken deel uitmaken van het behandelplan en behoren tot hetgeen zorgprofessionals plegen te bieden; over de verdeling van de kosten dienen gemeenten, UWV en zorgverzekeraars afspraken te maken.

8.2.3

Derde deelvraag

De vraag of de Zvw goed aansluit op andere systemen op dit gebied (Wmo, Participatiewet, Wwz, Zvw) hebben wij onderzocht. Hiertoe hebben wij gesprekken gevoerd met verschillende partijen en literatuur geraadpleegd. Gebleken is dat er factoren zijn die belemmerend werken voor de participatie van mensen met een psychische aandoening. Dit kunnen ongewenste gevolgen zijn van bepaalde prikkels in wet- en regelgeving, de interpretatie daarvan of het verschil in wetsystemen (aanspraakgericht of voorzieningsgericht). De belemmerende factoren liggen in de uitvoering en de financiering.

Een belangrijk signaal dat een aantal keer naar voren is gebracht, is dat bij gemeenten de nadruk ligt op het realiseren van zoveel mogelijk uitstroom uit de uitkering. Gemeenten ervaren daarbij een financiële prikkel om vooral kansrijke mensen aan het werk te helpen. Deze strategie werkt belemmerend voor de arbeidstoeleiding van mensen met ernstige psychische problematiek. Het is de vraag of deze strategie in overeenstemming is met de taken die gemeenten hebben gekregen op het gebied van het bevorderen van (arbeids)participatie. De oplossing voor deze problematiek is niet dat zorgverzekeraars meer arbeidsgerelateerde activiteiten voor hun rekening gaan nemen – de Zvw is immers niet bedoeld voor de arbeidstoeleiding – maar dat gemeenten de taken die zij hebben gekregen, goed uitvoeren.

Wij hebben echter geen signalen ontvangen over leemten tussen de betrokken domeinen. De Zorgverzekeringswet en de andere (sociale) wetten die van belang zijn voor de participatie van mensen met psychische problemen, lijken op zich voldoende op elkaar aan te sluiten. Wel kan er een leemte zijn als de behoefte aan zorg verder reikt dan de huisarts kan bieden, zonder dat er al aanspraak is op geneeskundige GGZ. Vooral een goede afstemming en samenwerking tussen alle partijen die betrokken zijn bij de zorg en ondersteuning aan cliënten met psychische problematiek is noodzakelijk om succesvolle (arbeids)participatie mogelijk te maken.

9 Reacties belanghebbende partijen

9.1 Bestuurlijke consultatie

Het conceptrapport is voor bestuurlijke consultatie schriftelijk voorgelegd aan partijen. De volgende partijen hebben hierop gereageerd:

1. Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
2. Phrenos Kenniscentrum en Trimbos Instituut
3. GGZ Nederland
4. Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV)
5. Federatie van psychologen, psychotherapeuten en pedagogen (P3NL)
6. Landelijke Cliëntenraad (LCR)
7. Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG)
8. Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen en Psychotherapeuten (LVVP)
9. Landelijk Platform GGZ (LPGGz)
10. Landelijke Vereniging POH GGZ
11. Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

De reactie van belanghebbende partijen hebben wij als bijlage bij dit rapport gevoegd (bijlage 6). Hieronder gaan wij in op de hoofdlijnen van de ontvangen reacties.

9.1.1 *Het gebruik van de vormen van herstel*

Een aantal partijen vindt het gebruik van de vormen van herstel in het rapport goed. Zij onderschrijven onze stelling dat activiteiten in het kader van klinisch en functioneel herstel onder het domein van de Zvw vallen. Zij geven daarbij wel aan dat de behandeling die onder de Zvw valt, moet bijdragen aan de interventies die op maatschappelijk en persoonlijk herstel gericht zijn.

Andere partijen hebben het gebruik van de vormen van herstel in het conceptrapport opgevat als een kunstmatige knip die niet aansluit bij de visie binnen de GGZ die uitgaat van de integrale herstelbenadering. Deze 'knip' is in tegenstelling met de opvatting van partijen dat de verschillende vormen van herstel elkaar wederzijds beïnvloeden, versterken en niet in dwingende volgorde staan. Wel geven zij aan dat de rol en taken bij klinisch en functioneel herstel anders zijn dan bij maatschappelijk herstel. Zij zijn echter van mening dat activiteiten gericht op het maatschappelijk herstel en persoonlijk herstel ook binnen de Zvw kunnen vallen als zij bijdragen aan genezing of voorkoming van verergering van een ziektebeeld.

ZIN: Ook ZIN gaat uit van de integrale benadering en dit is ook beschreven in het rapport (paragraaf 1.4). De passages in het rapport die mogelijk tot dit misverstand hebben geleid, hebben we genuanceerd.

9.1.2 *Effect van werk op maatschappelijk herstel*

Een aantal partijen is van mening dat werk per definitie bijdraagt aan het maatschappelijk herstel en daarmee aan het klinisch, functioneel en persoonlijk herstel. Werk draagt bij aan structuur, sociaal contact en de sociale identiteit van ieder mens. Men geeft aan dat er diverse (buitenlandse) studies zijn die deze stelling onderbouwen.

Er zijn ook partijen die erop wijzen dat werk kan leiden tot onzekerheid en angst en dat werk erg bedreigend kan zijn voor mensen met psychische problemen. In die situaties kan werk de psychische gezondheid schaden. Zeker als er sprake is van

betaald werk kan de onzekerheid en angst toenemen vanwege het verliezen van een uitkering en de angst niet aan een betaalde baan te kunnen komen.

Werk kan wel bijdragen aan de psychische gezondheid van cliënten als men rekening houdt met de volgende aspecten:

- het werk moet passend zijn gezien de problematiek, en
- de werk(-omgeving) gezien kan worden als 'behandelondersteunend milieu', en
- er voor de psychische problematiek voldoende zorg en begeleiding is vanuit het oogpunt van klinisch en/of functioneel herstel.

9.1.3 *Casemanagement*

ZIN is van mening dat casemanagement tot de geneeskundige zorg behoort als de primaire zorgvraag geneeskundig van aard is en eenvoudige afstemmingsmethoden niet toereikend blijken.

De meningen van partijen lopen hierover uiteen. Een aantal partijen zijn het eens met deze beperkte definiëring van casemanagement. Andere partijen zijn van mening dat casemanagement zeker tot de geneeskundige zorg behoort, mits breed gedefinieerd en gekoppeld aan ondersteuning van het gehele herstelproces van de cliënt. De uitvoering van interventies gericht op (arbeids)participatie zijn een mengvorm van:

- activiteiten die bijdragen aan de behandeling gericht op genezen of het voorkomen van verergering van een ziektebeeld en
- casemanagement van geneeskundige zorg én activiteiten die vallen onder andere wettelijke domeinen.

Door meerdere partijen is naar voren gebracht dat bij cliënten met EPA *altijd* casemanagement aan de orde is.

ZIN: We hebben het rapport in het licht van deze reacties op een aantal punten genuanceerd.

9.1.4 *Individuele Plaatsing en Steun*

Alle partijen zijn het erover eens dat een belangrijk deel van IPS zich richt op arbeidstoeleiding. Sommige partijen ondersteunen de voorlopige conclusie van ZIN in het conceptrapport dat de gehele interventie daarmee niet behoort tot de geneeskundige zorg. Andere partijen stellen echter dat delen van IPS wel degelijk tot geneeskundige zorg gerekend kunnen en moeten worden. Het gaat dan volgens deze partijen om:

- Motiverende gesprekken; deze richten zich ook op zelfmanagement, versterken inzicht eigen mogelijkheden en beperkingen in relatie tot werk en psychische problematiek;
- Vraagverheldering; Wat is wens en vooral drijfveer van cliënt in relatie tot werk (dit raakt vraagstukken binnen persoonlijk herstel over zingeving);
- Doelformulering; stellen van doelen passend bij de mogelijkheden en wensen van de cliënt;
- Afstemming in behandeloverleg ten behoeve van integratie met andere aspecten van de behandeling;
- Casemanagement gericht op realisatie behandelplan m.b.t. betaalde arbeid: tijdens re-integratie traject afstemming met regiebehandelaar en andere zorgverleners binnen multidisciplinair behandelteam.

IPS is een integraal traject van zorg, re-integratie en jobcoaching, dat maakt IPS ook bijzonder. Het UWV bekostigt het re-integratiedeel en jobcoaching voor haar klanten vanuit een door het UWV ingestelde subsidieregeling. UWV acht het van belang dat het zorgdeel (de eerste zorggesprekken die onlosmakelijk deel zijn voor

een start van een IPS-traject) ook gefinancierd wordt/blijft anders is het risico groot dat IPS-trajecten niet meer zullen worden uitgevoerd.

Ook de VNG is van mening dat onderdelen van IPS wel degelijk tot de geneeskundige zorg kunnen worden gerekend. VNG verwijst daarbij naar de pilot die in de gemeente Den Haag is uitgevoerd. Zeker bij de aanvang van het traject is er nauw contact met de behandelaar over toeleiding naar werk als onderdeel van het behandelplan. Het gaat daarbij onder andere om wat de cliënt aan kan, maar ook om motivatie, terughoudendheid, kwetsbaarheid ten aanzien van de nieuwe situatie. De behandelaar is bij uitstek de deskundige hierin; deze gesprekken – al dan niet met IPS-trajectbegeleider of in een teambespreking in een latere fase – worden op dit moment bekostigd door de zorgverzekeraar. VNG pleit voor een structurele financiering van deze voorbereidende gesprekken die van cruciaal belang zijn voor het verdere herstelondersteunende traject in de vorm van arbeidstoeleiding en de resultaten die daaruit voortvloeien.

ZN is van mening dat IPS kan worden vergeleken met de functie begeleiding die wordt opgestart als voorbereiding op de afsluiting van een behandeltraject. In dat licht bezien kan IPS, onder voorwaarden, worden gefinancierd uit de Zvw. De voorwaarden moeten wel goed beschreven en er moet een beperking worden aangebracht. Te denken valt aan een begrenzing in de tijd dan wel een begrenzing in frequentie. ZN is van mening dat het op voorhand uitsluiten van IPS haaks staat op de maatschappelijke ontwikkelingen en dat is niet de aangewezen weg.

ZIN: We hebben het rapport met betrekking tot IPS aangepast. Gezien de verwevenheid van IPS met het geneeskundig doel in de eerste fase van de interventie kan een onderdeel van deze interventie tot de Zvw gerekend worden en is een beperkte vergoeding (bijvoorbeeld een vergoeding voor een gelimiteerd aantal gesprekken) vanuit de Zvw verdedigbaar. Gemeenten, UWV en zorgverzekeraars dienen hierover afspraken te maken. Afstemming in het behandeloverleg hoeft niet per se geneeskundige zorg te zijn; ook van begeleiders uit andere sectoren mag verwacht worden dat zij afstemming zoeken met collega's uit andere domeinen. Als een IPS-begeleider in het FACT-team bespreekt hoe de arbeidstoeleiding gaat en overlegt hoe de geneeskundige zorg hierop kan aansluiten, is de inbreng van de IPS-begeleider nog geen geneeskundige zorg.

9.1.5

Wettelijke uitsluitingen

Een partij is van mening dat werkgerelateerde problemen die psychische problemen of klachten veroorzaken wel degelijk thuishoren in de Zvw. Zodra de psychische problematiek het functioneren van de cliënt ernstig belemmert, moet deze aanspraak kunnen maken op geestelijke gezondheidszorg. Hierbij zou geen onderscheid moeten worden gemaakt tussen psychische problematiek waarvan de oorzaak al dan niet werkgerelateerd is. Bovendien is het een kunstmatig onderscheid; overspanning komt nooit alleen door het werk. Vaker is het zo dat op meerdere fronten in het leven mensen vastlopen.

Een andere partij wijst op het belang dat bij zowel preventie als bij het signaleren van problemen de juiste diagnose wordt gesteld. Dat vraagt om de inzet van de juiste professional bij dit proces. Naast de huisarts en/of bedrijfsarts zou standaard een psycholoog met kennis van arbeid bij de diagnosestelling moeten worden betrokken om te voorkomen dat de verkeerde diagnose en de verkeerde behandeling/begeleiding wordt ingezet. Deze partij is van mening dat de Wet Verbetering Poortwachter zou moeten worden aangepast, in die zin dat de

inschakeling van deskundige zorgprofessionals op het terrein van psychische klachten verplicht wordt gesteld. De huidige niet-verplichting lijkt volgens deze partij niet doelmatig gezien de hoge prevalentie en incidentie.

Een aantal partijen is van mening dat de uitsluiting van de hulp bij aanpassingsstoornissen zo spoedig mogelijk moet worden teruggedraaid. De technische oplossing die het Zorginstituut voorstelt – namelijk deze uitsluiting te beperken tot behandeling in de geneeskundige GGZ – zal zeker bijdragen aan het oplossen van een deel van het probleem, maar niet van het gehele probleem.

Een partij pleit voor terughoudendheid als het gaat om het aanpassen van regelgeving over relatieproblemen of aanpassingsstoornissen. Wanneer de behandeling daarvan verzekerde zorg wordt, moet er tegelijkertijd een beheersmaatregel komen. De huidige formulering van deze psychosociale problematiek is te breed om te kunnen gebruiken als verwijscriterium voor de GGZ.

ZIN: Zoals in het rapport aangegeven gaat ZIN zich in de tweede helft van 2016 bezighouden met de vraag of de nieuwe productstructuur die nu door de NZa wordt ontwikkeld handvatten biedt voor het duiden van de aanspraken in het kader van de geneeskundige GGZ. Hierbij zullen we ook kijken wat deze productstructuur die uitgaat van zorgvraagzwaarte betekent voor de wettelijke uitsluiting van de behandeling van aanpassingsstoornissen. Ook de richtlijnen op het gebied van aanpassingsstoornissen die nu in ontwikkeling zijn, zullen hierbij worden meegenomen.

9.1.6 *Overige opmerkingen*

Verder zijn er door partijen nog verschillende andere opmerkingen gemaakt die wij hebben beoordeeld. Deze opmerkingen hebben op tal van plaatsen geleid tot aanpassing of verduidelijking van het rapport.

10 Conclusies en aanbevelingen

10.1 Conclusies

Voor mensen met psychische stoornissen is het van belang dat zij kunnen blijven deelnemen aan de samenleving. Het beleid van VWS en SZW is gericht op het bevorderen van (arbeids)participatie van mensen met psychische stoornissen. Het bevorderen van (arbeids)participatie vergt over het algemeen inzet vanuit diverse domeinen. Belangrijke actoren zijn:

- > zorgverzekeraars en zorgaanbieders (Zvw);
- > gemeenten (Participatiewet, Wmo);
- > UWV (verschillende arbeidsongeschiktheidsverzekeringen zoals de Ziektewet en de Wet WIA, Wajong en WW);
- > werkgever (Wet Verbetering Poortwachter).

Zo lang niet helder is wie waarvoor verantwoordelijk is, komt een goed aanbod moeizaam tot stand. Dat heeft geleid tot de drie deelvragen van de minister aan het Zorginstituut, die wij in het vorige hoofdstuk hebben beantwoord. Wij hebben in dit rapport geduid welke zorg onder de Zvw valt en waar andere actoren op grond van andere regelgeving aan zet zijn. Deze duiding hebben we ruim ingestoken, omdat het om een brede groep cliënten gaat in verschillende situaties met meer of minder ernstige psychische problematiek, waarbij verschillende domeinen elkaar raken.

In tal van richtlijnen en zorgstandaarden die gereed zijn of in ontwikkeling, wordt beschreven wat goede zorg is. Wij hebben in dit rapport onderbouwd welke zorg onder de Zvw valt en welke zorg daar niet onder valt. Dat is een tamelijk technische exercitie, waarbij het ook om de juridische onderbouwing gaat. Dit maakt een aanzienlijk deel uit van dit rapport. Kern is dat de ruimte die zorgverleners binnen de Zvw hebben om (arbeids)participatie te bevorderen, beperkt is tot diagnostiek en behandeling, waarbij de sociale omstandigheden van de cliënt centraal staan bij het bepalen van de behandeldoelen en indien nodig het coördineren van zorg als deze domeinoverstijgend is (casemanagement).

Verder concluderen we dat de Zorgverzekeringswet en de andere (sociale) wetten die van belang zijn voor de participatie van mensen met psychische problemen juridisch gezien voldoende op elkaar aansluiten, maar dat de praktijk weerbarstiger is. Wel kan er een leemte zijn als de behoefte aan zorg verder reikt dan de huisarts kan bieden, zonder dat er aanspraak is op geneeskundige GGZ. Daarbij interpreteren wij de Zvw zo, dat de huisarts ook hulp kan bieden bij werkgerelateerde klachten en aanpassingsstoornissen.

Gebleken is dat er factoren zijn in (de interpretatie en uitvoering van) wet- en regelgeving, die belemmerend kunnen werken voor de participatie van mensen met een psychische aandoening. Een goede afstemming en samenwerking tussen alle partijen die betrokken zijn bij de zorg en ondersteuning aan cliënten met psychische problematiek is dan ook noodzakelijk om succesvolle (arbeids)participatie mogelijk te maken. (Arbeids)participatie vergt inzet van diverse betrokkenen, de cliënt zelf uiteraard, goede hulp vanuit de Zvw (huisarts, geneeskundige GGZ of somatisch medisch specialistische zorg), werkgevers, bedrijfsartsen en gemeenten. Er zijn goede voorbeelden, maar deze zijn incidenteel en niet structureel.

Wij hebben globaal aangegeven waar andere actoren op grond van andere regelgeving aan zet zijn. Wij zien dit rapport dan ook als een eerste stap. Wij willen

samen met UWV en VNG bespreken hoe we voor partijen helder kunnen maken wie in welke situatie aan zet is om ervoor te zorgen dat mensen kunnen participeren in de samenleving. Er is echter nog meer nodig om een goed aanbod in de praktijk gestalte te geven. De minister heeft ons gevraagd welke opties wij zien om de aandacht voor werk en participatie in de GGZ evenals de samenwerking met de sector Werk en Inkomen te bevorderen. In de volgende paragraaf doen we hiervoor enkele aanbevelingen binnen de grenzen van de bestaande wettelijke kaders.

10.2

Aanbevelingen

- > Bij (arbeids)participatie gaat het om maatschappelijk herstel als onderdeel van het gehele spectrum van herstel, ofwel de verbetering van kwaliteit van leven. Gezien de verwevenheid van de verschillende vormen van herstel, kan re-integratie niet los gezien worden van klinisch en functioneel herstel. Een goede afstemming en samenwerking tussen alle partijen die betrokken zijn bij de zorg aan mensen met psychische problematiek is dan ook van groot belang om succesvolle (arbeids)participatie mogelijk te maken. Wij bevelen aan om op uitvoeringsniveau afspraken te maken over de coördinatie van zorg als deze domeinoverstijgend is. Als de primaire zorgvraag geneeskundig van aard is en eenvoudige middelen voor afstemming onvoldoende blijken, kan de coördinatie van deze zorg vanuit de geneeskundige GGZ (Zvw) worden geboden in de vorm van casemanagement.
- > Hoewel de effectiviteit van IPS voor het vinden van werk bewezen is, is nog weinig kennis beschikbaar over de effecten van deze interventie op de ervaren kwaliteit van leven, gezondheid en zorggebruik van mensen met ernstige psychische aandoeningen. Ook is uit het bestaande onderzoek niet af te leiden hoe kosteneffectief IPS voor de maatschappij is, omdat in geen enkele studie alle direct gerelateerde kosten en opbrengsten (zorggebruik, inkomsten uit werk, daling uitkeringen) zijn betrokken. We bevelen daarom aan om onderzoek te (laten) doen naar de effectiviteit van IPS voor de gezondheid en om onderzoek te (laten) doen dat de kosteneffectiviteit van IPS vanuit maatschappelijk perspectief objectief in beeld brengt.
- > In hoofdstuk 7 hebben we een aantal factoren genoemd die volgens partijen de arbeidsparticipatie belemmeren. Het verdient aanbeveling deze signalen nader te onderzoeken, zodat deze op waarde kunnen worden geschat en inzichtelijk kan worden gemaakt wat nodig is voor verbeteringen. In overleg met de ministeries van SZW en VWS moet worden bepaald wie hierbij het voortouw neemt.
- > Zowel voor de gemeenten als voor het UWV is het van belang dat de doelgroep snel herkend wordt, zodat zij gerichte begeleiding kunnen krijgen. Hierbij speelt de noodzaak tot 'profiling': het opstellen van cliëntprofielen die informatie geven over het risico op langdurige werkloosheid en de behoefte aan ondersteuning bij het re-integreren van arbeidsgehandicapten. Toegespitst op de doelgroep mensen met psychische problemen zou dit kunnen leiden tot sneller maatwerk bij de begeleiding. Wij roepen de relevante partijen op te onderzoeken op welke wijze profiling voor deze doelgroep tot stand kan komen, opdat de doelgroep door gemeenten en UWV eerder wordt herkend.
- > Wij willen samen met VNG, UWV en ZN meer helderheid geven over wie in welke situatie aan zet is. Belangrijk daarbij is ook dat de bestaande beleidsinstrumenten om arbeidsparticipatie te bevorderen vanuit de verschillende domeinen in beeld worden gebracht, zodat werkgevers en werknemers weten waar zij aan toe zijn bij re-integratie van een cliënt met psychische problematiek.
- > De IPS-subsidieregeling is alleen toegankelijk voor cliënten met een UWV-uitkering. Het verdient aanbeveling te onderzoeken of het mogelijk is de subsidieregeling te verruimen, zodat ook cliënten van gemeenten daar gebruik

van kunnen maken (analoog aan de subsidieregeling 'Ernstige scholingsbelemmeringen'). Voordeel hiervan is dat één instantie – het UWV – met de GGZ-instellingen contracten sluit.

- > Tenslotte adviseren wij een technische aanpassing van de regelgeving op het gebied van werk- en relatieproblemen en aanpassingsstoornissen, zodat deze meer in lijn wordt gebracht met de uitvoeringspraktijk. Dit betekent dat de uitsluiting van deze zorg betrekking moet hebben op behandeling in de geneeskundige GGZ en niet – zoals dat nu is vormgegeven – volledig is uitgesloten, waardoor huisartsen deze zorg formeel ook niet zouden mogen verlenen.
- > UWV, gemeenten en zorgverzekeraars dienen afspraken te maken over de vergoeding van een gelimiteerd aantal gesprekken in het kader van (het toeleiden naar) IPS vanuit de Zvw. Om de bekostiging van deze gesprekken mogelijk te maken is het wenselijk dat de NZa onderzoekt of de bekostigingsregels hiervoor moeten worden aangepast.

10.2.1 *Opvolging aanbevelingen*

Uit de bestuurlijke consultatie blijkt dat onze aanbevelingen breed onderschreven worden als belangrijke acties om tot betere begeleiding van mensen met psychische stoornissen te komen. We zullen een jaar na het uitbrengen van dit rapport bij de betrokken partijen informeren of, en zo ja, hoe, zij de aanbevelingen opvolgen. Het aanbevolen onderzoek naar de effectiviteit en kosteneffectiviteit van IPS zullen wij vervolgens blijven volgen tot de resultaten bekend zijn. Mocht uit dit onderzoek nieuwe informatie naar boven komen, dan kan dit aanleiding zijn om ons standpunt hierover te herzien.

11 Besluit

In zijn vergadering van 29 augustus 2016 heeft de Raad van Bestuur van Zorginstituut Nederland besloten – gelet op het advies van de Wetenschappelijke Adviesraad – het rapport *'Bevorderen van participatie van cliënten met een psychische stoornis'* vast te stellen.

Dit rapport heeft tot doel een bijdrage te leveren aan het verhelderen van de reikwijdte van de Zvw als het gaat om activiteiten en/of interventies ter bevordering van (arbeids)participatie en de afgrenzing met het gemeentelijk domein en het domein van de werknemersverzekeringen. Het rapport bevat concrete aanbevelingen om de toeleiding naar arbeid voor mensen met psychische problemen te verbeteren over de domeinen heen.

De kostenconsequenties voor de Zorgverzekeringswet bedragen tenminste €448.000 (uitgaande van de 500 IPS-trajecten per jaar die door het UWV worden gefinancierd) en maximaal 3,7 miljoen euro per jaar in 2017 tot 6,2 miljoen euro per jaar in 2019 (uitgaande van de groei van het aantal IPS-begeleiders). Deze financiële effecten hebben geen substantiële invloed op de risicoverevening.

Deze duiding gaat per direct in.

Zorginstituut Nederland

Plv. Voorzitter Raad van Bestuur

mw. H.B.M. Grobbink CCMM



> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

Zorginstituut Nederland
de heer drs A.H.J. M
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

Directie Curatieve Zorg

Bezoekadres
Rijnstraat 50
2515 XP Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 98 34
www.rijksoverheid.nl

Datum **8 MEI 2015**
Betreft (arbeids)participatie GGZ

Kenmerk
766386 136510-CZ

Uw brief

Geachte heer M

Bijlage(n)

Gezond zijn en je gezond voelen zijn belangrijk om deel te kunnen nemen aan de maatschappij en om te kunnen werken. Omgekeerd leidt participatie vaak tot meer welbevinden, een betere gezondheid en minder aanspraak op zorg en uitkeringen. Daarom wordt er zowel vanuit het ministerie van SZW als van VWS gewerkt aan het verbeteren van de aansluiting tussen de sectoren zorg, bedrijfsgeneeskunde en werk en inkomen. De staatssecretarissen van SZW en VWS hebben er voor gekozen om zich daarbij specifiek te richten op het bevorderen van de participatie van mensen met psychische problemen. 20% van de bevolking heeft psychische problemen, waarvan 5% ernstige en 15% lichte of matige problemen. Het overgrote deel van de mensen is prima in staat daarmee te werken en doet dat ook, soms met begeleiding en/of ondersteuning. Toch is de arbeidsparticipatie van mensen met psychische klachten lager, terwijl uit onderzoek blijkt dat werk juist de psychische gezondheid bevordert.

Correspondentie uitsluitend richten aan het retouradres met vermelding van de datum en het kenmerk van deze brief.

Er spelen vele factoren een rol bij het verbeteren van de aansluiting tussen de verschillende sectoren. Er wordt door beide ministeries en door partijen in het veld gewerkt aan het oplossen van de geconstateerde problemen, onder andere in het kader van het SER advies over de arbeidsgelateerde zorg en in het kader van de SZW/VWS Stuurgroep 'Bevorderen van de participatie van mensen met psychische problemen'.

Een punt dat vaak aan de orde wordt gesteld is dat onduidelijk is welke activiteiten en/of interventies onder welk financieringsregime vallen. Vanuit de visie dat 'werk het beste medicijn' is, wordt binnen de GGZ (en ook in de somatische zorg) werk en participatie steeds meer onderdeel van het behandelplan. De GGZ professionals stellen samen met de cliënt behandeldoelen op ten aanzien van symptoombestrijding van de psychische stoornis en ten aanzien van andere levensgebieden, zoals het bevorderen van (arbeids)participatie. Onduidelijkheden in de praktijk ontstaan met name over de vraag in hoeverre deze integrale behandeling valt binnen de aanspraak van de Zorgverzekeringswet. Wanneer is sprake van verzekerde zorg op grond van de basisverzekering en wanneer is sprake van andere financiering en hoe sluiten systemen op elkaar aan?



Er zijn raakvlakken met financiering vanuit het sociale domein (denk hierbij aan de taken die bij gemeenten in het kader van de Wmo en Participatiewet zijn ondergebracht) evenals raakvlakken met het private domein (de verplichtingen die bij werkgevers zijn ondergebracht).

Directie Curatieve Zorg

Kenmerk

766386-136510-CZ

Ik verzoek u meer inzicht te geven in de reikwijdte van de Zvw voor de GGZ door in een duiding de volgende vragen te beantwoorden:

1. Of en zo ja in hoeverre is er bij de activiteiten die zorgprofessionals plegen tot het bevorderen van arbeid of participatie van de cliënt sprake van verzekerde zorg (Zvw)? Welke zorg en interventies betreffende arbeid en participatie houden verband met de geneeskundige zorg die verzekerd is binnen de Zvw en kunnen daardoor onder de basisverzekering vallen? Wat is de ruimte voor zorgverleners om arbeidsparticipatie te bevorderen binnen de grenzen van de basisverzekering?
2. Welke activiteiten die zorgprofessionals plegen tot het bevorderen van arbeid of participatie van de cliënt behoren tot een ander domein (publiek of privaat/werkgever)?
3. Sluit de Zorgverzekeringswet goed aan op andere systemen op dit gebied (Wmo, Participatiewet, Wwz, Zvw)? Met andere woorden, doet zich dubbele aanspraak voor? Of is er juist sprake van blinde vlekken en zo ja, op welke terreinen?

Indien u hierbij opties ziet om, binnen de grenzen van de bestaande wettelijke kaders, de aandacht voor werk en participatie in de GGZ evenals de samenwerking met de sector Werk en Inkomen te bevorderen, dan verneem ik die uiteraard ook graag van u.

Ik verzoek u de duiding voor 1 juli 2016 uit te brengen.

Hoogachtend,
de minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,
namens deze
de directeur Curatieve Zorg,

Esman-Peeters, V. J. W. C (Veronique)

Bijlage 2

Historisch perspectief - wetsgeschiedenis

AWBZ-functies

In hoofdstuk 3 van dit rapport gaven we aan dat ook de wetgeschiedenis van belang is voor het beantwoorden van de vraag:

"Welke activiteiten die zorgprofessionals bieden om arbeid of participatie te bevorderen kunnen worden aangemerkt als geneeskundige zorg en welke activiteiten behoren tot een ander domein?"

Omdat de wetsgeschiedenis informatief is voor de beantwoording van deze vraag, gaan we hier in deze bijlage nader op in.

Tot 1 januari 2008 was de GGZ geregeld in het kader van de AWBZ. De AWBZ kende functiegerichte aanspraken. In artikel 6 van de AWBZ was geregeld dat verzekerden aanspraak hebben op zorg ter voorkoming van ziekten en ter voorziening in hun geneeskundige behandeling, verpleging en verzorging. Tot deze zorg behoorden voorzieningen tot behoud, herstel of ter bevordering van levensomstandigheden, alsmede maatschappelijke dienstverlening. Deze aanspraken zijn in de loop der jaren overgeheveld naar andere wettelijke domeinen; geneeskundige GGZ inclusief geneeskundige activerende begeleiding naar de Zvw, begeleiding en beschermd wonen naar de Wmo. Dit betekende voor de functiegerichte AWBZ-aanspraken het volgende.

Behandeling

Geneeskundige GGZ is zorg gericht op de behandeling van een psychische stoornis. Geneeskundige GGZ omvat zorg, die de betrokken beroepsgroep tot het aanvaarde arsenaal van medische onderzoeks- en behandelingsmogelijkheden rekent en die gericht is op herstel of voorkoming van verergering van een psychische stoornis. Onder herstel of voorkoming van verergering is begrepen het leren omgaan met de (gevolgen van een) aandoening, voor zover de interventie gestructureerd is, programmatisch is en zich richt op een specifiek geneeskundig doel. Deze op genezing gerichte GGZ is met ingang van 1 januari 2008 overgeheveld van de AWBZ naar de Zvw.

Verpleging

In het kader van de GGZ wordt bij verpleging gedacht aan de zorg door een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige. De activiteiten van deze verpleegkundige bestaan voor een deel uit verpleging, zoals het toedienen van medicijnen en voor een deel op genezing gerichte begeleiding. Omdat deze zorg onder de geneeskundige GGZ valt, is deze aanspraak overgeheveld naar de Zvw.

Begeleiding

In 2008 is alleen de geneeskundige activerende begeleiding overgeheveld vanuit de AWBZ naar de Zvw. Deze vorm van begeleiding omvat activiteiten die gericht zijn op de beperkingen voorvloeiend uit de stoornis en die ingrijpen op deze beperkingen. Een deel van de activerende begeleiding bleef destijds achter in de AWBZ.

Bij ondersteunende begeleiding ging het om het handhaven van de zelfredzaamheid en integratie in de samenleving. De begeleiding is niet gericht op de stoornis of aandoening zelf, maar op de beperkingen van de verzekerde die veroorzaakt worden door de stoornis. De Zvw betreft zorg die gericht is op genezing. Ondersteunende begeleiding is dat niet. Deze begeleiding grijpt niet in op de aandoening, maar op het functioneren van de verzekerde met een aandoening of beperking. De aandoening of beperking wordt als een gegeven beschouwd. Om deze reden is deze vorm van zorg destijds niet overgeheveld naar de Zvw maar gehandhaafd binnen de AWBZ.

Met ingang van 1 januari 2009 is de AWBZ gewijzigd. De functies 'ondersteunde begeleiding' en het deel van de 'activerende begeleiding' dat was achtergebleven in de AWBZ werden samengevoegd tot één functie, te weten 'begeleiding'. De reden hiervoor was dat het onderscheid tussen ondersteunende en activerende begeleiding niet helder was.

In 2009 heeft het Zorginstituut een nadere duiding uitgebracht over het onderscheid tussen begeleiding in het kader van de geneeskundige GGZ (Zvw) en begeleiding in het kader van de AWBZ. In de volgende paragraaf zullen wij hier nader op ingaan.

In de beleidsregels indicatiestelling van CIZ stond beschreven welke beperkingen uit de internationale classificatie van functioneren (ICF, zie hoofdstuk 2) behoorden tot aandachtsgebieden van AWBZ-begeleiding. Hieruit blijkt dat begeleiding in de AWBZ zich richtte op leren en toepassen van kennis, algemene vaardigheden, communicatie en sociale interactie. Toeleiding naar arbeid werd niet gerekend tot de begeleiding in de AWBZ: "De beperkingen op de gebieden 8 en 9 zijn beperkingen op het gebied van participatie (integratie in de samenleving) en vallen dus niet (meer) onder Begeleiding."¹

Per 1 januari 2015 zijn in het kader van de herziening van het stelsel van de langdurige zorg een aantal functies van de voormalige AWBZ overgeheveld naar de Wmo, waaronder bovengenoemde functie 'begeleiding' en daarmee ook dagbesteding. Bij dagbesteding gaat het om 'ondersteunende begeleiding in groepsverband'.

