



GEZOND IN ...

STIMULERINGSPROGRAMMA GIDS
LOKALE AANPAK GEZONDHEIDSACHTERSTANDEN



Aandacht voor de gezondheidspositie van bijstandsgerechtigden

Ruud Dorenbos & Jochem Heemskerk



PLATFORM31

kennis van stad en regio





Programma

Maak werk
van je
Gezondheid



Aandacht voor de gezondheidspositie van
bijstandsgerechtigden

- Achtergronden onderzoek
- Aanleiding onderzoek + cijfers

Onderzoek

- Onderzoeksopzet
 - Dossieranalyse incl. korte casus
 - Gesprekken cliënten en klantmanagers
 - Gesprekken experts
- Overpeinzingen (over oplossingen)

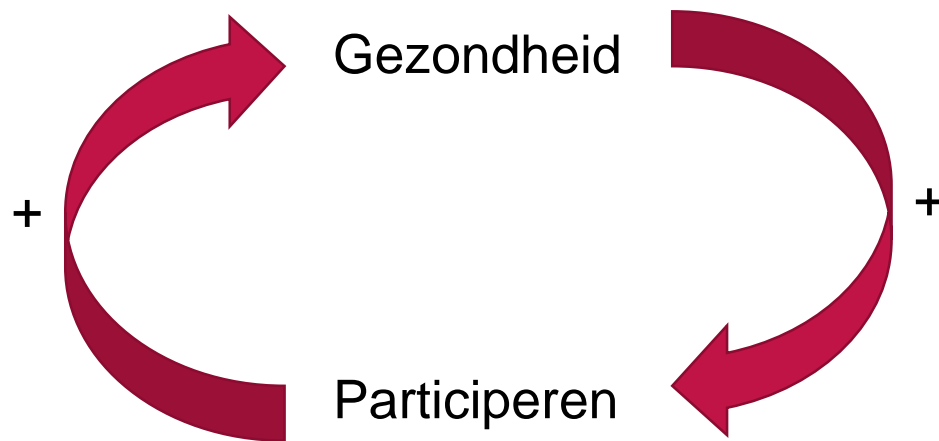
Discussie

- Gemeenten aan zet? Zo ja, hoe?





Gezondheid en participatie versterken elkaar



Platform31 (2018) Gezond participeren aan de randen van het land

(Maatschappelijke) participatie verbetert de psychische en fysieke gezondheid en verhoogt zingeving, zelfvertrouwen en sociale cohesie



Bijstandsgerechtigden hebben relatief veel gezondheidsproblemen

Chronische aandoeningen bij bijstandsgerechtigden in Rotterdam*

Chronische aandoening	Bijstandsgroep Rotterdam	Nederlandse beroepsbevolking
Reumatische aandoening	29%	17%
Psychische aandoening	19%	7%
Psychotische aandoening	8%	2%
Hart- en vaatziekten	19%	14%
Diabetes	9%	3%
Aandoening aan luchtwegen	13%	8%

