

**Het monitoren van
arbeidstoeleiding van mensen met grote afstand tot de
arbeidsmarkt en gezondheidsproblemen**

eindrapportage

Maart 2016

Dr. M. Schuring

Drs. K. Reeuwijk

Prof. dr. A. Burdorf

Afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg

Erasmus Universitair Medisch Centrum

Rotterdam

Samenvatting

Het Ministerie van Sociale Zaken heeft eind 2013 zes veelbelovende projecten geselecteerd gericht op arbeidstoeleiding van niet-werkenden met gezondheidsproblemen, in het bijzonder psychische problemen. Een intersectorale aanpak staat centraal in deze projecten, waarbij verschillende publieke en private organisaties vanuit het domein 'werk' en het domein 'zorg' gezamenlijk werken aan arbeidsparticipatie van mensen met (mentale) gezondheidsproblemen. Dit rapport doet verslag van de resultaten van het onderzoek in de periode 2014 (eerste fase) en 2015 (tweede fase). In 2014 zijn de zes projecten geëvalueerd door een systematische analyse met gesprekken met alle betrokkenen. Vervolgens zijn voor de tweede fase (2015) drie projecten geselecteerd op basis van het aantal personen dat met een re-integratietraject was gestart. Deze drie projecten zijn geëvalueerd door een gestructureerde dataverzameling op individueel cliëntniveau met een maximale follow-up van 15 maanden. In het gehele onderzoek staan drie onderzoeksvragen centraal:

1. *Wat zijn bevorderende en belemmerende factoren voor de uitvoering van de voorbeeldprojecten?*
 - *Hoe verloopt het samenwerkingsproces tussen partners, wat zijn succesfactoren voor een effectieve samenwerking en welke risico's/knelpunten zijn er voor een goede samenwerking?*
 - *Wat zijn volgens de betrokkenen de onderdelen in de aanpak en inhoud van de interventie die bijdragen aan succesvolle re-integratie van werklozen met lichamelijke en/of psychische problemen dan wel leiden tot een stijging op de participatieladder?*
2. *Wat is de toegevoegde waarde van de voorbeeldprojecten voor de maatschappelijke participatie, zelfredzaamheid en het verkrijgen van betaald werk van cliënten?*
3. *Wat zijn de maatschappelijke kosten en baten van de voorbeeldprojecten vanuit het perspectief van de verschillende stakeholders (gemeente, UWV, zorgverlener, zorgverzekeraar, cliënt)*

De belangrijkste bevindingen van de Monitor Voorbeeldprojecten worden in de volgorde van de geformuleerde onderzoeksvragen samengevat. De eerste onderzoeksvraag heeft betrekking op zes voorbeeldprojecten in Amsterdam, Rotterdam, Utrecht, Den Haag, Enschede en Waalwijk. De andere onderzoeksvragen worden beantwoord met drie geselecteerde voorbeeldprojecten: 1) VIP Amsterdam, 2) ExIT Rotterdam en 3) IPS Noord Holland Noord. (beschrijving projecten pg. 12-16)

1A Bevorderende factoren voor integrale samenwerking

Bevorderend voor integrale samenwerking is de betrokkenheid van zowel publieke als private organisaties vanuit het domein '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 het herstel.

Een gezamenlijk gevoelde urgentie, visie en bevoegdheid 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 gemaakt worden over de uitwisseling van informatie tussen professionals van verschillende organisaties.

1B Belangrijke elementen in de re-integratie aanpak

De methodiek van de voorbeeldprojecten wordt beschreven aan de hand van drie aangrijpingspunten: i) cliëntgerichte interventies, ii) afstemming vraag en aanbod en iii) werkgevergerichte interventies. Het wordt door direct betrokkenen als belemmerend ervaren indien alléén cliëntgerichte interventies, bedoeld om de niet-werkende te activeren, worden ingezet voor werkzoekenden met een grote afstand tot de arbeidsmarkt en gezondheidsproblemen. Het is bevorderend als aandacht wordt besteed aan het opbouwen van een netwerk met potentiële werkgevers en het initiëren van persoonlijk contact tussen werkzoekende en potentiële werkgever. Voor een goede match is het van belang dat de re-integratieprofessional of het re-integratie team inzicht heeft in de mogelijkheden en beperkingen van de werkzoekende én de taakeisen van de werkprocessen bij regionale werkgevers.

Daarnaast spelen andere factoren een rol, zoals het (her)kennen van de doelgroep, consistentie in de uitvoering van de methodiek, competenties van de professional en de lokale arbeidsmarktsituatie. Voor het (her)kennen van de doelgroep is het van belang dat er een goede uniforme diagnose is van de problematiek van de werkzoekenden en dat relevante informatie op een systematische wijze wordt vastgelegd. Modelgetrouw werken, volgens een methodiek waarvan de effectiviteit door onderzoek is aangetoond, is bevorderend. Helaas ontbreekt voor veel re-integratiemethodieken voldoende bewijskracht. Om meer consistentie in de uitvoering te krijgen is het van belang een uniforme methodiek vast te leggen in werkinstructies.

2A De invloed van drie voorbeeldprojecten op maatschappelijke participatie en zelfredzaamheid

De maatschappelijke participatie van de cliënten is laag, waarbij meer dan de helft sociaal geïsoleerd is of beperkte sociale contacten buitenshuis heeft (trede 1-2). Gedurende het eerste jaar van een traject bij de voorbeeldprojecten stijgt de maatschappelijke participatie van cliënten. Het aantal cliënten in een sociaal isolement of met beperkte sociale contacten (trede 1 en 2, participatieladder) neemt af, terwijl het aantal cliënten dat deelneemt aan georganiseerde activiteiten of vrijwilligerswerk (trede 3 en 4) én het aantal cliënten dat betaald werk verricht met of zonder ondersteuning (trede 5 en 6) toeneemt.

De zelfredzaamheid van cliënten is bij aanvang van een traject met name beperkt op het gebied van dagbesteding, financiën, geestelijke gezondheid en maatschappelijke participatie. Bij alle voorbeeldprojecten zien we een verbetering van de zelfredzaamheid op deze leefgebieden gedurende de eerste zes maanden van een traject.

2B De toegevoegde waarde voor het verkrijgen van betaald werk.

De kans op het verkrijgen van betaald werk neemt toe voor cliënten van alle drie de voorbeeldprojecten. Er zijn echter wel verschillen tussen de voorbeeldprojecten in het aantal cliënten dat start met betaald werk. Deze verschillen zijn gedeeltelijk toe te schrijven aan verschillen in kenmerken van de doelgroepen. Zo hebben jongeren, hoger opgeleiden en gezondere cliënten een grotere kans te starten met betaald werk. Met behulp van een externe referentiegroep uitkeringsgerechtigden met psychische problematiek, is een kansmodel ontwikkeld waarmee de kans op het verkrijgen van werk kan worden voorspeld op basis van kenmerken van de doelgroep (aantal verwachte starters). Met behulp van een indicator voor effectiviteit, waarbij het daadwerkelijke aantal starters wordt vergeleken met het verwachte aantal starters, is inzicht verkregen in de toegevoegde waarde van de voorbeeldprojecten.

VIP Amsterdam heeft de hoogste toegevoegde waarde voor het verkrijgen van betaald werk. Cliënten hebben een bijna twee keer zo grote kans om te starten met betaald werk in vergelijking met reguliere begeleiding. Cliënten van IPS-Noord Holland Noord starten minder vaak met betaald werk in vergelijking met VIP Amsterdam. Echter,

voor wat betreft de duurzaamheid van het werk laat IPS-Noord Holland Noord de beste resultaten zien omdat hun cliënten minder vaak weer uit het arbeidsproces vallen in vergelijking met de andere voorbeeldprojecten. De kans op het verkrijgen van betaald werk in het eerste jaar van een ExIT traject is niet groter dan met reguliere begeleiding. Hierbij speelt mogelijk een lock-in effect een rol, waarbij cliënten gedurende het eerste jaar van het twee jaar durende ExIT traject minder geneigd zijn om naar betaald werk te zoeken. Door de gemeente Rotterdam zijn de volgende verbeterpunten geformuleerd om de effectiviteit van ExIT te verhogen, zoals snellere toeleiding naar betaald werk ('first place then train'), versterking van de ExIT teams met 2 job hunters en meer continuïteit in de begeleiding.

3. Maatschappelijke kosten en baten analyse

Een economische evaluatie is uitgevoerd van de drie voorbeeldprojecten VIP Amsterdam, IPS Noord Holland Noord en ExIT Rotterdam. Informatie over uitkeringskosten, trajectkosten en inkomsten uit (deeltijd) werk is op individueel cliëntniveau verzameld. Inzicht in zorgkosten vóór en na het starten met betaald werk is verkregen uit lopend onderzoek onder werklozen. Vanuit het perspectief van gemeente, UWV, zorgverzekeraar en de cliënt is inzicht verkregen in de netto-opbrengst van de voorbeeldprojecten. De periode waarin de investering in het voorbeeldproject wordt terugverdiend (Return of Investment, ROI) is berekend vanuit het perspectief van de gemeente, UWV en de zorgverzekeraar. Door het beperkte percentage starters met een betaalde baan, en de grote verschillen in het aantal uren betaald werk, is er enige onzekerheid bij het schatten van de kosten-baten verhouding van re-integratie inspanningen.

De voorbeeldprojecten, met name VIP Amsterdam, zorgen voor een besparing van de uitkeringskosten voor gemeenten, een besparing van zorgkosten voor de zorgverzekeraar en een toename van inkomsten uit werk voor de cliënt. De periode waarin de investering in een voorbeeldproject wordt terugverdiend door gemeenten of UWV is ongeveer vier jaar voor VIP Amsterdam en 7 jaar voor ExIT Rotterdam en IPS Noord Holland Noord in vergelijking met geen re-integratie. De investering in IPS trajecten wordt door de zorgverzekeraar binnen 2,5 jaar voor VIP Amsterdam tot 5 jaar voor IPS-Noord Holland Noord terugverdiend. Omdat de zorgverzekeraar niet financieel bijdraagt aan ExIT Rotterdam, zijn er voor de zorgverzekeraar in deze situatie alleen baten.

Het verkrijgen van betaald werk is alleen over het eerste jaar meegenomen. Hiermee wordt een conservatieve schatting gemaakt van de besparingen in uitkeringskosten, omdat naar verwachting ook in het tweede, derde en vierde jaar na de start van het traject nog cliënten zullen starten met betaald werk. Dit zal een gunstigere kosten-baten verhouding opleveren en resulteren in een kortere terugverdienperiode. Door de beperkte duur van het onderzoek kunnen we daar echter geen harde cijfers over presenteren.

Een aantal effecten, zoals een stijging op de participatieladder of een verbetering van de zelfredzaamheid van cliënten, zijn niet in euro's uit te drukken. Toch zijn deze effecten zijn weldegelijk relevant vanuit het perspectief van cliënten en voor de maatschappij als geheel. Het is daarom van belang om naast de gekwantificeerde kosten en baten in euro's, ook de andere maatschappelijke effecten te betrekken bij de afweging om te investeren in arbeidstoeleiding van mensen met psychische gezondheidsproblemen.

Aanbevelingen voor beleid

Op basis van de bevindingen uit de Monitor Voorbeeldprojecten worden twee aanbevelingen gedaan voor beleid:

- *Cofinanciering van arbeidstoeleiding mensen met gezondheidsproblemen.*

Vanwege bezuinigingen bij gemeenten zijn de mogelijkheden voor activering- en re-integratietrajecten in de afgelopen jaren afgenomen. Bij verschillende gemeenten ligt de nadruk vaak op het realiseren van zoveel mogelijk uitstroom uit de uitkering, omdat dit direct leidt tot een besparing van de uitkeringslasten. Deze strategie werkt belemmerend voor de arbeidstoeleiding van mensen met gezondheidsproblemen. De resultaten van de maatschappelijke kosten en baten analyse laten zien dat arbeidstoeleiding van mensen met psychische problematiek niet alleen voor gemeenten, maar ook voor de zorgverzekeraar resulteert in een kostenbesparing. Daarom wordt aanbevolen om de mogelijkheden voor cofinanciering van specifieke re-integratieprogramma's voor mensen met gezondheidsproblemen verder te vergroten.

- *Financiering van arbeidsgerelateerde activiteiten door zorgverzekeraar*

Integrale samenwerking tussen uitkeringsorganisaties en zorgverleners is cruciaal voor arbeidstoeleiding van niet-werkenden met gezondheidsproblemen. Echter, voor deze integrale samenwerking is geen structureel budget. Wanneer GGZ professionals zich gaan bezighouden met activering of re-integratie van cliënten ontstaan er problemen met de financiering. Hetzelfde geldt voor de financiering van GGZ professionals voor interdisciplinaire werkoverleggen of het benaderen van werkgevers. Binnen de voorbeeldprojecten zijn er oplossingen gevonden voor dit probleem. De gemeente Rotterdam financiert de GGZ inzet voor cliënten zelf vanuit het re-integratie budget van de gemeente. In Amsterdam financiert zorgverzekeraar Achmea de eerste 8 gesprekken van een IPS traject vanuit extra gelden van de zorgverzekeraar. Deze oplossingen zijn helaas vaak van tijdelijke aard, waardoor de continuïteit van de integrale samenwerking niet gewaarborgd is. Er is dringend behoefte aan een structurele oplossing voor de financiering van arbeidsgerelateerde activiteiten door zorgprofessionals. Dat kan bijvoorbeeld door het opstellen van een aparte financieringsstructuur, waarmee een zorgverzekeraar effectieve interventies naar arbeid voor cliënten met gezondheidsproblemen kan financieren.

Aanbevelingen voor onderzoek

Op basis van de bevindingen uit de Monitor Voorbeeldprojecten worden drie aanbevelingen gedaan voor onderzoek: 1) De effect-indicator is een veelbelovende methode om de toegevoegde waarde van re-integratieprojecten te evalueren, 2) Voor re-integratietrajecten met langdurige aanpak moet de evaluatie van hun toegevoegde waarde worden afgestemd op de doorlooptijd van deze trajecten en 3) Een systematische analyse van belemmerende en bevorderende factoren in een specifieke re-integratie aanpak maakt inzichtelijk waar verbeteringen mogelijk zijn.