De Wmo verplicht gemeenten om voorzieningen te treffen die mensen compenseren voor hun gebrek aan zelfredzaamheid en hen te stimuleren tot maatschappelijk herstel. De Wmo beschrijft dit als volgt: *'activiteiten gericht op het bevorderen van zelfredzaamheid en participatie van de cliënt opdat hij zo lang mogelijk in zijn eigen leefomgeving kan blijven.'* Hieronder valt ook een zinvolle daginvulling en begeleid zelfstandig wonen. Beschermd wonen (ZZP GGZ-C) is als aparte voorziening overgeheveld naar de Wmo. Hiermee heeft de gemeente de verantwoordelijkheid gekregen voor vrijwel alle vormen van zelfredzaamheid en participatie, zowel waar het sociale participatie, wonen als dagbesteding betreft.

Standpunt 'Geneeskundige GGZ en AWBZ-begeleiding'

Na de overheveling van de geneeskundige begeleiding van de AWBZ naar de Zvw bleek dat zorgverzekeraars (en zorgkantoren) maar ook zorgaanbieders niet op een eenduidige wijze omgingen met wat – als het gaat om begeleiding – onder de geneeskundige GGZ valt. Om die reden heeft het Zorginstituut in december 2009 het standpunt 'geneeskundige GGZ en AWBZ-begeleiding' uitgebracht.

In dit standpunt werd het onderscheid tussen geneeskundige GGZ en AWBZ-begeleiding als volgt geformuleerd. *"Geneeskundige GGZ omvat zorg, die de betrokken beroepsgroep tot het aanvaarde arsenaal van medische onderzoeks- en behandelingsmogelijkheden rekent en die gericht is op herstel of voorkoming van verergering van een psychische stoornis. Onder herstel of voorkoming van verergering is het leren omgaan met de (gevolgen van een) aandoening begrepen, voor zover de interventie is gestructureerd, programmatisch is en zich richt op een specifiek geneeskundig doel."*

"Begeleidingsactiviteiten die een onlosmakelijk onderdeel van de psychiatrische behandeling zijn, zijn aan te merken als geneeskundige zorg in de Zvw. Hiervan is sprake als deze activiteiten voortvloeien uit het behandelplan, noodzakelijk zijn om het behandeldoel te bereiken, worden aangestuurd door de behandelaar en er terugkoppeling plaats vindt naar de behandelaar. Voor het uitvoeren van deze activiteiten is deskundigheid op het niveau van behandelaar (medisch, paramedisch, gedragswetenschappelijk, vaktherapeut e.d.) nodig. Zeker bij gespecialiseerde GGZ komt het regelmatig voor dat begeleidingsactiviteiten een wezenlijk onderdeel zijn van de behandeling."

¹ Ciz, Beleidsregels indicatiestelling 2014; p.116.

"Voor AWBZ-begeleiding is géén specifieke deskundigheid vereist op het niveau van de behandelaar, er ligt geen medisch behandelplan aan ten grondslag en er is ook geen directe terugkoppeling naar de behandelaar nodig. Het gaat dan om begeleiding die gericht is op het bevorderen, het behouden van of het compenseren van de zelfredzaamheid van de verzekerde."

Voorbeeld van behandeling met als onderdeel begeleiding (Zvw)

Bram raakte in een depressie en deed een suïcidepoging. Een psychiatrische behandeling startte vanwege depressie met psychotische symptomen. Deze behandeling bestond in eerste instantie uitsluitend uit medicatie. Face-to-face contacten met de psychiater werden later hervat. De behandeling bestond uit gedragstherapie, psycho-educatie en medicatie. Bram heeft voor zijn behandeling geen verblijf, maar heeft wel ondersteuning en begeleiding in de thuissituatie nodig. Deze ondersteuning en begeleiding bestaat uit het motiveren tot behandeling, stimuleren tot zelfzorg en enige activiteit en het geven van medicatie. Belangrijk aspect is het motiveren tot behandeling: de zorg in de thuissituatie is er op gericht behandeling door de psychiater mogelijk te maken. Deze zorg is een onlosmakelijk onderdeel van de GGZ-behandeling. Dergelijke zorg is beperkt in de tijd en strekt ook ter voorkoming van opname. Zowel de zorg (behandeling) van de psychiater als de zorg in de thuissituatie is geneeskundige zorg. De zorg verleend door andere disciplines moet opgenomen zijn in het behandelplan en er moet terugkoppeling plaatsvinden naar de hoofdbehandelaar. Alle onderdelen behoren daarmee tot de Zvw-prestatie "geneeskundige zorg". Het bieden van de ondersteuning en begeleiding vereist specifieke deskundigheid (een professional).

Voorbeeld van ambulante behandeling met AWBZ-begeleiding

Eveline heeft een schizofrene stoornis. Zij gaat voor haar medicatie een paar keer per jaar naar een psychiater (geneeskundige GGZ). Intensieve behandeling in het verleden, waaronder ook het leren van bepaalde vaardigheden, heeft het mogelijk gemaakt dat zij zelfstandig kan wonen. Eveline is als gevolg van deze psychische stoornis niet in staat zelfstandig het huishouden te runnen (dagelijkse activiteiten te structureren). Met begeleiding kan zij zelfstandig blijven wonen. Deze begeleiding is geen onderdeel van de behandeling en kan afzonderlijk daarvan gegeven worden.

Deze laatste vorm van begeleiding is sinds 1 januari 2015 overgeheveld van de AWBZ naar de Wmo.

Bijlage 3**Overzicht verschillende wettelijke domeinen (arbeids)participatie*****Zorgdomein***

Wet	Doelgroep	Doel gerelateerd aan (arbeids)participatie	Uitvoering
Zorgverzekeringswet (geneeskundige GGZ)	Mensen 18+ <u>met werk of zonder werk</u> met psychische stoornissen	Behandeling gericht op herstel of voorkoming van verergering van een psychische stoornis.	Zorgverzekeraar
Wet langdurige zorg	Mensen <u>met werk of zonder</u> werk die vanwege een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap, een blijvende behoefte hebben aan: a) permanent toezicht; of b) 24 uur zorg in de nabijheid. Mensen met een psychische stoornis hebben geen toegang tot de Wlz, tenzij sprake is van overgangsrecht of wanneer de cliënt langer dan drie jaar medisch noodzakelijk verblijf (Zvw) heeft gehad.	Het doel van de Wlz is het bieden van waarborgen voor behoud of verbetering van kwaliteit van leven.	Regionale uitvoeringsorganen (Zorgkantoren)

Domein werknemersvoorzieningen en -verzekeringen (UWV)

Wet	Doelgroep	Doel gerelateerd aan (arbeids)participatie	Uitvoering
Wet Verbetering Poortwachter	Mensen <u>met werk</u> die arbeidsongeschikt zijn (eerste twee jaar)	Doel van de WVP is het terugdringen van het aantal werknemers dat langdurig ziek is. Het uitgangspunt hierbij is dat snel en effectief ingrijpen het verzuim korter maakt.	Werkgever/UWV
Ziektewet	Mensen <u>zonder vaste baan</u> die arbeidsongeschikt zijn (eerste twee jaar). Het gaat om zieke werknemers waarbij de loondoorbetalingsverplichting door de werkgever niet van toepassing is (bijvoorbeeld uitzendkrachten of mensen met een WW-uitkering die ziek worden).	De Ziektewet biedt mensen een uitkering tijdens ziekte. De cliënt krijgt hulp van een arbeidsdeskundige. UWV biedt de cliënt een re-integratietraject aan en voorzieningen zoals persoonlijke ondersteuning en werkplekaanpassing.	UWV
Wet WIA¹	Mensen <u>met (gedeeltelijk) werk of arbeidsverleden</u> die na 2 jaar ziekte tenminste 35% arbeidsongeschikt blijven.	In de Wet WIA zijn reïntegratie instrumenten opgenomen die als doel hebben de deelname van personen met een structurele functionele beperking aan het arbeidsproces te bevorderen. Deze instrumenten kunnen gericht zijn op het behoud van werk, dan wel terugkeer in het arbeidsproces.	UWV
Werkloosheidswet	Mensen zonder werk met voldoende arbeidsverleden.	De WW biedt werkloze werknemers een werkloosheidsuitkering als zij beschikbaar zijn voor arbeid. Ook hier biedt UWV een re-integratietraject aan.	UWV

¹ De Wet WIA is in de plaats gekomen van de WAO. De WAZ is per 2004 afgeschaft. Mensen met (gedeeltelijk) werk of arbeidsverleden die voor 1 januari 2004 een WAO- of WAZ-uitkering ontvingen, behouden deze uitkering via UWV. Dit geldt ook voor de Wajong die per 2015 is opgegaan in de Participatiewet.

Gemeentelijk domein

Wet	Doelgroep	Doel gerelateerd aan (arbeids)participatie	Uitvoering
Participatiewet > Wet werk en Bijstand > Wet sociale werkvoorziening > Wet arbeidsongeschiktheidsvoorziening jonggehandicapten (voor mensen die niet volledig en duurzaam arbeidsongeschikt zijn).	Mensen 18+ <u>zonder werk of arbeidsverleden dan wel met afstand tot de arbeidsmarkt</u> > weinig of geen ander inkomen > arbeidsgehandicapten die uitsluitend onder aangepaste omstandigheden arbeid kunnen verrichten (sociale werkplek). > arbeidsongeschikte jonggehandicapten.	Het doel van de Participatiewet is om meer mensen aan het werk te krijgen in de reguliere arbeidsmarkt, ook de mensen met een beperking. De gemeente biedt ondersteuning gericht op arbeidsinschakeling en waar nodig, inkomensondersteuning en heeft hiervoor re-integratie instrumenten tot haar beschikking.	Gemeenten
Wet maatschappelijke ondersteuning	<u>Mensen met of zonder werk</u> die vanwege een handicap (blijvende) ondersteuning nodig hebben om mee te doen in de samenleving. Toeleiding naar zinvolle dagbesteding of werk.	Het doel van de nieuwe WMO is dat mensen langer zelfstandig thuis blijven wonen en meedoen in de samenleving. Naast algemene voorzieningen gericht op de maatschappelijke ondersteuning, dient de gemeente maatwerkvoorzieningen in te richten ter ondersteuning van burgers die zich niet op eigen kracht kunnen handhaven in de maatschappij.	Gemeenten
Jeugdwet	<u>Kinderen en jongeren van 0-18 jaar</u> met een beperking	Ondersteuning, hulp en zorg aan jeugdigen en ouders bij opgroei- en opvoedproblemen, psychische problemen en stoornissen. Verder kinderschermingsmaatregelen en jeugdreclassering, en de advisering en verwerking van meldingen inzake huiselijk geweld en kindermishandeling. Gemeenten hebben een jeugdhulpplicht, die waarborgt dat jeugdigen de hulp ontvangen die zij nodig hebben.	Gemeenten

Effecten van IPS bij mensen met EPA

Literatuurstudie

H.M. Gaasbeek Janzen arts M&G, M.R.M. Scholten psychiater
2016061728

1 Inleiding	1
1.1 Effecten van IPS.....	1
1.1.1 Literatuurstudie	1
2 Individuele Plaatsing en Steun (IPS).....	2
2.1 Doelgroep	2
2.1.1 Prevalentie en incidentie	2
2.1.2 Ziektebelasting	2
2.1.3 Diagnose EPA	2
2.1.4 Spontaan beloop.....	2
2.2 Beschrijving IPS	3
2.3 Standaardbehandeling of gebruikelijke behandeling van EPA.....	3
2.4 IPS in richtlijnen.....	3
3 Bevindingen literatuuronderzoek.....	3
3.1 Zoeken en selecteren van evidence/informatie	3
3.1.1 Passend binnen de Nederlandse situatie	4
3.2 Zoekstrategie en selectie relevante informatie	4
3.2.1 Zoekstrategie	4
3.2.2 Resultaten search literatuur	4
3.2.3 Resultaten search richtlijnen	5
3.2.4 Kenmerken geselecteerde SR / MA's	5
3.3 Effecten van Individuele Plaatsing en Steun	6
3.3.1 Relevante aspecten	6
3.3.2 Conclusie	6

1 Inleiding

Als een interventie voldoet aan het criterium 'plegen te bieden', beoordeelt het Zorginstituut vervolgens of deze voldoet aan het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk'. Aangezien individuele plaatsing en steun (IPS) niet aan het eerste criterium voldoet, heeft de tweede toets niet plaatsgevonden. We hebben wel de bestaande wetenschappelijke literatuur bekeken waarin het effect van IPS als interventie bij mensen met ernstige psychische aandoeningen (EPA) is onderzocht. Met name is gekeken naar effecten op de gezondheid en zorggebruik en dus niet op het vinden of behouden van werk als uitkomstmaat.

1.1 Effecten van IPS

Hoewel IPS als geheel geen geneeskundige interventie is, kan deze wel van invloed zijn op het klinisch en functioneel herstel van de cliënt. We hebben daarom wel onderzocht in hoeverre IPS bijdraagt aan het klinisch en functioneel herstel, blijkend uit de ervaren kwaliteit van leven, aantallen heropnames en afname van symptomen. Omdat geneeskundige interventies die zorgprofessionals plegen te bieden als onderdeel van IPS kunnen bijdragen aan herstel van maatschappelijk functioneren is ook gekeken naar de mate waarin IPS bijdraagt aan het vinden en behouden van werk.

1.1.1 Literatuurstudie

Gezocht is naar, zo veel mogelijk bij de Nederlandse situatie passende, relevante wetenschappelijke literatuur over effecten van Individuele plaatsing en steun (IPS) op de kwaliteit van leven, symptomen van de psychische stoornis en zorggebruik van mensen met ernstige psychische stoornissen (EPA).

2 Individuele Plaatsing en Steun (IPS)

2.1 Doelgroep

De doelgroep bestaat uit mensen met één of meerdere ernstige psychische aandoeningen (EPA), waaronder psychosen zoals schizofrenie, bipolaire stoornissen, ernstige depressies en persoonlijkheidsstoornissen en geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt zijn verklaard of behoren tot de groep cliënten van de sociale dienst met een zogeheten grote afstand tot de arbeidsmarkt en die regulier betaald werk ambiëren.

Het gaat om mensen die gezien de ernst van hun psychische problemen en de daarmee samenhangende beperkingen in het dagelijks leven langdurig behoefte hebben aan ondersteuning, al dan niet vanuit de geestelijke gezondheidszorg.¹

De Nederlandse consensusgroep EPA stelde in 2013 voor om mensen tot de groep met EPA te rekenen als:²

- er sprake is van een psychische stoornis, die zorg/behandeling noodzakelijk maakt (dus niet in symptomatische remissie);
- en die met ernstige beperkingen in het sociaal en/of maatschappelijk functioneren gepaard gaat (dus niet in functionele remissie);
- en waarbij de beperking oorzaak en gevolg is van een psychische stoornis; – en niet van voorbijgaande aard is (structureel c.q. langdurig, ten minste enkele jaren);
- en waarbij gecoördineerde zorg van professionele hulpverleners in zorgnetwerken geïndiceerd is om het behandelplan te realiseren.

2.1.1 Prevalentie en incidentie

Onder ernstige psychische aandoeningen vallen ernstige vormen van depressie, bipolaire stoornissen en psychotisch stoornissen, in het bijzonder schizofrenie.

Een schatting in 2013 leverde op dat in Nederland 160.000 patiënten met EPA tussen 18 en 65 jaar zijn, een 12-maandszorgprevalentie van 1,6%. Over alle leeftijden is dit totaal 216.000 cliënten (1,3%). De populatieprevalentie is geschat op 281.000 patiënten (1,7%).²

2.1.2 Ziektelast

Psychische stoornissen en stoornissen in middelengebruik zijn wereldwijd de belangrijkste oorzaak voor years lived with disability (YLD's). Op basis van de Global Burden of Diseases studie (GBD 2010) schatten Whiteford et al de ziektelast in die toe te schrijven is aan psychische en middelengebruik stoornissen in de vorm van disability-adjusted life years (DALY's), years of life lost (YLL's) en years lived with disability (YLD's). Psychische stoornissen en stoornissen in middelengebruik waren in 2010 goed voor 183,9 miljoen DALY's (95% UI 153,5 – 216,7), dat is 7,4% (6,2 – 8,6) van alle DALY's wereldwijd. Dat is 8,6 miljoen YLL's (6,5 – 12,1), 0,5% (0,4 – 0,7) van alle YLL's en 175,3 miljoen YLD's (144,5 – 207,8) 22,9% (18,6 – 27,2) van alle YLD's.³

2.1.3 Diagnose EPA

Tot de groep patiënten met EPA behoren vooral mensen met niet affectieve psychosen, met name schizofrenie, en met psychiatrische beelden zoals (poly)druggebruik, persoonlijkheidsstoornissen en pervasieve ontwikkelingsstoornissen.²

2.1.4 Spontaan beloop

Gewoonlijk omvat de definitie van EPA, naast een ernstige psychische stoornis, ook de aspecten persisterend beloop (> 2 jaar zorg) en disfunctioneren.

Mensen met EPA kunnen in symptomatische en functionele remissie komen. Hiervan is sprake als zij 6 maanden lang geen symptomen hebben en functioneel hersteld zijn. Zolang het risico op terugval bestaat, en monitoring vanuit de zorg geïndiceerd is, blijven cliënten in remissie tot de EPS groep behoren. Er zijn dus symptoomvrije patiënten met EPA die weinig tot geen zorgbehoeften hebben.

De consensusgroep EPA stelde in 2013 dat het risico op terugval na 5 jaar symptomatische en functionele remissie zodanig verminderd is dat deze patiënten niet meer tot de populatie met EPA gerekend mogen worden.²

2.2 Beschrijving IPS

Bij individuele plaatsing en steun (IPS) worden arbeidsbegeleiding en andere GGZ-hulp integraal aangeboden. IPS vertrekt vanuit het idee dat iedere patiënt met EPA die dat wil, 'begeleid' kan werken in een reguliere arbeidsplaats. Deelnemers worden snel in de gekozen functie geplaatst en daarna gericht getraind in de benodigde werkvaardigheden ('*place then train*'). Langdurige trainingen vooraf ('*train then place*') blijven achterwege.⁴ De interventie wordt in het hoofdrapport uitgebreid beschreven.

2.3 Standaardbehandeling of gebruikelijke behandeling van EPA

De standaardbehandeling of gebruikelijke behandeling van EPA bestaat in het algemeen uit standaard psychiatrische zorg (medicatie, case management, psychotherapie) zonder geïntegreerde IPS maar met aandacht voor andere vormen van arbeidsrehabilitatie.

2.4 IPS in richtlijnen

De Nederlandse multidisciplinaire richtlijn Werk en ernstige psychische aandoeningen (2013) beveelt aan om IPS, zo modelgetrouw mogelijk, aan te bieden.¹

In de Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie (2012) wordt IPS aanbevolen bij patiënten die een reguliere betaalde baan ambiëren en die ondersteuning nodig hebben om de gewenste baan te verkrijgen en te behouden. Het is echter een voorzichtige aanbeveling, omdat IPS in West-Europese samenlevingen mogelijk minder effectief is dan in de Verenigde Staten (vanwege verschillen in arbeidscultuur, arbeidsmarkt en sociale zekerheid).⁵

De NICE richtlijn 'Psychosis and schizophrenia' uit het VK (2014) beveelt 'supported employment' (waaronder IPS valt) aan voor patiënten die werk ambiëren, net als de Duitse richtlijn 'Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Störungen' (2014).^{6 7}

3 Bevindingen literatuuronderzoek

3.1 Zoeken en selecteren van evidence/informatie

Voor het zoeken naar relevante informatie hebben we gebruik gemaakt van de zogenoemde PICO(T)-vragen. Deze vragen bewerkstelligen een precieze omschrijving/definiëring van de:

- Patient = de relevante patiëntenpopulatie; zie 2.1
- Intervention = de te beoordelen interventie; in dit geval IPS
- Comparison = de interventie waarmee wordt vergeleken (controle-interventie); in dit geval standaard psychiatrische zorg met andere vormen van arbeidsrehabilitatie
- Outcome = de relevante uitkomstmaten.

Als uitkomstmaten hebben we gekozen voor:

Gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven;	cruciaal ^a
Werk situatie;	cruciaal ^b
Uren / dagen werk	
Psychische toestand;	cruciaal
Symptomen / ziektebeeld [ernst]	
Opname frequentie / -duur (heropnames);	belangrijk
Frequentie contacten tussen zorgprofessional en cliënt;	belangrijk

Verder zoeken wij informatie over resp. die relevant is voor:

- De minimaal vereiste follow-up periode. Dit aspect - 'time' - wordt ook wel aan de

^a De uitkomst wordt mogelijk beïnvloed door het al dan niet bestaan van een wens naar werk, het wordt als voorwaarde genoemd voor deelname aan een IPS programma.

^b Uitgaande van het doel van de Zorgverzekeringswet (gezondheid) is dit te zien als een intermediaire maat (werk kan ook stress geven)

zoekopdracht toegevoegd: PICO(T).

Voor de literatuursearch wordt een follow-up duur van minimaal 6 maanden gebruikt. Omdat met name het behouden van werk vaak van beperkte duur is en het van belang is om te weten wat de gezondheidseffecten ook op langere termijn zijn, heeft een follow-up periode van enkele jaren echter de voorkeur.^{8 9}

3.1.1 Passend binnen de Nederlandse situatie

Het is aannemelijk dat effecten op de gezondheid en zorggebruik gerelateerd zijn aan het al dan niet hebben van werk. Het sociaaleconomische klimaat (arbeidsmarkt) en de kwaliteit van GGZ aanbod verschilt sterk per land / regio. Generaliseerbaarheid naar de Nederlandse situatie is daarom een belangrijk punt van aandacht.¹⁰ Voor de op gezondheid gericht uitkomstmaten speelt dit minder dan bij uitkomsten op het gebied van de werksituatie. Maar omdat regelingen in het kader sociale zekerheid sterk per land van elkaar verschillen, is voor deze beoordeling alleen gekeken naar onderzoek uitgevoerd in Nederland of een (Europees) land met vergelijkbare situatie.

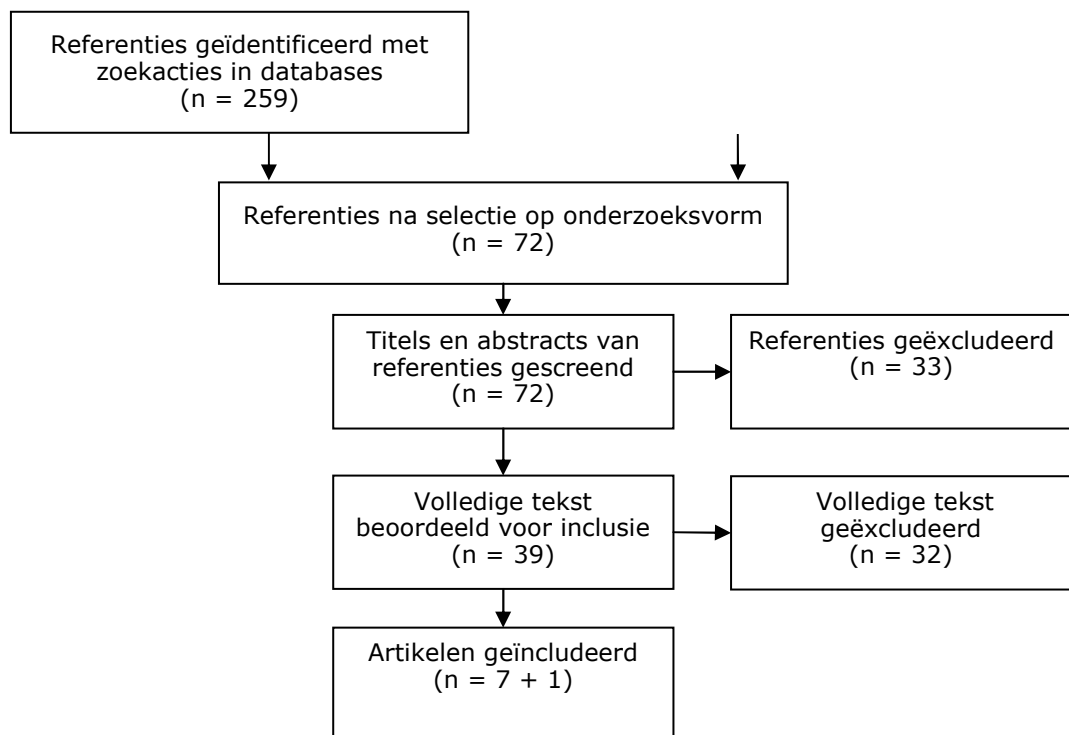
3.2 Zoekstrategie en selectie relevante informatie

3.2.1 Zoekstrategie

Voor het verkrijgen van relevante gegevens uit wetenschappelijk onderzoek hebben wij in oktober 2015 een literatuursearch gedaan. Wij hebben toen ook gezocht naar standpunten en richtlijnen van andere organisaties en naar lopende klinische studies die betrekking hebben op IPS en EPA. De exacte zoekstrategie is weergegeven in bijlage 1. In april 2016 is een update van de search uitgevoerd.

3.2.2 Resultaten search literatuur

De search van oktober 2015 leverde een totaal van 259 artikelen op. Hieruit is geselecteerd op systematisch reviews (SR's), Meta-analyses (MA) en RCT's, dit resulteerde in 72 artikelen



Op basis van het lezen van de abstracts en, zo nodig, lezen van het volledige artikel werden 65 artikelen uitgesloten. Een later gepubliceerde SR (van Rijn 2016) is toegevoegd. Er bleven

7 SR / MA's over waarin relevante RCT's opgenomen zijn en 1 in Nederland uitgevoerde RCT. De geselecteerde 7 SR / MA's zijn beoordeeld op inhoud, met name of de SR MA ook RCT's uit Europa mee heeft genomen en of gegevens hiervan apart zijn gerapporteerd, en aan de hand van de AMSTAR kwaliteitscriteria (bijlage 3). De twee SR / MA's die het best passend waren bij de PICOT en het meest recent, zijn uiteindelijk geselecteerd.

In april 2016 is gezocht naar relevante publicaties van na oktober 2015. Hieruit kwamen geen studies met nieuwe gegevens.

De geselecteerde studies zijn weergegeven in bijlage 2.

3.2.3 Resultaten search richtlijnen

De gevonden relevante richtlijnen zijn weergegeven in bijlage 4.

3.2.4 Kenmerken geselecteerde SR / MA's

De twee geselecteerde SR/MA's waren:

- Kinoshita 2013:⁴ dit is een Cochrane review naar de effectiviteit van supported employment waaronder IPS en andere vormen van arbeidsrevalidatie of gebruikelijke behandeling bij mensen met EPA.
- Van Rijn 2016:¹¹ dit is een SR / MA specifiek gericht op gezondheidsgerelateerde uitkomsten en kwaliteit van leven bij mensen met EPA..

Deze SR / MA's rapporteren specifiek uitkomsten die betrekking hebben op standardised mean difference (SMD) van in onze PICO opgenomen uitkomstmaten uit Europese studies. Het betreft gegevens uit Areberg (2013),¹² Burns (2007 / 2009),^{13 14} Heslin (2011),¹⁵ Hoffman (2012)¹⁶ en Howard (2010):¹⁷

- Burns (2007 – 2009) beschreef de resultaten van een RCT waarin 312 patiënten met EPA in 6 verschillende Europese landen, waaronder Nederland, deelnamen. Patiënten werden gerandomiseerd voor IPS of andere (gebruikelijke) vormen van arbeidsrehabilitatie en zorg. Primaire uitkomstmaat was het krijgen van werk, daarnaast waren andere uitkomstmaten psychische toestand en kwaliteit van leven. De follow-up duur was 18 maanden.
- Howard (2010) rapporteerde een in het Verenigd Koninkrijk (VK) uitgevoerde RCT waarin 219 patiënten met EPA werden gerandomiseerd tussen IPS en bestaande arbeidsrevalidatie en zorg. Uitkomstmaat was, naast het verkrijgen van werk, ondermeer kwaliteit van leven.
- Heslin (2011) beschreef een in het VK uitgevoerde RCT bij 219 patiënten met EPA. Randomisatie was tussen IPS en gebruikelijke zorg met arbeidsrehabilitatie. Psychische toestand was een uitkomstmaat. De follow-up duur was na 2 jaar.
- Hoffmann (2012) voerde in Zwitserland een RCT uit bij 100 patiënten met EPA. Vergeleken werd IPS met gebruikelijke arbeidsrehabilitatie en zorg. De follow-up duur was 2 jaar. Psychische toestand was een uitkomstmaat.
- Areberg (2013) deed in Zweden onderzoek bij 120 patiënten met EPA. Vergeleken werd IPS met gebruikelijke arbeidsrevalidatie. De follow-up duur was 18 maanden. Kwaliteit van leven was een van de uitkomstmaten.

Een in Nederland uitgevoerde RCT (2014)¹⁰ werd niet in één van de SR / MA's opgenomen. Michon vergeleek bij 151 personen met EPA het effect van IPS met dat van traditionele arbeidrehabilitatie. Primaire uitkomstmaat was het percentage mensen dat betaald werk deed na 30 maanden. Secundaire uitkomstmaten waren onder meer subjectieve kwaliteit van leven en psychische toestand. Deze publicatie is een verwerking van het in 2011 gepubliceerde eindrapport van de SCION (Study of Cost-effectiveness of IPS on Open employment in the Netherlands) studie.^c

^c Van Busschbach JT, Michon H, van Vugt M, et al. Effectiviteit van IPS in Nederland. Eindverslag van een gerandomiseerde gecontroleerde effectstudie – bevindingen na 30 maanden follow-up. Rob Giel Onderzoekcentrum, Groningen, Trimbos-instituut, Utrecht 2011

3.3 Effecten van Individuele Plaatsing en Steun

3.3.1 Relevante aspecten

De effectiviteit van IPS is internationaal veel onderzocht. Vrijwel alle studies kijken primair naar werkgerelateerde uitkomsten. Studies laten zowel binnen als buiten Europa zien dat IPS een positief effect heeft op het krijgen van werk. Wel is de mate waarin mensen met EPA werk vinden en de duur van het behouden van werk gerelateerd aan de arbeidsmarkt en de sociaal economische situatie. In landen met betere sociaaleconomische regelingen is het effect in het algemeen kleiner. Burns (2007) noemt dit de 'benefit trap' waarbij het weer gaan werken nadelige financiële gevolgen kan hebben door het verlies van bijvoorbeeld uitkeringen of subsidies. Dit was reden om voor deze beoordeling alleen studies te gebruiken die uitgevoerd zijn in Europa.¹³

Daarnaast is de algemene opinie dat het hebben van werk een positief effect heeft op gezondheidsgerelateerde uitkomsten. In de psychiatrie wordt daarom al langer aandacht besteed aan de terugkeer van patiënten in de maatschappij. Onder de noemer arbeidsrehabilitatie wordt geprobeerd gebruik te maken van de positieve aspecten van werk en de psychiatrische patiënt ondanks zijn handicap nieuwe kansen te bieden in de maatschappij.¹⁸

Meerdere studies wijzen op een positief verband tussen betaald werk en algemene kwaliteit van leven, maar dit maakt niet duidelijk of betaald werk de kwaliteit van leven verbetert of dat individuen die over het algemeen tevreden zijn met hun leven (of een betere prognose hebben) meer kans hebben op het krijgen van werk. Verder lijkt het er op dat begeleid werken programma's vooral effect hebben op de kwaliteit van leven als het programma ook voorziet in sociale interactie (emotionele ondersteuning, complimenten, kameraadschap).¹⁹ Bij mensen met schizofrenie is er in het algemeen een positief verband tussen het hebben van werk en gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven. Wat oorzaak of gevolg ^d is blijft onduidelijk, want er zijn geen studies naar het wederzijdse verband tussen kwaliteit van leven en werk.²⁰

Studies die naar gezondheidsgerelateerde uitkomsten hebben gekeken, laten zien dat, ook al heeft IPS een positief effect op werkgerelateerde uitkomsten, de gezondheidsgerelateerde effecten in de groep mensen met EPA die IPS krijgen aangeboden vergelijkbaar zijn met die van de groep die andere vormen van arbeidsrehabilitatie krijgt. Wel viel in de Nederlandse RCT van Michon op dat het hebben van werk op het moment van meting gerelateerd was aan zelf gerapporteerde kwaliteit van leven en psychische toestand. In de bij de update van de literatuurerach gevonden review geeft Mueser (2016)²¹ ten aanzien van effecten van IPS op gezondheidsparameters aan dat blijkt dat werk subjectieve kwaliteit van leven en welbevinden verbetert, maar dat er 'uiteenlopende bevindingen' zijn wat betreft effecten op klinisch functioneren. Bij een follow-up van 30 maanden of minder worden in de meeste studies geen effecten gevonden op andere uitkomsten dan werk. Lange termijn follow-up studies suggereren dat (langdurig) werk mogelijk enige bescherming biedt tegen klinische terugval en ziekenhuisopname.