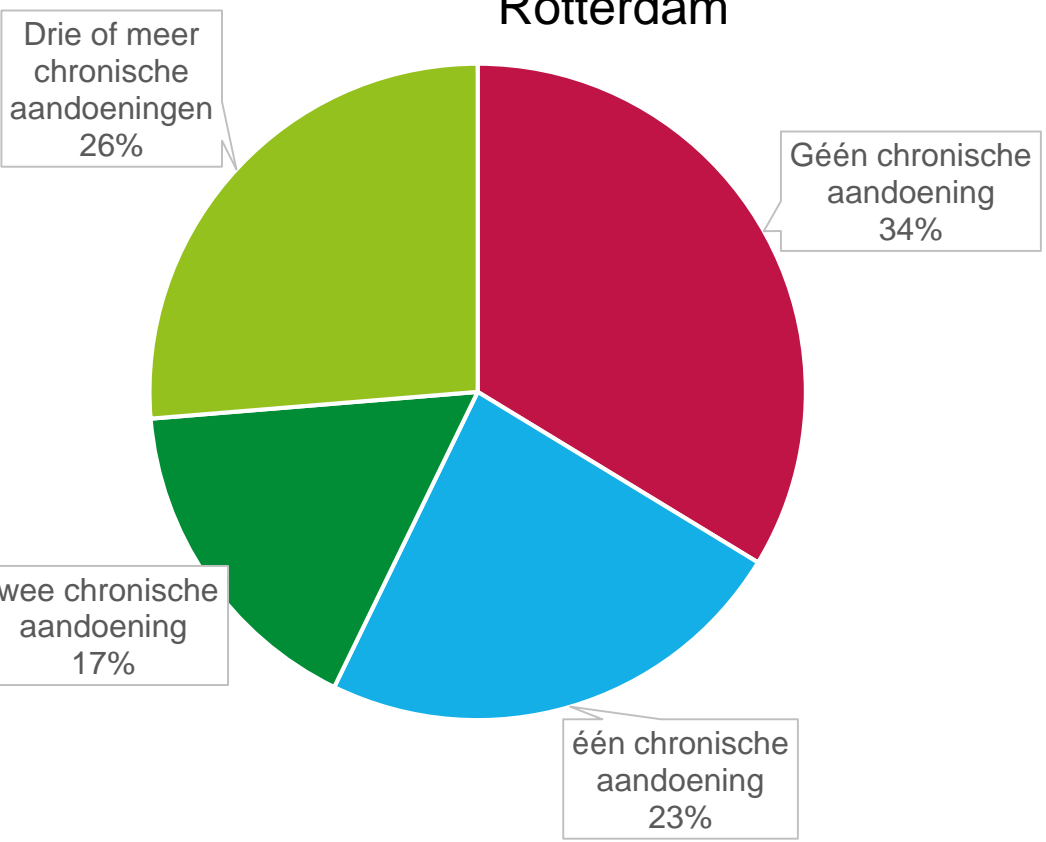
**Cijfers Rotterdam
vergelijkbaar met
bijstandsgroep heel
Nederland!**

* Uit presentatie Lex Burdorf nav onderzoek van Universiteit Leiden, TU Delft en het Erasmus University Rotterdam