Inhoudsopgave	Pagina
1. Inleiding	8
1.1 Nederland vanuit internationaal perspectief	8
1.2 Inclusieve arbeidsorganisaties	8
1.3 Monitor Voorbeeldprojecten	10
1.4 Leeswijzer van dit rapport	11
2. Voorbeeldprojecten	12
2.1 Doelgroep	12
2.2 Visie en doel	13
2.3 Methodiek	14
2.4 Integrale samenwerking	15
3. Bevorderende en belemmerende factoren	17
3.1 Methode van informatie verzameling	17
3.2 Integrale samenwerking	17
3.3 Samenwerking vanuit het perspectief van verschillende organisaties	21
3.4 Onderdelen in de aanpak van de interventie die bijdragen aan succesvolle re-integratie	25
3.5 Context	31
4. De toegevoegde waarde van de voorbeeldprojecten	33
4.1 Methode van dataverzameling	33
4.2 Kenmerken van deelnemers bij aanvang van een traject	33
4.3 Verandering in zelfredzaamheid en (arbeids)participatie	36
4.4 Ontwikkeling van een indicator voor effectiviteit	41
4.5 Toepassing van een indicator voor effectiviteit	43
4.6 Conclusie en aanbevelingen	45
5. Maatschappelijke kosten en baten analyse	46
5.1 Kosten en baten van de voorbeeldprojecten	46
5.2 Netto opbrengst van de voorbeeldprojecten	51
5.3 Periode waarin de investering in het voorbeeldproject wordt terugverdiend	55
5.4 Conclusie MKBA	56
6. Conclusie en aanbevelingen	57
6.1 Onderdelen van re-integratie die van belang zijn voor verhogen (arbeids)participatie	57
6.2 De maatschappelijke kosten en baten vanuit het perspectief van verschillende stakeholders	59
6.3 Aanbevelingen voor beleid	60
6.4 Aanbevelingen voor onderzoek	61
7. Literatuurlijst	62
Bijlage 1. Selectiecriteria voor Fase 2	64

1. Inleiding

1.1 Nederland vanuit internationaal perspectief

Nederland stond lange tijd internationaal bekend als een land met een hoog ziekteverzuim en een bijzonder hoog arbeidsongeschiktheidsvolume (Jehoel-Gijsbers, 2007). Midden jaren negentig behoorde Nederland nog tot de drie landen van Europa met het hoogste percentage arbeidsongeschiktheidsuitkeringen. Deze problematiek is overigens niet alleen in Nederland aanwezig, maar ook elders in Europa (Bloch & Prins, 2001). De nationale oplossingen om de uitkeringsafhankelijkheid te beperken lopen uiteen, maar kenmerken zich over het algemeen door verschuiving van verantwoordelijkheden naar de individuele werkgever en werknemer, aanscherping van de toegangscriteria en verlaging van de uitkeringen (OECD, 2010).

Een belangrijk verschil in de benadering van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid tussen landen is de verantwoordelijkheid van de werkgevers voor re-integratie (Versantvoort & van Echtelt, 2012). Zo zijn in Nederland werkgevers verplicht tot twee jaar loondoorbetaling bij ziekte. Voor Europa is dat uitzonderlijk: in andere Europese landen duurt die verplichting veel korter. Op de tweede plaats zijn werkgevers in Nederland verantwoordelijk voor de re-integratie van zieke werknemers. Op de derde plaats kent Nederland een relatief hoge ontslagbescherming voor zieke werknemers (Versantvoort & van Echtelt, 2012).

In de afgelopen jaren zijn in Nederland diverse beleidswijzigingen doorgevoerd om het uitkeringsvolume te verkleinen en de re-integratie van mensen met gezondheidsbeperkingen te bevorderen, waardoor het arbeidsongeschiktheidsvolume in Nederland nu een gunstigere positie inneemt dan decennia geleden. Het percentage arbeidsongeschiktheidsuitkeringen in de populatie van 20-64 jaar is gedaald van 9,5% naar 8%, waarmee Nederland overigens nog steeds tot een van de Europese koplopers behoort. Een uitzondering is de stijging van het volume in de Wajong (Wet werk en arbeidsondersteuning jonggehandicapten) van 134.000 uitkeringen in 2002 naar 203.000 in 2010. Dit leidde ertoe dat de wet Wajong in 2010 ingrijpend is veranderd, waardoor in de nieuwe Wet Wajong meer de nadruk op participatie en het 'werken naar vermogen' ligt.

1.2 Inclusieve arbeidsorganisaties

De Nederlandse overheid wil meer mensen met een arbeidsbeperking laten instromen op de arbeidsmarkt en het potentieel van hen die al wel een baan hebben beter benutten. Daarvoor zijn inclusieve arbeidsorganisaties nodig; organisaties die mensen met een arbeidsbeperking duurzaam in hun bedrijf laten werken naar vermogen en de daarvoor benodigde aanpassingen realiseren. In de periode 2008-2010 nam slechts 16% van de Nederlandse bedrijven bewust mensen uit kwetsbare groepen in dienst, zoals arbeidsongeschikten en langdurige werklozen (Oeij, 2011).

In het SCP rapport "Belemmerd aan het werk" worden 3 fasen onderscheiden in het realiseren van inclusieve arbeidsorganisaties: (1) motiveren van werkgever, (2) werving en selectie, en (3) duurzame arbeidsrelatie. In de eerste fase is allereerst de attitude van de werkgever van belang (de Vos, 2010; Hernandez, 2000). Onderzoek laat zien dat werkgevers vooral uit sociale overwegingen mensen uit kwetsbare groepen in dienst nemen. Werkgevers die een diversiteitsbeleid voeren, waarin alle medewerkers gelijkwaardig zijn, maar er ruimte is voor verschillen, blijken eerder geneigd mensen uit kwetsbare groepen in dienst te nemen (Chan, 2010; Findler, 2007; Habeck, 2010; Samant, 2009). Gebrek aan kennis is een belemmerende factor. Veel werkgevers zijn slecht op de hoogte van subsidieregelingen, zoals loonkostensubsidie, loondispensatie, werken met behoud van uitkering of no-riskpolis (de Vries, 2007; Unger & Kregel, 2003). Intermediaire organisaties, zoals UWV, gemeente of een re-integratiebedrijf, zijn belangrijk voor de informatievoorziening over financiële regelingen en de mogelijkheden van kwetsbare groepen en voor het wegnemen van vooroordelen (Bosch, 2009; Smit, 2009).

In de tweede fase blijkt dat weinig organisaties zelf actief zoeken naar mensen uit kwetsbare groepen. Het initiatief ligt vaak bij intermediaire organisaties. Voor mensen uit kwetsbare groepen is vaak een specifiek werving-

en selectiebeleid nodig. Daarnaast is het voor werknemers uit kwetsbare groepen soms noodzakelijk het werk of de werkplek aan te passen. Gebrek aan kennis kan leiden tot verkeerde plaatsing. Belangrijk is dat de intermediairs voldoende op de hoogte zijn van het werk en de werkprocessen in de organisatie, zodat zij voorlichting kunnen geven, begeleiding kunnen bieden of kunnen helpen bij het creëren van passende functies (van Horssen, 2010).

In de fase van duurzame arbeidsrelatie hebben personen uit kwetsbare groepen vaak extra begeleiding nodig en de kwaliteit van de begeleiding is een belangrijke succesfactor (Lammerts, 2011). De begeleiding kan worden geboden door een jobcoach of door een collega of leidinggevende. Voor het creëren van een duurzame arbeidsrelatie heeft de leidinggevende de belangrijke taak om een werkomgeving te creëren waarin iedereen zich gerespecteerd voelt (de Vries, 2007). Mensen uit kwetsbare groepen lijken opvallend genoeg meer gebaat te zijn bij een veeleisende cultuur dan bij een zorgzame cultuur, wat mogelijk te verklaren is doordat in organisaties met een veeleisende cultuur de werknemer minder 'gepamperd' wordt en er meer duidelijkheid is over wat van de werknemer wordt verwacht (Bosch, 2009). Ook in deze fase is goede kennis van regelingen en subsidies onontbeerlijk. Veel werkgevers ervaren hoge administratieve lasten rondom de aanvraag en verwerking van voorzieningen. Omdat veel regelingen tijdelijk zijn, durven werkgevers tijdelijke contracten niet om te zetten in een vast dienstverband (Wissink, 2009). Hierbij speelt de relatief (in vergelijking met andere Europese landen) grote verantwoordelijkheid van de werkgever voor loondoorbetaling en re-integratie van de medewerker bij ziekte een belemmerende rol.

1.3 Monitor Voorbeeldprojecten

Het Ministerie van Sociale Zaken heeft eind 2013 zes veelbelovende projecten geselecteerd gericht op arbeidstoeleiding van niet-werkenden met gezondheidsproblemen, in het bijzonder psychische problemen. Een intersectorale aanpak staat centraal in deze projecten, waarbij verschillende publieke en private organisaties vanuit het domein 'werk' en het domein 'zorg' gezamenlijk werken aan arbeidsparticipatie van mensen met (mentale) gezondheidsproblemen.

Het onderzoek was opgedeeld in twee fasen van ieder één jaar. Fase 1 (2014) bestond uit een beschrijvend onderzoek naar succes- en faalfactoren in de samenwerking en uitvoering van de zes voorbeeldprojecten. Daarnaast werd in fase 1 gestart met de registratie van gegevens door de voorbeeldprojecten en de ontwikkelen van een instrument om in fase 2 de effectiviteit van de re-integratiemethodieken te kunnen analyseren. In Fase 2 (2015) is inzicht verkregen in de toegevoegde waarde en de maatschappelijke kosten en baten van drie van de zes voorbeeldprojecten met voldoende personen in het re-integratietraject. Dit rapport doet verslag van de resultaten van de eerste en tweede fase van de Monitor Voorbeeldprojecten. In de eerste fase stond de eerste onderzoeksvraag centraal:

1. *Wat zijn bevorderende en belemmerende factoren voor de uitvoering van de voorbeeldprojecten?*
 - *Hoe verloopt het samenwerkingsproces tussen partners, wat zijn succesfactoren voor een effectieve samenwerking en welke risico's/knelpunten zijn er voor een goede samenwerking?*
 - *Wat zijn volgens de betrokkenen de onderdelen in de aanpak en inhoud van de interventie die bijdragen aan succesvolle re-integratie van werklozen met lichamelijke en/of psychische problemen dan wel leiden tot een stijging op de participatieladder?*

In de eerste fase zijn direct betrokkenen bij de zes voorbeeldprojecten geïnterviewd over alle factoren die als bevorderend of belemmerend worden gezien voor succesvolle re-integratie. Daarnaast hebben betrokkenen van de voorbeeldprojecten informatie geregistreerd over kenmerken van de doelgroep, trajectvoortgang en behaalde resultaten. Aan het eind van de eerste fase zijn drie van de zes voorbeeldprojecten geselecteerd voor de tweede fase. Deze selectie vond plaats op basis van het aantal personen dat met een re-integratietraject is gestart. In de tweede fase stonden twee onderzoeksvragen centraal:

2. *Wat is de toegevoegde waarde van de voorbeeldprojecten voor de maatschappelijke participatie, zelfredzaamheid en het verkrijgen van betaald werk van cliënten?*
3. *Wat zijn de maatschappelijke kosten en baten van de voorbeeldprojecten vanuit het perspectief van de verschillende stakeholders (gemeente, UWV, zorgverlener, zorgverzekeraar, cliënt)*

In de tweede fase hebben betrokkenen van de voorbeeldprojecten de registratie van kenmerken van de doelgroep, trajectvoortgang en behaalde resultaten voortgezet. Aanvullende informatie over uitkeringskosten, trajectkosten en inkomen uit werk zijn verzameld. Daarnaast is door middel van secundaire data-analyse informatie verkregen over de invloed van het starten met betaald werk op gezondheid en zorggebruik van cliënten. Voor ieder voorbeeldproject is inzicht verkregen in de kosten en baten vanuit het perspectief van de verschillende partijen en vervolgens is vanuit het perspectief van de verschillende betrokkenen de netto-opbrengst en de terugverdienperiode berekend.

1.4 Leeswijzer van dit rapport

Dit rapport beschrijft de resultaten van de Monitor Voorbeeldprojecten. In hoofdstuk 2 staat een kort overzicht van de zes voorbeeldprojecten. Daarin is ook een beschrijving opgenomen van de specifieke kenmerken van de deelnemers aan deze projecten en de instroom naar betaalde arbeid. In hoofdstuk 3 staan de bevorderende en belemmerende factoren voor het samenwerkingsproces en de uitvoering van de voorbeeldprojecten centraal. In hoofdstuk 4 wordt inzicht verkregen in de (verandering van) de maatschappelijke participatie en zelfredzaamheid en de toegevoegde waarde van de voorbeeldprojecten voor wat betreft toeleiding naar betaald werk. In hoofdstuk 5 wordt de maatschappelijke kosten en baten analyse gepresenteerd, waarbij voor ieder voorbeeldproject inzicht wordt gegeven in de netto-opbrengst en de terugverdienperiode vanuit het perspectief van gemeente, UWV, zorgverzekeraar en cliënt. In hoofdstuk 6 worden tenslotte de conclusies en aanbevelingen gepresenteerd en wordt geïllustreerd hoe de bevindingen uit het onderzoek aanleiding kunnen geven tot verbetering van de effectiviteit van een re-integratiemethodiek in de praktijk.

2. Voorbeeldprojecten

In hoofdstuk 2 worden de zes voorbeeldprojecten toegelicht. Allereerst wordt de doelgroep (2.1), de visie (2.2), de methodiek (2.3) en de integrale samenwerking (2.4) voor ieder project beschreven.