3.3.2 Conclusie

Uit de analyse blijkt dat IPS in vergelijking met andere vormen van arbeidsrehabilitatie bij mensen met EPA beschouwd kan worden als een effectievere interventie wat betreft de arbeidgerelateerde uitkomstmaten zoals duur van behoud van werk. Europese richtlijnen (NL, VK, D) raden begeleide arbeid dan ook aan voor mensen met EPA die weer aan het werk willen. Studies die naar gezondheidsgerelateerde uitkomsten hebben gekeken, laten zien dat, ook al heeft IPS een positief effect op werkgerelateerde uitkomsten, de gezondheidsgerelateerde effecten in de groep mensen met EPA die IPS krijgen aangeboden vergelijkbaar zijn met die van de groep die andere vormen van arbeidsrehabilitatie krijgt. De analyse ondersteunt echter niet de verwachting dat IPS ook tot een betere kwaliteit van leven en psychische toestand leidt bij mensen met EPA. IPS leidt noch tot een grotere toename, noch tot een verslechtering in psychische gezondheid, zelfwaardering of kwaliteit van leven.^c Deze constatering had betrekking op de groep die na 30 maanden nog deelnam

^d While employment may increase QoL, it is likely that those with higher QoL are more likely to be employed.

aan het onderzoek (het percentage lost to follow up was 45%). Ook kunnen op basis van de analyse geen uitspraken worden gedaan over het eventuele verband tussen de werkgerelateerde en de gezondheidsgerelateerde uitkomsten. Het is niet duidelijk of de cliënten die werk vonden en een betere gezondheid rapporteerden, gezonder waren dankzij het werk, of dat het de cliënten met een gezonder gestel waren, die het werk konden volhouden.

Bijlage 1 – Zoekstrategie search

Zoekstrategie literatuur

Wij hebben in oktober 2015 een literatuursearch gedaan met de zoektermen:.
("Personality Disorders"[Mesh] OR "Schizophrenia and Disorders with Psychotic Features"[Mesh] OR "Mood Disorders"[Mesh] OR "Schizophrenia"[Mesh] OR "Anxiety Disorders"[Mesh] OR "Psychotic Disorders"[Mesh] "Mental Disorders"[Mesh] OR mental[tiab])
AND ("Employment, Supported"[Mesh] OR "supported employment"[tiab] OR "individual placement "[tiab])

Filters: Publication date from 2010/03/01

De literatuursearch is doorgevoerd in Medline, EMBASE en de Cochrane Library voor de periode maart 2010 tot oktober 2015. Op 20 april 2016 is een update van de search uitgevoerd.

De volgende inclusie criteria zijn gebruikt bij de selectie van de literatuur:

- Gerandomiseerd vergelijkend onderzoek
- Doelgroep patiënten met EPA
- Interventie IPS
- Vergelijkende interventie gebruikelijke zorg met of zonder andere vormen van arbeidsrevalidatie
- Uitkomsten: verkrijgen van werk, psychische toestand, kwaliteit van leven, opname frequentie
- Follow-up duur tenminste 6 maanden

Vervolgens zijn alleen Europese studies geselecteerd.

In- en exclusie van de gevonden literatuur gebeurde op basis van abstracts. Als artikelen niet op basis van de abstract konden worden geëxcludeerd, zijn de gehele artikelen bekeken.

Bijlage 2 – Overzicht selectie studies

	Inclusie	Exclusie
<u>SR's en Meta-analyses</u>		
1. Bond 2015a		X niet Europees
2. Talbot 2015		X andere doelgroep
3. Kinoshita 2013	X	
4. Van Til 2013		X andere doelgroep, geen effectiviteitsstudie
5. Bond 2012	X	
6. Heffernan 2011	X	
7. Arbesman 2011	X	
8. Campbell 2011	X	
<u>RCT's</u>		
1. Au 2015		X andere vergelijking
2. Bejerholm 2015		X zelfde studie als Areberg 2015
3. Bond 2015b		X niet Europees
4. Burns 2015		X andere vergelijking
5. Christensen 2015		X studieprotocol
6. Kawohl 2015		X studieprotocol
7. Bell 2014		X andere vergelijking
8. Hoffmann 2014	X opgenomen in SR	
9. Michon 2014	X	
10. Mueser 2014		X niet Europees
11. Sveinsdottir 2014		X studieprotocol
12. Oshima 2014		X niet Europees
13. Waghorn 2014		X niet Europees
14. Areberg 2013a		X niet vergelijkend
15. Areberg 2013b	X opgenomen in SR	
16. Drake 2013		X niet Europees
17. Hellstrom 2013		X studieprotocol
18. Killackey 2013		X niet Europees
19. Lexen 2013		X niet vergelijkend
20. Viering 2013		X studieprotocol
21. Baksheev 2012		X geen effectiviteitsstudie
22. Davis 2012		X andere doelgroep, niet Europees
23. Hoffmann 2012	X opgenomen in SR	
24. Kilian 2012		X andere vergelijking
25. Kukla 2012		X andere vergelijking
26. Nordt 2012		X studieprotocol
27. Twamley 2012		X niet Europees
28. Heslin 2011	X opgenomen in SR	
29. McGuire 2011		X niet vergelijkend
30. Sungur 2011		X geen IPS
31. Tsang 2011		X andere vergelijking
32. Howard 2010	X opgenomen in SR	
33. Tsang 2010		X andere vergelijking
<u>Overige</u>		
1. Charzynska 2015		X andere vergelijking

2.	Ellison 2015		X niet vergelijkend
3.	Guhne 2015		X geen effectiviteitsstudie
4.	Van Niekerk 2015		X niet vergelijkend
5.	Viering 2015a		X geen effectiviteitsstudie
6.	Viering 2015b		X andere uitkomst
7.	West 2015		X niet vergelijkend
8.	Bond 2014		X niet Europees
9.	de Pierrefeu 2014		X narratieve review
10.	Fioritti 2014		X geen nieuwe studie
11.	Lecomte 2014		X niet voltooide studie
12.	Leddy 2014		X andere uitkomsten
13.	Marino 2014		X narratieve review
14.	Marshall 2014	X	
15.	Mueser 2014		X narratieve review
16.	Pachoud 2014		X niet systematische review
17.	Rusch 2014		X geen effectiviteitsstudie
18.	Solar 2014		X implementatiestudie
19.	Jager 2013	X opgenomen in SR	
20.	Knapp 2013		X KEA
21.	Sato 2013		X geen vergelijking met standaard
22.	Van Duin 2013		X niet vergelijkend
23.	van Erp 2013		X geen vergelijking IPS TAU
24.	Boycott 2012		X andere vergelijking
25.	Contreras 2012		X narratieve review
26.	Schneider 2012		X implementatiestudie
27.	Bond 2011		X niet Europees
28.	Mueser 2011		X niet Europees
29.	Nygren 2011		X niet vergelijkend
30.	Dillo 2010		X niet vergelijkend
31.	Rinaldi 2010		X niet vergelijkend
	Van Rijn 2016	X toegevoegd	

Resultaten update 20 april 2016

- Mueser KT, Drake RE, Bond GR. Recent advances in supported employment for people with serious mental illness. Curr Opin Psychiatry. 2016;29(3):196-201.
geen nieuwe gegevens
- West JC, Clarke DE, Duffy FF, et al. Availability of Mental Health Services Prior to Health Care Reform Insurance Expansions. Psychiatr Serv. 2016. [Epub ahead of print]
geen vergelijkend onderzoek naar IPS
- Jorge-Monteiro MF1, Ordeals JH. "What's Wrong with the Seed?" A Comparative Examination of an Empowering Community-Centered Approach to Recovery in Community Mental Health. Community Ment Health J. 2016. [Epub ahead of print]
geen vergelijkend onderzoek naar IPS
- Kukla M, McGuire AB, Salyers MP. Rural and Urban Supported Employment Programs in

the Veterans Health Administration: Comparison of Barriers and Facilitators to Vocational Achievement for Veterans Experiencing Mental Illnesses. *Psychiatr Rehabil J.* 2016;7. [Epub ahead of print]

geen vergelijkend onderzoek naar IPS

- Williams AE, Fossey E, Corbière M et al. Work participation for people with severe mental illnesses: An integrative review of factors impacting job tenure. *Aust Occup Ther J.* 2016;63(2):65-85.

geen vergelijkend onderzoek naar IPS

- McGahey E, Waghorn G, Lloyd C, et al. Formal plan for self-disclosure enhances supported employment outcomes among young people with severe mental illness. *Early Interv Psychiatry.* 2016;10(2):178-85.

geen vergelijkend onderzoek naar IPS

- Gold PB, Macias C, Rodican CF. Does Competitive Work Improve Quality of Life for Adults with Severe Mental Illness? Evidence from a Randomized Trial of Supported Employment. *J Behav Health Serv Res.* 2016;43(2):155-71.

geen vergelijkend onderzoek naar IPS

- Bond GR, Drake RE, Becker DR, Noel VA The IPS Learning Community: A Longitudinal Study of Sustainment, Quality, and Outcome. *Psychiatr Serv.* 2016. [Epub ahead of print]

geen vergelijkend onderzoek naar IPS

- LePage JP, Lewis AA, Crawford AM, et al. Incorporating Individualized Placement and Support Principles Into Vocational Rehabilitation for Formerly Incarcerated Veterans. *Psychiatr Serv.* 2016. [Epub ahead of print]

geen vergelijkend onderzoek naar IPS

- Kukla M, McGuire AB, Salyers MP Barriers and Facilitators Related to Work Success for Veterans in Supported Employment: A Nationwide Provider Survey. *Psychiatr Serv.* 2016;67(4):412-7.

geen vergelijkend onderzoek naar IPS

- Viering S, Jäger M, Bärtsch B, et al. Supported Employment for the Reintegration of Disability Pensioners with Mental Illnesses: A Randomized Controlled Trial. *Front Public Health.* 2015;3:237

geen vergelijkend onderzoek naar IPS bij mensen met EPA

Bijlage 3 – AMSTAR beoordeling systematische reviews

AMSTAR instrument (http://amstar.ca/Amstar_Checklist.php).

AMSTAR kwaliteitsbeoordeling systematische reviews.

Item	Van Rijn 2016	Marshall 2014	Kinoshita 2013	Bond 2012	Heffernan 2011
1. Was an "a priori" design provided?	No	No	Yes	No	No
2. Was there duplicate study selection and data extraction?	Yes	Can't answer	Yes	Can't answer	Yes
3. Was a comprehensive literature search performed?	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
4. Was the status of publication (i.e., grey literature) used as an inclusion criterion?	Can't answer	Can't answer	Can't answer	Can't answer	Can't answer
5. Was a list of studies (included and excluded) provided?	Yes appI	No	Yes	Yes	Yes
6. Were the characteristics of the included studies provided?	Yes appII	Yes	Yes	No	Yes
7. Was the scientific quality of the included studies assessed and documented?	Can't answer	Yes	Yes	No	Yes
8. Was the scientific quality of the included studies used appropriately in formulating conclusions?	Can't answer	Can't answer	Yes	No	No
9. Were the methods used to combine the findings of studies appropriate?	Yes	Can't answer	Yes	Yes	Can't answer
10. Was the likelihood of publication bias assessed?	Yes	No	Yes	No	No
11. Was the conflict of interest included?	Yes	Yes	Yes	No	Yes
AMSTAR score	7/11	4/11	10/11	3/11	6/11

AMSTAR kwaliteitsbeoordeling systematische reviews.

Item	Arbesman 2011	Campbell 2011
1. Was an "a priori" design provided?	No	No
2. Was there duplicate study selection and data extraction?	Can't answer	No
3. Was a comprehensive literature search performed?	Yes	No
4. Was the status of publication (i.e., grey literature) used as an inclusion criterion?	Can't answer	No
5. Was a list of studies (included and excluded) provided?	Yes	Not applicable
6. Were the characteristics of the included studies provided?	No	Yes
7. Was the scientific quality of the included studies assessed and documented?	Yes	Can't answer
8. Was the scientific quality of the included studies used appropriately in formulating conclusions?	Yes	Can't answer
9. Were the methods used to combine the findings of studies appropriate?	Can't answer	Yes
10. Was the likelihood of publication bias assessed?	No	Not applicable
11. Was the conflict of interest included?	No	No
AMSTAR score	4/11	2/11
•Van Rijn 2016 relevant voor analyse wat betreft niet- werkgerelateerde uitkomsten: Burns 2009 (EU), Hoffmann 2012 (CH), Howard 2010 (UK), Heslin 2011 (UK), Areberg 2013 (S) •Marshall 2014 niet relevant voor analyse, uitkomsten per studie niet vermeld. •Kinoshita 2013 relevant vooral wat betreft werkgerelateerde uitkomsten: Burns 2009 (EU), Howard 2010 (UK) •Bond 2012 oudere SR: Burns 2009 (EU), Heslin 2011 (UK), Michon 2011 conference presentation (NL) •Heffernan 2011 niet relevant, beperkt tot UK: Burns 2007 (EU), Howard 2010 (UK) •Arbesman 2011 niet relevant, uitkomsten per studie niet vermeld •Campbell 2011 niet relevant, geen systematische search, uitkomsten niet per studie vermeld: Drake 1996 (UK)		

Bijlage 4 – Overzicht Europese richtlijnen

- De Nederlandse multidisciplinaire richtlijn Werk en ernstige psychische aandoeningen (2013) beveelt aan om IPS, zo modelgetrouw mogelijk, aan te bieden.^e
- In de Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie (2012) wordt IPS aanbevolen bij patiënten die een reguliere betaalde baan ambieren en die ondersteuning nodig hebben om de gewenste baan te verkrijgen en te behouden. Het is echter een voorzichtige aanbeveling, omdat ips in West-Europese samenlevingen mogelijk minder effectief is dan in de Verenigde Staten (vanwege verschillen in arbeidscultuur, arbeidsmarkt en sociale zekerheid).^f
- *Management of psychosis and schizophrenia in adults: updated NICE guidance 2014.* Offer supported employment programmes to people with psychosis or schizophrenia who wish to find or return to work. Consider other occupational or educational activities, including pre-vocational training, for people who are unable to work or unsuccessful in finding employment. (New recommendation.) [Based on very low to high quality evidence from randomised controlled trials].^g
- Die berufliche Rehabilitation sollte noch stärker darauf ausgerichtet werden, den Arbeitsplatzverlust zu vermeiden. Dazu bedarf es beim Auftreten psychischer Erkrankungen eines frühzeitigen Einbezuges entsprechender Dienste bzw. Hilfen. Das Vorhandensein einer abgeschlossenen Ausbildung ist als Grundlage für die Teilhabe am Arbeitsleben für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen von enormer Wichtigkeit. Daher sollten reguläre betriebliche und sonstige Ausbildungsangebote wohnortnah und mit entsprechenden begleitenden Unterstützungsangeboten zur Verfügung stehen.^h
- For people with SMI who want to work in competitive labor markets, supported employment programs with a rapid job placement and on-site-support should be available and thus expanded. Grade B, Evidence level Ia.ⁱ
- A distinction is made between system-level interventions (multidisciplinary team-based psychiatric community care, case management, vocational rehabilitation and participation in work life and residential care interventions) and single psychosocial interventions (psychoeducation, social skills training, arts therapies, occupational therapy and exercise therapy). There is good evidence for the efficacy of the majority of psychosocial interventions in the target group. The best available evidence exists for multidisciplinary team-based psychiatric community care, family psychoeducation, social skills training and supported employment.^j

^e Erp, N. van, Michon, H., Duin, D. van, Weeghel, J. van. Multidisciplinaire richtlijn Werk en ernstige psychische aandoeningen. In J. van Busschbach (red.), S. van Rooijen (red.), J. van Weeghel (red.), Psychiatrische rehabilitatie. Jaarboek 2013-2014 (pp. 186-197). Amsterdam: SWP 2013.

^f Alphen C. van, Ammeraal M., Blanke C., Boonstra N. et al. Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie. Uitgever de Tijdstroom | 2012

^g National Institute for Health and Care Excellence. Psychosis and schizophrenia: treatment and management. (Clinical guideline 178.) 2014. <http://guidance.nice.org.uk/CG178>].

^h Patienten Leitlinie S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Störungen“ © DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde) 2014

ⁱ German Society for Psychiatry, Psychotherapy and Neurology (DGPPN) as an evidence-based consensus guideline ("S3 guideline"). 2014

^j Gühne U, Weinmann S, Arnold K, Becker T, Riedel-Heller SG. S3 guideline on psychosocial therapies in severe mental illness: evidence and recommendations. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2015 Apr;265(3):173-88

Bijlage 5 – Referenties

-
- ¹ Erp, N. van, Michon, H., Duin, D. van, Weeghel, J. van (2013). Multidisciplinaire richtlijn Werk en ernstige psychische aandoeningen. In J. van Busschbach (red.), S. van Rooijen (red.), J. van Weeghel (red.), *Psychiatrische rehabilitatie. Jaarboek 2013-2014* (pp. 186-197). Amsterdam: SWP
 - ² Delespaul PH, De Consensusgroep EPA. Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland. Tijdschr Psychiatr, 2013, 55: 427-38.
 - ³ Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet. 2013;382(9904):1575-86.
 - ⁴ Kinoshita, Y., Furukawa, T. A., Kinoshita, K., et al. Supported employment for adults with severe mental illness. Cochrane Database Syst Rev 2013; 13;9:CD008297.
 - ⁵ Alphen C. van, Ammeraal M., Blanke C., Boonstra N. et al. Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie. Uitgever de Tijdstroom | 2012
 - ⁶ National Institute for Health and Care Excellence. Psychosis and schizophrenia: treatment and management. (Clinical guideline 178.) 2014. <http://guidance.nice.org.uk/CG178>].
 - ⁷ Patienten Leitlinie S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Störungen“ © DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde) 2014
 - ⁸ Williams AE, Fossey E, Corbière M, et al. Work participation for people with severe mental illnesses: An integrative review of factors impacting job tenure. Aust Occup Ther J. 2016 Mar 16.[Epub ahead of print] Review,
 - ⁹ Lehman AF, Goldberg R, Dixon LB, et al. Improving employment outcomes for persons with severe mental illnesses. Arch Gen Psychiatry. 2002;59(2):165-72)
 - ¹⁰ Michon H et al. Effectiveness of individual placement and support for people with severe mental illness in the Netherlands: a 30-month randomized controlled trial. Psychiatr Rehabil J 2014;37(2):129-36
 - ¹¹ van Rijn RM, Carlier BE, Schuring M, et al. Work as treatment? The effectiveness of re-employment programmes for unemployed persons with severe mental health problems on health and quality of life: a systematic review and meta-analysis. Occup Environ Med. 2016;73(4):275-9.
 - ¹² Areberg C, Bejerholm U. The effect of IPS on participants' engagement, quality of life, empowerment, and motivation: a randomized controlled trial. Scand J Occup Ther 2013;20:420-8
 - ¹³ Burns T, Catty J, Becker T, et al. The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. Lancet. 2007;370:1146-1152
 - ¹⁴ Burns T, Catty J, White S, Et al. The impact of supported employment and working on clinical and social functioning: result of an international study of individual placement and support. Schizophr Bull 2009;35:949-58
 - ¹⁵ Heslin M, Howard L, Leese M, et al. Randomized controlled trial of supported employment in England: 2 year follow-up of the Supported Work and Needs (SWAN) study. World Psychiatry 2011;10:132-7
 - ¹⁶ Hoffmann H, Jackel D, Glauser S, et al. A randomised controlled trial of the efficacy of supported employment. Acta Psychiatr Scand 2012;125:157-67
 - ¹⁷ Howard LM, Heslin M, Leese M, et al. Supported employment: randomised controlled trial. Br J Psychiatry 2010;196:404-11.
 - ¹⁸ Verbeek JAHM, Smits PBA. De relatie tussen werk en gezondheid. In Werk en gezondheid, BSL Houten 2011
 - ¹⁹ Gold PB, Macias C, Rodica CF. Does competitive work improve quality of life for adults with severe mental illness? Evidence from a randomized trial of supported employment. J Behav Health Serv Res. 2014 [Epub ahead of print]

²⁰ Bouwmans C, Sonnevile C de, Mulder CL, et al. Employment and the associated impact on quality of life in people diagnosed with schizophrenia. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2015;11:2125-42

²¹ Mueser KT, Drake RE, Bond GR. Recent advances in supported employment for people with serious mental illness. *Curr Opin Psychiatry* 2016;29(3):196-201

Bijlage 5

Tabel 7.2 uit het artikel door Busschbach et al. (2011). De tabel toont de gemiddelde medische en niet-medische kosten per persoon, over een periode van 30 maanden. Voor zowel de IPS groep, als de reguliere arbeidsre-integratie groep (RA-groep) staan in de linker kolom de totale kosten gedeeld door alle deelnemers, en in de rechter kolom de totale kosten gedeeld door de deelnemers die daadwerkelijk aan het traject begonnen zijn.

Kostensoorten	IPS-groep (n=71)		RA-groep (n=80)	
	Gemiddelde kosten gehele groep (SD)	Gemiddelde kosten ¹ (N)	Gemiddelde kosten gehele groep (SD)	Gemiddelde kosten ¹ (N)
Trajecten (IPS en RA)				
Contacten cliënten, hulpverleners, werkgevers, reiskosten	1705 (1781)	1834 (66)	1176 (1361)	1542 (61)
Intra en semi-murale GGZ				
Opname	23966 (45986)	63022 (27)	9735 (33019)	35400 (22)
Beschermde woonvormen	7443 (18772)	40651 (13)	9320 (22028)	46601 (16)
Extramurale GGZ				
Psychiater	331 (791)	500 (47)	384 (863)	580 (53)
Psycholoog	301 (756)	970 (22)	396 (1455)	1377 (23)
SPV	1002 (1185)	1294 (55)	1078 (1294)	1268 (68)
Woonbegeleiding	1040 (3414)	6152 (12)	612 (1479)	2579 (19)
Maatschappelijk werk	261 (1206)	2647 (7)	2 (19)	172 (1)
Groepstherapie	153 (813)	1211 (9)	250 (1093)	2225 (9)
Crisisopvang	76 (214)	489 (11)	28 (97)	320 (7)
Psychiatrische thuiszorg	299 (866)	1516 (14)	479 (1912)	3193 (12)
CAD ²	107 (705)	2528 (3)	87 (650)	1746 (4)
Overige ambulante zorg	406 (1711)	1802 (16)	389 (1728)	1832 (17)
Generieke hulpverlening				
Huisarts	41 (131)	162 (18)	172 (1142)	764 (18)
Alternatief genezer	9 (76)	330 (2)	15 (121)	393 (3)
Thuiszorg	651 (2228)	5135 (9)	587 (2068)	3911 (12)
Overige generieke zorg	27 (141)	486 (4)	9 (54)	236 (3)
Dagactiviteiten centra				
DAC / DBC ²	504 (1138)	1491 (24)	433 (1070)	1118 (31)
Inloophuis	63 (233)	493 (9)	126 (560)	1265 (8)
Overige instellingen	47 (264)	1106 (3)	30 (131)	486 (5)
Medicatie				
Medicatie op recept	1493(2062)	2039 (52)	1418 (2378)	1956 (58)
Niet-medische kosten				
Informele zorg				
- huishoudelijk	313 (1738)	3705 (6)	491 (2589)	3931 (10)
- overig	10489 (15629)	13541 (55)	11013 (15118)	15733 (56)
Out-of-pocket kosten	504 (2437)	2384 (15)	785 (3892)	5231 (12)
Productiviteitsverliezen				
Vrijwilligerswerk	85 (419)	1202 (5)	94 (427)	1248 (6)
Betaald werk	817 (3605)	8288 (7)	1429 (6733)	22866 (5)
Maatschappelijke besparingen				
Betaald werk	-15031 (33067)	-35573 (30)	-8368 (23942)	33472 (20)

¹ Gemiddelde kosten van de personen die daadwerkelijk gebruik maakten van de betreffende zorgvorm (aantal personen staat tussen haakjes)

² CAD: Consultatie bureau voor Alcohol en Drugsverslaving; DBC: DagBestedingsCentrum

Ontvangen reacties inhoudelijke consultatie

1. Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
2. Phrenos Kenniscentrum en Trimbos Instituut
3. GGZ Nederland
4. Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV)
5. Federatie van psychologen, psychotherapeuten en pedagogen (P3NL)
6. Landelijke Cliëntenraad (LCR)
7. Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG)
8. Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen en Psychotherapeuten (LVVP)
9. Landelijk Platform GGZ (LPGGz)
10. Landelijke Vereniging POH GGZ
11. Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

Reactie van het NHG:

Pagina 16.

De genoemde vormen van herstel zijn niet congruent met de in de GGZ (en rest van de gezondheidszorg) opkomende nieuwe concept van Gezondheid (M. Huber). De 6 dimensies van gezondheid in deze definitie zijn omvattender en zijn beschreven vanuit het patientenperspectief. Een perspectief dat zeker relevant is in het kader van arbeidsparticipatie.

Pag 17 vraag: ja

Pag 19. Vraag: Ja, geen specifieke doelgroepen bekend

Pag 21 vraag: ja

Pag 27. Beroepsgroepen.

Waarom ontbreekt de beschrijving van de huisarts?

Pag 32 vraag:

De relatie werknemer-werkgever-bedrijfsarts is in de praktijk niet eenvoudig:

Bij gezondheidsklachten met werkverzuim stelt de Wet Verbetering Poortwachter de werkgever en werknemer samen verantwoordelijk voor passende re-integratie en het zo snel mogelijk beperken van verzuim. Beiden hebben hierbij taken. De werkgever moet bereid zijn om aard en omstandigheden van werk (waaronder werktijden) aan te passen aan de restcapaciteiten van de patiënt. De werknemer moet bereid zijn zulk aangepast werk te accepteren (mits binnen zijn vermogens). Elke werkgever is wettelijk verplicht zich bij de verzuimbegeleiding te laten bijstaan door een arbodienst of bedrijfsarts en binnen één week de verzuimmelding door te geven. De werknemer heeft, bij verzuim, recht op advies van een bedrijfsarts. In de praktijk kennen werknemers vaak hun rechten bij verzuim niet en worden bedrijfsartsen amper geïnformeerd. Vaak komt er pas een consult als het verzuim langer bestaat en de werkgever een plan van aanpak op moet gaan stellen. Die verplichting geldt na acht weken verzuim. Bij enkele bedrijven is dit beter geregeld en is contact met de bedrijfsarts zelfs mogelijk voordat verzuim optreedt.

Voor patiënten die niet verzuimen is er momenteel wettelijk nog geen mogelijkheid om een afspraak te maken voor het 'open' spreekuur van de bedrijfsarts. In de praktijk bieden enkele, met name grotere bedrijven dit wel aan. In het algemeen hebben zelfstandigen zonder personeel (ZZP'ers) geen reguliere bedrijfsarts. De primaire arbeidsgerelateerde zorg voor zelfstandigen en vrijwilligers ligt bij de huisarts/POH-GGZ. Een huisarts kan wel adviseren om advies in te winnen bij een bedrijfsarts omdat deze meer kennis heeft over de mogelijke relatie tussen arbeid en gezondheidsklachten. Een aantal arbeidsongeschiktheidsverzekeraars (voor ZZP-ers) voorziet in een betaalde mogelijkheid hiervoor.

Pag 34. Conclusie. Waarom ontbreekt de huisarts?

Pag 35: vraag: ja

Pag 38 ev. 5.2 en 5.3

Pag 45 vraag:

Nee.

Een DSM classificatie is, zoals reeds vaker genoemd, niet geschikt om vergoeding in de GGZ op te baseren. Er zijn vele bijkomende, waaronder contextuele factoren, die bepalen of er goede zorg geleverd kan worden in de huisartsenpraktijk. Bij overspanning en burn-out moet de huisartsenpraktijk de ruimte hebben bij onvoldoende vooruitgang te verwijzen naar de GGZ (zie LESA Overspanning en burn-out en Zorgstandaard Aanpassingsstoornissen io).

Wat betreft de uitsluiting van aanpassingsstoornissen: Er zijn vele aanpassingsstoornissen die begeleid en behandeld kunnen worden in de huisartsenpraktijk. Bij hoge lijdensdruk en ernstig disfunctioneren zal echter uitgebreidere behandeling nodig zijn.

Ook bij psychosociale zorg bij somatische aandoeningen is dit het geval. De huisartsenpraktijk is niet altijd in staat is om deze zorg bij ernstige problematiek te bieden.

Nee, zie complexe relatie werknemer-werkgever-bedrijfsarts.

Pag 46. Vraag: ?

Pag 62. Vraag ja.

De behandeling van overspannenheid en burn-out zijn net zo als aanpassingsstoornis uitgesloten van de geneeskundige GGZ. Dit wordt als knelpunt ervaren bij de participatie en/of re-integratie naar werk, zeker als de werkgever de behandeling niet betaalt.

Pag 64. Vraag ja

Pag 71 Vraag

De behandeling van aanpassingsstoornis, overspannen/burn-out door de basis GGZ en de gespecialiseerde GGZ dient wel vergoed te worden. Deze uitsluiting wordt door de zorgverleners en de werkgroep die de Zorgstandaard Aanpassingsstoornissen aan het ontwikkelen is als een groot knelpunt gezien. Hierdoor kunnen een significant aantal patiënten niet worden verwezen en krijgen niet de juiste behandeling op de juiste plek.

Zorginstituut Nederland

T.a.v. mevrouw L. V.

Datum : 14 juni 2016
Ons Kenmerk : 16061
Betreft : Consultatie duiding participatie in de GGZ

Geachte mevrouw V.,

Dank voor uw uitnodiging om te reageren op het conceptrapport 'Bevordering van participatie van cliënten met een psychische stoornis'.

In deze duiding zijn aan Zorginstituut Nederland drie vragen namens de minister van VWS voorgelegd, te weten:

1. In hoeverre is er bij de activiteiten die zorgprofessionals bieden om arbeid of participatie van de cliënt te bevorderen sprake van verzekerde zorg in het kader van de Zorgverzekeringswet (Zvw)? Welke zorg en interventies betreffende arbeid en participatie houden verband met geneeskundige zorg die verzekerd is binnen de Zvw en kunnen daardoor onder de basisverzekering vallen? Wat is de ruimte voor zorgverleners om arbeidsparticipatie te bevorderen binnen de grenzen van de basisverzekering?
2. Welke activiteiten die zorgprofessionals plegen tot het bevorderen van arbeid of participatie van de cliënt behoren tot een ander domein (publiek/privaat of werkgever)?
3. Sluit de zorgverzekeringswet goed aan op andere systemen op dit gebied (Wmo, Participatiewet, Wwz, Zvw)? Met andere woorden, doet zich dubbele aanspraak voor? Of is er juist sprake van blinde vlekken en zo ja, op welke terreinen?

Algemene reactie

Voordat wij ingaan op de door u geformuleerde consultatievragen, willen wij graag een algemene reactie geven.

Het scheiden van de verschillende dimensies van herstel naar wettelijke domeinen en verantwoordelijke sectoren, doet geen recht aan de complexe en dynamische samenhang tussen deze dimensies. Het leidt tot een beleidswerkelijkheid, die niet overeenkomt met de realiteit zoals deze voor cliënten en zorgverleners geldt. Juist voor mensen met ernstige psychische aandoeningen leidt dit tot een kunstmatige en ineffectief gebleken scheiding van *coördinatie* en *uitvoering*. De integratie van coördinatie en uitvoering is de spil van het ACT- en FACT-model, en eveneens in het IPS-model. Uit onderzoek weten we dat een geïntegreerde aanpak een belangrijke voorwaarde is voor succes.

Het opknippen van de verschillende dimensies herstel gaat bovendien in tegen de geldende consensus in de sector, kwaliteitsstandaarden i.o. en standpunt van patiëntenorganisaties. Zo heeft de expertraad ROM-EPA in samenwerking met de Stichting Benchmark GGZ een geïntegreerde Herstelschaal ontwikkeld. De validatie van deze schaal is in voorbereiding. Het uitsluiten van maatschappelijk- en zeker ook persoonlijk herstel van het domein van de Zvw ondermijnt de algehele transitie naar herstelondersteunende zorg. Persoonlijk

herstel is ook altijd, uiteraard in nauwe verwevenheid met het streven naar klinisch herstel, het doel van behandelinterventies in de GGz, althans behoort dat te zijn (Van Tilburg, 2007).

In Nederland zijn verschillende methodieken voor zelfhulp en inzet van ervaringsdeskundigheid beschikbaar om het persoonlijk herstel te bevorderen. Zo wordt de erkende interventie *Herstellen Doe je Zelf* breed aangeboden in de (gespecialiseerde) ggz. Een effectstudie laat een positief effect zien op empowerment, hoop en zelfvertrouwen (Van Gestel, 2011). Bij de activiteiten van HEE (Herstel, Empowerment en Ervaringsdeskundigheid) staat de opbouw van ervaringskennis centraal. In een RCT naar de HEE-trajecten zien we o.a. positieve uitkomsten wat betreft vertrouwen in de toekomst en mentale veerkracht. Er lijkt ook sprake van vermindering van symptomen van depressie en van negatieve symptomen bij psychose (Boevink et al., 2016). Het Wellness Recovery Action Plan (WRAP) is een zelfhulpinstrument dat ook wortelt in het herstelconcept (Boertien et al., 2012). In de Verenigde Staten staat WRAP te boek als een *evidence-based practice*. Uit een multisite RCT bleek dat WRAP-deelnemers significant minder last hadden van symptomen, alsook hogere scores op hoop en subjectieve kwaliteit van leven (Cook et al., 2012). WRAP sluit goed aan bij andere methoden en biedt houvast voor persoonlijk herstel én ervaringsdeskundige inzet.

Recent beleid volgt deze zorginhoudelijke ontwikkelingen. Zo heeft de Nederlandse Zorgautoriteit begin 2016 besloten om het beroep van “Ervaringsdeskundige ggz” te erkennen. Momenteel wordt gewerkt aan de door NZa gestelde voorwaarden teneinde dit besluit per 1-1-2018 volledig te kunnen effectueren.