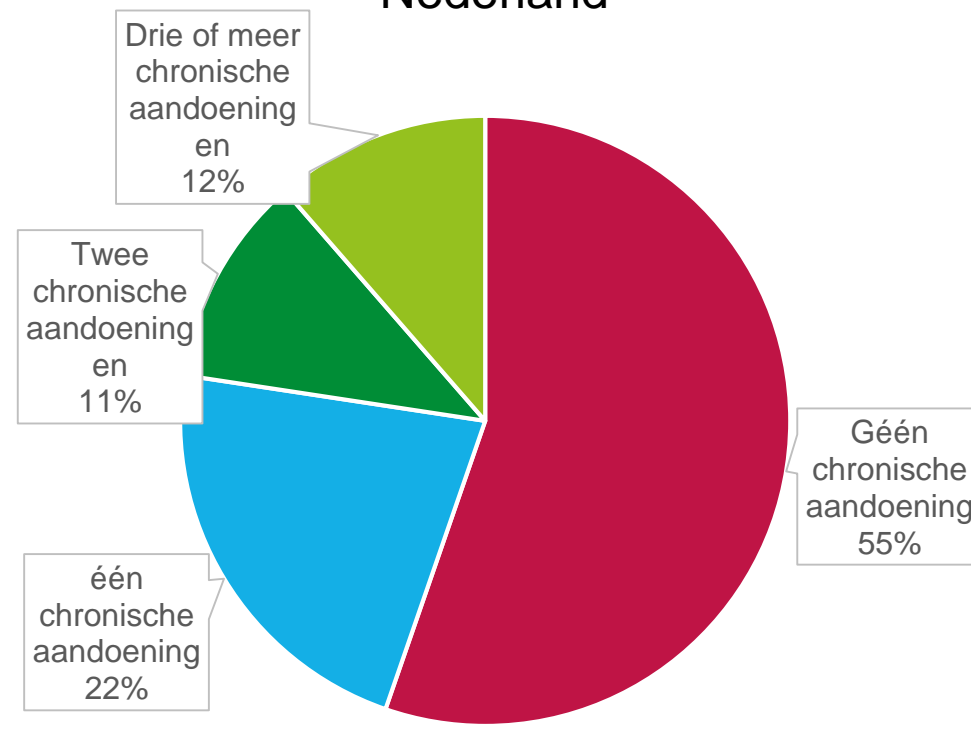


Bijstandsgerechtigden hebben vaker een stapeling van ziekten*

Multimorbiditeit bijstandsgerechtigden Rotterdam



Multimorbiditeit beroepsbevolking Nederland

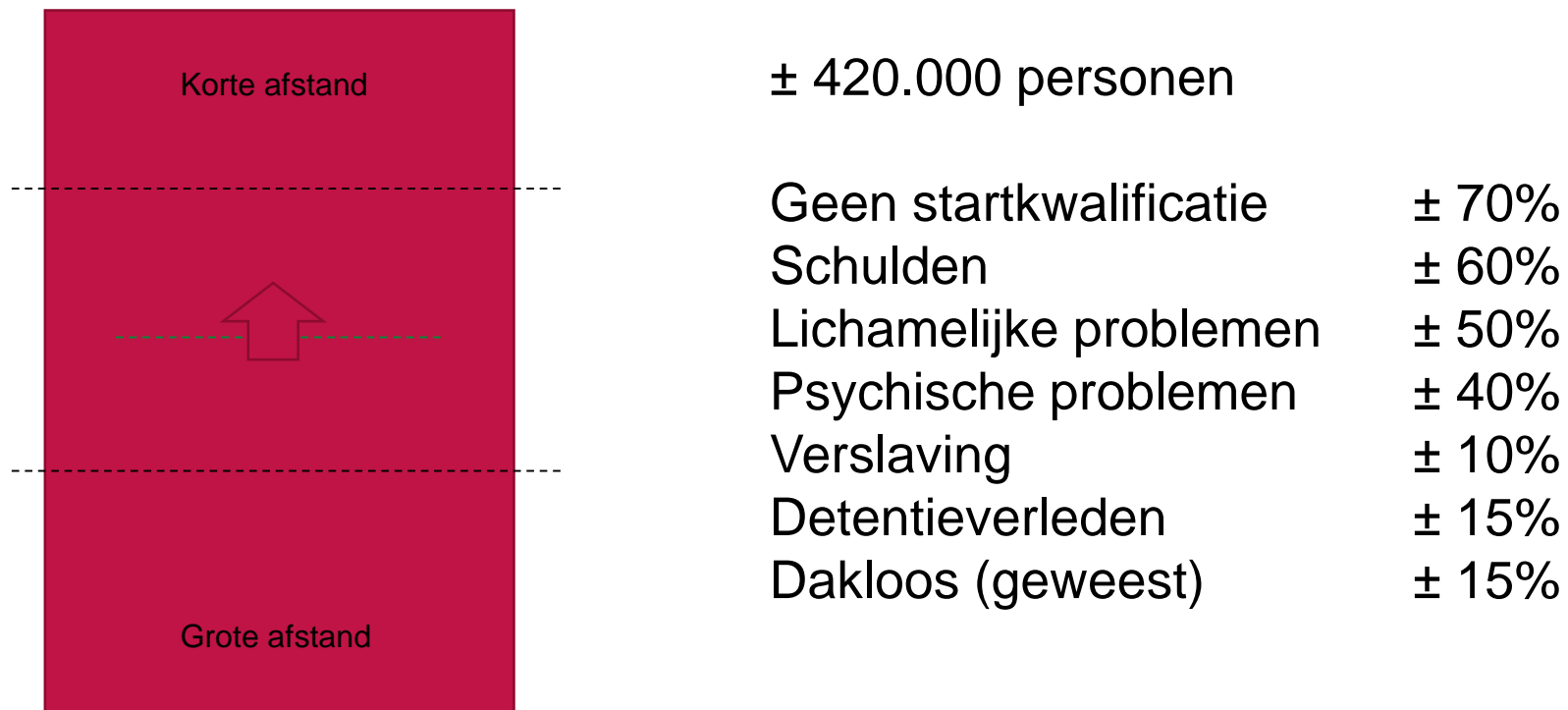


* Uit presentatie Lex Burdorf nav onderzoek van Universiteit Leiden, TU Delft en het Erasmus University Rotterdam



En ook stapeling van andere problematiek

Bijstand





Gezondheidspositie van bijstandsgerechtigden

Gelet op het voorgaande ontstond de vraag ‘staat de gezondheidspositie van bijstandsgerechtigden op het netvlies van gemeenten?’, en zo ja wordt er in het activeringsbeleid rekening mee gehouden (en zo ja, hoe?)