2.1 Doelgroep

- ExIT - Rotterdam

Rotterdamers met een bijstandsuitkering en sociaal psychologische problematiek vormen de doelgroep van ExIT. Er moet daarnaast sprake zijn van enig arbeidspotentieel, maar goede motivatie van cliënten om te gaan werken is geen selectie criterium.

- IPS GGZ Noord Holland Noord - Alkmaar

Bewoners uit Noord Holland Noord die langdurige psychiatrische zorg ontvangen van GGZ NHN behoren tot de doelgroep van Individual Placement and Support (IPS) GGZ NHN. Zij worden regulier begeleid door een multidisciplinair wijkteam. Als een cliënt bij de intake (of later) aangeeft wellicht te willen werken, kan deze een IPS traject krijgen, ongeacht de arbeidsgeschiktheid, loonwaarde, opleiding en symptomatologie.

- De Participatieladder – Waalwijk

Om te behoren tot de doelgroep van de Participatieladder moeten mensen aan drie criteria voldoen: 1) een bijstandsuitkering ontvangen via Baanbrekers (Gemeentelijke Sociale Dienst van Waalwijk en omgeving), 2) een woning huren bij woningcorporatie Casade én 3) een zorgverzekering hebben bij CZ.

- Sterker naar Werk - Leiden

Bijstandsgerechtigden van de gemeente Leiden met langdurige gezondheidsklachten die een belemmering vormen voor het starten met betaald werk vormen de doelgroep van Sterker naar Werk. Gezondheidsklachten zijn bijvoorbeeld chronische vermoeidheid, rugklachten, klachten aan het bewegingsapparaat of somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK). Daarnaast moet er motivatie zijn om te veranderen.

- Werken als Medicijn - Enschede

Bijstandsgerechtigden van de gemeente Enschede die langer dan twee jaar geleden voor het laatst zijn opgeroepen behoren tot de doelgroep van Werken als Medicijn. Mensen die, ondanks eventueel aanwezige gezondheidsklachten, in staat zijn om te werken, worden aangemeld voor het traject Werken als Medicijn.

- VIP Amsterdam

Alle inwoners van de gemeente Amsterdam met een eerste psychose worden doorverwezen naar VIP Amsterdam. Wanneer een deelnemer aangeeft te willen werken of wil starten met een opleiding komt de IPS-professional in actie.

2.2 Visie en doel

- ExIT - Rotterdam

Het doel van ExIT is het tegelijkertijd en in onderlinge samenhang aanpakken van belemmeringen en het verhogen van het participatieniveau. Een regisseur organiseert het netwerk van hulpverleners rond de klant en plaatst de deelnemer stap voor stap in zijn eigen kracht.

- IPS GGZ Noord Holland Noord - Alkmaar

Iedere cliënt die wil werken, kan 'begeleid' werken in een reguliere arbeidsplaats. Deelnemers worden snel in de gekozen functie geplaatst, en daarna gericht getraind in de benodigde werkvaardigheden ('first place then train').

- De Participatieladder – Waalwijk

Het doel is stijging van deelnemers op de participatieladder. Een hogere maatschappelijke participatie is een goede opstap naar vrijwillige, gesubsidieerde of reguliere arbeid. Andere leefgebieden, zoals wonen en gezondheid, worden positief beïnvloed door een hogere maatschappelijke participatie. Mogelijk vermindert daardoor ook het gebruik van zorgvoorzieningen.

- Sterker naar Werk – Leiden

Het programma is gericht op het versterken van de eigen regie en het beter leren omgaan met gezondheidsproblemen. Bewegen en gedragsverandering staan centraal. Door te bewegen komen deelnemers er achter dat ze meer kunnen dan ze in eerste instantie dachten.

- Werken als Medicijn - Enschede

Het vinden van regulier werk staat als doel bovenaan. Het accent wordt gelegd op wat iemand wél kan, in plaats van wat iemand niet kan. Voor de klanten waar werken geen optie is, worden arrangementen gezocht (vrijwilligerscontract) als tegenprestatie voor de uitkering.

- VIP Amsterdam

Het VIP wil voor haar patiënten wat alle jongeren willen: een eigen woning, werk/school, inkomen en een relatie. Door zo vroeg mogelijk jongeren met een eerste psychose in Amsterdam intensief en met een multidisciplinaire aanpak voor hun psychose te behandelen, kan het beloop van de ziekte gunstig beïnvloed worden. Het doel is om op een zo optimaal mogelijk niveau te kunnen blijven functioneren en in de maatschappij te participeren. Werken of het volgen van een opleiding draagt bij aan het herstelproces. Deelnemers worden snel in de gekozen functie geplaatst, en daarna gericht getraind in de benodigde werkvaardigheden ('first place then train').

2.3 Methodiek

- ExIT - Rotterdam

Het ExIT team is een interdisciplinair team, bestaande uit een ExIT regisseur, een sociaal psychisch verpleegkundige, psycholoog en maatschappelijk werker en een accountmanager. Het ExIT team bespreekt wekelijks het plan van aanpak van individuele casussen in een interdisciplinair overleg (IDO). De ExIT regisseur heeft de regie en kan de andere leden van het team inzetten bij specifieke problemen. De klant wordt ondersteund bij het zelf nemen van de regie en het zetten van stappen richting werk door middel van motiverende gesprekken, huiswerkopdrachten, workshops en werkervaringsplaatsen. Op het moment dat een deelnemer klaar is om te gaan werken, kan de klant door de ExIT regisseur worden doorverwezen naar de (reguliere) afdeling Matching van de gemeente Rotterdam. Daarnaast kan de accountmanager de werkzoekende ook ondersteunen bij het uitbreiden van het eigen netwerk, sollicitaties en het leggen van contacten met werkgevers.

- IPS GGZ Noord Holland Noord - Alkmaar

IPS Noord Holland Noord werkt volgens de evidence based methodiek "Individual Placement and Support" (Michon et al., 2014). De IPS begeleiders hebben een training gevolgd in de IPS methodiek en de IPS methodiek wordt modelgetrouw uitgevoerd. De IPS-begeleider maakt deel uit van een ambulante GGZ-team. Na een intakefase van 8 gesprekken, wordt actief naar (regulier) werk gezocht. Ook na plaatsing op een werkplek wordt de deelnemer begeleid (job coaching). De IPS-begeleider besteedt evenveel tijd aan het begeleiden van cliënten als aan het werven en begeleiden van werkgevers.

- De Participatieladder – Waalwijk

Een participatiecoach van Baanbrekers (gemeentelijke sociale dienst Waalwijk) gaat samen met een wijkconsulent van Woningcorporatie Casade op huisbezoek. Er wordt een gesprek gevoerd over dagelijkse activiteiten, wonen, kwaliteit van leven en persoonlijke doelen. Afhankelijk van de uitkomst van dit gesprek wordt een passende activiteit of participatieplaats gezocht bij lokale organisaties zoals scholen, buurthuizen en ondernemers. De participatiecoach heeft een signalerende functie en kan de verbinding maken met de GGZ, maatschappelijk werk en lokale vrijwilligersorganisaties.

- Sterker naar Werk - Leiden

Deelnemers worden begeleid door een multidisciplinair team, bestaande uit een revalidatiearts, bewegingsdeskundige, psycholoog, en een re-integratiedeskundige. De multidisciplinaire gedragsmatige training wordt in groepsverband aangeboden. Daarnaast worden er individuele coachingsgesprekken gevoerd. Het traject begint met een intensief dagelijks programma van ongeveer drie weken, daarna zijn er nog vier terugkommiddagen verspreid over één jaar. Na het traject is er een warme overdracht naar de consulenten van Re-integratie Leiden, voor reguliere begeleiding.

- Werken als Medicijn – Enschede

De gemeente Enschede wil in een jaar tijd 250 bijstandsgerechtigden bezoeken en daarvan 100 mensen op een traject plaatsen, bij voorkeur richting werk. Een aantal mensen wordt doorverwezen naar een werkregisseur van Asito dienstengroep (ADG). De ADG werkregisseur bespreekt met de klant wat er nodig is om tot betaald werk te komen. Dat kan via de weg van scholing, bewegen/sport of vrijwilligerswerk. Indien iemand klaar is om te werken,

gaat de werkregisseur actief op zoek naar werk. In eerste instantie start iemand met een 'klimopbaan' (werk met behoud van uitkering) voor een half jaar, gevolgd door regulier werk.

- VIP Amsterdam

Binnen VIP wordt gewerkt in multidisciplinaire teams van professionals die zich bezighouden met medische zorg, maatschappelijk werk, wonen en re-integratie. Wanneer een deelnemer aangeeft te willen werken of wil starten met een opleiding komt de IPS-professional in actie. De IPS professional maakt deel uit van een GGZ team. Bij de IPS methodiek staat een snelle plaatsing op een werkplek, stage of opleiding centraal (Michon, 2014). Het doel is regulier betaald werk tegen een normaal salaris. Deelname is afhankelijk van de wil en keuzes van de cliënt. De IPS-professional biedt doorlopende steun, ook na plaatsing op een werkplek of opleiding. De IPS-professional investeert veel tijd in het onderhouden van contacten met werkgevers en neemt deelnemers geregeld mee op bezoek bij werkgevers.

2.4 Integrale samenwerking

- ExIT - Rotterdam

Ten behoeve van het ExIT project werkt de Gemeente Rotterdam sinds 2005 samen met Parnassia Bavo Groep. GGZ hulpverleners (psychologen en sociaal psychiatrisch verpleegkundigen) werken op de werkpleinen van de gemeente Rotterdam in multidisciplinaire teams samen met de medewerkers van de gemeente. De zorgverzekeraar is tot 2012 betrokken geweest voor de financiering van de GGZ-inzet. Vanaf 2013 wordt de GGZ inzet betaald door de gemeente Rotterdam.

- IPS GGZ Noord Holland Noord - Alkmaar

GGZ Noord Holland Noord werkte van 2008 tot maart 2014 samen met WNK bedrijven (de regionale werkvoorziening/re-integratiebedrijf). Zorgverzekeraar Univé - VGZ financiert maximaal 8 gesprekken (intake fase) van het IPS traject. Het UWV heeft met GGZ NL een convenant gesloten voor arbeidstoeleiding van mensen met psychische problematiek en financiert IPS trajecten voor mensen met een uitkering van de UWV (Wajong, WIA). Een IPS traject bestaat zowel uit cliëntgerichte als werkgevergerichte activiteiten. Voor jobcoaching na plaatsing op werk - binnen IPS gebeurt dat door een professional vanuit de GGZ - kan aanvullende financiering worden aangevraagd bij het UWV.

- De Participatieladder

De Participatieladder is als pilot vormgegeven door drie organisaties: i) Baanbrekers, ii) Woningcorporatie Casade en iii) Zorgverzekeraar CZ. Baanbrekers geeft twee medewerkers de speciale functie 'participatiecoach' voor de pilot. Woningcorporatie Casade levert een woonconsulent voor de pilot en zorgverzekeraar CZ levert een onderzoeker voor het evaluatieonderzoek van de pilot. Het projectmanagement van de pilot wordt uitbesteed aan een vierde organisatie: het PON.

- Sterker naar Werk - Leiden

De gemeente Leiden meldt mensen aan voor een traject bij Winnock. Een bedrijfsarts wordt door de gemeente ingehuurd om de intake te doen en de bijstandsgerechtigde door te verwijzen naar Winnock. Winnock voert het (zorg)programma uit en declareert de kosten bij de zorgverzekeraar middels het openen van een DBC.

- Werken als Medicijn - Enschede

Het project Werken als Medicijn wordt vormgegeven door de gemeente Enschede in samenwerking met bedrijvengroep ADG (werkgeversverband van Asito schoonmaakbedrijven en TSN thuiszorg). Klantmanagers van de gemeente Enschede verrichten huisbezoeken en verwijzen mensen door naar het traject Werken als Medicijn. De werkgregisseur van de bedrijvengroep ADG wordt gefinancierd door de gemeente voor het uitvoeren van het traject 'werken als medicijn' .

- VIP Amsterdam

Binnen VIP Amsterdam worden activiteiten gericht op zorg en re-integratie geïntegreerd aangeboden vanuit één multidisciplinair team, bestaande uit GGZ professionals en professionals van een re-integratiebedrijf. De zorg gerelateerde activiteiten (medicatie, behandeling) kunnen middels een DBC gedeclareerd worden bij de zorgverzekeraar. Voor de werk gerelateerde activiteiten zijn er slechts beperkte mogelijkheden voor financiering door de zorgverzekeraar. Zorgverzekeraar Achmea heeft een aanvullende financieringsmogelijkheid voor de eerste 8 intake gesprekken van een IPS traject. VIP Amsterdam werkt samen met Odibaan (job- en schoolcoach organisatie). Om in aanmerking te kunnen komen voor financiering van een IPS traject, moet via Odibaan een aanvraag worden ingediend bij het UWV of de divisie Werk en Inkomen (DWI) van de gemeente Amsterdam. Bij het UWV kan er na plaatsing op werk ook financiering worden gevraagd voor job coaching. Bij DWI Amsterdam worden de kosten voor jobcoaching vooraf gereserveerd binnen het participatie budget dat wordt ingezet voor IPS trajecten.

3. Bevorderende en belemmerende factoren

In hoofdstuk 3 worden bevorderende en belemmerende factoren voor de uitvoering van de voorbeeldprojecten beschreven die naar voren zijn gekomen tijdens de interviews met medewerkers van de betrokkenen organisaties van de zes voorbeeldprojecten. Allereerst wordt de methode van gegevensverzameling kort toegelicht in paragraaf 3.1. Daarna worden de factoren die een rol spelen bij een integrale samenwerking (3.2) vanuit het perspectief van de verschillende stakeholders (3.3) beschreven. Vervolgens wordt in paragraaf 3.4 beschreven welke onderdelen in de aanpak en inhoud van de interventie volgens de betrokkenen bijdragen aan succesvolle re-integratie van werklozen met lichamelijke en/of psychische problemen. Ten slotte wordt de context van de voorbeeldprojecten beschreven in paragraaf 3.5.