Voorts getuigt het rapport op een aantal plaatsen niet van het juiste begrip van de IPS-methodiek. Inderdaad neemt IPS alle mensen met ernstige psychische aandoeningen ‘in traject’ die enige motivatie tot betaald werk laten zien. Maar motivatie is geen alles-of-niets fenomeen. Het is doorgaans een grillig proces van ups en downs, van grote tot minder grote ambivalentie, van meer of minder gemotiveerd zijn. In zo’n proces hebben mensen met ernstige psychische aandoeningen de deskundige ondersteuning van de IPS trajectbegeleider nodig.

Daarnaast lijkt het alsof IPS in het rapport uitsluitend tot het domein van het maatschappelijk herstel wordt gerekend, terwijl IPS mede het functionele herstel (herstel van executieve functies en vaardigheden) als oogmerk heeft en met gerichte aandacht beïnvloedt. Maatschappelijk herstel en functioneel herstel zijn in een IPS-traject onlosmakelijk met elkaar verbonden. Een IPS-trajectbegeleider werkt – samen met zijn collega-hulpverleners in het (multidisciplinaire) behandelteam (bv. (F)ACT of VIP team) – zowel voorafgaand maar vooral na de plaatsing in de betaalde baan aan het verbeteren van de executieve functies (beter leren concentreren, plannen, doelgericht werken; zelfregulatie van psychische klachten; prioriteiten leren stellen etc.) van de cliënt. Volgens hedendaagse inzichten gebeurt dat zo min mogelijk in de vorm van ‘droogtrainingen’ maar in vivo, in de werkelijkheid van de verworven baan, afgestemd op de functie en taken die de betreffende cliënt moet (leren) vervullen. Dat is de kern van de principes van ‘first-place-then-train’ en van doorlopende steun (zolang als de cliënt die nodig heeft) die bij IPS centraal staan. Ook het IPS-principe van ‘doorlopende inschatting van de functionele (arbeids)mogelijkheden’ moet in het licht van de assessment van functionele mogelijkheden en executief functioneren worden gezien. Samengevat: bij IPS gaan het bevorderen van maatschappelijk herstel en het streven naar functioneel herstel hand in hand. Volgens de in het rapport gevolgde redenering wordt functioneel herstel wél tot het terrein van de Zvw gerekend, en zou IPS dus ook (gedeeltelijk) uit de Zvw moeten worden gefinancierd.

De analyse in het rapport van onderzoek naar het verband tussen arbeid en psychische gezondheid, leverde geen direct causaal verband op van het eerste naar het tweede. Dat is niet verwonderlijk gezien de complexe relatie tussen beide fenomenen, vanwege allerlei *confounding* en *interactive* effecten, waarvoor niet gecontroleerd kan worden. De overweldigende *circumstantial evidence* voor het positieve effect van werk op de psychische gezondheid is intussen echter wel zo groot, bv. de aangetoonde reductie van het aantal ziekenhuisopnames en de toename van kwaliteit van leven, dat de vraag rijst of deze niet overtuigend

genoeg is om toch mee te wegen. Bovendien is alleen gekeken naar het effect van arbeid, terwijl participatie veel breder kan worden opgevat. In die zin doet het rapport de andere vormen van het bevorderen van participatie tekort.

Om maatschappelijke participatie te bevorderen moeten we komen tot een integrale en sector overstijgende aanpak, waarbij de kosten (én baten) gelijk verdeeld worden (Schuring ea, 2016; Over de brug, Plan van Aanpak bij ernstige psychische aandoeningen, 2014; OECD, 2014). Het categorisch uitsluiten van alle (elementen van) interventies gericht op maatschappelijke participatie binnen het domein van de Zvw, leidt tot een impasse in de dagelijkse zorgverlening. Hoe de benodigde integrale aanpak tot stand moet komen, laat het rapport in het midden: “Immers, het Zorginstituut heeft de kennis en expertise om de Zorgverzekeringswet (en de Wet langdurige zorg) te duiden en geen expertise als het gaat om de uitleg van andere wetten.”p12.

In bijlage 1 is een lijst opgenomen van gebruikte literatuur.

Beantwoording consultatievragen

Hierna beantwoorden wij de consultatievragen. Bij een aantal vragen zullen wij volstaan met een verwijzing naar de reactie van GGZ Nederland.

Hoofdstuk 2

- Bent u het met ons eens dat activiteiten in het kader van klinisch herstel en functioneel herstel onder het domein van de Zvw vallen?

Ja, echter niet uitsluitend klinisch herstel en functioneel herstel. Activiteiten gericht op het persoonlijk en maatschappelijk herstel vallen (in ieder geval deels) binnen het domein van de gezondheidszorg en daarmee de Zvw, omdat zij hand in hand gaan met zorg die gericht is op *genezing of het voorkomen van verergering van een ziektebeeld*. Een voorbeeld daarvan zijn de activiteiten in de context van IPS gericht op het trainen van de executieve functies en vaardigheden, die bijdragen aan het functioneel herstel. Een ander voorbeeld is het effect dat interventies die gericht zijn op het persoonlijk herstel hebben op klinisch herstel door middel van symptoomreductie, verbeterd zelfbeeld, minder opnamedagen, etc.. Voor verdere toelichting hierop verwijzen we graag naar onze inleiding.

- Is het bevorderen van (het weer starten met) werk een zinvolle activiteit in het kader van klinisch herstel en functioneel herstel?

Ja, vele onderzoeken beschrijven de importantie van het hebben van werk voor mensen met (ernstige) psychische problemen (o.a. Factsheet Panel Psychisch Gezien 2014; OECD rapport, 2014; Multidisciplinaire richtlijn werk en ernstige psychische aandoeningen, 2013; Drake ea, 2016).

- Zijn er doelgroepen waarvoor (betaald) werk extra van belang is of voor wie het volgens u juist niet goed is om te werken? Waarom?

Voor alle mensen – met en zonder - psychische problemen is het (behouden van) werk van groot belang. Er is momenteel terecht meer aandacht voor het vergroten van de arbeidsparticipatie van mensen met psychische aandoeningen. Zo werd op 1 december 2014 het rapport Mental Health and Work Netherlands van de OECD, door het ministerie van SZW aangeboden aan de Tweede Kamer. Uit dit rapport blijkt dat organisaties in Nederland de laatste jaren een enorme stap hebben gemaakt in het re-integreren van

mensen met een beperking, maar dat de arbeidsparticipatie van mensen met (ernstige) psychische aandoeningen echter achter blijft, gemiddeld 68% (OECD, 2014).

Zeker onder de groep mensen met ernstige psychische aandoeningen is de arbeidsparticipatie laag (minder dan 20%), hoewel de wens tot arbeidsparticipatie hoog is, vooral bij cliënten onder de 45 jaar. Ook ligt het aantal ziekmeldingen van mensen met ernstige psychische aandoeningen een derde tot de helft hoger dan gemiddeld. Voor de doelgroep van mensen met ernstige psychische aandoeningen is het daarom extra van belang om de arbeidsparticipatie te bevorderen.

Tevens willen we u attenderen op een onjuist feit over de omvang van deze doelgroep op p9: 'In Nederland zijn ongeveer 72.000 mensen met een ernstige psychische aandoening'. Dit aantal wijkt sterk af van het aantal volgens de gehanteerde definitie van Delespaul, die op een prevalentie van ernstige psychische aandoeningen (inclusief verslavings- en forensische zorg) komt van 1,3% van de totale bevolking (216.000) of 1,6% van de bevolking tussen 18 en 65 jaar (160.000). Ongeveer 75% daarvan is in zorg bij de GGZ of andere zorgverleners.

Hoofdstuk 3

- Bent u het eens met de korte omschrijving die wij geven van de verschillende wetten die van belang zijn voor (arbeids)participatie in de GGZ?

Wij plaatsen graag een tweetal kanttekeningen bij de stelling op p20: "Gemeente, werkgever en UWV dragen hiermee in belangrijke mate bij aan het maatschappelijk herstel van mensen met psychische stoornissen."

- 1) Zoals in de inleiding uiteengezet, doet het scheiden van de verschillende dimensies van herstel naar wettelijke domeinen en verantwoordelijke sectoren, geen recht aan de complexe en dynamische samenhang tussen deze dimensies.
 - 2) Sterker nog, inspanningen van het UWV en gemeenten dragen niet alleen bij aan de verbetering van maatschappelijke participatie, maar ook aan een kostendaling van de geneeskundige zorg. Recent onderzoek heeft door middel van een maatschappelijke kosten- en batenanalyse in beeld gebracht dat de baten van investeringen die gemeenten doen in het kader van de Participatiewet (re-integratie van mensen met psychische problemen met een grote afstand tot de arbeidsmarkt) terecht komen bij zorgverzekeraars in de vorm van een daling van zorgkosten (Schuring ea, 2016). Een aanbeveling van de onderzoekers is dan ook om de financiering van arbeidsgerelateerde activiteiten (deels) te beleggen bij zorgverzekeraars. Een goed voorbeeld is hiervan is de gemeente Amsterdam, waar de zorgverzekeraar Achmea de eerste 8 gesprekken van een IPS traject financiert vanuit extra gelden van de zorgverzekeraar.
- Kunt u zich vinden in de omschrijving van de bijdrage van deze wetten voor de (arbeids)participatie van de GGZ (zie ook bijlage 3)? Heeft u hierbij nog aanvullingen op of opmerkingen?

Ja, met de aantekening dat er in de praktijk een grote ongelijkheid optreedt tussen de cliënten die onder de Wet verbetering poortwachter en WIA vallen enerzijds, en de cliënten die onder de Participatiewet vallen anderzijds. Doordat gemeenten hun inzet en participatiebudget naar eigen inzicht mogen verdelen, zijn er lokaal grote verschillen in beschikbaarheid en kwaliteit van begeleiding die geboden wordt aan mensen met (ernstige) psychische problemen.

Hoofdstuk 4

- Kunt u zich vinden in de omschrijving van de genoemde richtlijnen, modules en handboek? Heeft u hier nog aanvullingen op of opmerkingen bij?

Wij doen graag een aantal aanvullingen:

- a) Het rapport trekt op basis van de Multidisciplinaire richtlijn werk en ernstige psychische aandoeningen de conclusie: “Zij bevestigen hiermee dat klinisch herstel, functioneel herstel en maatschappelijk herstel dusdanig nauw kunnen samenhangen, dat intensieve samenwerking tussen betrokkenen noodzakelijk is.” p32. Daarmee doet het rapport de bevindingen van deze richtlijn tekort, namelijk dat er evidentie is voor ‘een *geïntegreerde* aanpak waarbij arbeidsbegeleiders deel uitmaken van het multidisciplinaire zorgteam.’ Daarmee worden doelen gericht op het verkrijgen van arbeid onderdeel van het behandelplan en wordt casemanagement binnen de geneeskundige zorg geplaatst.
- b) Ten aanzien van het Handboek (Flexibele)ACT willen we graag toevoegen dat een essentieel onderdeel van het (F)ACT team is dat het een gedeelde caseload heeft. Weliswaar heeft een cliënt een vast aanspreekpunt (casemanager), maar alle teamleden –waaronder de IPS trajectbegeleider- werken samen en zijn betrokken bij de behandeling van iedere cliënt. Daardoor is het hele team betrokken bij de uitvoering van interventies op alle leefgebieden. En voor de volledigheid: het rapport verwijst naar een oude versie van het Handboek uit 2008. Er is een herziene versie en andere naamgeving sinds 2015.
- c) Op dit moment zijn er vele stoornisspecifieke zorgstandaarden en generieke modules in ontwikkeling in opdracht van het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ. De eindproducten zijn nog niet gereed, maar aan alle betrokken werkgroepen wordt gevraagd om invulling te geven aan activiteiten om re-integratie en participatie te bevorderen (model zorgstandaarden en generieke modules, <http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl/>). De consensus over het belang hiervan in de sector is groot; er is zelfs een aparte generieke module gericht op arbeidsparticipatie ‘*Arbeid als medicijn*’. Primaire doelgroep voor de kwaliteitsstandaarden zijn zorgprofessionals (binnen het Zvw domein). In vele kwaliteitsstandaarden zullen interventies voor maatschappelijke participatie worden opgenomen. In de Generieke Module ernstige psychische aandoeningen en de Generieke Module Herstelondersteunende zorg is uitgebreid ingegaan op de noodzaak van zowel het bevorderen van arbeidsparticipatie, als een intersectorale aanpak om die aanbevelingen uit te kunnen voeren. Een en ander getuigt ervan dat interventies gericht op het bevorderen van participatie, naar het oordeel van de betrokken beroepsgroepen *binnen* het arsenaal van de medische onderzoeks- en behandelingsmogelijkheden in de Zvw thuishoren. Er is in de genoemde Generieke Modules geen separate uitwerking gemaakt voor de samenhang tussen wettelijke domeinen en de financiering m.b.t. arbeidsparticipatie in de ggz.

Het rapport gaat met zijn pleidooi om interventies gericht op het bevorderen van participatie buiten de Zvw te houden, dus in tegen het oordeel van de betrokken beroepsgroepen. Deze beroepsgroepen rekenen IPS en andere op persoonlijk en maatschappelijk herstelgerichte interventies expliciet tot het arsenaal van de medische onderzoeks- en behandelingsmogelijkheden rekent.

- We concluderen in deze paragraaf dat het rekening houden met de situatie van de cliënt en de factoren die het herstel bevorderen of belemmeren, tot geneeskundige geestelijke zorg behoort. Ook concluderen we dat casemanagement tot geneeskundige zorg kan behoren, indien de primaire zorgvraag een geneeskundige betreft en indien eenvoudige afstemmingsmethoden niet toereikend blijken. Bent u het eens met deze conclusies? Waarom (niet)?

Wij onderschrijven de conclusie dat het rekening houden met de situatie van de cliënt en de factoren die het herstel bevorderen of belemmeren, tot geneeskundige geestelijke zorg behoort. Echter, de conclusie dat casemanagement tot geneeskundige zorg kan behoren, enkel indien de primaire zorgvraag een geneeskundige betreft, vinden wij haaks staan op de dagelijkse zorgpraktijk, waarin behandeling, begeleiding en praktische ondersteuning voortdurend op elkaar moeten worden afgestemd. Bovendien is de integratie van uitvoering en coördinatie de spil van verschillende evidence based interventies ((F)ACT en IPS). En eveneens van het IPS-model. En zoals het CVZ aangeeft in het standpunt Casemanagement uit 2011 zijn integrale vormen (waarbij coördinatie samen gaat met uitvoering) effectiever dan enkel coördinerende vormen van casemanagement.

Het rapport stelt verder op p 34: “Als eenvoudige middelen om tot afstemming tussen de verschillende domeinen te komen, tekortschieten en een (pro)actieve benadering nodig is, kan casemanagement aan de orde zijn.” Dat is per definitie (zie Delespaul ea 2013, “waarbij gecoördineerde zorg van professionele hulpverleners in zorgnetwerken geïndiceerd is om het behandelplan te realiseren”) het geval bij ernstige psychische aandoeningen, waar (F)ACT en IPS zich op richten.

De uitvoering van interventies gericht op (arbeids)participatie zullen daarmee een mengvorm zijn van de activiteiten die bijdragen aan de behandeling gericht op genezing of het voorkomen van verergering van een ziektebeeld en casemanagement van geneeskundige zorg, én activiteiten die vallen onder de wettelijke domeinen van de Participatiewet/Wet Poortwachter/WIA. Daarbij moet in acht worden genomen dat deze benodigde integrale aanpak kwetsbaar is zonder een structureel budget (Schuring ea, 2016).

- Bent u het eens met de conclusie dat activiteiten die zich richten op persoonlijk en maatschappelijk herstel niet vallen onder de geneeskundige GGZ?

Nee, het opknippen van de verschillende dimensies van herstel naar wettelijke domeinen en verantwoordelijke sectoren leidt tot fragmentatie van zorg. Zoals het rapport op p 17 stelt: “Deze scheiding van activiteiten lijkt op papier duidelijk, maar er zal in de praktijk ongetwijfeld overlap bestaan”. Ook bij behandelinterventies gaat het nooit uitsluitend om klinisch herstel, maar om psychische gezondheid en persoonlijk herstel in ruimere zin: vergroten van zelfvertrouwen, self-efficacy, mastery, hoop en zelfbepaling. Omgekeerd bewerkstelligen interventies gericht op persoonlijk en maatschappelijk herstel ook positieve effecten op klinisch en functioneel herstel (zie de toelichting hierop in de inleiding).

Hoofdstuk 5

- Bent u het eens met onze conclusie dat behandeling van werkgerelateerde problemen zoals overspanning en burnout vanuit de geneeskundige GGZ niet ten laste van de Zvw kan komen? Kunt u zich vinden in onze conclusie dat financiering van deze zorg in principe tot de verantwoordelijkheid van de werkgever behoort in het kader van de Wet Verbetering Poortwachter. Heeft u hierbij nog opmerkingen of aanvullingen?

Hier verwijzen wij naar de reactie van GGZ Nederland; met hen zijn wij van mening dat deze problemen aanleiding kunnen zijn voor behandeling in de Zvw.

Hoofdstuk 6

- Bent u het eens met de conclusie van het Zorginstituut dat IPS niet behoort tot geneeskundige zorg? Zo nee, welke delen van de interventie vormen volgens u wel geneeskundige zorg?

Nee, belangrijke elementen van IPS behoren tot de geneeskundige zorg, omdat zij bijdragen aan klinisch en functioneel herstel. Delen van de interventie die onder de geneeskundige zorg, zijn bv. de eerste oriënterende gesprekken met cliënten om hun wensen te bespreken (vraagverheldering), deelname aan behandeloverleg voor afstemming met andere aspecten van de behandeling (integratie met behandeling), casemanagement behandeldoelen m.b.t. arbeid, en aandacht voor bevorderen van executieve functies.

Alle cliënten die betaald werk willen vinden en behouden, kunnen IPS-begeleiding krijgen (*zero exclusion*). Het streven binnen de IPS methodiek is om binnen één maand de eerste contacten met een werkgever te realiseren. Het doel daarvan is niet een snelle plaatsing, maar het proces van het zoeken en oefenen zelf. Het demonstreert dat de IPS trajectbegeleider de doelen van de cliënt serieus neemt, gelooft in diens vaardigheden en mogelijkheden, en biedt direct aanknopingspunten om vaardigheden (functioneel herstel, dat wel tot de geneeskundige zorg wordt gerekend door ZiN) in vivo te trainen. Van dat laatste is uitvoerig aangetoond dat het effectiever is, omdat vaardigheden geleerd in een kunstmatige leeromgeving zich nauwelijks generaliseren naar het echte leven, en omdat het vaststellen van benodigde vaardigheden en vormen van ondersteuning in de context van de baan/functie waarin de deelnemer aan de slag gaat efficiënter én motiverender is.

Dat wil niet zeggen dat de activiteiten zich na plaatsing in een baan niet meer uitstrekken tot het domein van de geneeskundige zorg. Activiteiten en voortgang met betrekking tot de op arbeid gerichte behandeldoelen, worden besproken in het (multidisciplinaire) behandeloverleg om integratie en coördinatie met andere aspecten van de behandeling te realiseren. Hierbij valt bijvoorbeeld te denken aan het aanpassen van de medicatiemomenten, aandacht voor concrete klachten in de werksituatie in psychotherapie, het trainen van cognitieve vaardigheden? Andersom levert een IPS-traject voor andere betrokken behandelaren informatie op waar zij in hun klinische praktijk op kunnen voortbouwen (Corbiere ea, 2013). Ook het trainen van executieve functies en vaardigheden (functioneel herstel) gaat bij IPS ook na plaatsing in een betaalde baan door.

De integratie van IPS met de behandeling heeft grote voordelen:

- Cliënten, vooral degenen met ernstiger beperkingen, worden gemakkelijker bereikt;
- Arbeidsbegeleiding en andere bemoeienissen met de cliënt worden beter op elkaar afgestemd;
- Andere teamleden raken eerder overtuigd van voordelen van werk voor cliënt;
- De kennis van behandelaars heeft toegevoegde waarde voor trajectbegeleiding.
(Becker & Drake, 2003)

- Kunt u deze specificeren (welke professional verricht welke activiteiten in het kader van de geneeskundige zorg)?

Zoals hiervoor nader toegelicht behoren de volgende onderdelen van IPS tot de geneeskundige zorg:

- Vraagverheldering, doelformulering, voorlichting en opstellen arbeidsprofiel
- Afstemming in behandeloverleg ten behoeve van integratie met andere aspecten van de behandeling
- Casemanagement gericht op realisatie behandelplan m.b.t. betaalde arbeid
- Coaching en training in relatie tot arbeid gericht op executieve functies en het structureren van het dagelijks leven teneinde gezond en duurzaam aan het werk te kunnen blijven.

Naast de IPS-trajectbegeleider zijn voor de samenhangende behandelaspecten andere professionals in de geneeskundige zorg van belang. In dat verband wijzen in het bijzonder op de “somatische beroepen” (vlgs. beroepentabel) in relatie tot functioneel herstel zoals de ergotherapeut.

- Ontbreekt in dit hoofdstuk belangrijke informatie over het effect van IPS op klinisch en functioneel herstel? Welk?

Wij attenderen u graag op een aantal correcties m.b.t. passage over de Trimbos business case op p. 55 van het rapport. Een voorstel voor een aangepaste tekst is opgenomen in bijlage 2.

Er ontbreekt belangrijke informatie over het effect van IPS op het klinisch en functioneel herstel. Longitudinaal onderzoek laat zien dat IPS ook op langere termijn (8 á 12 jaar na instroom in programma) effectief is (Salyers e.a. 2004; Becker e.a. 2007): 'duurzaam inzetbaar'. Bovendien blijkt dat cliënten mede door de IPS begeleiding steeds beter gaan functioneren in hun baan en vaak ook een stijgende lijn in arbeidscarrière doormaken (Becker e.a., 2007).

De literatuurstudie (bijlage 4) heeft niet de juiste insteek. Allereerst gaat het er niet om of IPS een direct positief effect heeft op het klinisch herstel (gezondheidsgerelateerde uitkomsten) of op de kwaliteit van leven van mensen met EPA. Het gaat om een indirect verband; de redenering moet zijn: a) Deelname aan betaalde arbeid bevordert de (psychische) gezondheid (al of niet via IPS verkregen); b) IPS bevordert deelname aan betaalde arbeid (en doet dat beter dan alternatieve arbeidsintegratiemethoden); a en b leiden tot c): IPS bevordert de (psychische) gezondheid langs de indirecte weg van toenemende arbeidsparticipatie, en doet dat beter dan alternatieve arbeidsintegratiemethoden (die immers significant minder vaak betaalde banen opleveren). Oftewel: 'employment is the active ingredient for achieving better nonvocational outcomes' (Bond et al. 2001).

Tenminste twee recente studies leveren nieuwe evidentie dat het hebben van een reguliere betaalde baan tot beduidend minder ziekenhuisopnames en een hogere kwaliteit leven leidt (Hoffmann ea, submitted, Luciano ea, 2016). Hieronder een korte beschrijving van beide studies:

Hoffmann e.a. Effects of sustained competitive employment on psychiatric hospitalisations and quality of life (submitted).

Het doel van deze studie was om de effecten van duurzame reguliere arbeid op de kwaliteit van leven en opnames in een psychiatrisch ziekenhuis (voltijds en deeltijd) te onderzoeken. In de onderzoeksperiode van vijf jaar was arbeidsparticipatie bij EPA-cliënten die deelnamen aan een RCT naar IPS (n=89), significant geassocieerd met minder ziekenhuisopnames en een hoge kwaliteit van leven. Daarbij werd gecontroleerd voor de ziekenhuisopnames in de vijf jaar voorafgaand aan de studie, hetgeen een causaal verband tussen betaald werk en minder hospitalisatie waarschijnlijker maakt. Conclusies auteurs: 'Rehabilitative and therapeutic dimensions of functional health are interrelated in the long term. The achievement of sustained competitive employment may be a key factor in improving social and psychiatric outcomes for people with severe and persistent mental disorders.'

Luciano e.a. (2016). Hospitalization risk before and after employment among adults with schizophrenia, bipolar disorder, or major depression. Psychiatric Services (published ahead of print). Doi 10.1176/appi.ps.201500343.

Het gaat in deze studie om de prospectieve uitkomsten inzake arbeidsdeelname en ziekenhuisopname bij 2.055 mensen met schizofrenie, een bipolaire stoornis of depressie die een arbeidsongeschiktheidsuitkering ontvangen. Associaties tussen arbeidsdeelname en ziekenhuisopnames werden onderzocht via multilevel regressie analyses en time-lagged modeling. Er werd gecontroleerd voor baseline kenmerken, waaronder ziekenhuisopnames voorafgaand aan de studie en zelfgerapporteerde lichamelijke gezondheid. Conclusie van de auteurs: "Unemployed outpatients with SMI were less likely to experience psychiatric hospitalizations after gaining employment". En ook: "Our lagged analyses were consistent with a stronger inference

regarding causality: gaining employment precedes reductions in the likelihood of psychiatric hospitalization”.

Hoofdstuk 7

- Herkent u de beschreven signalen?
- Ziet u zelf nog andere belangrijke aspecten die de participatie van mensen met psychische problemen belemmeren of juist bevorderen?
- Welke signaal heeft volgens u de grootste gevolgen voor (arbeids)participatie van mensen met psychische problemen?
- Bent u het eens met de conclusie dat er geen leemtes zijn in de wettelijke domeinen? Zo nee, welke leemtes zijn er volgens u?

Voor de beantwoording van bovenstaande vragen verwijzen wij naar de reactie van GGZ Nederland. In aanvulling hierop noemen wij stigma als aspect dat de participatie belemmert. Stigmatisering komt in de context van arbeidsparticipatie tot uitdrukking in discriminatie bij sollicitatie en in de vorm van vooroordelen van werkgevers (publiek stigma). Als uiting van zelfstigma zien we het “why try effect”.

Hoofdstuk 8/9

- Bent u het eens met de conclusies en de gegeven aanbevelingen? Kunt u aangeven waarom (niet)?
- Ziet u mogelijk andere aanbevelingen op grond van dit rapport? Welke?

Nee, wij onderschrijven belangrijke (delen van de) conclusies niet.

T.a.v. de beantwoording van de eerste deelvraag:

- a) Het domein van de Zvw zien wij niet beperkt tot klinisch en functioneel herstel. Het scheiden van herstel naar verschillende wettelijke domeinen en sectoren doet geen recht aan de complexe en dynamische samenhang tussen deze dimensies. Interventies gericht op maatschappelijk- en persoonlijk herstel bewerkstelligen positieve effecten op klinisch en functioneel herstel, en vice versa.
- b) Activiteiten gericht op maatschappelijk- en persoonlijk herstel behoren tot het erkende arsenaal van activiteiten die zorgprofessionals plegen te bieden, getuige de consensus in de sector vastgelegd in kwaliteitsstandaarden (richtlijnen, handboeken, zorgstandaarden en generieke modules) en beleidsontwikkelingen (standpunt NZa inzake ervaringsdeskundigheid en Plan van Aanpak ernstige psychische aandoeningen, Over de brug).
- c) Casemanagement is per definitie noodzakelijk bij ernstige psychische aandoeningen en zit in de definitie besloten (het criterium “waarbij gecoördineerde zorg van professionele hulpverleners in zorgnetwerken geïndiceerd is om het behandelplan te realiseren”). Integratie van uitvoering en coördinatie, en van behandeling en arbeidsre-integratie (conform het (F)ACT en IPS model) is daarbij effectiever dan een makelaarsmodel.

T.a.v. de beantwoording van de tweede deelvraag:

- a) Er wordt gesteld dat “het vinden van een betaalde baan ondanks de psychische stoornis” het primaire doel van IPS is. Het bevorderen van executieve functies en de psychische gezondheid gaat echter hand in hand met het bevorderen van arbeidsparticipatie. IPS is effectiever dan alternatieve arbeidsintegratiemethoden (die immers significant minder vaak betaalde banen opleveren). Er is een overtuigende hoeveelheid onderzoek die het positieve verband tussen het hebben van werk en (psychische) gezondheid aantoont.

- b) Bij IPS richten de activiteiten zich niet “voornamelijk op het vinden van een geschikte vacature en het toeleiden naar betaald werk”. Belangrijke elementen van IPS vallen binnen de behandeling, bv. de eerste oriënterende gesprekken met cliënten om hun werkwensen te bespreken (vraagverheldering), deelname aan behandeloverleg voor afstemming met andere aspecten van de behandeling (integratie met behandeling), casemanagement behandeldoelen m.b.t. arbeid, en aandacht voor het bevorderen van executieve functies.

T.a.v. de beantwoording van de derde deelvraag:

- a) Interventies gericht op alle dimensies van herstel zullen zich over meerdere wettelijke domeinen strekken. Met het uitsluiten van interventies mede gericht op maatschappelijke en persoonlijk herstel ontstaan er leemtes in de uitvoeringspraktijk. Dit onderstreept het belang van het advies van het Zorginstituut; het onder de werking van de Zvw brengen van delen van op arbeidsparticipatie gerichte interventies zal aansluiting op de andere wetsystemen dichterbij brengen.

Wij doen op basis van voorgaande graag de volgende suggesties voor aanbevelingen:

- a) Het in de Zvw opnemen van (delen van) interventies gericht op persoonlijk herstel en bevorderen van participatie van mensen met een psychische stoornis.
- b) Om de participatie van mensen met ernstige psychische aandoeningen te bevorderen is een integrale en sectoroverstijgende aanpak nodig, waarbij de kosten (én baten) gelijkelijk over sectoren verdeeld worden. Er zijn aanwijzingen dat baten van inspanningen van andere sectoren, bijdragen aan een kostendaling van de geneeskundige zorg. Een ongelijke verdeling van kosten en baten belemmert de samenwerking. Een deel van de financiering van arbeidsgerelateerde activiteiten moet belegd worden bij zorgverzekeraars (zoals in Amsterdam reeds gebeurt).

Wij danken u voor de gelegenheid om onze zienswijze en advies toe te lichten en hopen dat deze zullen bijdragen aan uw advies aan de minister. Natuurlijk zijn wij graag bereid om nader in te gaan op eventuele vragen.

Prof. dr. J. van Weeghel,

Dr. H.W.C. Michon

Directeur wetenschap,
Namens Kenniscentrum Phrenos

Senior wetenschappelijk medewerker,
Namens Trimbos Instituut

Dr. C. P. G. Couwenbergh

Dr. J.D. Kroon

Projectleider Generieke module
Ernstige psychische aandoeningen

Projectleider Generieke module
Herstelondersteunende zorg

BIJLAGE 1: Gebruikte literatuur

Becker & Drake (2003), *A Working Life for People with Severe Mental Illness*. New York: Oxford University Press.

Becker DR, Whitley R, Bailey EL, Drake RE. Long-term employment outcomes of supported employment for people with severe mental illness. *Psychiatr Serv*. 2007;58:922–928.

Boertien, D., Bakel van, M. en Weeghel van J. (2012) Wellness Recovery Action Plan in Nederland- Een herstelmethodes bij psychische ontwrichting. *MGV* 67(5), p 276-283.

Boevink W., Kroon, H., Vugt van, M., Delespaul, P. Os van. J.(2016), A user-developed, user run recovery programme for people with severe mental illness: A randomised control trial. (Psychosis) *Psychological, Social and Integrative Approaches*. (published ahead of print)

Bond GR, Resnick SR, Drake RE, Xie H, McHugo GJ, Bebout RR. (2001) Does competitive employment improve nonvocational outcomes for people with severe mental illness? *J Consult Clin Psychol*.;69:489–501.

Cook, JA., Copeland, ME., Floyd, CB., Jonikas, JA., Hamilton, MM., Razzano, L., Boyd, S. (2012). Impact of Wellness Recovery Action Planning on depression, anxiety, and recovery: Results of a randomized controlled trial. *Psychiatric Services*, 63, 541–54

Corbiere (2013), BAKES Corbière, M., Lanctôt, N., Brouwers, E., Van Weeghel, J. Employment specialists' competencies needed to help people with severe mental illness enrolled in supported employment programs. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 10/2013; DOI: 10 1007/s10926-013-9482-5.

CVZ-standpunt 'Casemanagement' d.d. 25 maart 2011

Delespaul, Ph. en de Consensus Groep EPA (2013). Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, juni 2013.

Drake, R., Bond, G., Becker, D. (2012), *Individual Placement and Support, An Evidence-Based Approach to Supported Employment*, Oxford University Press.

Drake, G., Bond G., Goldman H., Hogan, M., Karakus, M. (2016). Individual Placement And Support Services Boost Employment For People With Serious Mental Illnesses, But Funding Is Lacking. Project HOPE— The People-to-People Health Foundation, Inc.

Gestel-Timmermans, J.A.W.M. van (2011). Recovery is up to you: Evaluation of a peer -run course. Proefschrift, Universiteit van Tilburg

Hoffmann e.a. Effects of sustained competitive employment on psychiatric hospitalisations and quality of life (submitted).

Place, K., Hulsbosch, L, Michon, H. (2014). Factsheet Panel Psychisch Gezien. Factsheet vierde peiling: Werk, eenzaamheid en stigma, Utrecht: Trimbos-instituut.

Kilian, R., Lauber, C., Kalkan, R., Dorn, W., Rössler, W., Wiersma, D., Becker, T. (2012). The relationships between employment, clinical status, and psychiatric hospitalisation in patients with schizophrenia receiving either IPS or a conventional vocational rehabilitation programme. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 47, 1381–1389

Kukla, M., Bond, G. R., & Xie, H. (2012). A prospective investigation of work and nonvocational outcomes in adults with severe mental illness. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 200, 214 –222

Luciano, A., Bond, G. R., & Drake, R. E. (2014). Does employment alter the course and outcome of schizophrenia and other severe mental illnesses? A systematic review of longitudinal research. *Schizophrenia Research*, 159(2-3), 312-321. PMID:25278105.

Luciano e.a. (2016). Hospitalization risk before and after employment among adults with schizophrenia, bipolar disorder, or major depression. *Psychiatric Services* (published ahead of print).