Centrale onderzoeksvraag

Hoe ziet de gemeentelijke praktijk eruit wat betreft de begeleiding van bijstandsgerechtigden met gezondheidsachterstanden naar werk of maatschappelijke participatie, én bestaat er een ideaalmodel?



Deelvragen

- Over welke informatie van de gezondheidspositie van bijstandsgerechtigden beschikken gemeenten?
- Wat doen ze met deze informatie? (d.w.z. in hun re-integratie en participatietrajecten)
- Hoe kijken bijstandsgerechtigden tegen hun eigen activering aan?
- Hoe kunnen activeringstrajecten gericht op bijstandsgerechtigden met gezondheidsproblemen worden verbeterd?

Onderzoeksopzet

- Belronde onder 25 gemeenten (beleidsadviseurs Wmo, gezondheid en werk & inkomen)
- Dossieronderzoek (anoniem) bij 5 gemeenten
- Gesprekken met 10 klantmanagers
- Gesprekken met 20 bijstandsgerechtigden
- Gesprekken met 10 experts



Deelvragen

- Over welke informatie van de gezondheidspositie van bijstandsgerechtigden beschikken gemeenten?
- Wat doen ze met deze informatie? (d.w.z. in hun re-integratie en participatietrajecten)

Over welke informatie van de gezondheidspositie van bijstandsgerechtigden beschikken gemeenten?



Individueel niveau

Klantmanagers hebben vrij veel én specifieke informatie
Informatie wordt verkregen op basis van o.a. intake, mailverkeer, bedrijfsarts



Geaggregeerd niveau

Psychische/fysieke belemmeringen zijn op te vragen maar in de praktijk blijkt dat relatief weinig gemeenten over geaggregeerde overzichten beschikken