3.1 Methode van informatie verzameling

Interviews zijn afgenomen bij verschillende professionals die vanuit hun organisatie betrokken waren bij één van de zes voorbeeldprojecten. Professionals waren betrokken op uitvoerend- of management niveau. Op uitvoerend niveau zijn één of meerdere participatiecoaches, woonconsulenten, werkconsulenten, arbeidsdeskundigen, bedrijfsartsen, IPS-professional en zorginhoudelijk adviseurs geïnterviewd. Op management niveau zijn managers, kwaliteitsmedewerkers, projectleiders en leden van verschillende directies geïnterviewd. De professionals waren werkzaam bij een uitkeringsinstantie, zoals gemeente of UWV, een zorgverlener (GGZ), een zorgverzekeraar of een woningcorporatie. Daarnaast zijn onderzoekers geïnterviewd die betrokken waren bij eerdere evaluatiestudies van enkele voorbeeldprojecten.

Door middel van semi-gestructureerde interviews is inzicht verkregen in belangrijke factoren voor integrale samenwerking vanuit het perspectief van de verschillende betrokken organisaties. Daarnaast zijn bevorderende en belemmerende factoren voor arbeidstoeleiding van mensen met psychische gezondheidsproblemen uitgevraagd. De resultaten van de interviews zijn beschreven in paragraaf 3.2 t/m 3.5.

3.2 Integrale samenwerking

Belangrijke factoren voor het samenwerkingsverband zijn i) het vinden van de juiste partners, ii) het maken van goede samenwerkingsafspraken en iii) het ontwikkelen van een sterke samenwerkingscultuur. Wanneer de samenwerking wordt vormgegeven in multidisciplinaire teams, is het van groot belang dat deze 'speciale teams' goed geïntegreerd zijn binnen de reguliere organisatie. Deze factoren worden achtereenvolgens toegelicht.

3.2.1 De juiste partners

Het begeleiden van werkzoekenden met gezondheidsproblemen wordt bevorderd door het aangaan van samenwerkingsverbanden met de organisaties die nodig zijn om dat doel te bereiken. Voor werkzoekenden met gezondheidsproblemen is het van belang dat publieke organisaties van het domein 'werk', zoals gemeenten en UWV, een samenwerkingsverband aangaan met organisaties van het domein 'zorg', zoals (GGZ) zorgverleners. Daarnaast kunnen private organisaties een belangrijke rol spelen, zoals zorgverzekeraars of werkgevers.

Bevorderend

- Samenwerking van organisaties van het domein 'werk' en 'zorg'
- Publieke organisaties werken samen met private organisaties

De Participatieladder

Een bevorderende factor voor de uitvoering van De Participatieladder is de samenwerking tussen partners (Baanbrekers, woningcorporatie Casade en zorgverzekeraar CZ). Iedere organisatie levert een bijdrage aan het project. Baanbrekers levert de participatiecoaches, woningcorporatie Casade levert een woonconsulent en CZ levert een onderzoeker voor het evaluatieonderzoek. Met gesloten beurzen wordt er samengewerkt. 'We regelen het gewoon met elkaar!'

3.2.2 Goede samenwerkingsafspraken

Het bereiken van overeenstemming over het doel, de te bereiken doelgroep en het beoogde resultaat bevordert een goede samenwerking. Een voorbeeld is het sluiten van convenanten waarin de partners van een samenwerkingsverband zich voor een bepaalde periode vastleggen om bepaalde activiteiten te verrichten of te financieren. Het werkt bevorderend als de bestuurders zich niet alleen beperken tot intentieverklaringen en afspraken over middelen, maar deze ook verankeren in de interne prioriteiten en werkprocessen van hun organisatie.

Bevorderend

- Het sluiten van convenanten met inspanningsverplichtingen
- Het bereiken van overeenstemming over doel, te bereiken doelgroep en het beoogde resultaat
- Het maken van afspraken om gezamenlijke activiteiten te verrichten of te financieren

3.2.3 Sterke samenwerkingscultuur

De bereidheid van de verschillende organisaties om te investeren in de gezamenlijke dienstverlening en onderlinge samenwerking bevordert een goede samenwerking. Het overbruggen van cultuurverschillen tussen de organisaties van het domein 'werk' en het domein 'zorg' is niet altijd makkelijk, maar wel leerzaam voor de betrokken professionals. Een gezamenlijk gevoelde urgentie, visie en bevologenheid zijn belangrijk om hobbels in het samenwerkingsproces te overwinnen.

Bevorderend

- Gezamenlijk gevoelde urgentie, visie en bevologenheid
- Bereidheid om te investeren in tijd en geld in onderlinge samenwerking

VIP Amsterdam

Een bevorderende factor voor de integrale samenwerking is de bereidheid van VIP Amsterdam en UWV te investeren in de onderlinge samenwerking. De IPS-professionals van VIP hebben nauw contact met de arbeidsdeskundigen van het UWV. Iedere zes weken is er een gezamenlijk overleg, waar gesproken wordt over vacatures voor Wajong-ers. Daarnaast gaat de IPS-professional met de jongere mee naar een gesprek met de arbeidsdeskundige van het UWV. De professionals van UWV en VIP weten elkaar te vinden als het nodig is en zijn goed op de hoogte van elkaars activiteiten.

IPS NHH

Een bevorderende factor voor de integrale samenwerking is de bereidheid van UWV om te investeren in de samenwerking met GGZ Noord Holland Noord. Een arbeidsdeskundige van UWV schuift aan bij het twee-wekelijks overleg van GGZ Noord Holland Noord. De arbeidsdeskundige denkt actief mee en helpt de GGZ professionals bij het regelen van financiering van IPS trajecten. Door regelmatig met elkaar te overleggen weten de professionals van UWV en GGZ Noord Holland Noord elkaar te vinden als het nodig is en zijn goed op de hoogte van elkaars activiteiten.

3.2.4 Integratie van speciale teams binnen de reguliere organisatie

Activiteiten gericht op arbeidstoeleiding van mensen met een grote afstand tot de arbeidsmarkt worden vaak uitgevoerd door professionals die samenwerken in speciale teams binnen een organisatie. De professionals van deze teams werken volgens een specifieke methodiek die afwijkend is van de reguliere werkwijze in de rest van de organisatie. Een goede integratie van deze speciale teams binnen de reguliere organisatie is van groot belang voor het functioneren van de professionals en de kwaliteit van de dienstverlening.

Binnen de gemeentelijke organisatie wordt sterk gestuurd op uitstroomresultaten, waarbij afdelingen of teams worden afgerekend op het aantal mensen dat in een bepaalde periode is gestart met werk. Omdat de speciale teams onderdeel zijn van de gemeentelijke organisatie, moeten deze teams vaak ook voldoen aan deze targets, ondanks het feit dat deze targets niet altijd in overeenstemming zijn met de specifieke doelstellingen van de methodiek en de specifieke doelgroep met een grote afstand tot de arbeidsmarkt. Een belangrijke rol is weggelegd voor de leiding van de reguliere organisatie in het stellen van haalbare doelen voor de speciale teams die passen binnen de doelstellingen van de organisatie en ook recht doen aan de specifieke methodiek van de speciale teams.

Bevorderend

- Een goede integratie van de speciale teams binnen de reguliere organisatie
- Helderheid over de specifieke targets waaraan het speciale team moet voldoen.

De Participatieladder

Een belemmerende factor voor de werkzaamheden van de participatiecoaches is de aansturing vanuit het management van de organisatie. De doelstelling van participatiecoaches is het verhogen van het participatieniveau van mensen in de wijk, maar vanuit de organisatie wordt ook gestuurd op het realiseren van uitstroom uit de uitkering. De gesprekken van de participatiecoaches die gericht zijn op de vraag "Wat wil je?" komen hierdoor onder druk te staan, want er moet ook gestuurd worden richting werk.

3.2.5 Continuïteit in de begeleiding naar betaalde arbeid.

Het begeleiden van werkzoekenden met gezondheidsproblemen wordt bevorderd door een planmatige aanpak met aandacht voor een goede aansluiting tussen de verschillende onderdelen van een traject.

Het tegelijkertijd en in onderlinge samenhang inzetten van zorg- en werk-gerelateerde interventies is bevorderend voor de arbeidstoeleiding van mensen met gezondheidsproblemen. Continuïteit wordt vergroot door afspraken over regieverantwoordelijkheid voor het gehele proces van arbeidstoeleiding. Bij een overgang naar een nieuwe fase in het traject, is een warme overdracht en continuïteit in de begeleiding van groot belang. Niet alleen in de arbeidstoeleiding naar betaald werk, maar ook daarna bevordert continuïteit in de begeleiding (ook wel nazorg genoemd) de duurzame inzetbaarheid van werknemers.

Bevorderend

- Afspraken over regieverantwoordelijkheid voor het gehele traject
- Continuïteit in de begeleiding, zowel in arbeidstoeleiding als na het starten met betaald werk

ExIT

Een belemmerende factor voor de uitvoering van ExIT is dat er onvoldoende continuïteit is in de begeleiding naar werk. Wanneer een ExIT deelnemer volgens het ExIT team 'matchbaar' of 'klaar om te gaan werken' is, wordt hij of zij overgedragen aan de afdeling Matching. De werkconsulenten van de afdeling Matching zijn gericht op invulling van vacatures, zonder specifieke aandacht voor werkzoekenden met minder mogelijkheden. Er is een verschil in beeldvorming ten aanzien van de kans op het verkrijgen van werk voor cliënten met psychische problemen. Professionals van het ExIT teams zien weldegelijk mogelijkheden, terwijl de professionals van de afdeling Matching de kans op het verkrijgen van werk negatiever inschatten.

3.2.6 Informatie uitwisseling tussen verschillende disciplines

Binnen het samenwerkingsverband moeten praktische afspraken worden gemaakt: welke informatie wordt uitgewisseld, door wie, op welk moment en op welke wijze. Dit alles met inachtneming van de wettelijke regels op het gebied van beroepsgeheim en bescherming persoonsgegevens. Een aanpak met goed vastgelegde protocollen voor informatie-uitwisseling werkt bevorderend voor de samenwerking tussen verschillende disciplines.

Bevorderend

- Protocolaire afspraken over uitwisseling informatie tussen verschillende organisaties

ExIT

Een bevorderende factor voor de uitvoering is dat er tussen de gemeente Rotterdam en GGZ zorgverlener Parnassia afspraken zijn gemaakt over welke informatie, wanneer en op welke manier mag worden uitgewisseld tussen professionals van beide organisaties.

3.3 Samenwerking vanuit het perspectief van verschillende organisaties

Binnen de zes voorbeeldprojecten wordt samengewerkt door verschillende publieke en private organisaties vanuit het domein 'werk' en het domein 'zorg'. In de onderstaande paragraaf wordt het perspectief van gemeenten, zorgverzekeraars, UWV en zorgverleners nader toegelicht.

3.3.1 Perspectief gemeente

Arbeidstoeleiding van mensen met (psychische) gezondheidsproblemen vraagt niet alleen 'werk' gerelateerde activiteiten, maar ook 'zorg' gerelateerde activiteiten. Het delen van een gezamenlijke visie is de basis voor de samenwerking met externe organisaties. Vanuit de gedachte dat arbeidsparticipatie samenhangt met andere domeinen in het leven, zoals gezondheid en wonen, wordt vanuit de gemeente samenwerking gezocht met een zorgverlener, zorgverzekeraar of woningcorporatie.

Vanuit de behoefte aan specifieke kennis en expertise op het gebied van (psychische) gezondheidsproblemen wordt samengewerkt met (GGZ) zorgverleners. Samenwerking met de GGZ is van belang voor de diagnostiek, de toeleiding naar specialistische behandelingen, en de integratie van de behandeling en toeleiding naar werk van mensen met psychische gezondheidsproblemen.

Samenwerking met andere organisaties wordt gezocht vanuit de ambitie om te blijven investeren in mensen met een grote afstand tot de arbeidsmarkt en gezondheidsproblemen, ondanks de bezuinigingen op het re-integratiebudget. Voor financiering van de 'zorg' gerelateerde activiteiten naast de 'werk' gerelateerde activiteiten wordt samenwerking gezocht met zorgverzekeraars.

Vanwege bezuinigingen bij gemeenten zijn de mogelijkheden voor activering- en re-integratietrajecten in de afgelopen jaren afgenomen. Gemeenten hebben de vrijheid zelf te beslissen hoe de beschikbare middelen worden ingezet voor arbeidstoeleiding van niet-werkenden. Bij verschillende gemeenten ligt de nadruk vaak op het realiseren van zoveel mogelijk uitstroom uit de uitkering. Het vervullen van vacatures met gemakkelijk bemiddelbare werkzoekenden heeft vaak de prioriteit, omdat dit leidt tot een besparing van de uitkeringslasten. Deze strategie werkt belemmerend voor de arbeidstoeleiding van mensen met gezondheidsproblemen.

Bevorderend

- Visie dat arbeidsparticipatie samenhangt met andere leefgebieden, zoals gezondheid en wonen
- Behoefte aan specifieke expertise voor arbeidstoeleiding van mensen met (psychische) gezondheidsproblemen

Belemmerend

- Nadruk op vervullen beschikbare vacatures met gemakkelijk bemiddelbare werkzoekenden

De Participatieladder

Een bevorderende factor voor de uitvoering van De Participatieladder is de samenwerking van de publieke organisatie Baanbrekers met woningcorporatie Casade en zorgverzekeraar CZ. Initiatiefnemer van De Participatieladder is de directeur van Baanbrekers. Ondanks de bezuinigingen op het re-integratiebudget en de toename van het aantal bijstandsgerechtigden door de recessie, was er de ambitie om te blijven investeren in de ontwikkeling van een methodiek en een netwerk voor de bemiddeling van mensen met een grote afstand tot de arbeidsmarkt. Hiervoor was een investering van externe organisaties nodig. De samenwerking werd gevonden met zorgverzekeraar CZ en woningcorporatie Casade. De organisaties deelden de overtuiging dat het verhogen van de maatschappelijke participatie een positieve invloed heeft op verschillende domeinen van het leven, zoals gezondheid en wonen.