Michon H, Schaafsma F & Anema JR (2015) *Arbeid en ernstige psychische aandoeningen; Bericht van een kennissynthese*. Utrecht: Trimbos-instituut & Amsterdam: VUmc.

OECD (2014), *Mental Health and Work: Mental Health and Work*, OECD Publishing.

Projectgroep Plan van Aanpak EPA (2014). *Over de brug. Plan van aanpak voor de behandeling, begeleiding en ondersteuning bij ernstige psychische aandoeningen*. In opdracht van de partijen van het Bestuurlijk Akkoord GGZ. Utrecht: Kenniscentrum Phrenos.

Salyers MP, Becker DR, Drake RE, Torrey WC, Wyzik PF. Ten-year follow-up of clients in a supported employment program. *Psychiatr Serv*. 2004;55:302–308.

Schuring, M., Reeuwijk, K., Burdorf, A. (2016), *Het monitoren van arbeidstoeleiding van mensen met grote afstand tot de arbeidsmarkt en gezondheidsproblemen, eindrapportage*, Afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg Erasmus Universitair Medisch Centrum, Rotterdam.

Tilburg, W. van (2007). Herstel en behandeling: huwelijk of onenight stand? *Tijdschrift voor Rehabilitatie en herstel* 16 (3)

BIJLAGE 2: Correcties m.b.t. passage over de Trimbos business case p. 55

Trimbos ging in op het aantal werkende mensen, het aantal uren dat zij werkten en de productiviteit die dit opleverde. Trimbos vergelijkt IPS, IPS met cognitieve remediatetherapie en reguliere arbeidsrehabilitatie. Daarmee onderzoekt het instituut of de baten van IPS opwegen tegen de kosten en concludeert dat dit naar verwachting het geval is voor zowel IPS als IPS plus cognitieve remediatie. Bij de baten is ook de toegenomen kwaliteit van leven in euro's uitgedrukt. Het Instituut vergelijkt de incrementele kosten en de incrementele baten van IPS, IPS met cognitieve remediatetherapie en reguliere arbeidsrehabilitatie.

Het Trimbos stelt dat IPS met cognitieve remediatetherapie naar verwachting een groter effect oplevert en een grotere kosteneffectiviteit heeft dan IPS alleen of reguliere arbeidsrehabilitatie. Dit zou een extra noodzaak opleveren voor intensieve samenwerking van IPS-begeleiders en zorgprofessionals. Van het onderzoek is geen formeel rapport beschikbaar; voor nadere informatie verwijzen wij naar het Trimbos-instituut.

Zorginstituut Nederland
t.a.v. mevrouw L. V.
adviseur
Postbus 320
1110AH DIEMEN

Datum
14 juni 2016
Contactpersoon

Bijlage(n)
-
Doorkiesnummer

Ons kenmerk
FA/mesk/naem/185547/2016
Onderwerp
Consultatie duiding participatie in de ggz

Uw kenmerk
2016059742

Geachte mevrouw V., beste L.,

Dank dat Zorginstituut Nederland ons in de gelegenheid stelt te reageren op het concept rapport over participatie in de ggz. Wij maken graag van die gelegenheid gebruik. In deze brief staat onze reactie per hoofdstuk op de door u in het rapport gestelde consultatievragen.

In het algemeen zien we een gedegen concept rapport waar veel aandacht aan is besteed. Het rapport baart ons echter grote zorgen omdat de conclusies en aanbevelingen de oplossing voor het urgente probleem van (arbeids-)participatie van mensen met een psychische aandoening niet dichterbij brengt. De huidige ontwikkelingen in de ggz en in het sociale domein zijn juist gericht op een integrale benadering van mensen met psychische aandoeningen en op samenwerking tussen de verschillende partijen en door de verschillende systemen heen. Centraal staat de cliënt die in bepaalde periodes meer of minder specialistische zorg en maatschappelijke ondersteuning nodig heeft en geen last moet hebben van schotten tussen de wettelijke en bekostiging systemen. De consequenties van de duiding over herstelondersteuning en participatie in dit rapport gaan deze integrale en cliëntgerichte benadering enorm beperken en afremmen. GGZ Nederland vindt dit samen met stakeholders als de VNG, UWV en LPGGZ een zeer ongewenste ontwikkeling. Om deze reden heeft het bestuur van GGZ Nederland gevraagd een bestuurlijk overleg met het Zorginstituut te plannen voordat het rapport vastgesteld wordt.

Een ander algemeen punt dat we willen maken, is dat in meerdere passages in het rapport een specifieke beroepsgroep wordt benoemd (bijvoorbeeld in het geval van casemanagement). Naast psychiaters, klinisch psychologen, verpleegkundigen zijn er onder meer de agogische beroepsgroepen (zoals MHD, master human development, en SPH, sociaal pedagogisch hulpverlener), ervaringsdeskundigen en de functie van IPS begeleider. Juist deze beroepen vervullen de expertrol in de integrale benadering bij mensen met psychische aandoeningen.

De coördinatie in het kader van casemanagement is dan gericht op het verbinden van de domeinen met elkaar en het tot stand brengen van een integraal en op maat gesneden aanbod. In die context is te spreken over een rol analoog aan die van de casemanager. Aangezien de Zorgverzekeringswet bepaalt 'wat' verzekerde zorg is en niet 'wie' het levert is onze suggestie bij het noemen van beroepsgroepen dit expliciet als voorbeeld te noemen om te voorkomen dat het rapport tot ongewenste beperkingen leidt.

In het rapport wordt geen aandacht besteed aan (arbeids-)participatie van de mensen met common mental disorders (persoonlijkheidsstoornissen, depressies, angststoornissen) binnen de specialistische ggz. In het OECD rapport beveelt men juist aan dat de GGZ en UWV voor deze groep een integraal aanbod ontwikkelen, aangezien de kosten hiervan niet opwegen tegen de kosten van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid.

Wij hoopten dat dit rapport helderheid zou bieden dat de inzet van de ggz professional om een integraal aanbod van specialistische ggz behandeling en re-integratie traject uit te voeren binnen de Zvw past. Helaas worden er over dit aspect van behandeling bij deze groep cliënten geen heldere uitspraken gedaan. Alleen de interventie IPS wordt beschreven en die wordt toegepast binnen de behandeling van mensen met EPA.

Hoofdstuk 2 (Arbeids-)participatie

Bent u het met ons eens dat activiteiten in het kader van klinisch herstel en functioneel herstel onder het domein van de Zvw vallen?

Herstel ondersteunende zorg richt zich op alle vier aspecten van herstel. Het rapport isoleert de vier elementen van herstel. Dit is in tegenspraak met de opvatting dat herstel als totaalconcept mag worden gezien, waarin de verschillende elementen van herstel elkaar wederzijds beïnvloeden, versterken en niet in een dwingende volgorde staan, analoog aan ieders uniek herstelproces dat tevens niet volgens een bepaald patroon en wetmatigheden verloopt. Het rapport verwijst in dit verband onder meer naar publicaties van Jaap van der Stel. Volgens deze auteur omvat de term herstel het gehele spectrum van de psychische zorg: 'Voor de gehele geneeskunde en gezondheidszorg gaat het in essentie om de vier vormen van herstel (klinisch, functioneel, maatschappelijk en persoonlijk)'. Hij stelt ook:

- Aandacht voor het functioneel herstel is (impliciet) een onderdeel van de drie andere aspecten of vormen van herstel
- Mogelijk is persoonlijk herstel de motor van het klinische, functioneel (en maatschappelijk) herstel

Dit strookt dus niet met de opvatting op pagina 16 in het rapport dat klinisch herstel vaak voorafgaat aan functioneel, maatschappelijk en persoonlijk herstel.

Kortom, een strikte scheiding is niet wenselijk en niet mogelijk. Wel zijn de rol en taken van de ggz in het klinische en functioneel herstel anders dan de bij maatschappelijk en persoonlijk herstel. Bij het maatschappelijk herstel zijn ook andere partijen van belang in de ondersteuning van de cliënt, zoals gemeenten en UWV. Onderdeel van de ggz behandeling is ook de cliënt te ondersteunen in de overgang naar de ondersteuning vanuit gemeente. Zijn deze activiteiten niet meer mogelijk, dan is het risico dat het klinische en functioneel herstel van de cliënt vermindert.

Herstel is een continu proces en zeker niet sequentieel (na de ene fase van herstel volgt pas de andere). Door opsplitsing en toedeling aan verschillende disciplines en geldstromen is er grote kans op toename van de bureaucratie wat voor geen van betrokken partijen wenselijk is.

Wij zijn het dan ook niet eens met het uitgangspunt dat alleen activiteiten in het kader van klinisch en functioneel herstel onder het domein van de Zvw vallen, dit is te beperkt.

Is het bevorderen van (het weer starten met) werk een zinvolle activiteit in het kader van klinisch herstel en functioneel herstel?

Ja, want als de cliënt niet ondersteund wordt in zijn maatschappelijk herstel dan heeft dit negatieve gevolgen voor zijn klinische, persoonlijk en functioneel herstel.

Afhankelijk van de wensen en mogelijkheden van de cliënt en de eisen/verplichtingen van de maatschappij (re-integratie naar huidige werk, sollicitatieplicht) zal het maatschappelijk herstel gericht zijn op participatie of op betaald werk. De ggz behandeling ondersteunt de cliënt bij de overgang naar zelfstandiger maatschappelijk functioneren (herstel) en werkt samen met andere partijen hierin.

In het rapport staat op pagina 19 dat er geen studies zijn naar het wederzijdse verband tussen kwaliteit van leven en werk. De conclusie dat arbeid (psychisch) ziek kan maken lijkt gewettigd.

Er is echter ook een andere kant van de medaille. Al sinds jaar en dag is bekend dat arbeid, of preciezer gezegd doelgerichte, gestructureerde activiteit, van groot belang is voor de geestelijke gezondheid. Het ontbreken van werk kan schadelijke gevolgen hebben: het kan leiden tot depressie, alcoholisme, psychosomatische klachten en zelfs suïcide. Daarom lijkt de conclusie dat arbeid gezond maakt eveneens gewettigd.

- De samenhang tussen gezondheid en arbeid blijkt uit diverse buitenlandse studies ([Oortwijn et al, 2011](#)).
- Gezondheid hangt sterk samen met het al dan niet verrichten van betaalde arbeid. Het verschil is het grootst voor [beperkingen bij activiteiten](#) en [ervaren gezondheid](#) ([Gezondheidsmonitor GGD 'en, CBS en RIVM, 2012](#)).
- Uit Nederlands onderzoek blijkt dat niet alleen de feitelijke gezondheidsproblemen van invloed zijn op de mate van arbeidsparticipatie, maar ook de gezondheidsbeleving ([Van Rijssen & Deursen 2012](#); [Kenniscentrum UWV, 2009](#)).
- Een mogelijke verklaring voor de samenhang tussen gezondheid en arbeidsparticipatie is dat een minder goede gezondheid vaker leidt tot uitval uit het arbeidsproces. Dit causale effect blijkt uit longitudinale studies uit Nederland en verschillende EU-landen ([Oortwijn et al 2011](#); [Schuring et al, 2013](#)).

Bij mensen met common mental disorders is het juist van belang dat werk en participatie vanaf het begin onderwerp binnen de behandeling is. Bewezen is immers dat hoe langer mensen niet werken, hoe langer hun re-integratie proces duurt. De verwachting is dat een integrale benadering tussen behandeling en re-integratieproces (UWV/bedrijfsarts/gemeente) tot sneller herstel van psychische klachten leidt en tot een snellere re-integratie. Een pilot hierover met bijbehorend onderzoek loopt bij Reinier van Aerkel in samenwerking met het UWV.

Zijn er doelgroepen waarvoor (betaald) werk extra van belang is of voor wie het volgens u juist niet goed is om te werken? Waarom?

Nee, dit is afhankelijk van de persoon, de persoonlijke omstandigheden en van zijn individuele herstelproces.

Hoofdstuk 3 Wettelijke domeinen

Bent u het eens met de korte omschrijving die wij geven van de verschillende wetten die van belang zijn voor (arbeids) participatie in de GGZ? Kunt u zich vinden in de omschrijving van de bijdrage van deze wetten voor de (arbeids)participatie van de GGZ (zie ook bijlage 3)? Heeft u hierbij nog aanvullingen op of opmerkingen?

Wij missen de Wlz in dit hoofdstuk. Ook binnen dit domein ontvangen mensen met een psychische stoornis zorg voor wie participatie van belang is. Wat betekent dit rapport voor (arbeids-)participatie in de langdurige ggz onder de Wlz?

Bij de omschrijving van de WMO mist dat de gemeenten geen plicht hebben tot het verlenen van een door de cliënt gewenste vorm van maatschappelijke ondersteuning. Zvw en Wlz (en voorheen ook AWBZ) kennen een zorgplicht, de WMO kent deze niet.

Ook bij uitvoering van de Participatiewet mag een gemeente keuzes maken welke personen zij ondersteunen in re-integratie en welke niet. Binnen de regeling van de oude WAJONG had de cliënt recht op ondersteuning in re-integratie, maar binnen Participatiewet niet. Dit betekent voor de cliënten dat zij zelf hun vraag naar maatschappelijke ondersteuning en naar re-integratie moeten neerleggen en beargumenteren. Hiermee wordt binnen de benoemde wettelijke domeinen dus een behoorlijke mate van zelfmanagement verwacht van de cliënt.

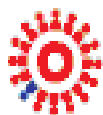
Binnen de ggz behandeling wordt de cliënt ondersteund in het versterken van zelfmanagement en eigen regie, dit zijn interventies gericht op zowel functionele herstel als op maatschappelijk herstel. Hierdoor is zowel de kans op volledig herstel als de kans op een passende manier van ondersteuning en re-integratie in het sociale domein groter.

Hoofdstuk 4 Toetsing aan de Zorgverzekeringswet

Kunt u zich vinden in de omschrijving van de genoemde richtlijnen, modules en handboek? Heeft u hier nog aanvullingen op of opmerkingen bij?

Wij missen hier:

- De Individuele Rehabilitatie Behandeling (IRB), een onder meer door het Trimbos erkende interventie. Op pagina's 17/18 in het rapport staat het concept IRB wel benoemd. Het rapport definieert dit als een vorm van supported employment om mensen met EPA te helpen betaald werk te vinden. IRB is breder, namelijk een Evidence Based Practice (Swildens et al, 2007; Swildens et al. 2011) met als doel om mensen met EPA in de langdurige zorg te helpen beter te functioneren, zodat ze met succes en naar tevredenheid kunnen wonen, werken, leren en sociale contacten hebben met zo min mogelijk professionele hulp (Anthony e.a., 2002). IPS is/kan hier complementair aan zijn, omdat dit model zich richt op het verwerven en vooral behouden van betaald werk.
- Benoeming van hieraan gerelateerde kwaliteitsstandaarden die onder de vlag van het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ in ontwikkeling zijn. Zoals de generieke module 'Arbeid als medicijn' en de generieke module 'EPA'.
- De zes dimensies voor positieve gezondheid van Machteld Huber. Met anderen publiceerde zij in 2011 een initiatief voor een nieuw concept van gezondheid dat zij positieve gezondheid heeft genoemd. Hierin is gezondheid het vermogen van mensen zich aan te passen en een eigen regie te voeren in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven. De definitie sluit ook beter aan bij herstelgericht werken dan de oude WHO definitie die uitgaat van het ziektemodel. Positieve gezondheid kent de volgende zes dimensies: lichaamsfuncties, mentale functies en beleving, spirituele/existentiële dimensie, kwaliteit van leven, sociaal-maatschappelijke participatie en dagelijks functioneren. Het zal duidelijk zijn dat werk absoluut invloed heeft op meerdere van deze dimensies en daarmee de genezing van mensen. Hoe vroeger je aandacht geeft aan deze dimensies hoe beter.
- Het OECD rapport 'Mental Health and Work: Netherlands' uit 2014. Dit rapport betoogt: de nadruk op herstel en door de patiënt zelf gestelde participatiedoelen is een waardevolle aanvulling op de meer op stoornissen en klachten gerichte geestelijke gezondheidszorg. De Gezondheidsraad ziet kansen in een op rehabilitatie gerichte benadering. Die verschilt van een medische (psychiatrische) benadering doordat niet een medische diagnose de spil voor hulp is, maar de vraag wat nodig is om eigen participatiedoelen te realiseren. Ook de GGZ sector zou meer rehabilitatiegericht te werk moeten gaan".
- Het rapport 'Over de brug; Plan van aanpak voor de behandeling, begeleiding en ondersteuning bij ernstige psychische aandoeningen' uit 2014 (Kenniscentrum Phrenos).



Dit rapport beschrijft wat nodig is om goede zorg gericht op het herstel van mensen met ernstige psychische aandoeningen beschikbaar en toegankelijk te houden in een sterk veranderend zorglandschap.

- De Agenda voor gepast gebruik en transparantie ggz uit 2015. In de door gezamenlijke partijen opgestelde Agenda neemt herstel een belangrijke plaats in. Eén van de activiteiten voortvloeiend uit de Agenda is onder meer de ontwikkeling van regionale herstelacademies.
- Het Manifest 'Betere geestelijke gezondheid' van april dit jaar. In dit manifest geven partijen onder meer aan dat alle verschillende vormen van herstel uitgangspunt zijn bij de behandeling.

We concluderen in deze paragraaf dat het rekening houden met de situatie van de cliënt en de factoren die het herstel bevorderen of belemmeren, tot geneeskundige geestelijke zorg behoort. Ook concluderen we dat casemanagement tot geneeskundige zorg kan behoren, indien de primaire zorgvraag een geneeskundige betreft en indien eenvoudige afstemmingsmethoden niet toereikend blijken. Bent u het eens met deze conclusies? Waarom (niet)?

Het gaat niet alleen om rekening houden met de situatie van de cliënt, maar ook om deze aspecten te betrekken in de behandeling. Deze aspecten zijn onlosmakelijk verbonden met functioneel en klinisch herstel. Een cliënt kan alleen functioneel herstellen als hij/zij ook deels ondersteund wordt in maatschappelijk herstel en persoonlijk herstel.

Casemanagement is een activiteit die zeker tot de geneeskundige zorg behoort naar ons idee, mits dit ook breed gedefinieerd is en gekoppeld aan ondersteuning van het gehele herstelproces van de cliënt. De beperkte definiëring in dit rapport maakt onvoldoende duidelijk wat wel en niet eronder hoort. Daarbij wordt in dit rapport de duiding van casemanagement gebruikt uit 2011. Inmiddels is de werkelijkheid veranderd door de decentralisaties en invoering Participatiewet. Vooral de strikte voorwaarden die in de duiding van 2011 gesteld worden aan organisatie en uitvoering (o.a. protocollen) zijn niet meer te handhaven in de huidige vormen van samenwerking tussen de ggz en het sociale domein.

Bent u het eens met de conclusie dat activiteiten die zich richten op persoonlijk en maatschappelijk herstel niet vallen onder de geneeskundige GGZ?

Nee, zie ook onze reactie op de eerste consultatievraag bij hoofdstuk 2.

Een aantal activiteiten gericht op maatschappelijk herstel horen wellicht niet onder Zvw, maar een aantal wel. Een harde splitsing is niet te maken, dus deze conclusie is niet werkbaar voor professionals.

Hoofdstuk 5 Geen, of deels Zvw en andere domeinen

Bent u het eens met onze conclusie dat behandeling van werkgerelateerde problemen zoals overspanning en burnout vanuit de geneeskundige GGZ niet ten laste van de Zvw kan komen. Kunt u zich vinden in onze conclusie dat financiering van deze zorg in principe tot de verantwoordelijkheid van de werkgever behoort in het kader van de Wet Verbetering Poortwachter. Heeft u hierbij nog opmerkingen of aanvullingen?

De vraag zoals hier gesteld zouden wij graag iets breder willen beantwoorden. Wij kunnen ons vinden in de conclusie dat de werkgever bij werk gerelateerde problemen een inspanningsverplichting heeft. Iemand met werk gerelateerde problemen zou hiermee echter ook bij zijn huisarts e/o POH ggz terecht moeten kunnen.

Wij denken hierbij bijvoorbeeld aan een situatie waarbij er sprake is van een dispuut tussen werkgever en werknemer waardoor er bij de werknemer overspanning kan ontstaan, maar hiermee minder eenvoudig voor de benodigde zorg bij zijn werkgever terecht kan. De zorg die de huisarts e/o POH ggz biedt, valt in een dergelijke situatie onder de Zvw. Bij een (vermoeden van) een psychische stoornis kan de huisarts doorverwijzen naar de geneeskundige ggz. Volgens ons komt dit ook terug in één van de aanbevelingen, namelijk een technische aanpassing van de regelgeving op het gebied van onder andere werkproblemen zodat huisartsen deze zorg formeel (d.w.z. op grond van de Zvw) ook mogen verlenen.

Hoofdstuk 6 Individuele Plaatsing en Steun

Bent u het eens met de conclusie van het Zorginstituut dat IPS niet behoort tot geneeskundige zorg? Zo nee, welke delen van de interventie vormen volgens u wel geneeskundige zorg? Kunt u deze specificeren (welke professional verricht welke activiteiten in het kader van de geneeskundige zorg)?

IPS is een interventie gericht op vinden en behouden van betaald werk met de cliënt. Deze interventie start vanuit de (specialistische) ggz behandeling, aangezien de cliënt wel een werkwens heeft, maar nog niet workreadiness of workfit is. Met andere woorden de cliënt wordt ondersteund in zijn functionele en persoonlijke herstel door plaatsing bij een werkgever. Volgens de onderzoeken naar de effectiviteit van IPS is bewezen dat een cliënt meer leert in een reële situatie dan in een oefensituatie. Behandeling is dan gericht op het leren ontdekken van zijn mogelijkheden en beperkingen, versterken van zelfmanagement en hierop het stellen van reële doelen. Dit deel van IPS hoort onzes inziens dan ook bij de geneeskundige zorg. Pas als de cliënt dusdanig hersteld is dat hij/zij in een werkplek kan re-integreren en er kans is op definitieve plaatsing hoort de re-integratie begeleiding betaald te worden uit het re-integratie budget van UWV en Gemeenten. Dit is ook beschreven in de voorwaarden van re-integratie trajecten van UWV en Gemeenten.

Ontbreekt in dit hoofdstuk belangrijke informatie over het effect van IPS op klinisch en functioneel herstel? Welk?

Wij hebben afgestemd met het kenniscentrum Phrenos en met Trimbos dat zij in hun reactie de wetenschappelijke informatie over IPS meenemen.

Hoofdstuk 7 Aansluiting tussen wettelijke domeinen

Herkent u de beschreven signalen? Ziet u zelf nog andere belangrijke aspecten die de participatie van mensen met psychische problemen belemmeren of juist bevorderen? Welke signaal heeft volgens u de grootste gevolgen voor (arbeids)participatie van mensen met psychische problemen?

De beschreven signalen zijn herkenbaar. Wat nog mist is dat de integrale benadering tussen zorg en werk niet alleen bestaat uit samenwerking tussen professionals zorg en werk. Het rapport benoemt dat hiervoor casemanagement op grond van de Zvw een oplossing biedt. Een integrale benadering tussen zorg en werk bestaat er ook uit dat de cliënt in zijn herstelproces door beide partijen ondersteund wordt en dat op- en afschalen hierin mogelijk is. Op het moment dat de cliënt re-integreert naar werk via de gemeente kan dit zoveel spanning opleveren dat functioneel en klinisch herstel vermindert.

De ggz kan dan behandeling bieden, maar zal ook aandacht moeten besteden aan persoonlijk en aan maatschappelijk herstel, omdat dit juist oorzaak is van vermindering functioneel/klinisch herstel. Hiervoor moeten activiteiten gericht op maatschappelijk en persoonlijk herstel wel mogelijk zijn vanuit Zvw. Eén van de succesfactoren van IPS is nu juist de verbinding tussen zorg en werk.

Als een deel van IPS niet meer vergoed wordt uit de Zvw dan zal IPS niet meer in multidisciplinaire behandeling plaatsvinden en dan is de verbinding tussen zorg en werk weg. Hetzelfde geldt voor een interventie als het IRB.

Bent u het eens met de conclusie dat er geen leemtes zijn in de wettelijke domeinen? Zo nee, welke leemtes zijn er volgens u?

De leemte tussen de wettelijke domeinen zit ook in de eisen die zij stellen aan regie en zelfmanagement van cliënt. GGZ behandeling die deels gericht is op maatschappelijk en persoonlijk herstel kan die leemte overbruggen, mits de activiteiten vergoed worden uit de Zvw. Zo niet, dus als de knip tussen klinisch en functioneel herstel enerzijds en maatschappelijk en persoonlijk herstel anderzijds van kracht wordt, ontstaat er juist een leemte.

Hoofdstuk 9 Conclusies en aanbevelingen

Bent u het eens met de conclusies en de gegeven aanbevelingen? Kunt u aangeven waarom (niet)? Ziet u mogelijk andere aanbevelingen op grond van dit rapport?

Welke? Welke aanbeveling zou volgens u als eerst opgevolgd moeten worden om de gezondheid en participatie van mensen met psychische problemen zo snel mogelijk te verbeteren?

Zoals uit onze reactie op voorgaande consultatievragen blijkt, zijn wij het niet met alle conclusies eens. Vooral de knip tussen verschillende vormen van herstel en de verdeling van financiering vinden wij een vooral theoretische exercitie die in de praktijk niet wenselijk en niet uitvoerbaar is. In de gevolgen hiervan zien wij grote risico's, onder meer voor het voortbestaan van IPS, maar ook voor de ontwikkeling van integrale benadering tussen specialistische ggz en het sociale domein. In plaats van opsplitsen, moeten we streven naar nieuwe samenwerkingsvormen en netwerken tussen de verschillende partners. Multidisciplinaire teams kunnen hierbij helpen.

Maatschappelijk herstel wordt in het rapport aangemerkt als het deel van herstel dat vooral afhankelijk is van inzet van mensen en organisaties buiten de zorg. Het is echter minimaal de cliënt zelf (die in behandeling is) die de leidende actor is en daarnaast relevante actoren binnen en buiten de zorg. Daarom zijn bruggen en interorganisatiele samenwerking van groot belang, in plaats van het afscheiden van domeinen. In plaats van een gekunstelde duiding, zouden aanbevelingen op het gebied van samenwerking tussen organisaties/instanties in dit rapport op zijn plaats zijn. Het is juist van belang een co-creatie tot stand te brengen tussen de vier vormen van herstel en de feitelijke verantwoordelijkheid van (arbeids-)participatie van de diverse partijen, voordat het kind met het badwater wordt weggegooid.

De aanbeveling dat het Zorginstituut samen met VNG en UWV een leidraad wil opstellen om meer helderheid te geven over wie in welke situatie aan zet is, kunnen we niet goed plaatsen. Zowel op landelijk als regionaal niveau is er immers al sprake van samenwerking tussen VNG en UWV.

Met vriendelijke groet,

ir. P.M. van Rooij
directeur



Datum
14 juni 2016

Van

Telefoon:

Mail:

Bijlage(n)

-

Onderwerp:
Consultatie duiding participatie in de GGZ

Deze memo bevat de reactie van UWV op de Consultatie op het rapport "Bevorderen van participatie van cliënten met een psychische stoornis". Indien relevant voor UWV wordt een consultatievraag beantwoord.

Hoofdstuk 3 Wettelijke domeinen

Bent u het eens met de korte beschrijving die wij geven van de verschillende wetten die van belang zijn voor (arbeids) participatie in de GGZ. Kunt u zich vinden in de omschrijving van de bijdrage van deze wetten door de (arbeids)participatie van de GGZ (zie ook bijlage 3)? Heeft hier hierbij nog aanvullingen of opmerkingen?

UWV heeft de wettelijke taak om mensen met een Arbeidsongeschiktheidsuitkering (WIA, WAO, WAZ, WAJONG voor 2015, ZW) met arbeidsvermogen te re-integreren. Deze mensen kunnen ook beroep doen op een voorziening, bijvoorbeeld jobcoaching.

Hoofdstuk 6 Individuele Plaatsing en Steun

Bent u het eens met de conclusie van het Zorginstituut dat IPS niet behoort tot geneeskundige zorg?

Zo nee, Welke delen van de interventie vormen volgens u wel geneeskundige zorg?

Kunt u deze specificeren (welke professional verricht welke activiteiten in het kader van de geneeskundige zorg ?)?

Ontbreekt in dit hoofdstuk belangrijke informatie over het effect van IPS op klinisch en functioneel herstel? Welke?

IPS is een integraal traject van zorg, re-integratie en jobcoaching, dat maakt IPS ook bijzonder. UWV bekostigt het re-integratiedeel en jobcoaching voor haar klanten. Het is van belang dat het zorgdeel (de eerste zorggesprekken die onlosmakelijk deel zijn voor een start van een IPS traject) ook gefinancierd wordt/blijft anders is het risico erg groot dat IPS-trajecten niet meer zullen worden uitgevoerd.

Hoofdstuk 7 Aansluiting tussen wettelijke domeinen

Bij het CBS rapport dient opgemerkt te worden dat het de WW-dienstverlening betreft en dat de dienstverlening die UWV biedt aan klanten met een arbeidsongeschiktheidsuitkering niet beschreven wordt.

De laatste alinea gaat over het instrument jobcoaching en dan gaat het opeens wel over mensen met een beperking.

Overigens klopt deze passage niet: job-coaching is in principe 3 jaar maar kan op aanvraag langer worden ingezet.

Overigens is dit onderzoek verouderd. Vanuit het ministerie van SZW zijn meer gelden ter beschikking gesteld voor persoonlijke dienstverlening. Deze gelden worden ingezet op basis van de kans op werkhervatting van de klant wat vastgesteld wordt door 'profiling'. Eén van de vragen ten behoeve van de 'profiling' betreft het psychisch werkvermogen.

Herkent u de beschreven signalen?

Zie u zelf nog andere belangrijke aspecten die de participatie van mensen met psychische problemen belemmeren of juist bevorderen?

Welke signaal heeft volgens u de grootste gevolgen voor (arbeids)participatie van mensen met psychische problemen?

- Financiële prikkels en persoonlijk contact UWV

UWV heeft geen re-integratiebudget voor de WW. UWV heeft wel re-integratiebudget voor de AG (klanten met een arbeidsongeschiktheidsuitkering). De splitsing basisdienstverlening en intensieve dienstverlening geldt alleen voor de WW-dienstverlening. AG-klanten met arbeidsvermogen hebben wel toegang tot de persoonlijke dienstverlening.

Foutief

Bij 7.4 laatste aandachtstreepje:

In de komende vijf jaar heeft UWV een budget ter beschikking gesteld om 2.500 klanten een IPS traject te kunnen laten volgen. UWV financiert binnen het IPS traject het deel van re-integratie en jobcoaching. Hiervoor heeft UWV een subsidieregeling opgesteld.

Hoofdstuk 9 Conclusies en aanbevelingen

Bent u het eens met de conclusies en de gegeven aanbevelingen? Kunt u aangeven waarom (niet)? Ziet u mogelijk andere aanbevelingen op grond van dit rapport? Welke? Welke aanbeveling zou volgens u als eerst opgevolgd moeten om de gezondheid en participatie van mensen met psychische problemen zo snel mogelijk te verbeteren?

UWV kent reeds 'profiling' voor een klant met een WW-uitkering. Deze klant krijgt het verzoek om de "werkverkenner" in te vullen. Op basis daarvan wordt zijn/haar kans op werkhervatting binnen een jaar vastgesteld. Eén van vragen gaat over het ervaren psychisch werkvermogen van de klant. Echter kent de werkverkenner meerdere factoren waarop de kans op werkhervatting wordt berekend. Persoonlijke dienstverlening wordt aangeboden aan een beperkte groep klanten met een bepaalde kans op werkhervatting.

UWV pleit om IPS te zien als een integrale benadering van zorg, re-integratie en jobcoaching. IPS wordt geïnitieerd in een zorgsetting. Het wordt ook uitgevoerd door een GGZ-instelling en niet door een re-integratiebedrijf.

Re-integratie en jobcoaching wordt bekostigd door UWV. Het zorgdeel zal ook gefinancierd moeten worden.

Klanten met een ernstig psychische aandoening (EPA) zijn maar een kleine groep binnen onze AG-klantgroep, maar deze waren moeilijk te begeleiden naar werk. Met IPS hebben we eindelijk een evidence based methode om deze groep naar werk te begeleiden. Het is daarom belangrijk dat het zorgdeel bekostigd wordt, zodat in de toekomst mensen met EPA kunnen blijven re-integreren.

Zorginstituut
Nederland T.a.v.
Liselotte V.
Postbus 320
1110 AH Diemen

Utrecht, 14 juni 2016
Betreft: consultatie duiding participatie in de GGZ

Geachte mevrouw V.,

Graag reageert P3NL namens de aangesloten verenigingen op de consultatie van het Zorginstituut over het rapport 'Bevorderen van participatie van cliënten met een psychische stoornis'.

P3NL vertegenwoordigt ruim 20.000 zorgaanbieders, psychologen, psychotherapeuten en pedagogen, die dagelijks aan de slag zijn op het gebied van zorg, jeugdhulp en ondersteuning. De federatie P3NL is in april 2015 opgericht door negen beroepsverenigingen en/of wetenschappelijke verenigingen. De negen leden van P3NL zijn:

NIP: Nederlands Instituut van Psychologen
NVGzP: Nederlandse Vereniging voor Gezondheidszorgpsychologie en haar specialismen
NVO: Nederlandse Vereniging van Pedagogen en Onderwijskundigen
NVRG: Nederlandse Vereniging voor Relatie- en Gezinstherapie
NVVS: Nederlandse Wetenschappelijke Vereniging Voor Seksuologie
VCgP: Vereniging voor Cliëntgerichte Psychotherapie
VEN: Vereniging EMDR Nederland
VGCT: Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie
VKJP: Vereniging voor Kinder- en Jeugdpsychotherapie

Onze leden staan voor een effectieve, doelmatige en cliëntgerichte zorg die bijdraagt aan een gezonde en vitale samenleving. Als zodanig is de zorg en ondersteuning door psychologen, psychotherapeuten en pedagogen een maatschappelijke factor van belang. Deze beroepsgroepen dragen eraan bij dat zoveel mogelijk mensen deelnemen aan het arbeidsproces, onderwijs en sociale leven. Zij houden mensen aan boord die korter of langer, niet zonder deze zorg en ondersteuning kunnen, en dragen zo bij aan de mentale veerkracht van de samenleving.