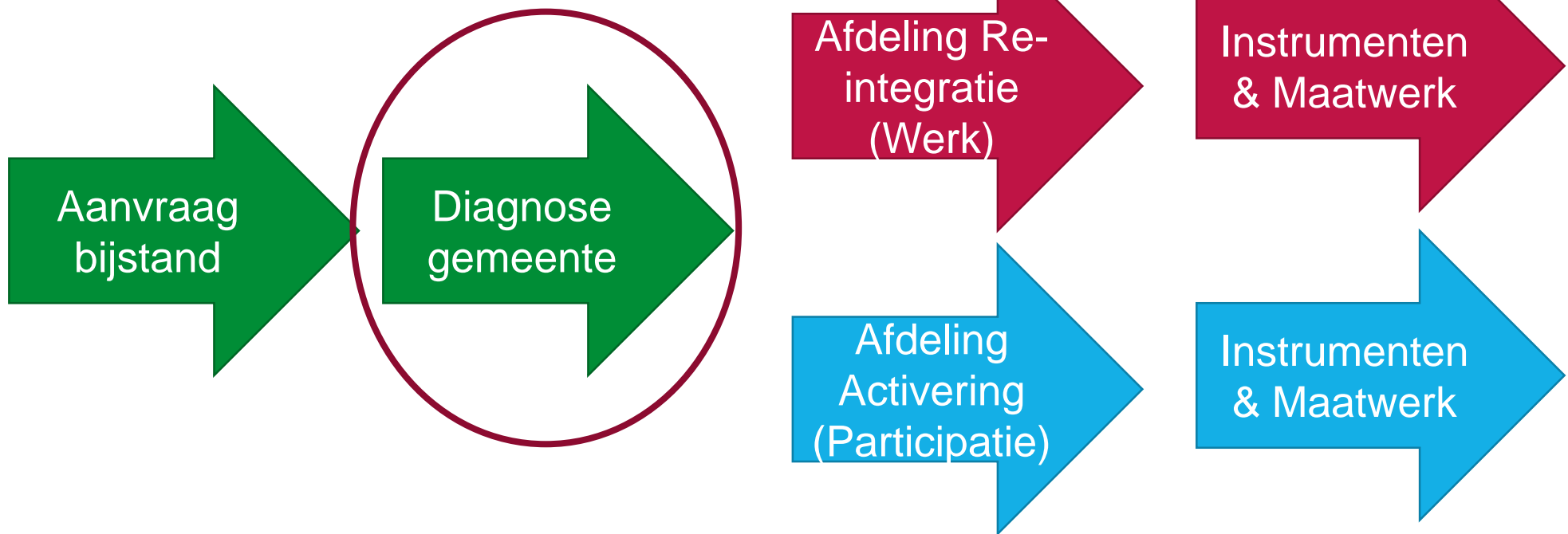
Landelijke databases

Informatie over gezondheidsproblematiek van bijstandspopulatie kan worden verkregen oa. door het koppelen van microdata CBS en GGD (bijvoorbeeld uitgevoerd door universiteiten i.s.m. CBS)



In de diagnose wordt de meeste informatie voor iedere kandidaat opgehaald

Stappen richting werk of participatie





Diagnose is bepalend voor het vervolgtraject

- Bepaalt afstand tot de arbeidsmarkt
- Bepaalt of je in de re-integratiegroep of participatiegroep wordt ingedeeld

Elementen van diagnoseproces zijn o.a.

- Diagnose-instrument (breed bevragen, aandacht voor gezondheid)
- Arbeidsdeskundige, psycholoog of bedrijfsarts
- Werkplaats ('proef werken')
- Groepsgesprek, test Nederlands & vaardigheden
- Keuzehulp (UWV)
- Multidisciplinair overleg





Medische onderbouwing tijdens diagnose

Om de diagnose beter (medisch) te kunnen onderbouwen, kan de klantmanager om verschillende adviezen vragen. In de praktijk zien we veel variëteit tussen gemeenten in het gebruik van externe adviezen.

1) Medisch advies Participatiewet (bedrijfsarts)

Medische beperkingen (bijv. medische beperkingen voor alle zwaar fysieke arbeid alsmede lang staan en lopen, klimmen en traplopen + urenbeperking: max. 20 uur)

2) Arbeidsdeskundig advies Participatiewet

Houding client t.o.v. activering- en arbeid, Arbeidskundige visie op cliënt, Overzicht beoordelingen en competenties algemeen, beschikbaarheid aantal uren

3) Psychologisch advies Participatiewet



Verschillen tussen re-integratie- en participatiegroep

Re-integratiegroep (werk)

- Afstand tot arbeidsmarkt relatief klein
- Binnen 1-2 jaar richting werk te begeleiden
- Inzet trainingen en instrumenten om stap naar werk kleiner te maken
- Vaak meeste inzet (aandacht en middelen) op deze groep

Dossieronderzoek: Doorgaans kent de groep geen doorslaggevende psychische/fysieke belemmeringen om aan het werk te gaan

Participatiegroep (maatschappelijke activering)

- Afstand tot arbeidsmarkt relatief groot
- Bemiddeling naar werk voorlopig niet realistisch
- Stimulering naar vrijwilligerswerk of dagbesteding

Dossieronderzoek: Bijna altijd multi-problematiek waaronder langdurige en chronische belemmeringen



Conclusies over intake en diagnose

1. Klantmanager heeft vaak op individueel niveau veel specifieke informatie. Er wordt van hem/haar gevraagd dat hij verschillende vormen van informatie (medisch, meningen, institutioneel kader, keuze activeringstrajecten etc.) omzet in een effectief traject. Dit vergt veel inhoudelijke kennis en kunde.
2. Er zijn grote verschillen per klantmanager en per gemeente, bijvoorbeeld in hoe een diagnose tot stand komt en in de toepassing van instrumenten.
3. Beoordeling van beschikbare informatie door klantmanagers is veelal subjectief. Er wordt wisselend gebruik gemaakt van bijvoorbeeld medische specialisten.



Onderzoeksvragen

Hoe kijken bijstandsgerechtigden tegen hun eigen activering aan?