3.3.2 Perspectief zorgverzekeraar

Voor mensen met psychische problematiek streeft de zorgverzekeraar naar het afbouwen van klinische zorg en het versterken van de ambulante zorg. Een betere integratie van de cliënt in de samenleving is van groot belang wil die beleidskeuze slagen. Het bevorderen van maatschappelijke participatie en arbeidstoeleiding van mensen met gezondheidsproblemen passen in dit streven. De verwachting is dat het starten met betaald werk mogelijk zal leiden tot vermindering van de zorgconsumptie, maar er is nog onvoldoende inzicht in de besparingen van zorgkosten door het aan het werk krijgen en houden van mensen met (psychische) gezondheidsproblemen. Zorgverzekeraars hebben behoefte een analyse van de kosteneffectiviteit van arbeidstoeleiding van mensen met gezondheidsproblemen. De zorgverzekeraar hecht er daarnaast ook belang aan dat de methodiek die wordt toegepast ook 'bewezen effectief' is.

Zorgverzekeraars hebben slechts beperkte mogelijkheden om activiteiten te vergoeden die gericht zijn op arbeidstoeleiding van mensen met gezondheidsproblemen. Financiering verloopt door middel van het openen van een DBC (diagnose behandel combinatie). In de DBC's is over het algemeen erg weinig aandacht voor werk als onderdeel van de behandeling, waardoor activiteiten gericht op activering en re-integratie slechts zeer beperkt vergoed kunnen worden. Daarnaast zijn er een aantal praktische problemen waar men tegenaan kan lopen bij het openen van een DBC. Zo moet er altijd een verwijzing zijn van een huisarts voor 2^{de} lijns zorg en mag er maar één DBC tegelijkertijd geopend zijn.

Bevorderend

- Visie dat gezondheid en zorgconsumptie samenhangen met participatie en werk
- Visie dat herstel en re-integratie niet los van elkaar staan, maar dat re-integratie deel uitmaakt van het herstel.

Belemmerend

- Onvoldoende inzicht in besparing zorgkosten door arbeidstoeleiding mensen met gezondheidsproblemen
- Beperkte mogelijkheden om activiteiten te vergoeden die gericht zijn op arbeidstoeleiding van mensen met gezondheidsproblemen

ExIT

Getracht is om de kosten van de arbeidshulpverlening door GGZ professionals door de zorgverzekering van de deelnemers te laten betalen. Dit is echter niet van de grond gekomen. Door invoering van een aantal nieuwe regels voor financiering van zorg, zoals de invoering van de eigen bijdrage en de huisarts als verwijzer, wordt vanaf 2013 de GGZ zorg door professionals van het ExIT team gefinancierd door de gemeente Rotterdam.

VIP Amsterdam

Een bevorderende factor voor de uitvoering van VIP is dat zorgverzekeraar Achmea bereid is de eerste 8 intake gesprekken van een IPS traject voor mensen met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA) te vergoeden. Achmea is bereid te investeren in deze aanpak voor deze doelgroep vanwege de volgende redenen 1) het betreft een bewezen effectieve methodiek, 2) het stimuleren van maatschappelijke participatie past bij het streven naar meer ambulante zorg, 3) een hogere maatschappelijke participatie hangt naar verwachting samen met een lager zorggebruik. Vooruitlopend op een businesscase die meer inzicht zal verschaffen in de kosteneffectiviteit van de methodiek, is Achmea bereid te blijven investeren in de IPS methodiek.

3.3.3 Perspectief van het UWV

Bij het UWV zijn er verschillende regelingen voor arbeidstoeleiding van mensen met een grote afstand tot de arbeidsmarkt, zoals sociale activering, individuele re-integratie overeenkomst (IRO), job coaching en de innovatieve regeling waarmee IPS trajecten gefinancierd kunnen worden.

Het UWV legt als landelijke organisatie de verbinding met andere organisaties. Zo heeft het UWV een convenant met GGZ NL en zijn er samenwerkingsafspraken met zorgverzekeraars over cofinanciering van IPS trajecten voor mensen met een ernstige psychische aandoening.

Op uitvoeringsniveau maakt een actieve betrokkenheid van de arbeidsdeskundigen van het UWV het verschil. Deze arbeidsdeskundigen bieden praktische ondersteuning bij het aanvragen van middelen voor sociale activering of arbeidstoeleiding van mensen met gezondheidsproblemen.

Bevorderend

- Financiering van arbeidstoeleiding van mensen met gezondheidsproblemen
- Als landelijke organisatie sterk in het leggen van de verbinding met andere organisaties
- Actieve betrokkenheid van de arbeidsdeskundigen

3.3.4 Perspectief van de zorgverlener

Dankzij de samenwerking met gemeenten en UWV kan de zorgverlener een doelgroep bereiken die wel hulp nodig heeft, maar zelfstandig de weg naar de hulpverleners niet weet te vinden. Deze zogenoemde ‘casefinding’ zorgt ervoor dat méér mensen in aanraking komen met GGZ hulpverleners.

Zorgverleners zijn over het algemeen gericht op het zo adequaat mogelijk bieden van zorg. Doordat GGZ professionals worden afgerekend op het aantal consulten of behandelingen dat is uitgevoerd, bestaat het risico op medicalisering en het te lang in zorg houden van cliënten. Uitstroom naar werk is geen resultaat waar GGZ hulpverleners op afgerekend worden, waardoor het risico bestaat dat er te weinig aandacht wordt besteed aan arbeid of arbeidstoeleiding.

Financiering van activiteiten gericht op arbeidstoeleiding van cliënten door GGZ professionals is ingewikkeld doordat ‘zorg’ en ‘werk’ gerelateerde activiteiten door verschillende organisaties gefinancierd moeten worden. ‘Zorg’ gerelateerde activiteiten (behandeling, medicatie) kunnen (meestal) worden gedeclareerd bij de zorgverzekeraar middels het openen van een DBC, terwijl voor de ‘werk’ gerelateerde activiteiten aanvullende financiering moet worden gezocht bij de uitkeringsinstantie. Bij UWV zijn er over het algemeen meer mogelijkheden voor financiering van arbeidstoeleiding van mensen met gezondheidsproblemen dan bij gemeenten. Wanneer een gemeente de ‘werk’ gerelateerde activiteiten niet wil vergoeden of wanneer een cliënt geen uitkering ontvangt, kan de GGZ professionals de werk-gerelateerde activiteiten niet financieren.

Bevorderend

- Case-finding: mensen die zorg nodig hebben, komen eerder in contact met hulpverleners

Belemmerend

- Te lang in traject en/of te weinig aandacht voor arbeid
- GGZ inzet bij arbeidstoeleiding niet altijd (volledig) te financieren

VIP Amsterdam

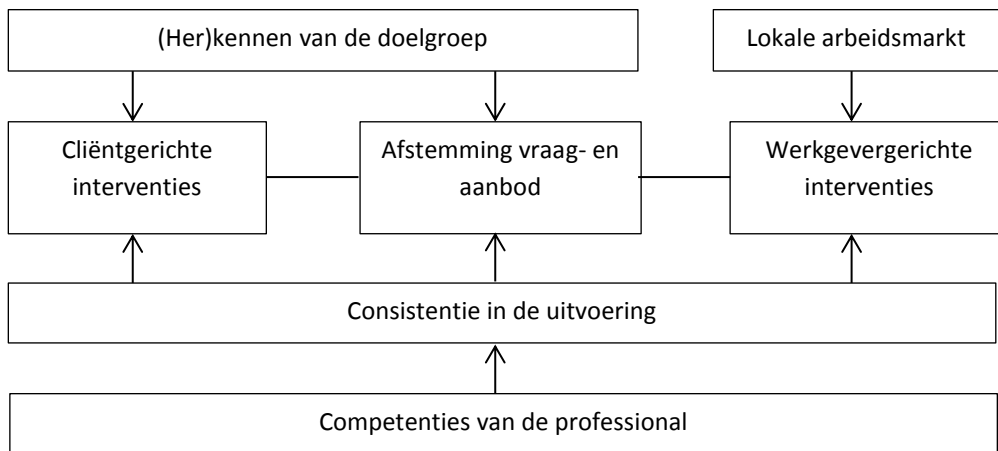
Een belemmerende factor voor de continuïteit van VIP Amsterdam is de gescheiden financiering van de activiteiten gericht op zorg en re-integratie. De werk gerelateerde activiteiten van een IPS-professional, die onderdeel uit maakt van een GGZ behandelteam, kunnen slechts zeer beperkt worden vergoed door de zorgverzekeraar (alleen financiering voor de eerste 8 gespreken). Financiering voor de IPS-professionals moet aangevraagd worden bij UWV en DWI. Bij de UWV zijn er mogelijkheden om de IPS-professionals te financieren vanuit het budget voor sociale activering en individuele re-integratie overeenkomsten (IRO's). De mogelijkheden voor financiering verschillen per gemeente, waarbij DWI Amsterdam het mogelijk heeft gemaakt om in de periode 2015-2016 voor 100 cliënten in regio Amsterdam een IPS traject te financieren. Niet alleen uitkeringsgerechtigden, maar ook nuggers (niet uitkeringsgerechtigden) komen in aanmerking voor financiering van een IPS traject door de gemeente Amsterdam.

3.4 Onderdelen in de aanpak van de interventie die bijdragen aan succesvolle re-integratie

In deze paragraaf wordt beschreven welke onderdelen in de aanpak en inhoud van de interventie volgens de betrokkenen bijdragen aan succesvolle re-integratie van werklozen met lichamelijke en/of psychische problemen. Betrokkenen hebben aangegeven welke kansen en belemmeringen zij zien ten aanzien van de uitvoering van hun methodiek. Om de verschillende factoren te kunnen ordenen maken we gebruik van een schema (figuur 1).

Het re-integratie programma kan worden beschreven aan de hand van 3 aangrijpingspunten: i) cliënt, ii) werkgever, of iii) afstemming vraag- en aanbod (Sol & Kok, 2014). Onder cliëntgerichte interventies vallen alle interventies die gericht zijn op de werkzoekende, bijvoorbeeld sollicitatietrainingen, motiverende gespreksvoering, workshops en gedragsmatige trainingen. Met werkgevergerichte interventies worden activiteiten bedoeld zoals het opbouwen van een goede relatie met werkgevers en het verkrijgen van inzicht in de werkprocessen bij de werkgever. Onder afstemming van vraag en aanbod vallen alle activiteiten die gericht zijn op het leggen van directe verbindingen tussen werkgevers en werkzoekenden.

Figuur 1 Factoren die van invloed zijn op arbeidstoeleiding van werkzoekenden met gezondheidsproblemen



Naast de specifieke interventies die worden aangeboden, spelen ook andere factoren een rol voor succesvolle re-integratie, zoals het (her)kennen van de doelgroep, consistentie in de uitvoering van de methodiek, competenties van de professionals en de lokale arbeidsmarktsituatie. Verschillende bevorderende en belemmerende factoren die door de betrokkenen van de voorbeeldprojecten naar voren zijn gebracht, worden achtereenvolgens beschreven.

3.4.1 Het (her) kennen van de doelgroep

Werkconsulenten van de gemeenten hebben moeite om de juiste doelgroep te herkennen voor een specifiek traject, doordat zij i) over onvoldoende gestructureerde informatie beschikken over werkzoekenden in de eigen caseload, of ii) onvoldoende ervaring of deskundigheid hebben in het herkennen van specifieke problematiek. Voor een goede inschatting van de mogelijkheden van een cliënt met psychische problemen is de deskundigheid van een GGZ professional nodig. Een goede, gestructureerde diagnostiek van problemen op de verschillende leefgebieden van de werkzoekenden is bevorderend voor het aanmelden van de juiste personen voor een specifiek traject. Daarnaast is het van belang uniforme informatie over de situatie van een werkzoekende te registreren, zodat het mogelijk is op grond van deze informatie de juiste personen te selecteren voor specifieke trajecten. Actieve communicatie over toelatingscriteria voor een specifiek traject is bevorderend voor het bereiken van de juiste doelgroep. Onduidelijkheid over de toelatingscriteria of de beoogde doelen van een specifiek traject leidt tot te weinig of onterechte aanmeldingen. Bij een onterechte aanmelding is het van belang dat professionals onderling communiceren over de reden voor afwijzing.

Belemmerend

- Het beschikken over onvoldoende gestructureerde informatie over de werkzoekenden
- Onvoldoende ervaring of deskundigheid in het herkennen van specifieke problematiek
- Onduidelijkheid over toelatingscriteria voor specifieke trajecten

Bevorderend

- Een goede, uniforme diagnose van de problematiek van de werkzoekenden
- Het op systematische wijze vastleggen van relevante informatie over een werkzoekende

ExIT

Een belemmerende factor voor de uitvoering van ExIT is dat er geen eenduidige criteria worden gehanteerd voor toelating tot een ExIT traject. Door het ExIT team wordt het criterium "er moet sprake zijn van enig arbeidspotentieel" toegepast voor toelating tot een ExIT traject. Door de externe druk om zoveel mogelijk mensen te laten uitstromen naar werk wordt de nadruk steeds vaker gelegd op arbeidspotentieel, waardoor mensen met bijvoorbeeld een langere werkloosheidsduur of 'onveranderbare psychische problematiek' niet meer worden toegelaten tot een ExIT traject. Verschillen in interpretatie en toepassing van de toelatingscriteria leiden tot onduidelijkheid bij werkconsulenten van de gemeente, waardoor niet de juiste werkzoekenden worden aangemeld voor een ExIT traject. Intensieve communicatie met degene die gaan doorverwijzen zorgt voor minder onjuiste verwijzingen.

Sterker naar Werk

Een belemmerende factor voor het project Sterker naar Werk is dat er onvoldoende informatie beschikbaar is over de bijstandsgerechtigden van de gemeente Leiden. Hierdoor zijn te weinig mensen voor het project Sterker naar Werk aangemeld. De klantmanagers kennen de uitkeringsgerechtigden niet, mogelijk omdat zij een te hoge caseload (100 mensen per klantmanager) hebben. Recente initiatieven om bijstandsgerechtigden op te roepen voor een "Klant in Beeld" gesprek, hebben in het jaar 2014 echter ook niet geleid tot voldoende aanmeldingen.