Op basis van deze doelstelling en op basis van deze betrokkenheid en deskundigheid van onze leden vindt u hieronder onze antwoorden op de gestelde consultatievragen. We hebben ter verduidelijking de vragen per hoofdstuk genummerd.

We sluiten bij de beantwoording aan bij de terminologie die u heeft gebruikt in het rapport en in de consultatievragen. We spreken daarom in de antwoorden over werkgerelateerde klachten als overspannenheid en burn-out. P3NL ziet liever dat er wordt aangesloten bij de terminologie en werkwijze van de professionals, zoals DSM-diagnoses, het bepalen van de zorgwaarde en ICF-criteria. Bij de antwoorden en opmerkingen over hoofdstuk 5 gaan we hier ook nog op in.

Met vriendelijke groet,

Dhr. drs. J.V. Muller
Voorzitter P3NL

De beantwoording van de consultatievragen

Hoofdstuk 2

2.1 Bent u het met ons eens dat activiteiten in het kader van klinisch herstel en functioneel herstel onder het domein van de Zvw vallen?

Ja, P3NL vindt dat klinische en functioneel herstel valt onder de curatieve zorg en dus onder de zorgverzekeringswet. Behandelingen gericht op klinisch en/of functioneel herstel moeten gebaseerd zijn op zorgstandaarden en richtlijnen. Deze behandelingen dienen ook bij te dragen tot structurele verbetering van effectiviteit van op maatschappelijk en persoonlijk herstel gerichte interventies. Arbeidsparticipatie is een wezenlijk onderdeel van functioneel herstel, het is zowel een doel als een middel.

2.2 Is het bevorderen van (het weer starten met) werk een zinvolle activiteit in het kader van klinisch herstel en functioneel herstel?

Ja, mits:

- *het passend is gezien de problematiek, en*
- *indien de werk(-omgeving) gezien kan worden als ‘behandelondersteunend milieu’, en*
- *er voor de psychische problematiek voldoende zorg en begeleiding is vanuit het oogpunt van klinisch en/of functioneel herstel.*

2.3 Zijn er doelgroepen waarvoor (betaald) werk extra van belang is of voor wie het volgens u juist niet goed is om te werken? Waarom?

Participatie in de maatschappij kan op vele manieren gebeuren, denk bijvoorbeeld aan gezin, verenigingsleven en vrijwilligerswerk. Heel belangrijk is werk. Voor een ieder is het belangrijk om zich door middel van werk nuttig te maken en daarvoor een reële beloning te ontvangen. Het is niet per se zo dat er een groep is die meer belang daarbij heeft, juist is werk voor een ieder van belang. Wel zijn er groepen die extra ondersteuning kunnen gebruiken om aan het werk te kunnen gaan (en wellicht te kunnen blijven). Denk aan de positie van ouderen, jongeren, mensen met een afstand tot de arbeidsmarkt en werknemers die uitvallen vanwege psychische klachten. De uitdaging is om iedereen (langer) te laten deelnemen in het werkproces.

De vraag of het streven naar of functioneren in (betaald) werk van toegevoegde waarde is, is vervolgens wel afhankelijk van patiëntprofiel (aard, ernst, complexiteit, etc.), context van de patiënt en behandeldoelen van patiënt. Dit is dus altijd maatwerk. Het type werk en de werkomgeving speelt hierbij zeker een rol.

Hoofdstuk 3

3.1 Bent u het eens met de korte omschrijving die wij geven van de verschillende wetten die van belang zijn voor (arbeids) participatie in de GGZ? Kunt u zich vinden in de omschrijving van de bijdrage van deze wetten voor de (arbeids)participatie van de GGZ (zie ook bijlage 3)?

Ja

3.2 Heeft u hierbij nog aanvullingen op of opmerkingen?

Nee

Hoofdstuk 4

4.1 Kunt u zich vinden in de omschrijving van de genoemde richtlijnen, modules en handboek? Heeft u hier nog aanvullingen op of opmerkingen bij?

Wij kunnen ons vinden in de op pagina 29-32 genoemde richtlijnen/modules/handboeken:

- *Richtlijn 'Eén lijn in de eerste lijn bij overspanning en burn-out' van de LVE, NHG en NVAB*
- *Richtlijn 'Werk en psychische klachten' van NIP en LVE*
- *Module depressie en arbeid (aanvulling van de NVAB op de Multidisciplinaire richtlijn depressie).*
- *Module Arbeid 1.0; begeleiding rondom arbeidsparticipatie van chronisch zieken (NGH, NIP, NVAB)*
- *Multidisciplinaire richtlijn werk en ernstige psychische aandoeningen*
- *Handboek FACT*

Let wel: de bovengenoemde richtlijnen, modules en handboeken betreffen diverse typen zorgvragen: zorg gericht op 'klachten', zorg gericht op behandeling van stoornissen, zorg gericht op participatie i.g.v. chronische problematiek, resp. huisartsenzorg Zvw, GGZ zorg Zvw, WMO-zorg, WLZ zorg.

De genoemde richtlijnen hebben participatie als doel en zijn daarmee veel pro-actiever dan het rapport. De opsomming is niet compleet, omdat het opsommingen voor specifieke ziektebeelden zijn. De geest van deze richtlijnen zou de geest van de wetgeving rondom arbeidsparticipatie moeten zijn. Arbeidsparticipatie (de breedste zin van het woord) als doel en middel voor herstel.

Ook ontbreekt de Richtlijn 'Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met psychische problemen' van de NVAB.

Opmerking bij deze richtlijnen:

In het rapport Beroepsziekten in cijfers is te lezen dat onderzoek naar interventies uitwijst dat bedrijfsartsen opvallend vaak besluiten de werknemer te verwijzen voor eerstelijns psychologische ondersteuning. Hoewel de hoofdoorzaak van de werkgebonden overspanning/burnout in de arbeidsomstandigheden, werkinhoud of werkverhoudingen lag (inherent aan de definitie), werd ervoor gekozen om een interventie op de persoon te plegen. Dit bevreemdt, omdat in de Richtlijn 'Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met psychische problemen' van de NVAB verwijzing naar eerstelijns psychologische ondersteuning pas aan de orde komt als de re-integratie stagneert.

Onderzoek naar de benodigde interventie wijst uit dat het van belang is psychologische ondersteuning in een vroeg stadium in te schakelen. Als de verkeerde behandeling wordt ingezet en het aspect werk niet wordt meegenomen bij de behandeling van arbeidsgerelateerde problematiek, is de kans groot dat de werknemer, na terugkeer op de werkvloer, binnen korte tijd weer uitvalt, met alle gevolgen van dien voor de werknemer persoonlijk (diens carrière en privéleven), de werkgever (verzuimkosten, doorbetaling loon etc.) en de kosten voor de maatschappij (onder meer onterechte kosten voor de gezondheidszorg).

Bij het verkeerd inzetten van alleen medisch en/of eerstelijns psychologische ondersteuning bij beroepsgebonden aandoeningen komen deze kosten onterecht voor rekening van de

gezondheidszorg. Door deze problematiek in de gezondheidszorg te behandelen wordt deze overbehandeld omdat de oplossing ergens anders ligt.

Dit kan worden opgelost als de betrokken professional (denk aan bedrijfsarts, huisarts, behandelend psycholoog) bij wie de werknemer diens klachten als eerste meldt, in staat is deze problematiek te herkennen en goed geïnformeerd is over het traject van doorverwijzing. Zoals al gezegd, hier is het onterecht de cliënt door te verwijzen naar de gezondheidszorg (arts of eerstelijns psychologische zorg) maar dient een traject te worden ingezet waarbij wordt gekeken hoe de werkgerelateerde klachten zijn ontstaan en hoe deze kunnen worden opgelost, vaak in overleg met bedrijfsarts, werkgever en natuurlijk de werknemer zelf.

Samenvattend: het behandelen van werk gerelateerde problematiek vraagt specifieke kennis van een daarop gespecialiseerde professional. Van belang is dat deze problematiek, bij melding van klachten bij de daarbij betrokken behandelaar, wordt gesignaleerd om vervolgens de cliënt met de juiste diagnose door te verwijzen naar de zorg die de werkgerelateerde problematiek kan aanpakken. Dit vraagt van de betrokken behandelaar dat hij over de juiste tools beschikt om een correcte diagnose te kunnen stellen en dat hij tevens goed geïnformeerd is over het in te zetten traject waarnaar wordt doorverwezen.

Tevens willen we u nog wijzen op het promotieonderzoek van Gabe de Vries (UMC) over herstel naar werk na een depressie. De Vries beveelt aan om een ergotherapie interventie (het verbeteren van het uitvoeren van dagelijkse handelingen met als doel mensen zo zelfstandig mogelijk te laten functioneren) gericht op werkhervatting toe te voegen aan reguliere zorg, omdat deze een positief effect heeft op het herstel van depressie en volledige werkhervatting. Eenmaal hersteld van depressie en nadat iemand het werk heeft hervat, is er een grote kans dat werknemers minder functioneren. Het is van belang deze werknemers langer te ondersteunen, om zo de kans te verkleinen op een terugkerende depressie en hernieuwd verzuim. Voor meer info zie <https://www.amc.nl/web/Het-AMC/Agenda/Overzicht/Evenementen-overzicht/Promotie-Bouwstenen-voor-werkhervatting-na-verzuim-door-depressie.htm>.

4.2 We concluderen in deze paragraaf dat het *rekening houden met* de situatie van de cliënt en de factoren die het herstel bevorderen of belemmeren, tot geneeskundige geestelijke zorg behoort. Ook concluderen we dat casemanagement tot geneeskundige zorg kan behoren, indien de primaire zorgvraag een geneeskundige betreft en indien eenvoudige afstemmingsmethoden niet toereikend blijken. Bent u het eens met deze conclusies? Waarom (niet)?

Ja, we zijn het eens met de conclusie in paragraaf 4.6.

4.3 Bent u het eens met de conclusie dat activiteiten die zich richten op persoonlijk en maatschappelijk herstel niet vallen onder de geneeskundige GGZ?

Ja, hier kunnen we ons in vinden. P3NL vindt dat activiteiten gericht op persoonlijk en maatschappelijk herstel dichterbij het sociale domein liggen en niet vallen onder de geneeskundige GGZ. De behandelaars in de geneeskundige ggz moeten zich vooral richten op de curatieve zorg, dus op het klinisch en functioneel herstel. Voor de cliënt is het natuurlijk belangrijk dat alle vormen van herstel geboden en gefinancierd kunnen worden. Klinisch en functioneel herstel zijn randvoorwaardelijk voor maatschappelijk herstel en persoonlijk herstel. Maatschappelijk herstel en persoonlijk herstel dienen op gemeentelijk niveau gefinancierd te worden.

Hoofdstuk 5

5.1 Bent u het eens met onze conclusie dat behandeling van werkgerelateerde problemen zoals overspanning en burn-out vanuit de geneeskundige GGZ niet ten laste van de Zvw kan komen.

Nee, met deze conclusie is P3NL het niet eens. We vinden dat de behandeling van werkgerelateerde problemen zoals overspanning en burn-out vanuit de geneeskundige GGZ wel ten laste van de Zvw kan komen, omdat werkgerelateerde problemen aan meer zaken gerelateerd zijn dan alleen aan werk. Zowel de oorzaken als de gevolgen van een burn-out zijn vaak niet alleen gerelateerd aan de werksituatie van de patiënt. Het gaat bij burn-out en overspanning in de regel om een opeenstapeling van verschillende en aanhoudende bronnen van stress die zowel vanuit het werk als vanuit de privéomstandigheden afkomstig zijn. Door burn-out/overspanning te zien als alleen een gevolg van stress op het werk, wordt impliciet een te grote verantwoordelijkheid voor de zorgkosten bij de werkgever neergelegd. De financiering van deze zorg behoort daarom naar de mening van P3NL niet alleen tot de verantwoordelijkheid van de werkgever. Daarnaast ontstaan er ook grote problemen op het gebied van privacy als de werkgever deze zorg gaat vergoeden.

Van belang is dat er een verschil wordt gemaakt tussen een aandoening veroorzaakt door het werk en een aandoening die zich manifesteert op het werk. Anders gezegd: wordt men ziek van het werk of bemoeilijkt de aandoening het werk? De patiënt kan ziek zijn geworden door het werk, bijvoorbeeld vanwege een verkeerde person-environment-fit waardoor de capaciteiten van de werknemer geen goede match vormen met de eisen die het werk of de werkomstandigheden stellen. Dit kan meerdere oorzaken hebben die zowel in de persoon (o.a. copinggedrag, stressbestendigheid, dus As-2 problematiek) als in het werk (o.a. gebrek aan (mede)zeggenschap of sociale ondersteuning) kunnen liggen.

Het is van belang dat zowel bij preventie als bij het signaleren van problemen de juiste diagnose kan worden gesteld. Dat vraagt om de inzet van de juiste professional bij dit proces, juist bij het begin. Naast de huisarts en/of bedrijfsarts zou standaard een psycholoog met kennis van arbeid bij de diagnosestelling moeten worden betrokken om te voorkomen dat met de verkeerde diagnose de verkeerde behandeling/begeleiding wordt ingezet. Een werknemer die wordt behandeld voor depressie terwijl de werkelijke reden is dat hij ziek wordt van het werk, kost de maatschappij onnodig veel geld. Zie ook onder 7.2.

Bij de afbakening en duiding door het zorginstituut dient ook gekeken te worden naar de beschikbaarheid en toegankelijkheid van zorg. P3NL ziet dat een steeds grotere groep werkende burgers het risico loopt niet te worden behandeld voor zorg die mogelijk wel voor in loondienst zijnde burgers toegankelijk is. Door de behandeling van werkgerelateerde klachten te laten financieren door de werkgever, krijgen ZZP-ers hun behandeling voor werkgerelateerde klachten niet vergoed. Er zijn Nederland een miljoen ZZP-ers werkzaam, dit is een substantiële groep.

Er zijn goede psychologische interventies voor burn-out/overspanning en die moeten in het belang van een gezond Nederland zoveel mogelijk, zonder drempels worden toegepast. Vergoeding door de zorgverzekeringswet biedt naar mening van P3NL de beste garantie voor het bieden van een goede behandeling aan iedereen die lijdt aan werkgerelateerde klachten als burn-out of overspanning.

5.2 Kunt u zich vinden in onze conclusie dat financiering van deze zorg in principe tot de verantwoordelijkheid van de werkgever behoort in het kader van de Wet Verbetering Poortwachter.

Indien er sprake is van een stoornis, hetzij op As-1 hetzij op As-2, is er gewoon sprake van verzekerde zorg, ongeacht waar deze stoornis zich manifesteert: in de werkomgeving, privé-omgeving en/of

sociale omgeving. Zie ook onze opmerkingen hierboven en onze ‘andere opmerkingen bij hoofdstuk 5’ hieronder.

5.3 Heeft u hierbij nog opmerkingen of aanvullingen?

Ja, gezien de hoge prevalentie en incidentie van overspanning en burn-out (zie paragraaf 5.3.2, pag. 41 van het rapport) adviseert P3NL aan het Zorginstituut om haar invloed aan te wenden om in de Wet Verbetering Poortwachter de inschakeling van deskundige zorgprofessionals op het terrein van psychische klachten (inclusief diagnostiek) verplicht te stellen. Door deze verplichting op te nemen, worden aan de voorkant (preventie en vroegsignalering) signalen die mogelijk duiden op ‘stoornissen’ i.p.v. ‘klachten’ adequaat onderkent. De huidige niet-verplichting lijkt niet-doelmatig gezien de hoge prevalentie en incidentie.

Andere opmerkingen bij hoofdstuk 5

Op pagina 41 van het rapport wordt de definitie van de classificatie ongedifferentieerde somatoforme stoornis (OSS) vergeleken met de definitie van de classificatie burn-out die de beroepsgroep hanteert. De bewering dat in beide definities alleen de duur van de stoornis overeenkomt, is onjuist. Het criterium A van OSS (een of meer lichamelijke klachten) komt overeen met criterium C van de definitie van burn-out en in het verlengde daarvan criterium A van overspanning (in het geval van burn-out is er altijd sprake van overspanning). Ook aan criterium C en E van de classificatie OSS wordt in de definitie van burn-out voldaan. Met andere woorden: criteria A, C, D en E van OSS zijn ingebed in de definitie van burn-out. Dat geldt niet expliciet voor criterium B waarin verwezen wordt naar het eventueel wel of niet aanwezig zijn van een somatische oorzaak van de klachten. De definitie van burn-out houdt hier impliciet wel degelijk rekening mee. Want is van criterium B in OSS termen geen sprake, dan kan er ook geen sprake zijn van een burn-out, maar dan wordt de moeheid en uitputting die zo op de voorgrond staan bij burn-out door een ander fenomeen dan de gevoelens van controleverlies en/of machteloosheid als reactie op het niet meer kunnen hanteren van stressoren in het dagelijks functioneren verklaard. Criterium F dient voor het vaststellen van om het even welk psychisch toestandsbeeld, dus ook burn-out, uitgesloten te worden.

Tot nu toe was er consensus in Nederland om burn-out in de DSM-IV te classificeren als een ongedifferentieerde somatoforme stoornis. Deze stoornis valt, zoals ook in het rapport staat, in de DSM-5 onder de categorie somatisch-symptoom stoornis.

In de internationale literatuur is er de afgelopen jaren door meerdere auteurs betoogd dat burn-out veeleer een specifiek soort depressie is en dus als zodanig geclassificeerd zou moeten worden (bijv: Schonfeld, & Bianchi, 2016). In de DSM-5 zouden er drie mogelijkheden kunnen zijn om burn-out te kunnen classificeren. De drie mogelijkheden zijn:

- 1. Somatische symptoomstoornis, persisterend, met vermoeidheid als hoofdklacht (burn-out)*
- 2. Depressieve stoornis -met als kenmerken: vermoeidheid, verminderd vermogen tot nadenken of concentreren, slaapproblemen, verminderd plezier in activiteiten en sombere stemming*
- 3. Depressieve stoornis met atypische kenmerken*

Een expertraadpleging hierover vindt momenteel in Nederland plaats over welke optie het meest passend zou kunnen zijn en waarom. Deze raadpleging wordt uitgevoerd door prof. dr. G. Keijsers en dr. A. van Dam. In het rapport wordt deze expertraadpleging niet genoemd. P3NL ziet graag dat Zorginstituut Nederland deze ontwikkeling meeneemt in het definitieve rapport.

Hoofdstuk 6

6.1 Bent u het eens met de conclusie van het Zorginstituut dat IPS niet behoort tot geneeskundige zorg? Zo nee, welke delen van de interventie vormen volgens u wel geneeskundige zorg? Kunt u deze specificeren (welke professional verricht welke activiteiten in het kader van de geneeskundige zorg)?

P3NL is het ermee eens dat de methode IPS meer thuishoort in het sociale domein dan in de geneeskundige zorg. P3NL erkent nut en noodzaak van IPS en onderschrijft ook de mogelijk toegevoegde waarde voor de EPA groep. Echter standaard toevoegen aan multidisciplinair/integraal FACT aanbod, betekent niet dat dit ook 'geneeskundige zorg' betreft en dus gefinancierd dient te worden vanuit de Zvw. Toeleiding naar werk, participatie, dagbesteding, etc. behoort tot en valt onder de verantwoordelijkheid van het sociale domein (en dus de gemeente).

6.2 Ontbreekt in dit hoofdstuk belangrijke informatie over het effect van IPS op klinisch en functioneel herstel? Welk?

Nee

Hoofdstuk 7

7.1 Herkent u de beschreven signalen?

Ja

7.2 Ziet u zelf nog andere belangrijke aspecten die de participatie van mensen met psychische problemen belemmeren of juist bevorderen?

P3NL vindt het belangrijk dat juist bij aanvang van het beoordelingsproces, dus op het moment dat wordt vastgesteld welke problematiek er speelt, de juiste professionals worden ingezet, opdat de juiste diagnose kan worden gesteld en vervolgens de juiste begeleidingen kunnen worden ingezet. De in te zetten professionals dienen de expertise te hebben om zowel de fysieke als de mentale belasting en de belastbaarheidsaspecten van mensen te beoordelen.

Het gaat immers niet alleen om opsporen en in kaart brengen van beperkingen en problemen ten aanzien van het functioneren. Maar juist ook om het inschatten van de impact van deze beperkingen en de vertaling naar mogelijkheden tot arbeidsparticipatie. Arbeid stelt tegenwoordig in belangrijke mate cognitieve en sociaal-emotionele eisen. Dit betekent dat betrokken professionals ook kennis van arbeid en arbeidsfuncties dienen te hebben, met name inzicht in wat de uitwerking van dergelijke eisen op mensen kan zijn. Dit laat zich vertalen in inzicht in de relatie (arbeids-)belasting en belastbaarheid van mensen. Kennis van de specifieke aandoening in relatie tot werkgedrag en werkmogelijkheden is ook noodzakelijk om te kunnen bepalen welke mate van begeleiding nodig is. Dit vereist een academisch denk- en werkniveau van die professionals. Tevens zijn counselingvaardigheden nodig om de resultaten op een zodanige wijze met de medewerker te bespreken dat hij deze begrijpt en de gevolgen daarvan ook.

7.3 Welke signaal heeft volgens u de grootste gevolgen voor (arbeids)participatie van mensen met psychische problemen?

Maatwerk is erg belangrijk voor de (arbeids)participatie van mensen met psychische problemen. Dit sluit o.i. aan bij preventie en vroege interventie zoals dit genoemd is op pagina 58 van het rapport, één na laatste alinea:

“Zowel bij vroege intensieve begeleiding als bij scholing geldt dat de (kosten)effectiviteit van het beleid zou toenemen, als partijen beter zouden weten bij welke cliënten dit nodig en werkzaam is. CPB benoemt op diverse plaatsen in het rapport de noodzaak tot ‘profiling’: het opstellen van cliëntprofielen die informatie geven over het risico op langdurige werkloosheid en de behoefte aan ondersteuning bij het re-integreren. Profiling vindt op beperkte schaal al plaats. Meer toegespitst op de doelgroep mensen met psychische problemen zou dit kunnen leiden tot sneller maatwerk bij de begeleiding van deze groep.”

Daarnaast vinden we het signaal dat er teveel wordt gestuurd op financiële prikkels, waardoor de focus ligt op kansrijke en niet op kwetsbare werklozen, een ernstig signaal. (zie bijvoorbeeld pagina 60 onder kopje ‘belemmerend’ en pagina 61, paragraaf 7.3.1).

P3NL onderschrijft dat de samenwerking en afstemming tussen de hulpverleners binnen de verschillende domeinen en herstelgebieden cruciaal is voor goede en gepaste zorg. Zie ook vraag 7.2.

7.4 Bent u het eens met de conclusie dat er geen leemtes zijn in de wettelijke domeinen? Zo nee, welke leemtes zijn er volgens u?

Nee, wij zien een aantal leemtes.

- a. het gegeven dat bijvoorbeeld Aanpassingsstoornissen geen verzekerde zorg is in de Zvw (dus ook niet bij de huisarts) maakt dat de zorgvraag van patiënten met ernstige aanpassingsproblematiek, welke niet door huisartsen (al dan niet met ondersteuning van POH-ggz) aangepakt kan worden, GGZ professionals in problemen brengt qua zorgplicht en/of registratie. De technische oplossing die het Zorginstituut voorstelt zal zeker bijdragen aan het oplossen van een deel van het probleem, maar niet het gehele probleem.*
- b. Het is o.i. weinig effectief om de afbakening van wat Zvw, participatiewet of huisartsenzorg is, af te laten hangen van waar de psychische klachten en stoornissen door worden veroorzaakt (werk, een somatische stoornis of een bestaande psychische stoornis bij een cliënt). Gepaste zorg en passende zorg is afhankelijk van de ernst van de stoornis en ziektelast voor de cliënt, en de benodigde deskundigheid die nodig is om deze te behandelen.*
- c. Gezien de prevalentie en incidentie van overspannenheid en burn-out schiet de huidige WVP te kort voor wat betreft ‘verplichte interventies’. Hierdoor is onderbehandeling een groot risico. (zie ook 5.3).*

Zorginstituut Nederland
Adviseur-Team GGZ
Sector Zorg
Mw. E.C.M. V.
Postbus 320
1110 AH Diemen

Den Haag, 14 juni 2016

Betreft: Reactie LCR op conceptrapport: 'Bevordering van participatie van cliënten met een psychische stoornis'

Referentie: LCR/16-0062/GvdM/BH

Geachte mevrouw V.,

De Landelijke Cliëntenraad (LCR) bedankt u voor de uitnodiging om te reageren op uw conceptrapport 'Bevorderen van participatie van cliënten met een psychische stoornis'. De LCR heeft uw conceptrapport met belangstelling gelezen en gaat graag in op uw consultatievragen.

Vooraf merkt de LCR in zijn algemeen op dat de invalshoek sterk gericht is op wat de Zvw kan financieren en wat niet. Vervolgens op wat verantwoordelijke uitvoerders daarmee kunnen doen, in uw ogen meer dan zij nu doen. Er is weinig oog voor de invalshoek van cliënten. Zij krijgen (te) vaak geen hulp of ondersteuning van de GGZ of re-integratieverantwoordelijken, omdat die er niet in slagen geïntegreerde dienstverlening te organiseren.

We zijn in Nederland op zoek naar (nieuwe) mogelijkheden om geïntegreerde dienstverlening vorm te geven vanuit gezondheidzorg en het werkdomein. Daarbij speelt zeker de vraag: wat is op dit moment de reikwijdte van de Zvw? En wat is de reikwijdte van het SZW-domein? De LCR is van mening dat de tweede vraag minder diepgaand door u is geanalyseerd. Begrijpelijk. De LCR geeft hier bij de antwoorden op uw vragen aanvullende informatie over.

Onze reactie op uw vragen.

Hoofdstuk 2

Bent u het met ons eens dat activiteiten in het kader van klinisch herstel en functioneel herstel onder het domein van de Zvw vallen?

De LCR is het met u eens dat klinisch en functioneel herstel in ieder geval primair onder het domein van de Zvw vallen. Daar waar activiteiten persoonlijk en maatschappelijk herstel betreffen, zijn in ieder geval primair andere domeinen (Wmo en SZW) aan zet. Maar het onderscheid tussen Zvw en SZW-domein, bij gecombineerde activiteiten gericht op verschillende herstelfuncties of binnen herstelfuncties, is niet altijd even scherp te maken. Bijvoorbeeld iemand die door zijn psychische beperkingen moeite heeft in een werkritme te komen. Kan er dan vanuit de Zvw ondersteuning worden geboden? En waar mag deze ondersteuning dan uit bestaan? Kunnen dit alleen interventies zijn gericht op

de persoon? Kan de werkgever ook geadviseerd worden? Kan het SZW-domein hun aandeel bieden zonder vanuit Zvw-gefinancierde zorg? Uw analyse biedt meer duidelijkheid over de reikwijdte van de Zvw, maar maakt nog duidelijker dat aansluiting met het SZW-domein ook scherper geformuleerd moet worden.

De LCR vraagt zich af of er vanuit de herstelbenadering overeenkomsten en verschillen zijn met lichamelijke ziekten. Er zou in de somatische zorg sprake zijn van arbeidsgeneeskundige zorg op kosten van de ZVW. Waar bestaat deze uit en zijn daar parallellen te trekken naar de zorg in de GGZ. Als die verschillen er zijn, wat zijn die? En waarom zijn die verschillen er (wat is anders aan rehabilitatie dan revalidatie)?

Is het bevorderen van (het weer starten met) werk een zinvolle activiteit in het kader van klinisch herstel en functioneel herstel?

Ja, maar hier zal ook overleg met de cliënt moeten zijn. De vraag moet worden gesteld of het bevorderen van (het weer starten met) werk zinvol is wanneer de behandelaar daar slechts een deel aan kan bijdragen en er geen zekerheid bestaat (een plan, middelen) dat die dienstverlening ook voortgang krijgt vanuit andere domeinen. Daarom een wedervraag: hoe oordeelt ZIN hierover?

Cliënten hebben niet altijd een vraag om werk, een aanzienlijk deel van de jongeren willen eerst hun opleiding afronden en hebben daar begeleiding bij nodig. Kan die begeleiding ook vanuit de Zvw geboden worden? Dan geldt ook de vraag: is het noodzakelijk dat de gemeente eerst toestemt in afronding van de opleiding met behoud van uitkering?

Ander punt is: werk kan voor cliënten ook bedreigend zijn. Bij een deel van de mensheid bestaat vrees over de gevolgen van het onderzoeken van de mogelijkheden van werk. Dit heeft (dikwijls ook echt) effect op verkrijgen of behouden van een (arbeidsongeschiktheids)uitkering. De angst om een uitkering te verliezen maakt mensen onzeker, omdat ze niet weten of ze het werkelijk aan kunnen betaald te werken en of er werk te vinden is. Hier zal rekening mee gehouden moeten worden.

Indien u van mening bent dat het bevorderen van (het weer starten met) werk een zinvolle activiteit is in het kader van klinisch en functioneel herstel, bent u dan ook van mening dat die activiteiten dan ook altijd geboden moeten worden in het kader van de Zvw (indien cliënt dit wil)?

Zijn er doelgroepen waarvoor (betaald) werk extra van belang is of voor wie het volgens u juist niet goed is om te werken? Waarom?

In de huidige praktijk komen mensen die vallen onder de Wet Verbetering Poortwachter over het algemeen eerder in aanmerking voor geïntegreerde interventies, veelal de mensen met lichtere klachten. Mensen met ernstige klachten komen vaak pas later aan bod. Vaak pas na een arbeidsongeschiktheidsbeoordeling. Hier is nog een wereld te winnen, als het kan heeft snel inzetten op terugkeer naar werk de voorkeur. We weten nu vaak nog niet bij wie dat nog niet goed kan. Dit komt mede, omdat zowel de GGZ als het werkdomein nog vaak niet denkt vanuit een geïntegreerde begeleiding vanuit beide domeinen. Mensen kunnen ook te vroeg aan het werk (moeten) gaan. Het is belangrijk rekening te houden met mensen waarbij werken (nog) niet kan. Dit om verergering van klachten te voorkomen.

Hoofdstuk 3

Bent u het eens met de korte omschrijving die wij geven van de verschillende

wetten die van belang zijn voor (arbeids) participatie in de GGZ?

*Kunt u zich vinden in de omschrijving van de bijdrage van deze wetten voor de (arbeids)participatie van de GGZ (zie ook bijlage 3)?
Hebt u hierbij nog aanvullingen op of opmerkingen?*

Nee, op een aantal punten niet. De gemeenten hebben in het kader van de Participatiewet niet de verantwoordelijkheid om te begeleiden naar passende dagbesteding. De staatssecretaris heeft hier vele uitspraken over gedaan, in onze herinnering ook in verslagen met de Tweede Kamer terug te vinden. Overigens: als er sprake is van dagbesteding, dan is dat een gemeenteverantwoordelijkheid in kader van de Wmo. De LCR adviseert u dit punt te checken bij SZW.

De weergave van de verantwoordelijkheid van UWV is niet volledig: Wajong ontbreekt. Van de mensen met een WIA-uitkering valt ongeveer de helft onder de verantwoordelijkheid van de werkgever. Bij gemeenten: Ook niet uitkeringsgerechtigden en mensen met een uitkering vanuit de Algemene Nabestaande Wet behoren tot de verantwoordelijkheid van gemeenten.

De verantwoordelijkheid in de werkwereld gaat verder dan dit. Impliciet (Participatiewet) en expliciet (arbeidsongeschiktheidsregelingen) wordt in die wetten gesproken over het **bevorderen van de arbeidsgeschiktheid, het vergroten van het verdienvermogen of arbeidsvermogen**. Cliënten moeten daar ook aan meewerken. In de Wet Verbetering Poortwachter geldt hetzelfde uitgangspunt: gezondheid- en werkgerichte interventies worden gepleegd om terugkeer naar werk mogelijk te maken.

Nadere toelichting op vergroten arbeid- en verdienvermogen. De arbeidsongeschiktheidswetten en de Participatiewet kennen het begrip volledig maar niet duurzaam arbeidsongeschikt. Dit houdt in dat mensen op het moment van beoordeling moment volledig arbeidsongeschikt zijn of niet over arbeidsvermogen beschikken. Maar dat het nog niet vaststaat of die arbeidsongeschiktheid duurzaam is. Wanneer blijkt dat het ontbreken van verdien- of arbeidsvermogen langdurend is (nooit meer verbeteren zal) komen mensen in aanmerking voor een volledige arbeidsongeschiktheidsregeling. In de WIA kennen we deze groep als WGA 80-100. In de Wajong tot 2015 werd deze groep ingedeeld bij de groep die onder de werkregeling vallen, een tweede beoordeling maakt het mogelijk om de Wajonguitkeringsregeling in te stromen.

Na 2015 worden jonggehandicapten zonder arbeidsvermogen waarvan de duurzaamheid niet zeker is niet toegelaten tot de Wajong en vallen zij onder verantwoordelijkheid van de gemeente (Participatiewet). Bij heel veel van deze mensen zijn behandelaspecten aan de orde, zeker ook in relatie tot psychische aandoeningen.