Aanbevelingen vanuit bijstandsgerechtigden

- Gezondheidsproblematiek is persoonlijk. Een vast aanspreekpunt en privacy in het gesprek is gewenst
- Gezondheidsproblematiek is vaak complex. Uit de gesprekken blijkt dat klantmanagers nog regelmatig een verkeerde inschatting maken van de gezondheidsproblematiek van bijstandsgerechtigden. Klantmanagers kunnen dus nog stappen zetten in het verhogen van hun dossierkennis.
- Klantmanagers die het dossier van hun cliënten goed kennen en met hen meedenken, besteden meer aandacht en tijd aan verdiepende gesprekken. Dit helpt bij het bepalen van de diagnose en het aanbieden van een traject dat past bij de persoonlijke situatie
- Bijstandsgerechtigden willen graag meer inzicht in de mogelijke trajecten en hun eigen dossier
- Bijstandsgerechtigden waarderen initiatieven waar niet het label 'gemeente' op staat (gemeenten financieren deze initiatieven vaak wel).



Onderzoeksvragen

Hoe kunnen activeringstrajecten gericht op bijstandsgerechtigden met gezondheidsproblemen worden verbeterd?



Hoe kijken experts aan tegen de gezondheidspositie van bijstandsgerechtigden?

- Vrij grote verschillen tussen gezondheidspositie bijstandsgerechtigden en rest van de beroepsbevolking
- Inschatting is dat de kennis over gezondheidspositie bijstandsgerechtigden beperkt is onder gemeenten
 - Er is wel informatie op individueel niveau (maar niet op geaggregeerd niveau)
 - En het beschikken over informatie staat niet gelijk aan het hebben van kennis
 - De diagnose is subjectief, er wordt weinig gebruik gemaakt van wetenschappelijke inzichten.
- De indeling in re-integratie- of participatiegroep is vaak cruciaal. Kansen op uitstroom voor re-integratiegroep aanzienlijk groter. Omvang gezondheidsachterstanden bij participatiegroep groter (maar er is overlap met de re-integratiegroep).



Aanbevelingen van experts voor gemeenten

Informatie en kennis: In kaart brengen van de specifieke gezondheidssituatie van bijstandsgerechtigden is in iedere gemeente mogelijk

Vakmanschap klantmanagers vergroten: Bijvoorbeeld door meer (medische) kennis en kunde. Waar nodig zetten zij (meer) medici, psychologen en arbeidsdeskundigen in. Maar ook vergroten van *soft skills* en investeren in het eigen professioneel netwerk

Monitoren en evalueren: leren van de eigen praktijk

Methodisch maatwerk: Het gebruik van data om te komen tot een persoonlijke diagnose. Hierop volgt een gestandaardiseerde aanpak. Bijvoorbeeld de werkverkenner (UWV)

Aandacht en tijd: Effectief, juist ook voor de participatiegroep. Opschaalbaar (?) Bijvoorbeeld FIP (Frequent, Intensief, Persoonlijk).

Werkgevers:. Creëer functies (job carving) of werkplekaanpassingen voor mensen met gezondheidsproblemen (IHW)



Tot slot (overpeinzingen)

Taaie onderwerp, maar een fors maatschappelijk probleem, dat qua ernst groter wordt

- Urgentie nog niet breed in gemeentelijke organisaties bekend, niet hoog op politieke agenda;
- Wie is de probleemeigenaar? Wordt het als een maatschappelijk probleem gezien of als een individueel- of overheidsprobleem?
- Binnen gemeente onduidelijkheid over regie. Het raakt meerdere beleidsdomeinen;
- Activeringstrajecten voor bijstandsgerechtigden met gezondheidsproblemen nog niet veel in de praktijk te vinden. Het gaat vaak om kleinschalige pilots.

Eigen voorkeur

- Aanpak: aandacht en persoonlijke begeleiding (aangevuld met wetenschappelijke inzichten)
- Nadeel: Het is kostbaar (want arbeidsintensief en kennisintensief)



Dankjewel!

Voor meer informatie kunt u kijken op

- Gezond In... [kennisdossier Participatie en Gezondheid](#)
- Gezond In... [Praktijkvoorbeelden](#)

Vragen of opmerkingen?

Mail naar Simone.thoof@platform31.nl