Een bijkomende belemmerende factor voor de uitvoering van Sterker naar Werk is mogelijk het feit dat te weinig mensen aan de toelatingscriteria konden voldoen. Om aangemeld te kunnen worden moest er sprake zijn van langdurige lichamelijke klachten waarvoor men niet onder behandeling was. Daarnaast moest iemand gemotiveerd zijn om te veranderen en mocht er geen sprake zijn van complexe multi-problematiek. De doelgroep bijstandsgerechtigden met gezondheidsklachten kenmerkt zich door een hoog zorggebruik en een combinatie van problemen op verschillende leefgebieden. Hierdoor is het aannemelijk dat een aanzienlijk aantal bijstandsgerechtigden niet aan de criteria voor toelating tot het project Sterker naar Werk konden voldoen.

3.4.2 Cliëntgerichte interventies

De meeste interventies, die door de verschillende projecten worden aangeboden, zijn cliëntgerichte interventies. Vrijwilligerswerk, een beweegprogramma of andere sociale activiteiten worden aangeboden met als doel activering van de werkzoekende. Daarnaast worden gesprekken met de werkzoekende gevoerd over het oplossen of beheersbaar maken van belemmeringen voor werkherhervatting. Sollicitatietrainingen worden aangeboden aan de werkzoekende om de kans op het verkrijgen van een baan te vergroten. Betrokkenen geven aan dat het aanbieden van alléén cliëntgerichte interventies aan werkzoekende met gezondheidsproblemen vaak niet genoeg is voor het verkrijgen van betaald werk. Dit vinden we ook terug in de literatuur (Sol,2014)

Belemmerend

- Alléén cliëntgerichte interventies inzetten bij werkzoekenden met grote afstand tot de arbeidsmarkt en gezondheidsproblemen

3.3.3 Werkgevergerichte interventies

Naast cliëntgerichte interventies is het ook nodig dat er aandacht wordt besteed aan werkgevergerichte interventies. Werkgevergerichte interventies, waarbij de focus ligt op het creëren van werkplekken, worden door de meeste projecten relatief weinig uitgevoerd. Het benaderen van bedrijven en het bijwonen of organiseren van netwerkbijeenkomsten zijn voorbeelden van werkgevergerichte interventies. Het hebben van persoonlijk contact met werkgevers en het opbouwen van een netwerk van potentiële werkgevers vergroot de kans aanzienlijk op het verkrijgen van werkplekken in de toekomst.

Bevorderend

- Het opbouwen van een netwerk met potentiële werkgevers

IPS NHN

Een bevorderende factor voor IPS NHN is de aanwezigheid van een groot en actief netwerk met potentiële werkgevers. De IPS-professional besteedt evenveel tijd aan het begeleiden van cliënten en als aan het matchen, werven en begeleiden van werkgevers.

VIP Amsterdam

Een bevorderende factor voor de uitvoering van VIP is de werkgeversbenadering. De werkgeversbenadering bestaat uit de volgende elementen: 1) verbeteren acquisitie vaardigheden van de jongeren, 2) deelnemen aan werkgeversnetwerken, zoals bijvoorbeeld het BNI netwerk, waarbij 40 ondernemers wekelijks samen ontbijten, 3) three cups of tea, waarbij de nadruk ligt op het opbouwen van een relatie met een werkgever en nooit expliciet naar werk gevraagd wordt, 4) gebruik maken van het professionele netwerk met UWV en re-integratiebedrijven en 5) het reageren op vacatures (koude acquisitie). De werkgeversbenadering draagt bij aan het creëren van mogelijkheden en het realiseren van werkplekken voor de doelgroep

3.4.4 Afstemming vraag en aanbod

De afstemming tussen vraag en aanbod is volgens betrokkenen een belangrijk onderdeel van de methodiek voor arbeidstoeleiding van werkzoekenden met gezondheidsproblemen. Dit vinden we ook terug in de literatuur (Sol & Kok, 2014). Het werkt volgens betrokkenen bevorderend als de professional naast het contact met de werkzoekenden, ook de taak heeft werkgevers persoonlijk te benaderen en zorg te dragen voor de introductie en matching van werkzoekende en werkgever. Daarvoor is nodig dat de professional op de hoogte is van de mogelijkheden en beperkingen van een werkzoekende én de specifieke eisen van de werkprocessen in het bedrijf waar de werkzoekende kan gaan werken. Op die manier kan de professional zorgen voor een optimale match en indien nodig de werkgever adviseren bij het aanpassen van de werkzaamheden of functie.

Wanneer op basis van de beperkte informatie die beschikbaar is over werkzoekenden, kandidaten worden geselecteerd voor het vervullen van vacatures, hebben werkzoekenden met gezondheidsproblemen een geringe kans de baan met succes te bemachtigen. Het reageren op bestaande vacatures wordt namelijk belemmerd, doordat vacatures vaak geschreven worden voor- en vervuld worden door werkzoekenden zonder beperkingen. Activiteiten waarin werkzoekenden persoonlijk contact kunnen leggen met potentiële werkgevers worden gezien als veelbelovend. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om een rondleiding door een bedrijf, een werkervaringsplaats of stage, of een netwerkbijeenkomst. Door het persoonlijke contact krijgen de werkzoekende en de werkgever een beter beeld van elkaar en de mogelijkheid om eventueel aanwezige vooroordelen of angsten bij te stellen.

Bevorderend

- Inzicht van arbeidsdeskundige of re-integratieteam in de mogelijkheden en beperkingen van de werkzoekenden én de taakeisen van de werkprocessen bij regionale werkgevers
- Persoonlijk contact tussen werkzoekende en potentiële werkgever

Belemmerend

- Invulling van een vacature zonder specifieke aandacht voor werkzoekenden met minder mogelijkheden werkt sterke selectie op gezonde werkzoekende in de hand

VIP Amsterdam én IPS NHN

Een bevorderende factor voor de projecten VIP Amsterdam én IPS NHN is het initiëren van persoonlijk contact tussen werkzoekende en potentiële werkgever. De IPS-professional investeert veel tijd in het onderhouden van contacten met werkgevers en neemt deelnemers geregeld mee op bezoek bij werkgevers.

3.4.5 Inzicht in de lokale arbeidsmarkt

Het is van belang inzicht te hebben in de omvang en samenstelling van het werkzoekendenbestand, gerelateerd aan de arbeidsmarkt. De arbeidsmarkt verschilt per regio. Goed inzicht in de sectoren en branches waar sprake is van groei of krimp is van belang voor het plaatsen van werkzoekenden. Een goede afstemming tussen vraag en aanbod (matching) vraagt actieve contacten met lokale bedrijven die bereid zijn werkzoekenden met beperkingen een arbeidsplaats aan te bieden. Arbeidstoeleiding van deze doelgroep gaat zelden via reguliere vacaturemeldingen.

Bevorderend

- Inzicht in de lokale arbeidsmarktsituatie
- Actieve contacten met inclusieve arbeidsorganisaties

3.4.6 Consistentie in de uitvoering

Het ontbreken van protocollen of goede werkinstructies heeft tot gevolg dat iedere professional op zijn eigen manier het traject vormgeeft. Hierdoor ontstaat variatie in de trajecten voor wat betreft de instrumenten die worden aangeboden en de fasering en de intensiteit van een traject. Het werken volgens een helder omschreven methodiek heeft een aantal voordelen: 1) de werkzoekende weet beter waar hij/zij aan toe is, 2) de professional weet beter op welke manier hij of zij het traject moet uitvoeren, 3) de leidinggevende weet beter op welke activiteiten of (sub)doelen de professionals aangestuurd kunnen worden en 4) er kan beter inzicht worden verkregen in de effectiviteit van de methodiek.

In de pilotfase van een project is er vaak nog geen consistentie in de uitvoering. Dan wordt de methode al lerenderwijs verder ontwikkeld. Een volgend stadium is het zoeken en vastleggen van een uniforme methodiek. Hiervoor is het nodig dat de betrokken professionals met elkaar bespreken welke activiteiten, door wie, met welk doel en in welke situatie worden verricht. Het laatste stadium is werken volgens een 'evidence based' methodiek, waarbij de effectiviteit van een methodiek is gebleken uit nationale en internationale studies. Helaas ontbreekt voor veel re-integratietrajecten voldoende bewijskracht. Gunstige uitzonderingen zijn Job Coaching, Supported Employment en Individual Placement and Support (IPS)(Burns et al., 2007; Michon et al., 2014). Wanneer de effectiviteit van een methodiek is aangetoond, is het van belang dat de methodiek vervolgens modelgetrouw wordt uitgevoerd. Met een modelgetrouwheidsschaal kan worden vastgelegd in welke mate wordt gewerkt volgens de beschreven methodiek (IPS modelgetrouwheidsschaal, Phrenos).

Bevorderend

- Modelgetrouw werken volgens een methodiek waarvan de effectiviteit is aangetoond.

Belemmerend

- Het ontbreken van consistentie in de uitvoering door afwezigheid van goede werkinstructies.
- Het ontbreken van voldoende bewijskracht voor de werkzaamheid van de re-integratie aanpak.

IPS NHN én VIP Amsterdam

Een bevorderende factor voor de projecten IPS NHN én VIP Amsterdam is dat in beide projecten de IPS-professionals modelgetrouw werken. De IPS-professionals maken onderdeel uit van een GGZ team en zijn speciaal getraind in het uitvoeren van de IPS methodiek. Kenniscentrum Phrenos een rol speelt bij het monitoren van de activiteiten en behaalde resultaten van de IPS-professionals. Het modelgetrouw werken biedt houvast, transparantie en maakt de effecten van de interventie meetbaar.

De Participatieladder

Een belemmering voor de uitvoering van de Participatieladder is dat er niet modelgetrouw gewerkt wordt. Het project De Participatieladder bevindt zich in de pilotfase, waardoor er nog geen consistentie in de uitvoering zit. De participatiecoaches zijn zeer beperkt getraind in het uitvoeren van de specifieke methodiek. De Participatiecoaches hebben daardoor ieder hun eigen werkwijze ontwikkeld op basis van hun persoonlijke kennis en ervaring.

Sterker naar Werk

Een bevorderende factor voor de uitvoering van Sterker naar Werk is dat professionals modelgetrouw werken volgens een methodiek waarvan de effectiviteit is aangetoond bij zieke werknemers met chronische pijnklachten (Crougths et al., 2008). Over de effectiviteit van deze methodiek voor uitkeringsgerechtigden met chronische gezondheidsklachten is echter minder bekend. Er is sprake van consistentie in de uitvoering dankzij een ruime ervaring van de professionals met de methodiek. Echter, de professionals van het multidisciplinaire team hebben nauwelijks ervaring met de doelgroep bijstandsgerechtigden

3.4.7 Competenties van de professional

Het uitvoeren van een nieuwe methodiek die anders is dan de reguliere aanpak binnen een organisatie vraagt specifieke competenties van de professional. Het zorgen voor voldoende scholing en training van de professionals bevordert de kwaliteit van de dienstverlening. Binnen het domein 'werk' is het van belang dat de professional getraind wordt in het (her)kennen van (psychische) gezondheidsproblemen. Binnen het domein 'zorg' is het van belang dat de professional zich bewust is van het belang van werk als onderdeel van herstel van gezondheidsproblemen. Het regelmatig houden van casuïstiek besprekingen met professionals van verschillende disciplines bevordert de kwaliteit van de dienstverlening. Deze besprekingen zijn leerzaam voor de professionals en bevorderen de onderlinge afstemming van activiteiten.

Op uitvoeringsniveau geven de professionals vorm aan de samenwerking. Het vormen van multidisciplinaire teams en/of het houden van multidisciplinaire casuïstiek besprekingen bevordert de samenwerking tussen de organisaties op uitvoeringsniveau. De multidisciplinaire aanpak maakt de lijnen kort, maakt dat specialistische zorg of hulp snel geboden wordt en dat er een warme (persoonlijke) dossieroverdracht is. De samenwerking tussen organisaties kan worden gestimuleerd door het wederzijds uitlenen van professionals.

Bevorderend

- Multidisciplinaire casuïstiek besprekingen

ExIT

Een bevorderende factor voor de intersectorale samenwerking is het werken in multidisciplinaire teams, waar zowel GGZ professionals als werkconsulenten van de gemeente onderdeel van uitmaakten. Het werken in multidisciplinaire teams maakt de lijnen kort, maakt dat specialistische zorg of hulp snel geboden wordt en dat er een warme dossieroverdracht mogelijk is.

3.5 Context

In deze paragraaf toegelicht welke contextuele factoren van invloed zijn op de voorbeeldprojecten en in welke mate de continuïteit van de voorbeeldprojecten gewaarborgd is.

3.5.1 Wet- en regelgeving

Door de invoering van de participatiewet valt de nieuwe instroom van jonggehandicapten met arbeidsmogelijkheden per 1 januari 2015 niet meer onder verantwoordelijkheid van de UWV, maar onder verantwoordelijkheid van de gemeenten. De projecten die tot 1 januari 2015 vooral te maken hadden met de UWV, krijgen nu te maken met de gemeenten. De UWV heeft een aantal financiële regelingen, zoals de individuele re-integratieovereenkomst (IRO), voor trajecten gericht op arbeidstoeleiding van mensen met gezondheidsproblemen. Ook is het mogelijk job coaching te financieren na het starten met betaald werk.

Vanwege bezuinigingen bij gemeenten zijn de mogelijkheden voor activering- en re-integratietrajecten voor mensen met een grotere afstand tot de arbeidsmarkt in de afgelopen jaren afgenomen. Gemeenten bepalen zelf welk deel van het R-budget wordt geïnvesteerd in arbeidstoeleiding van mensen met een beperking. Bij veel gemeenten ligt de nadruk vaak op het realiseren van zoveel mogelijk uitstroom uit de uitkering, omdat dit leidt tot besparing van de uitkeringslasten. Het vervullen van vacatures met gemakkelijk bemiddelbare werkzoekenden heeft daarbij de prioriteit. Deze strategie werkt belemmerend voor de arbeidstoeleiding van mensen met gezondheidsproblemen.