Daarmee ligt er vanuit de re-integratieverantwoordelijkheid een veel bredere taak bij UWV en gemeente dan alleen toeleiding naar werk. In feite geldt dit ook voor werkgevers wanneer hun werknemer uitvalt en op dat moment geen arbeidsvermogen heeft.

Wat deze verantwoordelijkheid betekent vanuit het SZW-domein is in het ZIN-rapport niet helder uitgewerkt en beperkt tot werk zoeken en begeleiding op het werk. Waar zit de SZW-verantwoordelijkheid bij de vier vormen van herstel?

Vanuit SZW-domein is er case-managementschap, ook wanneer er klinisch herstel aan de orde is.

Behandeling (bij DSM/Zvw, maar ook bij burn-out ect.) wordt ingezet in het kader van het re-integratieplan (ingekocht) of mensen worden bewogen medische herstelzorg te vragen.

Bij ander herstel, juist functiegericht en persoonsgericht, veronderstelt de LCR onduidelijkheid in het SZW-terrein. Hoe wordt omgaan met de klachten bij weer oriënteren en wennen aan werk is een grijs gebied, wanneer rekening gehouden moet worden met de aard van de beperkingen. Kan iemand met een angststoornis werken in een bepaalde omgeving? Is deze vraag vanuit deskundigheid idealiter te beantwoorden door arbeidsmedische expertise vanuit het werkdomein of door de GGZ? In het kader van Wet Verbetering Poortwachter ligt deze vraag bij de werkgever die ondersteuning heeft van Arbodienstverleners. UWV heeft verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen in dienst. Zij zullen, als het goed is, bij twijfel de behandelaar consulteren. Gemeenten beschikken nagenoeg niet over arbeidsmedische deskundigheid en zullen, als het goed is, geneigd zijn vaker beroep te doen op de GGZ (op basis van case-managementschap van de Zvw?). Of moeten zij dat dan bij de GGZ inkopen? Hoe weet de gemeente dat de GGZ ook voldoende kennis heeft om 'werkvragen' te kunnen beantwoorden?

Wat ook ontbreekt is de verbinding met mensen die langdurende zorg en steun (jobcoach) nodig hebben in relatie tot werk. Mensen, bijvoorbeeld met psychische aandoeningen die met terugval te maken krijgen kunnen langer herstel nodig hebben, maar ook blijvende herstelsteun (in alle vier de functies). Hoe hier nu de Zvw en Werkdomein zich tot elkaar verhouden is niet helder uitgewerkt. Feit is (zie ook eindcommentaar) dat bij het ontbreken van standaarden in het werkdomein die wettelijke mogelijkheid formeel wel is te maken, maar geen realistische weg is om als cliënt van afhankelijk van te zijn.

Hoofdstuk 4

Kunt u zich vinden in de omschrijving van de genoemde richtlijnen, modules en handboek? Heeft u hier nog aanvullingen op of opmerkingen bij?

Dit hoofdstuk lezende, constateren we dat het heel technisch is. Zo technisch dat een vertaling naar dienstverlening waar een cliënt om vraagt erg ondoorzichtig is: wanneer ben je nu vanuit een Zvw-taak ondersteund? Wanneer met Werk-domein? Hoe vertaalt dit naar te betalen rekeningen en eigen risico?

We concluderen in deze paragraaf dat het rekening houden met de situatie van de cliënt en de factoren die het herstel bevorderen of belemmeren, tot geneeskundige geestelijke zorg behoort. Ook concluderen we dat casemanagement tot geneeskundige zorg kan behoren, indien de primaire zorgvraag een geneeskundige betreft en indien eenvoudige afstemmingsmethoden niet toereikend blijken. Bent u het eens met deze conclusies? Waarom (niet)?

Mogelijk is deze conclusie wel juist, maar hoe verhoudt dit tot de Wmo/wijkmissie: een gezin, een plan, een regisseur? Kan de Wmo-regisseur (na toestemming cliënt) een beroep doen op de GGZ voor raad, advies en afstemming? Moet de GGZ meewerken? Krijgt de GGZ dit vergoed (wetgeving is niet altijd vertaald naar geld)?

Bent u het eens met de conclusie dat activiteiten die zich richten op persoonlijk en maatschappelijk herstel niet vallen onder de geneeskundige GGZ?

Wat voor ons nu niet helder is: De 8-9 gesprekken die de GGZ-instellingen nodig achten om IPS te kunnen vormgeven (en soms ook vanuit zorgverzekeraars worden vergoed), vallen die nu buiten of binnen de Zvw? Wat vindt ZIN ervan dat enkele zorgverzekeraars dit doen?

Hoofdstuk 5

Bent u het eens met onze conclusie dat behandeling van werkgerelateerde problemen zoals overspanning en burn-out vanuit de geneeskundige GGZ niet ten laste van de Zvw kan komen. Kunt u zich vinden in onze conclusie dat financiering van deze zorg in principe tot de verantwoordelijkheid van de werkgever behoort in het kader van de Wet Verbetering Poortwachter. Heeft u hierbij nog opmerkingen of aanvullingen?

Wanneer het een zieke werknemer betreft, ja. Maar roept de vraag op: wat als iemand een cliënt is van UWV. Is dit naar uw oordeel dan anders voor wat betreft de Zvw wanneer het een zieke UWV- of gemeente cliënt betreft.

Hoofdstuk 6

Bent u het eens met de conclusie van het Zorginstituut dat IPS niet behoort tot geneeskundige zorg?

Vanuit huidig kader is de LCR het eens met de conclusie dat IPS in zijn totaliteit niet tot geneeskundige zorg behoort. We zijn het eens met uw constatering dat het een groot aantal activiteiten in de IPS-methodiek deskundigheid rond werk en sociale zekerheid vraagt. Er is daarom sprake van gecombineerde dienstverlening die vanuit twee bronnen gefinancierd wordt, omdat IPS ook niet geheel zonder geneeskundige zorg mogelijk is.

Zo nee, welke delen van de interventie vormen volgens u wel geneeskundige zorg? Kunt u deze specificeren (welke professional verricht welke activiteiten in het kader van de geneeskundige zorg)?

De analyse die ZIN heeft gemaakt van wat geneeskundige zorg vanuit de Zvw is, is vanuit dat perspectief goed te volgen. Dat daarmee een goede inzet van IPS in Nederland nog niet voor elkaar is, is een ander vraagstuk.

Ontbreekt in dit hoofdstuk belangrijke informatie over het effect van IPS op klinisch en functioneel herstel? Welk?

De LCR laat de nauwkeurigheid van de formulering hierover aan onderzoekers. De LCR vindt het wel van groot belang dat er steeds meer informatie is gekomen over de relatie van werk op gezondheid. Ook voor cliënten is deze informatie van groot belang. En maakt de vraag steeds dwingender of we in staat zijn de geïntegreerde dienstverlening goed kunnen organiseren en financieren.

Hoofdstuk 7

Herkent u de beschreven signalen?

Meeste wel. Deze stellen we ook aan de orde, zeker wanneer het de signalen uit het SZW-domein betreft.

Ziet u zelf nog andere belangrijke aspecten die de participatie van mensen met psychische problemen belemmeren of juist bevorderen?

Deze vraag is wel erg breed en heeft niet alleen te maken met de vragen aan ZIN en rond de Zvw. Vanuit het perspectief van cliënten met een psychische aandoening is het grootste probleem dat arbeidsorganisaties nog relatief weinig ruimte bieden aan deze groep mensen. Naast vooroordelen is handelingsverlegenheid en stigma een grote hindernis. Zowel aan de kant van arbeidsorganisaties als de mensen zelf. De no-risk (UWV vergoedt de loondoorbetaling bij ziekte) is nog te beperkt toegankelijk voor deze groep. Onder de mensen met psychische aandoeningen is ook een reëel risico van herhaalde uitval (hier staat wel iets over in de tekst onder de kop WVP, 7.3.7, maar die kan duidelijker en juist worden geformuleerd).

Welke signaal heeft volgens u de grootste gevolgen voor (arbeids)participatie van mensen met psychische problemen?

Vanuit het perspectief van cliënten: dat zij te vaak niet de goede (geïntegreerde) ondersteuning krijgen omdat hun positie in de wetgeving te zwak is om daar toegang toe te krijgen.

Bent u het eens met de conclusie dat er geen leemtes zijn in de wettelijke domeinen? Zo nee, welke leemtes zijn er volgens u?

De LCR heeft tijdens het interview aangegeven dat in de praktijk er wel degelijk leemtes zijn. De vraag is inderdaad wel of die in de wetgeving zit of in de uitwerking en toepassing ervan. Vanuit de LCR is ook gewezen op mogelijke overlap. Zie onze reactie bij H3.

Het treurige van dit alles is dat cliënten in uw ogen afhankelijk zijn van de wil en bereidheid om beleidsmatig en op individueel niveau geïntegreerde dienstverlening te leveren. Zij ervaren die leemtes wel en voor hen is er geen goed instrumentarium om iets aan die leemtes te doen. Dit is een zeer ongewenste situatie. De LCR vindt daarom dat de positie van cliënten versterkt zou moeten worden, zodat die veel meer leidend wordt bij de vormgeving van de ondersteuning.

Hoofdstuk 8/9

Bent u het eens met de conclusies en de gegeven aanbevelingen? Kunt u aangeven waarom (niet)?

De LCR is het niet volledig eens met de conclusie dat de stelsels redelijk goed op elkaar aansluiten. In theorie kan de gemeente via de Participatiewet aansluiten op wat de Zvw biedt, dat is juist. De prikkels in die wet maken echter dat de gemeenten daar anders mee omgaan. Wanneer cliënten in de Participatiewet een sterkere positie zouden hebben (maatwerkvoorziening?) zouden die stelsels in de praktijk beter te combineren zijn. Voor UWV geldt dat de ruimte soms wordt beperkt door wetgeving, bij voorbeeld de WW kent geen inkoopmogelijkheid voor re-integratie. Het is aan te bevelen de private sociale zekerheidsector (werkgevers/inkomensverzekeraars) deze vragen ook voor te leggen. Bedacht moet worden dat wijzigingen in de Zvw gevolgen kunnen hebben voor de aansluiting vanuit het SZW-domein (en andersom). Dit vraagt om geïntegreerde beleidsvoorbereiding, zodat SZW, gemeenten en werkgevers bijtijds hun activiteiten en begroting kunnen aanpassen om een sluitende ondersteuning mogelijk te maken (wellicht ook andersom?).

Ziet u mogelijk andere aanbevelingen op grond van dit rapport? Welke?

De LCR ziet graag nadere studie van mogelijk geïntegreerde pakketmogelijkheden voor cliënten. De cliënt heeft die dan in zijn rugzak om geïntegreerde ondersteuning in te kunnen kopen.

Heeft ZIN overwogen om te adviseren om kwaliteitseisen te stellen aan geïntegreerde diensten (zoals ook erkende beroepsgroepen die daar bij betrokken zijn vanuit het SZW-domein)? Of voor te stellen dat beschikbare (interdisciplinaire) richtlijnen te verbreden naar de dienstverlening vanuit de gemeentelijke dienstverlening? Op die wijze wordt het rendement van de inzet vanuit het Zvw-domein beter gegarandeerd.

Welke aanbeveling zou volgens u als eerst opgevolgd moeten worden om de gezondheid en participatie van mensen met psychische problemen zo snel mogelijk te verbeteren?

De LCR mist in vrijwel alle aanbevelingen dat cliënt(vertegenwoordigers) daarin dienen te participeren. De tijd dat 'over cliënten' wordt gesproken is voorbij. Dat betekent dat wat de LCR betreft betrokkenheid van cliëntvertegenwoordigers in lokale en regionale overleggen om de goede aansluiting tussen zorg en arbeidsparticipatie tot stand te brengen. Dat cliëntvertegenwoordigers de belemmeringen mee onderzoeken om zo gebruik te maken van hun ervaringen en in te spelen op hun behoeften. Dat de wijze waarop mensen goed herkend worden samen met cliëntvertegenwoordigers moet worden gedaan (zeker met het oog op risico van stigmatisering). En dat we betrokken willen zijn bij de opstelling van een leidraad, indien UWV en gemeenten ingaan op uw uitnodiging.

De LCR hoopt dat deze reactie een plaats kan vinden in uw rapport. Ik wens u sterkte met de vaststelling van de tekst.

Met vriendelijke groet,

Gerrit van der Meer
Voorzitter

Samenstelling Landelijke Cliëntenraad

- **Landelijke cliëntenorganisaties:** Vakcentrale voor Professionals / Christelijk Nationaal Vakverbond (VCP/CNV), Ieder(in) (vertegenwoordiger mensen met lichamelijke beperkingen), Ieder(in) (vertegenwoordiger mensen met verstandelijke beperkingen), Centrale Samenwerkende Ouderenorganisaties (CSO), Federatie Nederlandse Vakbeweging (FNV, publieke sector), Federatie Nederlandse Vakbeweging (FNV, private sector), Vertegenwoordiger organisaties van Minderheden (SMN, IOT), Landelijk Platform GGZ/LOC,
- **Vertegenwoordigers van cliëntenraden:** cliëntenraden SVB en UWV.
- **Vertegenwoordigers van de gemeentelijke cliëntenparticipatie:** Mobility, cliëntenraden G4, vertegenwoordiger Dak- en thuislozen.

VNG reactie op het duidingsadvies van het Zorginstituut over ‘Arbeidsparticipatie in de geneeskundige GGZ’



Vereniging van
Nederlandse Gemeenten

Auteur(s) : Stefanie Noorlandt en Ico Kloppenburg

Datum : 14 juni 2016

De VNG heeft het duidingsadvies van het Zorginstituut over “Arbeidsparticipatie in de geneeskundige GGZ” met veel belangstelling gelezen. Gemeenten doen na de decentralisaties meer dan ooit pogingen om het sociale en medische domein beter en duurzaam te verbinden. Dit doen zij niet alleen voor de groep mensen met ernstig psychiatrische aandoeningen, maar alle burgers die zich met een ondersteuningsvraag bij gemeenten melden.

Met deze achtergrond is de VNG op dit moment bezig om met Zorgverzekeraars Nederland tot een samenwerkingsagenda te komen (zie de brief die gezamenlijk aan de bewindspersonen van VWS is gestuurd: <https://vng.nl/onderwerpenindex/maatschappelijke-ondersteuning/wmo-2015/nieuws/samenwerkingsagenda-zn-en-vng-voor-zorg-ondersteuning>). Juist op het uitvoerende niveau moeten de verbindingen gelegd worden en niet door systeemvraagstukken worden belemmerd. In uw rapport benoemt u dit ook. Onze conclusie is echter dat er in de verschillende wetten ook ruimte moet zijn om tot de verbinding te komen.

Voorafgaand aan deze reactie is er overleg geweest met GGZ Nederland en hebben wij het rapport bij een aantal gemeenten voorgelegd. De VNG kan zich zeer vinden in de reactie die GGZ Nederland gegeven heeft en zal haar eigen reactie niet in herhaling vallen. De punten die wij bij gemeenten hebben opgehaald maken integraal onderdeel uit van deze notitie.

De reactie van de VNG richt zich op een aantal specifieke punten, te weten:

- Verbinding van het sociale en medische domein
- Financiering IPS
- Casemanagement

Verbinding van het sociale en medische domein

Juist nu de transitie en stelselwijziging nog niet is uitgekristalliseerd, zou nadrukkelijker de verbinding tussen het medische en sociale domein gelegd moeten worden; dat kan ook, ook binnen de financiering van de Zvw. Er moet namelijk een verbinding gelegd worden tussen behandelinterventies en herstelondersteunende interventies, waarbij herstel zich niet beperkt tot uitsluitend gezondheidsgerelateerd herstel. Onze visie is dat er handreikingen gedaan moeten worden, over de stelsels heen, omdat er anders geen structurele aanpak tot stand komt.

Financiering IPS

De VNG is van mening dat er in het rapport onvoldoende genuanceerd naar de methodiek van IPS is gekeken. Net als GGZ Nederland zijn wij van mening dat onderdelen van IPS wel degelijk tot de geneeskundige zorg kunnen worden gerekend. In de pilot IPS die in Den Haag wordt uitgevoerd, is er – zeker bij aanvang van het traject – nauw contact met de behandelaar over toeleiding naar werk als

onderdeel van het behandelplan. Het gaat daarbij onder andere om wat de client aankan, maar ook om motivatie, terughoudendheid, kwetsbaarheid ten aanzien van een nieuwe situatie. De behandelaar is bij uitstek de deskundige hierin; deze gesprekken, al dan niet met de IPS coach of in een teambespreking in een latere fase, worden op dit moment bekostigd door de zorgverzekeraar en dat zou wat ons betreft structureel gemaakt moeten worden. Deze voorbereidende gesprekken van cruciaal belang zijn voor het verdere herstelondersteunende traject in de vorm van arbeidstoeleiding en de resultaten die daaruit voortvloeien, zo bleek uit de pilot.

Ook in Amsterdam financiert de gemeente het grootste deel van IPS en spant zich door middel van het instrumentarium uit de Participatiewet (werkgeversbenadering) in om de aanpak tot een succes te maken. Gemeenten investeren (re-integratie) middelen niet alleen in kansrijke kandidaten, wel is het inderdaad zo dat de middelen beperkter zijn geworden door Rijksbezuiniging en dat gemeenten weloverwogen keuzes moeten maken.

Tot slot constateren wij dat er selectief uit het rapport “Arbeidstoeleiding van mensen met grote afstand tot de arbeidsmarkt en psychische gezondheidsproblemen” geciteerd wordt. Daarin wordt op een hele heldere manier uiteengezet – aan de hand van een analyse van VIP Amsterdam en IPS Noord Holland Noord- hoeveel de besparing bedraagt voor de zorgverzekeraars (en gemeenten, waarbij overigens nog niet naar besparing op Wmo kosten is gekeken) en binnen welke periode de investering voor zorgverzekeraars (in 8 voorbereidende gesprekken) wordt terugverdiend.

Casemanagement

In het rapport wordt ingegaan op de rol van casemanagement en de mogelijkheden van financiering hiervan uit de Zvw. In het rapport wordt het volgende gezegd: *‘Van casemanagement is alleen sprake als eenvoudige middelen om tot afstemming te komen, zoals incidenteel onderling overleg, tekortschieten en een (pro)actieve benadering nodig is’*. In onze ogen is er bij de doelgroep mensen met ernstig psychiatrische aandoeningen vrijwel altijd sprake van een complexe situatie en betrokkenheid van meerdere zorgverleners, waardoor coördinatie en regie van groot belang is. Het is dan ook wenselijk dat de duiding in deze veel gericht kan.

Wij merken tevens op dat het Zorginstituut zich in zijn rapport baseert op een standpunt over casemanagement uit 2011. De VNG ziet sinds de decentralisaties van zorgtaken naar gemeenten een toenemend belang voor een goed vorm gegeven casemanagement. Daar waar de stelsels Wmo, Jeugdwet en Zorgverzekeringswet elkaar raken ontstaan afbakeningsvraagstukken die in volgens de VNG in veel gevallen door een goede coördinatie en regie rondom de cliënt kunnen worden verminderd en soms zelfs opgelost. De VNG adviseert het Zorginstituut om het standpunt uit 2011 te actualiseren en de ontwikkelingen die nu gaande zijn als gevolg van de hervorming langdurige zorg daarin een plek te geven.



**LANDELIJKE VERENIGING VAN
VRIJGEVESTIGDE PSYCHOLOGEN
& PSYCHOTHERAPEUTEN**

Zorginstituut Nederland
T.a.v. mevrouw V. en V.
Postbus 320
1110 AH Diemen

Utrecht, 15 juni 2016

Onderwerp: reactie LVVP op consultatie duiding 'participatie in de ggz'

Geachte mevrouw V., en mevrouw V., beste L., en I.,

De Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten (LVVP) heeft uw verzoek tot consultatie van de duiding 'participatie in de ggz' ontvangen. Wij maken graag gebruik van deze consultatie. Onderstaand volgt onze reactie.

Algemene reactie

De LVVP onderschrijft de waarde van het bevorderen van participatie bij mensen met psychische problemen en klachten. De ggz-sector heeft onder meer de ambitie uitgesproken dat 'herstel' het leidende principe moet zijn in de zorg. Daarom richt de zorg zich dan ook op het zoveel mogelijk doen verdwijnen van de klachten of het leren omgaan met de psychische beperking. Dit is vervat in de al bestaande richtlijnen en protocollen en is ook een belangrijk uitgangspunt bij de totstandkoming van de zorgstandaarden die door het Kwaliteitsnetwerk al zijn opgeleverd of dit jaar worden opgeleverd.

Daarnaast hecht de LVVP ook waarde aan het maatschappelijk en persoonlijk herstel van de betrokkenen. Wij onderschrijven dan ook het uitgangspunt van de vier hersteltypen, namelijk klinisch, functioneel, maatschappelijk en persoonlijk herstel. Deze vier hersteltypen zijn van elkaar afhankelijk en beïnvloeden elkaar. Goede zorg bestaat naar de mening van de LVVP dan ook uit een integrale benadering waarin de patiënt samen met zijn behandelaar kan werken aan de genoemde vormen van herstel.

In uw duiding noemt u uitsluitend de artikel-14-BIG-beroepen medisch specialisten (in dit geval de psychiater), klinisch psychologen en verpleegkundigen. Zoals u weet zijn er ook artikel-3-BIG-beroepen werkzaam in de ggz, zoals de psychotherapeut en de gz-psycholoog. Wij vinden het een omissie dat u deze laatstgenoemde beroepen niet betreft in uw duiding. Gz-psychologen en psychotherapeuten zijn -evenals klinisch psychologen en psychiaters- adequaat opgeleid om geestelijke gezondheidszorg te verlenen en werken volgens de vigerende wet- en regelgeving waar het gaat om de borging van de kwaliteit. Ook de gz-psycholoog en de psychotherapeut zijn recentelijk opgenomen als regiebehandelaren in het kwaliteitsstatuut dat per 1 januari 2017 gaat gelden voor de ggz. Zij kunnen regiebehandelaar zijn in de generalistische basis-

ggz en de gespecialiseerde ggz. Wij verzoeken u dan ook dringend om zowel de gz-psycholoog als de psychotherapeut te betrekken in hoofdstuk 4.3.

In uw duiding geeft u aan dat de minister wijst naar raakvlakken van de Zorgverzekeringswet met financiering vanuit andere domeinen zoals de Wmo, de Participatiewet, Wvp, UWV en de WIA. De LVVP mist hier de Jeugdwet. Deze wet is ook essentieel waar het gaat om participatie van het kind of de jongere. Tijdige zorg kan intensieve vormen van zorg voorkomen op latere leeftijd, zowel bij klinisch, functioneel, maatschappelijk als persoonlijk herstel. Wij bevelen u dan ook aan om de Jeugdwet ook te betrekken in uw reactie aan de minister.

Inhoudelijke reactie op basis van de gestelde consultatievragen

Pag. 17 consultatievraag: Bent u het met ons eens dat activiteiten in het kader van klinisch herstel en functioneel herstel onder het domein van de Zvw vallen?

Antwoord LVVP: De LVVP onderschrijft dat interventies die gericht zijn op klinisch en functioneel herstel tot het domein van de Zvw behoren. Daar waar een psychisch probleem ten grondslag ligt aan een interventie die gericht is op maatschappelijk of persoonlijk herstel, dient deze naar de mening van de LVVP ook te vallen onder de Zvw. Maatschappelijk of persoonlijk herstel is dan een therapiedoeleinde. Voorwaarde is dan dus wel dat de primaire zorgvraag zorginhoudelijk / geneeskundig van aard is.

Pag. 19 consultatievraag: Is het bevorderen van werk een zinvolle activiteit in het kader van klinisch en functioneel herstel? Zijn er doelgroepen waarvoor werk extra van belang is of voor wie het volgens u juist niet goed is om te werken? Waarom?

Antwoord LVVP: Menig onderzoek en menige evaluatie heeft aangetoond dat werken een beschermende factor kan zijn voor bijvoorbeeld depressie en gunstig kan uitwerken op het zelfbeeld van werknemers die eraan lijden: het bevordert grip op de eigen situatie, het verhoogt gevoelens van eigenwaarde en verantwoordelijkheid en versterkt de weerbaarheid in het dagelijkse leven. En voor veel mensen met ernstiger psychische aandoeningen is werk het bewijs van hun persoonlijk en maatschappelijk herstel. Met dat in het achterhoofd behandelen psychologen en psychotherapeuten hun patiënten. Naast dat psychologen en psychotherapeuten mensen behandelen, begeleiden ze hen ook in het nemen van stappen om het heft in eigen hand te nemen, te houden en om te kunnen gaan met hun psychische problemen.

Werk is daarmee naar de mening van de LVVP een belangrijke factor die bijdraagt aan structuur, sociale context naast het gezin, die sociaal contact bevordert, sociale identiteit geeft en het dagelijkse leven helpt inrichten. Wij achten het bevorderen van werk dan ook als een zinvolle activiteit in het kader van klinisch en functioneel herstel. Daar waar werk de oorzaak is van psychische problematiek, dient er zorgvuldig, met extra zorg, omgegaan te worden met arbeidsrehabilitatie. Zoals eerder in deze brief genoemd, vinden wij dat indien een psychisch probleem ten grondslag ligt aan een interventie gericht op maatschappelijk of persoonlijk herstel, deze ook dient te vallen onder de Zvw. Maatschappelijk of persoonlijk herstel is dan een therapiedoeleinde.

Pag. 26, onder 4.3. U stelt dat 'het in de geneeskundige ggz vaak gaat om zorg die geleverd wordt door een breed samengesteld multidisciplinair team.' De LVVP maakt hierbij de kanttekening dat grote groepen patiënten goed geholpen kunnen worden in een monodisciplinaire setting zoals veel vrijgevestigde zorgaanbieders die aanbieden. In de ggz wordt immers het adagium 'monodisciplinair als het kan, multidisciplinair als het moet' gehanteerd.

Daarnaast zijn vrijgevestigde zorgaanbieders ingebed in een professioneel netwerk. Op die manier schalen zij de zorg waar nodig op of af. Dit onderdeel van de praktijkvoering is overigens belegd in het kwaliteitsstatuut dat per 1 januari 2017 van kracht wordt.

Ook is deze alinea niet compleet: de beroepen gz-psycholoog en psychotherapeut ontbreken. Dit geldt ook voor 4.3.2 op pag. 27. Zie ook de eerdergenoemde opmerking hierover in de inleiding van deze brief.

Pag. 32 consultatievraag: Kunt u zich vinden in de omschrijving van de in deze paragraaf genoemde richtlijnen, modules en handboek? Heeft u hierbij nog aanvullingen of opmerkingen?

Antwoord LVVP: Wij kunnen ons vinden in de gestelde omschrijvingen. Wij zien graag dat de zorgstandaarden die ontwikkeld worden door het Kwaliteitsnetwerk toegevoegd worden aan deze paragraaf.

Pag. 35 consultatievraag: We concluderen in deze paragraaf dat het rekening houden met de situatie van de cliënt en de factoren die het herstel bevorderen of belemmeren, tot geneeskundige ggz behoort. Ook concluderen we dat casemanagement tot de geneeskundige ggz kan behoren, indien de primaire zorgvraag een geneeskundige betreft. Vraag 1: Bent u het eens met deze conclusie? Waarom wel / niet? Vraag 2: Bent u het eens met de conclusie dat activiteiten die zich richten op persoonlijk en maatschappelijk herstel niet vallen onder de geneeskundige ggz?

Antwoord LVVP, vraag 1: Wij onderschrijven deze conclusies.

Antwoord LVVP, vraag 2: Daar waar een psychisch probleem ten grondslag ligt aan een interventie die gericht is op maatschappelijk of persoonlijk herstel, dient deze naar de mening van de LVVP ook te vallen onder de Zvw. Maatschappelijk of persoonlijk herstel is dan een therapiedoeleinde. Het is een denkfout dat therapiedoeleinden die SMART geformuleerd zijn in termen van maatschappelijk en persoonlijk herstel geen geneeskundige ggz zouden kunnen betreffen. Uitgangspunt moet wel zijn dat er een primaire zorgvraag aan ten grondslag ligt zoals beschreven in de DSM.

Pag. 45 consultatievraag: Bent u het eens met onze conclusie dat behandeling van werkgerelateerde problemen zoals overspanning, burn-out vanuit de geneeskundige ggz niet ten laste van de Zvw kan komen? Kunt u zich vinden in onze conclusie dat financiering van deze zorg in principe de verantwoordelijkheid is van de werkgever? Heeft u hier nog opmerkingen bij?

Antwoord LVVP: De LVVP vindt dat werkgerelateerde problemen die psychische problemen of klachten veroorzaken, al dan niet als gevolg van een psychische stoornis, wel degelijk thuishoren in de Zvw. Zodra de psychische problematiek het functioneren van de cliënt ernstig belemmert, moet deze aanspraak kunnen maken op geestelijke gezondheidszorg. De LVVP vindt uitdrukkelijk dat daarbij geen onderscheid moet worden gemaakt tussen psychische problematiek waarvan de oorzaak al dan niet werkgerelateerd is. Bovendien is het een kunstmatig onderscheid; overspanning komt nooit alleen door werk. Vaker is het zo dat op meerdere fronten in het leven zaken vastlopen. Werk is dan slechts één aspect.

Aanpassingsstoornis / V-codes

Daarnaast zijn wij van mening dat er niet naar willekeur 'geshopt' kan worden binnen de DSM. Wij hebben destijds dan ook sterk geageerd tegen het besluit van het toenmalige CVZ om zowel de aanpassingsstoornis als de V-codes niet langer te beschouwen als zijnde geneeskundige zorg. Dit besluit is gemaakt door medewerkers die beschikten over onvoldoende knowhow van de DSM. Zij verwijderden aanpassingsstoornissen met het argument dat deze stoornissen een lage ziektelast hebben. Het is echter een hardnekkig misverstand om te denken dat er binnen de DSM diagnoses te onderscheiden zijn met een lage ziektelast. Psychische problemen worden in de DSM alleen in het kader van aanwezige psychopathologie geclassificeerd. Ook de V-codes zijn verwijderd vanwege het argument dat het lichte ziektelast betreft en geen geneeskundige ggz. De LVVP is het hiermee oneens. Als voorbeeld noemen wij aanpassingsstoornissen bij oncologie. Oncologie grijpt zeer diep in op het leven van de betrokkene en zijn naaste omgeving vanwege bijvoorbeeld de existentiële en fysieke vragen die aan de orde komen. Het is goed invoelbaar dat betrokkenen kunnen worstelen met tal van dilemma's. Als deze worsteling gecompliceerd is geraakt en betrokkene niet meer functioneert in zijn systeem en of in de maatschappij, kan er sprake zijn van een aanpassingsstoornis. Deze persoon of ook zijn naaste omgeving heeft dan toch recht op adequate zorgverlening op basis van verzekerde zorg? Of een ouder die een kind verliest waarbij de rouwfase gecompliceerd raakt en hij/zij niet meer goed functioneert in zijn/haar systeem of de maatschappij, dan heeft deze ouder toch ook recht op vergoeding van zijn behandeling van zijn aanpassingsstoornis?

Nu wordt deze groep patiënten behandeld door huisartsen en of een poh-ggz. Maar zowel huisartsen

als ook de poh-ggz zijn niet opgeleid om mensen met een stoornis te behandelen. Daarmee, zo vindt de LVVP, wordt onderbehandeling van de problematiek geboden in plaats van de juiste zorg op de juiste plaats. Wij pleiten er dan ook indringend voor om zowel de aanpassingsstoornissen als de V-codes op te nemen in het verzekerde pakket van de geneeskundige ggz.

Pag. 47, laatste alinea: er wordt gesteld dat de NZa, samen met aanbieders, verzekeraars en patiënten, werkt aan de ontwikkeling van een nieuwe productstructuur voor de gespecialiseerde ggz. Dit betreft echter niet uitsluitend de gespecialiseerde ggz: beide echelons, dus ook de generalistische basis-ggz, maken onderdeel uit van de nieuwe productstructuur. Wij verzoeken u om dit correct te formuleren in uw duiding.

Pag. 56 consultatievraag: Bent u het eens met de conclusie van het ZiNL dat IPS, Individuele Plaatsing en Steun, niet behoort tot de geneeskundige zorg? Zo nee, welke delen van de interventie vormen volgens u wel geneeskundige zorg? Kunt u deze specificeren en ontbreekt er belangrijke informatie in dit hoofdstuk?

Antwoord LVVP: Bij IPS wordt zorg integraal aangeboden door een combinatie van arbeidsbegeleiding en ggz-hulp. Hiervoor bieden veelal instellingen specifieke zorgprogramma's. Aangezien deze vorm van behandeling niet voorkomt bij vrijgevestigden onthoudt de LVVP zich van een mening.

Pag. 63 consultatievraag: Bent u het eens met de conclusies dat er geen leemtes zijn in de wettelijke domeinen? Zo nee, welke leemtes zijn er volgens u?

Antwoord LVVP: Zoals al eerder genoemd mist de LVVP de Jeugdwet. In die zin constateert de LVVP dus wel degelijk een leemte. Daarnaast ervaren wij een leemte door het schrappen van de aanpassingsstoornissen uit het verzekerde pakket, en het niet beschouwen van de V-codes als verzekerde zorg. Deze leemte heeft geleid tot het herbenoemen van stoornissen: meer depressies en meer angststoornissen. Maar wat nog ernstiger is, is dat deze leemte heeft geleid tot onderbehandeling van deze patiëntenpopulatie.

Pag. 70 consultatievraag: Bent u het eens met de conclusies en aanbevelingen?

Antwoord LVVP: De LVVP deelt niet alle conclusies van het Zorginstituut, zie de genoemde punten in deze brief.