In april 2014 hebben werkgevers- en werknemersorganisaties afspraken gemaakt over een pakket aan maatregelen om economisch herstel op de korte termijn te bevorderen en de arbeidsmarkt aan te passen aan de eisen van de 21-ste eeuw (het zogenaamde sociaal akkoord). Onderdeel van het sociaal akkoord is een aanpak waarmee sociale partners en gemeenten op regionaal niveau een groei in de arbeidsparticipatie van werkzoekenden met een arbeidsbeperking bewerkstelligen. Door het sociaal akkoord komen er extra banen, de zogenaamde garantiebanen, voor werkzoekenden met arbeidsbeperkingen. De effecten van dit sociaal akkoord op arbeidsparticipatie van werkzoekenden met een arbeidsbeperking valt buiten het kader van dit onderzoek.

Belemmerend

- Beperkte financiële middelen voor activering- en re-integratietrajecten voor mensen met een beperking
- Nadruk op vervullen beschikbare vacatures met gemakkelijk bemiddelbare werkzoekenden

Bevorderend

- Banen voor werkzoekenden met arbeidsbeperkingen in sociaal akkoord

3.5.2 Financiële situatie na het starten met betaalde arbeid

Voor mensen met gezondheidsproblemen is het niet altijd haalbaar te starten met een fulltime baan. Voor deze mensen is parttime werk beter passend. Het inkomen uit werk is mogelijk voldoende om het zonder uitkering te kunnen redden, maar door heffingen, belasting en het wegvallen van tegemoetkomingen voor minima kan de werknemer te maken krijgen met een achteruitgang in het besteedbaar inkomen. Onzekerheid over de financiële situatie na uitstroom uit de uitkering vanwege parttime werk, kan een belemmering zijn voor het starten met betaald werk voor uitkeringsgerechtigden met gezondheidsproblemen.

Belemmerend

- Onzekerheid over de financiële situatie na het starten met parttime werk

3.5.3 Het waarborgen van de continuïteit van de voorbeeldprojecten

Het Ministerie van Sociale Zaken heeft eind 2013 zes veelbelovende projecten geselecteerd gericht op arbeidstoeleiding van niet-werkenden met gezondheidsproblemen. De continuïteit van deze projecten voor de langere termijn is over het algemeen onvoldoende gewaarborgd. In de onderstaande kaders wordt beschreven met welke bevorderende en belemmerende factoren de projecten te maken hebben die van invloed zijn op de continuïteit.

ExIT

Een belemmerende factor voor de continuïteit van ExIT is dat de GGZ-inzet ieder jaar opnieuw in de jaarlijkse begroting van de gemeente Rotterdam moet worden opgenomen. Voor de periode 2011 tot 2013 heeft de gemeente Rotterdam een ESF (Europees Sociaal Fonds) subsidie ontvangen, waarmee 40% van de kosten van een ExIT traject kon worden vergoed. ESF subsidie is voor de komende periode opnieuw verleend aan de gemeente Rotterdam.

VIP Amsterdam en IPS NHN

Een belemmerende factor voor de continuïteit van VIP Amsterdam en IPS NHN is de gescheiden financiering van de activiteiten gericht op zorg en re-integratie en het ontbreken van structurele financiering voor interdisciplinaire werkoverleggen en werkgevergerichte activiteiten. Zorg-gerelateerde activiteiten (specialistische zorg, medicatie) kunnen middels het maken van een DBC voor individuele cliënten gedeclareerd worden bij de zorgverzekeraar. Afhankelijk van de uitkeringssituatie van de cliënt is financiering van re-integratie activiteiten mogelijk bij UWV of gemeente. Door invoering van de Participatiewet valt de nieuwe instroom Wajong-ers met arbeidspotentieel vanaf 2015 onder verantwoordelijkheid van gemeenten. Gemeenten verschillen in de mate waarin financiering van IPS-trajecten mogelijk is. Veel gemeenten zetten de beperkte middelen bij voorkeur in voor arbeidstoeleiding van mensen die makkelijker bemiddelbaar zijn naar de arbeidsmarkt. Wanneer gemeenten geen budget vrij kunnen of willen maken voor de IPS-trajecten, wordt de continuïteit van VIP Amsterdam en IPS NHN ernstig bedreigd. Voor de periode 2015-2016 heeft DWI Amsterdam het mogelijk gemaakt om IPS trajecten te financieren voor 100 cliënten in de gemeente Amsterdam

De Participatieladder

Een belemmerende factor voor de continuïteit van de Participatieladder is dat het een pilot betreft. Deze pilot is in principe eind 2014 beëindigd. Echter, door de invoering van de Participatiewet zijn er vanaf 1 januari 2015 wellicht nieuwe mogelijkheden voor de participatiecoaches. Per postcode gebied komt er een wijkgerichte aanpak. Hierbij worden integrale wijkteams ingezet, waarbij de participatiecoaches een belangrijke rol zouden kunnen vervullen. De participatiecoaches worden op dit moment door Baanbrekers gefinancierd vanuit het W-deel (Werkdeel van het WWB-budget). De normale werkcoaches van Baanbrekers hebben een caseload van 200 klanten, terwijl de participatiecoaches een caseload hebben van 30 klanten. Om ook in de toekomst de financiering van de participatiecoaches te verantwoorden, is het belangrijk om inzicht te krijgen in de kosteneffectiviteit van de methodiek.

Sterker naar Werk

Een bevorderende factor voor de continuïteit Sterker naar werk is dat het traject uit de basisverzekering vergoed kan worden doordat een bedrijfsarts mensen verwijst. De uitvoerder (Winnock) opent een DBC en declareert de kosten voor het traject bij de zorgverzekeraar. Uitkeringsgerechtigden kunnen de kosten voor het eigen risico en reiskosten declareren bij de gemeente Leiden. Financieel zijn er geen belemmeringen om het project voort te zetten in 2015, maar door het ontbreken van aanmeldingen voor het project Sterker naar Werk is er niet echt sprake van een project in uitvoering.

Enschede

Een belemmerende factor voor de continuïteit van Werken als Medicijn is dat het project vanwege projectmanagement problemen niet is gestart. Er zijn wel mensen geselecteerd voor deelname aan het project, maar er zijn geen interventies ingezet of klimopbanen gerealiseerd.

4. De toegevoegde waarde van de voorbeeldprojecten.

Door betrokkenen van de drie voorbeeldprojecten is informatie vastgelegd over persoonskenmerken, zelfredzaamheid, (arbeids)participatie en uitkeringssituatie van cliënten. Allereerst wordt de methode van dataverzameling kort toegelicht in paragraaf 4.1. De aanvangssituatie van de cliënten van de voorbeeldprojecten wordt beschreven in paragraaf 4.2. De veranderingen in zelfredzaamheid en (arbeids)participatie van de cliënten wordt beschreven in paragraaf 4.3. Om inzicht te krijgen in de effectiviteit van de voorbeeldprojecten in de toeleiding naar betaald werk is een instrument ontwikkeld (paragraaf 4.4) en toegepast op de voorbeeldprojecten (paragraaf 4.5).

4.1 Methode van dataverzameling

In de periode maart 2014 tot juli 2015 zijn door de professionals van de drie voorbeeldprojecten gegevens geregistreerd over cliënten die zijn gestart bij één van de voorbeeldprojecten vanaf januari 2013. Bij aanvang van een traject werd op individueel cliëntniveau informatie geregistreerd over kenmerken van cliënten, type uitkering, zelfredzaamheid, sociale participatie. De zelfredzaamheid en sociale participatie werd bij aanvang en na 6 respectievelijk 12 maanden geregistreerd met behulp van de Zelfredzaamheidsmatrix (ZRM) en de Participatieladder. Gedurende het traject werd informatie geregistreerd over de trajectvoortgang en het verkrijgen en eventueel verliezen van een 1^{ste}, 2^{de} of 3^{de} baan. Bij het starten met betaald werk werd het type contract, het aantal uren werk per week, het inkomen uit werk geregistreerd en de inzet van job coaching geregistreerd.

4.2 Kenmerken van deelnemers bij aanvang van een traject

In de periode 2014-2015 is informatie geregistreerd van 340 cliënten van ExIT Rotterdam, 118 cliënten van IPS Noord-Holland Noord en 120 cliënten van VIP Amsterdam (tabel 1). Er zijn aanzienlijke verschillen tussen de voorbeeldprojecten in kenmerken van cliënten. Cliënten van VIP Amsterdam zijn gemiddeld jonger (26 jaar) in vergelijking met ExIT Rotterdam (35 jaar) en IPS-Noord Holland Noord (33 jaar).

Tabel 1 Kenmerken van deelnemers bij de start in de drie voorbeeldprojecten

	Alle cliënten (n=578)	ExIT Rotterdam (n=340)	IPS-NHN (N=118)	VIP Amsterdam (N=120)
Leeftijd (gemiddeld)	32,6 jaar	34,8 jaar	33,4 jaar	25,6 jaar
Geslacht (vrouw)	41%	51%	25%	28%
Opleidingsniveau				
- laag/geen	62%	71%	51%	46%
- middelbaar	26%	18%	37%	37%
- hoog	13%	12%	12%	18%
Land van herkomst				
- Nederland	52%	47%	86%	35%
- Turkije/Marokko	15%	18%	0%	19%
- Suriname/Antillen	15%	18%	3%	18%
- Overig	18%	18%	10%	28%
Type uitkering				
- WWB	65%	100%	9%	19%
- Wajong	16%	0%	42%	34%
- WIA	7%	0%	24%	10%
- WW	1%	0%	3%	1%
- Overig	4%	0%	13%	31%
- Geen	8%	0%	9%	5%

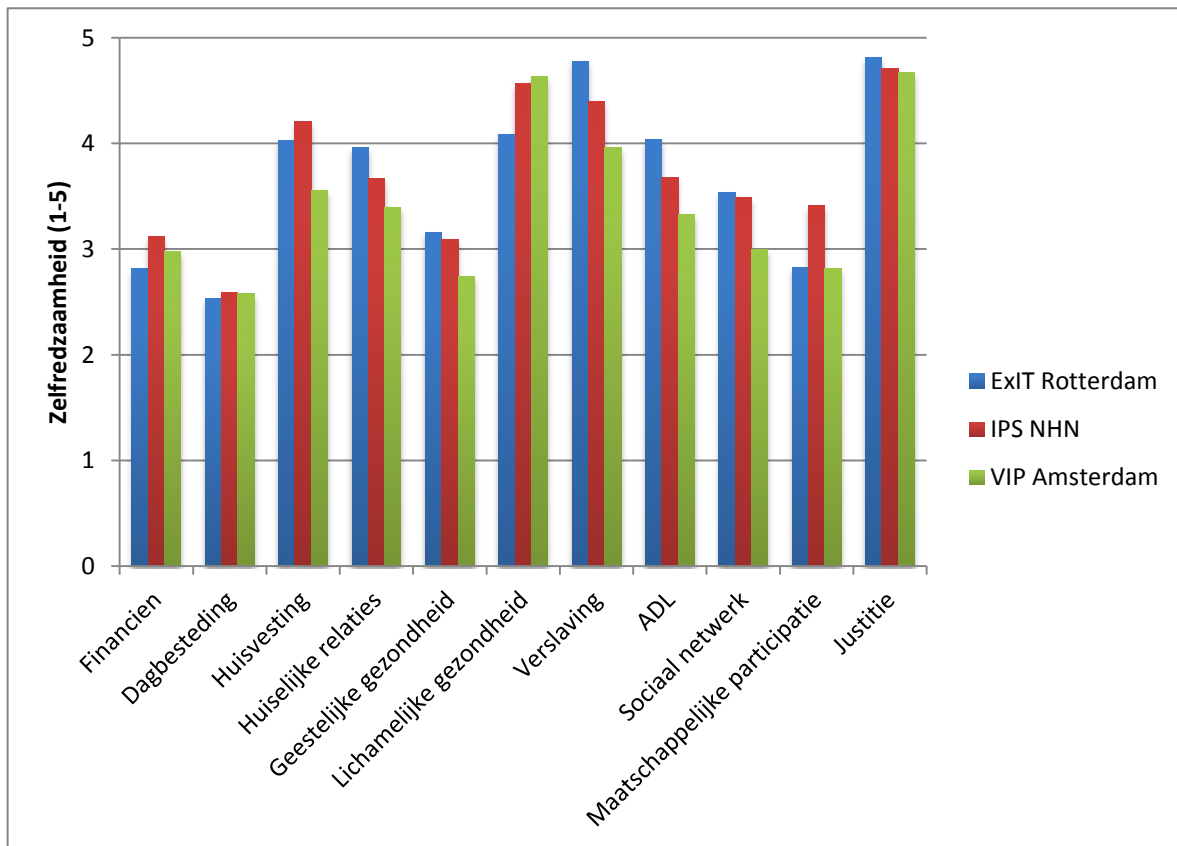
Cliënten van ExIT hebben vaker een lage of geen opleiding (71%) in vergelijking met VIP Amsterdam (46%) en IPS Noord Holland Noord (51%). Cliënten van IPS Noord Holland Noord zijn vaker autochtone Nederlanders (86%) in

vergelijking met ExIT Rotterdam (47%) en VIP Amsterdam (35%). Cliënten van ExIT hebben altijd een bijstandsuitkering, terwijl een Wajong uitkering het meeste voorkomt bij cliënten van IPS Noord Holland Noord (42%) en VIP Amsterdam (34%). Opvallend is dat één op de drie cliënten van VIP bij aanvang van een traject (nog) geen uitkering ontvangt. Het gaat dan om cliënten die recent uit school of werk gevallen zijn, of nog in het ouderlijk huis wonen. Vaak wordt een uitkering gedurende het traject aangevraagd.