Kortom, met deze duiding biedt u een uitgebreide reactie op de verzoeken van de minister. Echter, wij constateren dat de duiding nog een aantal belangrijke omissies bevat, namelijk: de beroepen in de ggz zijn incompleet en het raakvlak met de Jeugdwet ontbreekt. Wij verzoeken u om dit alsnog toe te voegen aan uw duiding. Daarnaast pleiten wij indringend voor het rechtzetten van een eerdere dwaling die al vaker onder uw aandacht is gebracht door meerdere partijen. Het gaat dan om heropname van de aanpassingsstoornissen en de zogenaamde V-codes in de verzekerde geneeskundige zorg.

Als u een toelichting wenst, kunt u contact opnemen met beleidsmedewerker Annemarie van der Meer via a.vandermeer@lvvp.info of via 06 1469 8226. Ook zijn wij uiteraard bereid onze reactie mondeling toe te lichten.

Met vriendelijke groet,

drs. Judith M. Veenendaal, directeur LVVP



LPGGz

Landelijk Platform GGZ

Zorginstituut Nederland
t.a.v. L. V.,
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

Datum: 15 juni 2016
Kenmerk: 16-052 nvdw/ivz
Onderwerp: LPGGz reactie consultatie ZiN participatie in de ggz
Inlichtingen bij:

Dé koepel voor
cliënten en
familieorganisaties
in de geestelijke
gezondheidszorg

Stationsplein 125
3818 LE Amersfoort

T (033) 303 24 00
E info@platformggz.nl
I www.platformggz.nl

IBAN NL44FVLB0227222598
BTW NL816859590B01
KvK 30213449

Geachte mevrouw V.,

Graag maken wij van de gelegenheid gebruik om een reactie te geven op het conceptrapport van het Zorginstituut Nederland over participatie in de ggz. Wij volgen in onze reactie de consultatievragen in het rapport.

Consultatievragen ZiN

Hoofdstuk 1

1. *Bent u het met ons eens dat activiteiten in het kader van klinisch herstel en functioneel herstel onder het domein van de Zvw vallen?*

Genezing binnen de Zvw heeft betrekking heeft op genezing of het voorkomen van verergering van een ziektebeeld. Werk heeft een positief effect op het zelfbeeld van de cliënt en op het behouden of aanbrengen van structuur in de dag. Bovendien kunnen de sociale contacten die men tijdens het werk opdoet herstelbevorderend werken. Deze redenering sluit ook aan bij de constatering van het CBS dat werk een positieve invloed heeft op de gezondheid van mensen.

Hieruit volgt volgens ons dat een behandelaar de verantwoordelijkheid heeft om binnen de behandeling aandacht te besteden aan vraagstukken rond aan het werk gaan of blijven van cliënten. Een goede aansluiting van de activiteiten binnen de behandeling op activiteiten die andere professionals ondernemen rondom werk zoeken, vinden en houden, is noodzakelijk. In de praktijk dient zich dit te vertalen in een warme overdracht tussen behandelaar, jobcoach, huisarts/bedrijfsarts en medewerkers van het sociale wijkteam.

Hoofdstuk 2

2. *Is het bevorderen van (het weer starten met) werk een zinvolle activiteit in het kader van klinisch herstel en functioneel herstel? Zijn er doelgroepen waarvoor (betaald) werk extra van belang is of voor wie het volgens u juist niet goed is om te werken? Waarom?*

Werk is in het algemeen een zinvolle activiteit die klinisch en functioneel herstel helpt te bevorderen. Werk kan ook leiden tot verkorting van de behandelduur, mits er door de mensen rondom de cliënt integraal wordt ingezet op behoud van werk of vinden van werk.

Onderscheid tussen subdoelgroepen is volgens ons vooral interessant bij het nader definiëren van randvoorwaarden voor werk, zoals bijvoorbeeld noodzakelijke aanpassingen, benodigde ondersteuning op de werkplek, belastbaarheid qua aantal uren en inhoud van de



werkzaamheden. Daarbij blijft individueel maatwerk altijd gewenst. Het is goed om te kijken of de cliënt een wens heeft om te werken en dan te kijken welke route naar werk en welke voorwaarden bij deze persoon passen.

Hoofdstuk 3

3. *Bent u het eens met de korte omschrijving die wij geven van de verschillende wetten die van belang zijn voor (arbeids) participatie in de GGZ? Kunt u zich vinden in de omschrijving van de bijdrage van deze wetten voor de (arbeids)participatie van de GGZ (zie ook bijlage 3)? Heeft u hier nog aanvullingen op of opmerkingen bij?*

Allereerst maken wij graag een opmerking over de samenhang van verschillende wetten. Wij vinden het niet alleen belangrijk om te kijken naar de afbakening tussen de verschillende wettelijke kaders, maar ook en vooral naar de aansluiting ertussen. Om tot een goede aansluiting te komen tussen de door ZiN genoemde activiteiten binnen Zvw en de activiteiten die binnen de participatiewet, Wet verbeterde poortwachter (Wvp), Wajong, WIA, WAO of Wmo vallen, is ons inziens een meer grondig onderzoek nodig naar de activiteiten van de andere betrokken professionals. Pas dan kan een goede afweging worden gemaakt hoe Zvw en de genoemde sociale wetgeving op elkaar kunnen aansluiten.

Wij missen in het rapport de aansluiting op het VN verdrag voor de rechten van personen met een beperking. Dit is een omissie in het rapport, sinds alle wetten in Nederland hieraan getoetst moeten worden. Willen we van Nederland een inclusieve maatschappij maken, zoals het VN verdrag beoogt, dan is het juist van belang om mensen in behandeling en begeleiding zodanig te faciliteren dat ze mee kunnen doen in de samenleving.

Daarnaast missen wij in het rapport een aansluiting op de Wlz. Participatie is ook voor mensen in de langdurende zorg van groot belang, los van de vraag of dit voor betrokken cliënten tot betaald werk kan leiden.

Bijvoorbeeld een cliënt die weer een opleiding gaat doen om met deze kwalificaties aan een baan te kunnen komen. Deze cliënt is erbij gebaat dat de behandeling zich in de tijden bevindt dat cliënt niet naar school gaat en ruimte heeft om zijn tentamens te maken. Dit betekent dat de behandeling zich moet voegen naar het lesrooster van deze cliënt. Dat vraagt afstemming met de school door de behandelaren, maar geeft tegelijkertijd kansen voor de cliënt om functioneel herstel te bevorderen.

Hoofdstuk 4

4. *Kunt u zich vinden in de omschrijving van de in deze paragraaf genoemde richtlijnen, modules en Handboek? Heeft u hier nog aanvullingen op of opmerkingen bij?*

Het Landelijk Platform GGZ heeft in het kader van het project Open voor Werk een visie en kwaliteitscriteria vanuit cliëntperspectief ontwikkeld voor toeleiding naar werk. (Zie: http://www.platformggz.nl/lpggz/open_voor_werk/publicaties)

Daarnaast verwijzen wij naar de zorgstandaarden en generieke modules die in ontwikkeling zijn bij het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, met name de generieke modules Arbeid als medicijn, dagbesteding en EPA-zorg.



5. *We concluderen in deze paragraaf dat het rekening houden met de situatie van de cliënt en de factoren die het herstel bevorderen of belemmeren, tot geneeskundige geestelijke zorg behoort. Ook concluderen we dat casemanagement tot geneeskundige zorg kan behoren, indien de primaire zorgvraag een geneeskundige betreft en indien eenvoudige afstemmingsmethoden niet toereikend blijken. Bent u het eens met deze conclusies? Waarom (niet)? Bent u het eens met de conclusie dat activiteiten die zich richten op persoonlijk en maatschappelijk herstel niet vallen onder de geneeskundige GGZ?*

Vanuit de cliënt gezien is de primaire zorgvraag nooit los te zien van een vraag naar kwaliteit van leven. In zijn of haar beleving is het onderscheid tussen een geneeskundige zorgvraag en een niet-geneeskundige zorg- of ondersteuningsvraag gekunsteld. De continuïteit van zorg en ondersteuning over de domeinen heen moet het leidend principe zijn.

Als we inzoomen op de positie van de behandelaar, dan missen wij hier een heldere verantwoordelijkheid om binnen de behandeling de motivatie van de cliënt om te participeren binnen de samenleving te onderzoeken en te stimuleren. De ondersteuning van het daadwerkelijk re-integreren, bijvoorbeeld op een werk(ervarings)plek, zal worden ondersteund door een andere professional die hier verstand van heeft. Er zal een warme overdracht moeten zijn tussen de behandelaar ggz en de professionals uit het sociale domein; daarbij is het niet altijd mogelijk en wenselijk om in de praktijk de precieze grens tussen beide domeinen en beide type hulpverleners te trekken. We verwachten van hulpverleners juist een integrale en cliëntvolgende benadering.

Kortom, ook hier missen we een gedegen analyse van de gehele keten, en een inzet op de verbinding tussen Zvw en de andere domeinen.

Hoofdstuk 5

6. *Bent u het eens met onze conclusie dat behandeling van werk gerelateerde problemen zoals overspanning en burnout vanuit de geneeskundige GGZ niet ten laste van de Zvw kan komen. Kunt u zich vinden in onze conclusie dat financiering van deze zorg in principe tot de verantwoordelijkheid van de werkgever behoort in het kader van de Wet Verbetering Poortwachter. Heeft u hier nog opmerkingen bij of aanvullingen op?*

Ook hier willen wij erop aandringen om nader te onderzoeken hoe tot een sluitend aanbod richting de werknemer met psychische of psychiatrische problematiek kan worden gekomen, zodat deze met de beperkingen die hij heeft, kan blijven functioneren bij zijn werkgever. Om te voorkomen dat deze werknemer uitvalt en in de WIA terecht komt, waardoor zorgkosten zullen stijgen, is een goede samenwerking en warme overdracht tussen behandelaar, huisarts, bedrijfsarts en eventueel andere betrokken professionals van zeer groot belang. Juist in deze keten is heel veel winst te behalen voor werknemer, werkgever, zorgprofessionals en andere betrokkenen, zowel op het gebied van kwaliteit van leven voor de werknemer als op een beheersing van zorgkosten als op het beperken van uitval uit het arbeidsproces.

Liever dan een opmerking dat bepaalde groepen niet tot de Zvw behoren, maar tot de Wvp, tot een diagnose binnen de DSM5 is gesteld, hadden we hier een analyse gezien hoe dan de overgang van Wvp naar Zvw kan worden geregeld.

Gezien het grillige karakter van sommige psychische ziekten, is het extra van belang om deze overgangen goed in beeld te brengen. Alleen zo wordt uitval uit het arbeidsproces door zieke



werknemers voorkómen en wordt voorkómen dat werknemers verworden tot cliënten met een grote afstand tot de arbeidsmarkt.

Hoofdstuk 6

7. *Bent u het eens met de conclusie van het Zorginstituut dat IPS niet behoort tot geneeskundige zorg? Zo nee, welke delen van de interventie vormen volgens u wel geneeskundige zorg? Kunt u deze specificeren (welke professional verricht welke activiteiten in het kader van de geneeskundige zorg)? Ontbreekt in dit hoofdstuk belangrijke informatie over het effect van IPS op klinisch en functioneel herstel? Welke?*

Gezien de medeverantwoordelijkheid van de behandelaar voor het integrale herstelproces van de cliënt/werkzoekende is het juist van belang om niet zo strak te stellen dat IPS (Individuele Plaatsing en Steun) niet tot de Zvw behoort. Nader onderzoek en nadere analyse is gewenst hoe deze verantwoordelijkheid zich verhoudt tot die van andere professionals die binnen gemeenschappelijke teams IPS en andere rehabilitatiemethodieken tot uitvoer brengen.

Voor specifiekere informatie over IPS verwijzen wij naar professionals en onderzoekers die expert op dit gebied zijn. Wij volstaan hier met een verwijzing naar kenniscentrum Phrenos dat de effectiviteit van IPS en IRB onderzocht heeft. De conclusie van de onderzoekers is dat IPS en IRB (Individuele Rehabilitatie Benadering) gerelateerde methodieken wel bijdragen aan een algehele verbetering van het klinische en functionele herstel van de cliënt en mede aan het persoonlijk en maatschappelijk herstel.

Hoofdstuk 7

8. *Herkent u de beschreven signalen? Ziet u zelf nog andere belangrijke aspecten die de participatie van mensen met psychische problemen belemmeren of juist bevorderen? Welke signaal heeft volgens u de grootste gevolgen voor (arbeids)participatie van mensen met psychische problemen?*

De belangrijkste belemmering om aan het werk te gaan met een psychische kwetsbaarheid is stigma. Dit stigma kan zelfstigma zijn door de cliënt, of stigma door werkgevers, collega's, klantmanagers, etc. Aandacht binnen de behandeling aan ervaren (zelf)stigma zal zeker helpen om mensen met psychische problemen weer aan een baan te helpen. Ook is een integrale ondersteuning waarbij behandelaren goed samenwerken met de jobcoach en de casemanager van de cliënt van uitermate groot belang om (zelf)stigma te bestrijden.

9. *Bent u het eens met de conclusie dat er geen leemtes zijn in de wettelijke domeinen? Zo nee, welke leemtes zijn er volgens u?*

Uit de antwoorden die wij op eerder gestelde vragen gaven, blijkt dat wij ons niet zozeer zorgen maken over leemtes binnen wettelijke domeinen, maar vooral over leemtes in de samenhang tussen verschillende domeinen. Het zijn deze leemtes waar cliënten dagelijks mee geconfronteerd worden, omdat ze geen continuïteit van zorg en ondersteuning ervaren en niet zelden van het kastje naar de muur gestuurd worden.

Toch willen wij ook nog wijzen op een leemte in de participatiewet. Deze geeft ons inziens te weinig recht op ondersteuning bij toeleiding naar werk, omdat gemeenten een grote vrijheid



hebben om te bepalen welke burger wel of niet kan rekenen op ondersteuning. In de praktijk betekent dit dat bijvoorbeeld werkzoekende die buiten het doelgroepenregister vallen en/of niet uitkeringsgerechtigd zijn geen ondersteuning krijgen. Wij zijn van mening dat deze praktijk op gespannen voet staat met het VN-verdrag voor de rechten van mensen met een beperking.

Hoofdstuk 8

10. Bent u het eens met de conclusies en de gegeven aanbevelingen? Kunt u aangeven waarom (niet)? Ziet u mogelijk andere aanbevelingen op grond van dit rapport? Welke? Welke aanbeveling zou volgens u als eerst opgevolgd moeten worden om de gezondheid en participatie van mensen met psychische problemen zo snel mogelijk te verbeteren?

Graag maken wij gebruik van deze vraag om onze belangrijkste overwegingen bij dit rapport nog eens samen te vatten:

- Wij vinden dat de integrale zorg en ondersteuning centraal moet staan; een strikt onderscheid tussen verschillende vormen van herstel is in de beleving van cliënten kunstmatig en in de praktijk van de hulpverlening onwenselijk en ondoelmatig.
- Voor een volledige inzicht in de (gewenste) keten van zorg en ondersteuning naar werk is meer onderzoek nodig naar de reikwijdte van en de activiteiten van professionals binnen overige wetgeving, zoals de participatiewet, Wet verbeterde poortwachter, Wajong, WIA, WAO of Wmo.
- Tot slot zijn wij van mening dat onze inspanningen zich vooral moeten richten op betere samenwerking over de grenzen van domeinen heen, bijvoorbeeld door vormen van integrale bekostiging, dan op een steeds verfijndere afbakening tussen domeinen.

Met vriendelijke groet,

Marjan ter Avest

Directeur Landelijk Platform GGZ

Datum: 16-06-2016.

Hoofdstuk 2

- a. Bent u het met ons eens dat activiteiten in het kader van klinisch herstel en functioneel herstel onder het domein van de Zvw vallen?
- b. Is het bevorderen van (het weer starten met) werk een zinvolle activiteit in het kader van klinisch herstel en functioneel herstel?
- c. Zijn er doelgroepen waarvoor (betaald) werk extra van belang is of voor wie het volgens u juist niet goed is om te werken? Waarom?

Antwoord:

- a. Ja, dat ben ik met u eens.
- b. Ja, omdat steeds weer en meer blijkt dat werk in de meeste gevallen een positieve bijdrage levert aan klinisch en functioneel herstel.
- c. Volgens mij is het voor verreweg de meeste mensen van belang om (on)betaald werk te hebben. Ik zou geen doelgroepen kunnen bedenken voor wie dit niet van belang zou zijn. Daarenboven is werk nog extra van belang voor kwetsbare doelgroepen zoals mensen met psychische of psychiatrische klachten/problemen, verstandelijke beperkingen, die gedetineerd zijn en/of te kampen hebben met verslavingen, juist als positief tegenwicht tegen alle narigheid die er in hun leven is, dus verbetering van de kwaliteit van het leven, maar ook gebruik maken van aanwezige competenties, vaardigheden en daarbij ook gezondheidbevorderend. Bovendien past dit geheel in het landelijk breed streven naar kostenbeheersing. In het bijzonder is dit van eminent belang wanneer er sprake is van ontslag en een traject ingezet moet worden om terug te keren in de maatschappij.

Hoofdstuk 3

Bent u het eens met de korte omschrijving die wij geven van de verschillende wetten die van belang zijn voor (arbeids) participatie in de GGZ? Kunt u zich vinden in de omschrijving van de bijdrage van deze wetten voor de (arbeids)participatie van de GGZ (zie ook bijlage 3)? Heeft u hierbij nog aanvullingen op of opmerkingen?

Antwoord:

Voor zover ik in staat ben om dit te beoordelen heb ik hier verder geen op- of aanmerkingen over.

Hoofdstuk 4

- a. Kunt u zich vinden in de omschrijving van de genoemde richtlijnen, modules en handboek? Heeft u hier nog aanvullingen op of opmerkingen bij?
- b. We concluderen in deze paragraaf dat het *rekening houden met* de situatie van de cliënt en de factoren die het herstel bevorderen of belemmeren, tot geneeskundige geestelijke zorg behoort. Ook concluderen we dat casemanagement tot geneeskundige zorg kan behoren, indien de primaire zorgvraag een geneeskundige betreft en indien eenvoudige afstemmingsmethoden niet toereikend blijken.
Bent u het eens met deze conclusies? Waarom (niet)?
- c. Bent u het eens met de conclusie dat activiteiten die zich richten op persoonlijk en maatschappelijk herstel niet vallen onder de geneeskundige GGZ?

Antwoord:

- a. Ja, ik kan mij vinden in genoemde omschrijvingen.
Wat het Handboek FACT betreft mis ik de rol van het AMW en het Sociaal Wijkteam als er sprake is van een gebrek aan sociale ondersteuning of het hebben van een niet-passende baan en is het m.i. veel te beperkt om uitsluitend te verwijzen naar een bedrijfsarts en doet het volstrekt geen recht aan de rol en de meerwaarde van AMW en Sociaal Wijkteam. Temeer daar in veel gevallen de bedrijfsarts noch kennis noch enige affiniteit heeft met psychische/psychiatrische problematiek met alle schrijnende situaties van dien tot gevolg.
- b. Mijn standpunt is dat casemanagement tot de geneeskundige zorg behoort, indien de primaire zorgvraag geneeskundig van aard is en indien eenvoudige afstemmingsmethoden niet toereikend blijken.
- c. Niet eens ben ik het met de conclusie dat activiteiten die zich richten op persoonlijk en maatschappelijk herstel niet vallen onder de geneeskundige GGZ. Deze conclusie is te absoluut gesteld.
Voorbeeld: cliënt met chronisch schizofreen ziektebeeld, achterdochtig en zorgmijndend. Laat uitsluitend hulpverlener van FACT-tem toe in zijn huis, omdat deze de enige is die hij vertrouwt. Deze FACT hulpverlener (meestal een SPV en **geen SPV-er!**, = een taalkundige foute term) helpt de woning op orde te houden, ziet toe op de financiële huishouding, gaat met cliënt naar het buurthuis, naar de gemeentelijke Sociale Dienst, naar een arbeidsvoorziening waardoor cliënt (on) betaald werk krijgt. In deze situatie is de kwetsbaarheid van cliënten zo groot dat de FACT-hulpverlener al deze taken uitvoert.

Hoofdstuk 5

Bent u het eens met onze conclusie dat behandeling van werkgerelateerde problemen zoals overspanning en burnout vanuit de geneeskundige GGZ niet ten laste van de Zvw kan komen. Kunt u zich vinden in onze conclusie dat financiering van deze zorg in principe tot de verantwoordelijkheid van de werkgever behoort in het kader van de Wet Verbetering Poortwachter. Heeft u hierbij nog opmerkingen of aanvullingen?

Antwoord:

- a. Ik ben het zéér oneens dat de behandeling van werkgerelateerde problemen zoals overspanning en burnout vanuit de geneeskundige GGZ per definitie niet ten laste van de Zvw zou moeten komen.
1^e: Ik mis bij de beschrijving van de symptomen zowel bij als overspanning als bij burnout dat in beide situaties er dikwijls sprake is van sombere- dan wel (sterk) wisselende stemmingen. Dit is juist een van de symptomen, naast vermoeidheid, waar het meeste lijden gevoeld wordt.
2^e: Bovendien zit er een tegenstrijdigheid in de opvatting die u schetst door enerzijds burnout op één lijn te stellen met “ongedifferentieerde somatoforme stoornis” (pag. 41) en anderzijds (pag. 45) te betogen dat burnout toch niet gezien moet worden als een psychische stoornis en dus alle kosten voor rekening van de werkgever komen. Dit komt de overheid financieel uiteraard heel goed uit, maar m.i. wordt hier wel erg gemakkelijk alle financiële lasten bij de werkgever neergelegd. Het doet ook recht om bij iedere situatie ook te kijken naar de persoon in kwestie zelf en naar de privé-omstandigheden. Elke situatie zal afzonderlijk beoordeeld moeten worden.
3^e. Er zijn genoeg signalen vanuit de maatschappij dat bedrijfsartsen lang niet altijd objectief zijn in hun advies naar de cliënt, maar waarbij de belangen van de werkgever zwaarder lijken te wegen dan het belang van de cliënt.

4^e. Bedrijfsartsen die psychotherapeutische interventies toepassen is voor mij volstrekt nieuw en tot dusver nimmer ook maar iets van gemerkt.

Hoofdstuk 6

Bent u het eens met de conclusie van het Zorginstituut dat IPS niet behoort tot geneeskundige zorg?

Zo nee, welke delen van de interventie vormen volgens u wel geneeskundige zorg? Kunt u deze specificeren (welke professional verricht welke activiteiten in het kader van de geneeskundige zorg)?

Ontbreekt in dit hoofdstuk belangrijke informatie over het effect van IPS op klinisch en functioneel herstel? Welk?

Antwoord:

Gedeeltelijk ben ik het eens dat IPS niet tot de geneeskundige zorg zou moeten behoren, maar mede gelet op mijn antwoord op vraag 4 c, zou ik willen stellen dat hulpverleners vanuit het FACT-team regelmatig interventies plegen gericht op het vinden dan wel in stand houden van (on)betaald werk, waarbij in veel gevallen deze interventies een onlosmakelijk onderdeel zijn van hun totale hulpaanbod aan de cliënten (bemoeizorg), zodat hier wel degelijk sprake is van geneeskundige zorg.

Hoofdstuk 7

a. Herkent u de beschreven signalen?

b. Ziet u zelf nog andere belangrijke aspecten die de participatie van mensen met psychische problemen belemmeren of juist bevorderen?

Welke signaal heeft volgens u de grootste gevolgen voor (arbeids)participatie van mensen met psychische problemen?

Antwoord:

a. Ja.

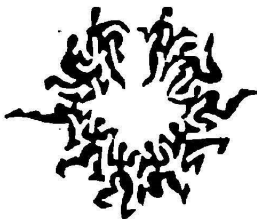
b. 1^e: Dat de Zvw geen ruimte biedt aan behandelaars om cliënten integraal te begeleiden/behandelen.

2^e: Dat in de Zvw is bepaald dat behandeling van aanpassingsstoornissen is uitgesloten van de geneeskundige GGZ. Mijns inziens een ernstige dwaling die zo spoedig mogelijk weer teruggedraaid moet worden.

Tot slot: zeer groot compliment dat u in dit document spreekt over cliënt en niet over patiënt !!

Met vriendelijke groet,

Jan Seeleman
Voorzitter a.i. LV POH-GGZ



Zorginstituut Nederland
Mevrouw L. V.
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

Sparrenheuvel 16
Postbus 520
3700 AM ZEIST
Telefoon (030) 698 89 11
Telefax (030) 698 83 33
E-mail info@zn.nl

Contactpersoon

Doorkiesnummer

Ons kenmerk B-16-3993-csch1
Uw kenmerk Reactie op de Consultatie
Datum 18 juli 2016
Onderwerp Duiding participatie in de GGz

Geachte mevrouw V,

Op 19 mei jl. ontvingen wij de concept duiding 'Bevorderen van participatie van cliënten met een psychische stoornis' met het verzoek hierop onze reactie te geven en de consultatievragen te beantwoorden. Wij stellen het zeer op prijs dat u ons en andere partijen om een reactie vraagt en zijn graag bereid deze te geven.

Wij geven u hieronder eerst een algemene reactie en gaan daarna in op een aantal van uw vragen.

Voordat wij ingaan op het merendeel van uw vragen, willen wij in meer algemene zin opmerken dat er grijze gebieden blijven bestaan, waarvoor onvoldoende duidelijk is tot welk domein de zorg en/of begeleiding behoort. Dit hebben de medisch adviseurs van de verzekeraars met u en uw collega besproken in het kenniscentrum GGz.

Consultatievragen in Hoofdstuk 2

Bent u het met ons eens dat activiteiten in het kader van klinisch herstel en functioneel herstel onder het domein van de Zvw vallen?

Dit betreft een complex punt, waarover eerder discussie is gevoerd: er blijft altijd een grijs gebied bestaan. Geneeskundige activiteiten die leiden tot klinisch en functioneel herstel, vallen onder de Zvw. Deze activiteiten moeten worden gerelateerd aan de behandeldoelen en onderdeel zijn van het behandelplan. Om het te kunnen beheersen, hanteren zorgverzekeraars soms

een tijdsafbakening: activiteiten worden dan bijvoorbeeld tien keer vanuit de Zvw gefinancierd en vallen daarna onder verantwoordelijkheid van de Wmo.

Is het bevorderen van (het weer starten met) werk een zinvolle activiteit in het kader van klinisch herstel en functioneel herstel?

Het bevorderen van werk is zeker zinvol. Echter, werkgevers beschikken al over de mogelijkheid om werknemers op 'arbeid therapeutische basis te laten werken'.

Zijn er doelgroepen waarvoor (betaald) werk extra van belang is of voor wie het volgens u juist niet goed is om te werken? Waarom?

Betaald werk is voor iedereen van belang. Belangrijk is dat mensen werk verrichten dat (qua belasting) bij hen past. Er zijn geen doelgroepen bekend waarvoor dat niet zou gelden.

Consultatievragen in Hoofdstuk 3

Bent u het eens met de korte omschrijving die wij geven van de verschillende wetten die van belang zijn voor (arbeids) participatie in de GGZ? Kunt u zich vinden in de omschrijving van de bijdrage van deze wetten voor de (arbeids)participatie van de GGZ (zie ook bijlage 3)?

Heeft u hier nog aanvullingen op of opmerkingen bij?

Deze opsomming is correct. We hebben geen aanvullingen.

Wat betreft arbeidsparticipatie in de GGZ geldt hetzelfde als voor reguliere integratie: het werk moet zich aanpassen aan het individu en niet andersom. Starten op arbeidstherapeutische basis kan onderdeel zijn van de behandeling. Initiële begeleiding op de werkplek kan tijdelijk uit de Zvw worden betaald, omdat de GGZ-behandeling ook gefinancierd wordt vanuit de Zvw. Werk gerelateerde begeleiding moet door de werkgever worden betaald en is geen verzekerde zorg.

Consultatievragen in Hoofdstuk 4

Kunt u zich vinden in de omschrijving van de genoemde richtlijnen, modules en handboek? Heeft u hier nog aanvullingen op of opmerkingen bij?

Bent u het eens met deze conclusies? Waarom (niet)?

Bent u het eens met de conclusie dat activiteiten die zich richten op persoonlijk en maatschappelijk herstel niet vallen onder de geneeskundige GGZ?

We kunnen ons vinden in de genoemde richtlijnen. Ook sluiten wij ons aan bij de conclusie dat casemanagement niet standaard tot verzekerde zorg behoort. Het doel van casemanagement bepaalt de financieringsvorm. Casemanagement gericht op maatschappelijke participatie hoort thuis in het domein van de Wmo. Casemanagement gericht op loonvormende arbeid hoort thuis bij de werkgever. Wie de casemanager is, of welke professie die heeft, maakt voor deze afweging niet uit.

Consultatievragen in Hoofdstuk 5

Bent u het eens met onze conclusie dat behandeling van werkgerelateerde problemen zoals overspanning en burnout vanuit de geneeskundige GGZ niet ten laste van de Zvw kan komen. Kunt u zich vinden in onze conclusie dat financiering van deze zorg in principe tot de verantwoordelijkheid van de werkgever behoort in het kader van de Wet Verbetering Poortwachter. Heeft u hierbij nog opmerkingen of aanvullingen?

Wij vinden dat de pathologische origine van het ontstaan van de psychiatrische DSM-diagnose niet mag worden meegewogen bij de financieringsvorm van de behandeling. Wanneer iemand wordt doorverwezen naar de geneeskundige GGZ moet de individuele diagnose behandeld worden. Wanneer de behandeling stagneert vanwege het in stand houden van de ziekmakende factoren zal de behandelaar een afweging moeten maken. Mogelijk dat er dan een bedrijfsgeneeskundige interventie moet plaatsvinden. Dat staat echter los van de noodzaak en de financiering van de psychiatrische behandeling. Voor doorverwijzing naar de basis GGZ vanwege werkgerelateerde klachten moet een andere afweging worden gemaakt. Dit kan niet uit de Zvw worden gefinancierd.

Psychosociale zorg bij somatische klachten is geen aparte prestatie en hoort gefinancierd te worden binnen de somatische DBC.

Consultatievragen in Hoofdstuk 6

Bent u het eens met de conclusie van het Zorginstituut dat IPS niet behoort tot geneeskundige zorg? Zo nee, welke delen van de interventie vormen volgens u wel geneeskundige zorg? Kunt u deze specificeren (welke professional verricht welke activiteiten in het kader van de geneeskundige zorg)?

Ontbreekt in dit hoofdstuk belangrijke informatie over het effect van IPS op klinisch en functioneel herstel? Welk?

IPS is een bewezen methode met goed resultaat, maar het effect is sterk afhankelijk van de deskundigheid van de IPS-consulent. De methode kan vergeleken worden met de functie begeleiding welke wordt opgestart als voorbereiding op de afsluiting van een behandeltraject. In dat licht bezien kan IPS, onder voorwaarden, worden gefinancierd uit de Zvw. De voorwaarden moeten wel goed worden beschreven en er moet een beperking worden aangebracht. Te denken valt aan een begrenzing in de tijd dan wel een begrenzing in frequentie. Er kan ook gekozen worden voor een doelgroep gerichte aanpak dan wel een sector gerichte aanpak.

Op voorhand uitsluiten van financiering uit de Zvw lijkt niet de aangewezen weg. Dat staat haaks op de maatschappelijke ontwikkelingen. Afbakening is noodzakelijk.

Deze zorg hoort ook door het FACT-team te worden geleverd, vanwege de herstelondersteuning. Wanneer gebruik wordt gemaakt van IPS, dient dit opgenomen te zijn in het individuele behandelplan van de patiënt.

Consultatievragen in Hoofdstuk 7

Herkent u de beschreven signalen? Ziet u zelf nog andere belangrijke aspecten die de participatie van mensen met psychische problemen belemmeren of juist bevorderen? Welk signaal heeft volgens u de grootste gevolgen voor (arbeids)participatie van mensen met psychische problemen?

Bent u het eens met de conclusie dat er geen leemtes zijn in de wettelijke domeinen? Zo nee, welke leemtes zijn er volgens u?

Er bestaan geen leemtes in wetgeving. Gemeenten hebben voldoende speelruimte om keuzes te maken. Wanneer een gemeente geen gebruik maakt van die speelruimte moet de gemeente daar op worden aangesproken. Over het algemeen zien wij geen rol voor de zorgverzekeraar anders dan dat zij een lokale gesprekspartner kan zijn. Voor de Zvw zien wij, buiten het inzetten van IPS, geen rol bij het vergroten van de arbeidsparticipatie van een verzekerd individu.

Consultatievragen in Hoofdstuk 8/9

Bent u het eens met de conclusies en de gegeven aanbevelingen? Kunt u aangeven waarom (niet)?

Ziet u mogelijk andere aanbevelingen op grond van dit rapport? Welke? Welke aanbeveling zou volgens u als eerst opgevolgd moeten worden om de gezondheid en participatie van mensen met psychische problemen zo snel mogelijk te verbeteren?

We kunnen ons vinden in de aanbevelingen en sluiten graag aan bij de gesprekken met het UWV en de VNG.

Wij stellen voor terughoudend te zijn in het aanpassen van regelgeving inzake relatieproblemen of aanpassingsstoornissen. Zodra de behandeling hiervan verzekerde zorg wordt, dient deze zorg te worden afgebakend en beheerst. De huidige formulering van deze psychosociale problematiek is te breed om te kunnen gebruiken als verwijscriterium voor de GGZ. Dat geldt zowel voor de basis GGZ als de geneeskundige GGZ.

Tot zover onze reactie. Wij vernemen graag uw reactie hierop en zijn uiteraard bereid nader met u mee te denken over aanscherping van deze duiding.

Met vriendelijke groet,
Zorgverzekeraars Nederland

Mevrouw J.G.W. Lensink MSc
Directeur Zorg