- Zelfredzaamheid

In figuur 2 wordt de zelfredzaamheid op de verschillende leefgebieden weergegeven voor cliënten van de drie voorbeeldprojecten. De gemiddelde score op 11 domeinen van de zelfredzaamheid matrix is weergegeven. Voor ieder domein kan de score een waarde aannemen tussen 1 en 5, waarbij een hogere score een betere zelfredzaamheid weergeeft. Een score van 4 of 5 geeft aan dat iemand voldoende respectievelijk volledig zelfredzaam is, terwijl een score van 3 tot 1 wijst op een beperkte zelfredzaamheid tot acute problematiek. Er zijn slechts kleine verschillen tussen de drie projecten. Cliënten zijn beperkt zelfredzaam op het gebied van maatschappelijke participatie, dagbesteding, financiën en geestelijke gezondheidszorg.

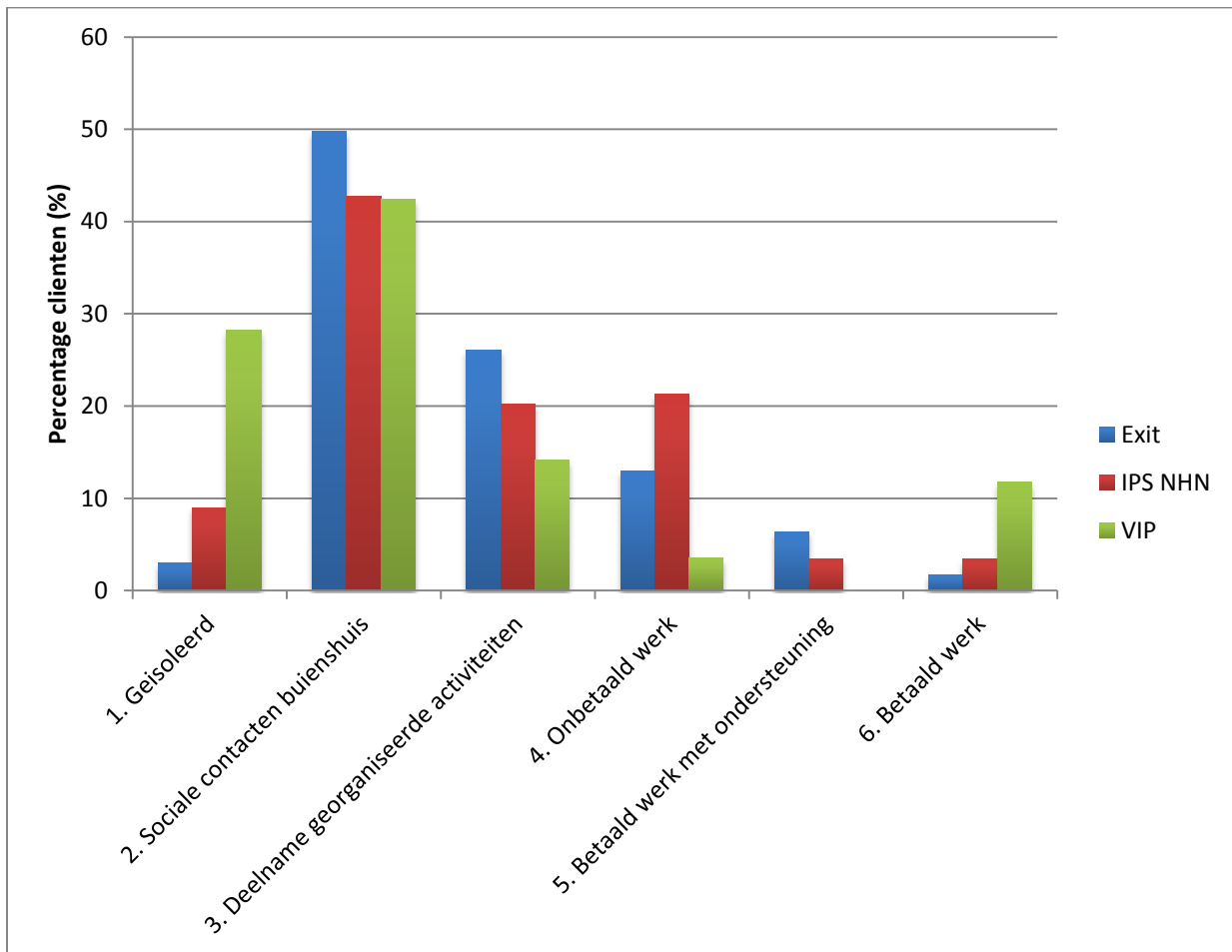
Figuur 2 Gemiddelde score van cliënten van de voorbeeldprojecten op 11 domeinen van zelfredzaamheidsmatrix



- Positie op de participatieladder

In figuur 3 wordt de positie op de participatieladder weergegeven voor cliënten van de drie voorbeeldprojecten. Het percentage cliënten op iedere trede van de participatieladder is weergegeven. Er zijn 6 posities op de participatieladder, waarbij een hogere positie een hogere mate van maatschappelijke participatie weergeeft. Ongeveer de helft van de cliënten (42-50%) zit bij aanvang van een traject op trede 2 van de participatieladder; zij hebben sociale contacten met vrienden, familie of burens buitenshuis, maar nemen geen deel aan georganiseerde activiteiten en verrichten geen betaalde of onbetaalde arbeid. Ongeveer 4 op de vijf cliënten zit bij aanvang van een traject op trede 3 of lager. Het percentage cliënten dat geen betaalde of onbetaalde arbeid (vrijwilligerswerk) verricht is bij VIP Amsterdam het hoogste (85%) in vergelijking met EXIT Rotterdam (79%) en IPS Noord Holland Noord (72%). Bij VIP Amsterdam zijn de onderlinge verschillen tussen cliënten in participatie het grootst, waarbij 28% geïsoleerd leeft (trede 1) en 12% betaald werk verricht (trede 6). Deze laatste groep heeft mogelijk een relatie met een werkgever, maar verzuimt vanwege ernstige psychische klachten.

Figuur 3 Positie op de participatieladder van cliënten van de voorbeeldprojecten

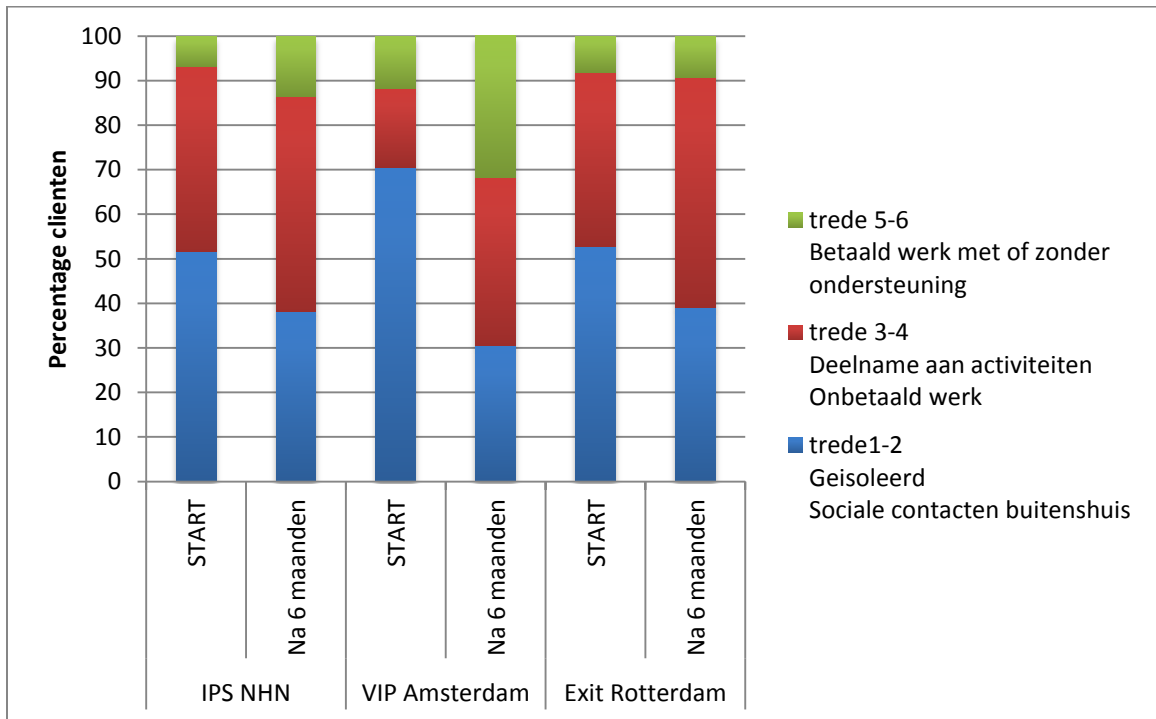


4.3 Veranderingen in zelfredzaamheid en (arbeids)participatie

- Verandering positie participatieladder

In figuur 4 wordt de verandering van de positie op de participatieladder weergegeven voor cliënten van de drie voorbeeldprojecten in de eerste zes maanden na de start van een traject. Bij alle voorbeeldprojecten zien we een afname van het percentage mensen dat zich op trede 1 of 2 (sociaal isolement, beperkte sociale contacten) bevindt van meer dan de helft bij aanvang (blauw, 52-71%) naar ongeveer één op de drie na zes maanden (blauw, 30-39%). Cliënten van alle voorbeeldprojecten nemen vaker deel aan georganiseerde activiteiten of vrijwilligerswerk (rood). Bij alle voorbeeldprojecten zien we daarnaast ook een toename van cliënten die betaald werk verrichten met of zonder ondersteuning (groen), waarbij VIP Amsterdam na zes maanden het grootste percentage cliënten heeft op trede 5 of 6 (groen, 32%) in vergelijking met IPS Noord Holland Noord (groen, 14%) en Exit Rotterdam (groen, 9%). Vanwege een te klein aantal cliënten waarvoor de positie op de participatieladder na 12 maanden is ingevuld, hebben we geen inzicht in de verandering van de participatie over een langere periode.

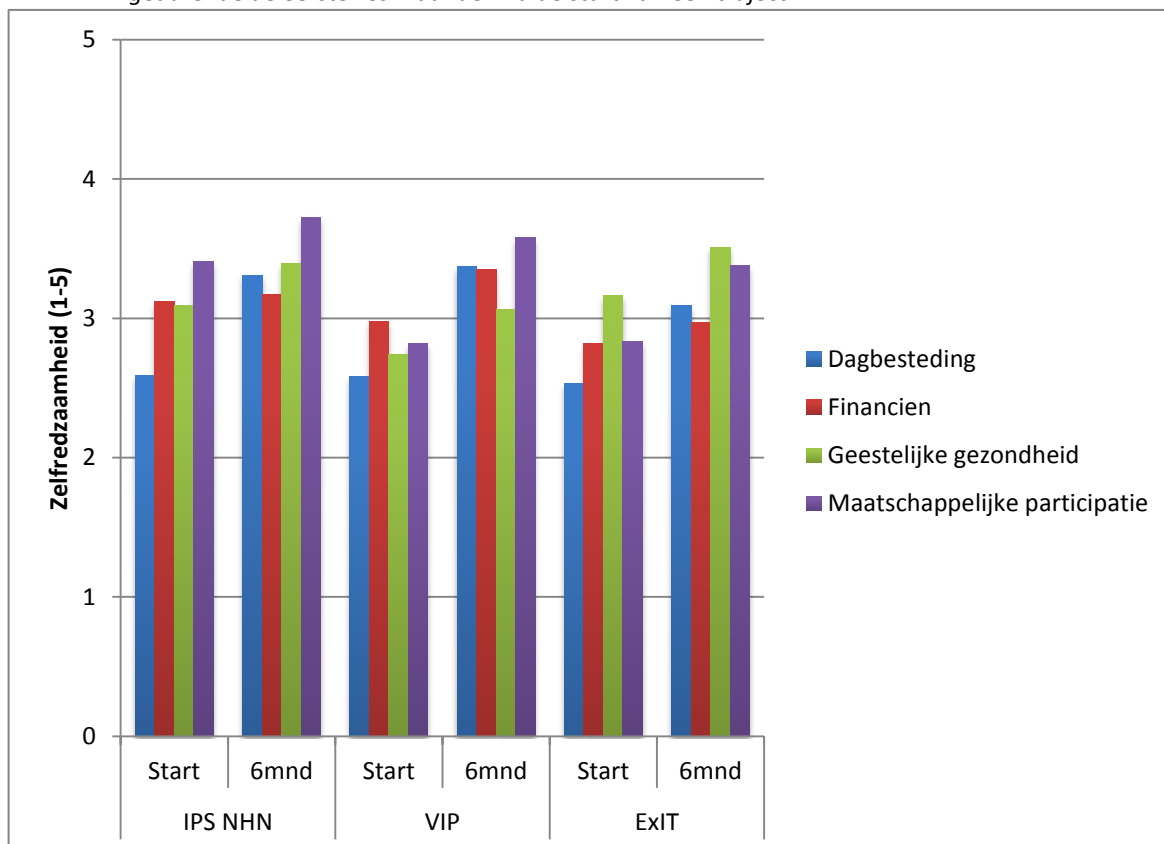
Figuur 4 Verandering van de positie op de participatieladder bij cliënten van de Voorbeeldprojecten gedurende de eerste zes maanden na de start van een traject



- Verandering zelfredzaamheid

De zelfredzaamheid van de cliënten van de voorbeeldprojecten verbetert gedurende de eerste zes maanden van een traject. De totaalscore van de zelfredzaamheidsmatrix, gebaseerd op de zelfredzaamheid op 11 verschillende leefgebieden, stijgt van gemiddeld 3.6 bij aanvang van een traject naar 3.8 zes maanden later. Een score van 4 geeft aan dat iemand voldoende zelfredzaam is, terwijl een score van 3 een beperkte zelfredzaamheid weergeeft. De stijging van de totaalscore van de zelfredzaamheidsmatrix geeft aan dat de zelfredzaamheid verbetert op één of meerdere leefgebieden. Om meer inzicht te krijgen in de verandering van de zelfredzaamheid op de verschillende leefgebieden, zijn de verschillende domeinen van de zelfredzaamheidsmatrix geanalyseerd. Figuur 5 geeft de verandering in zelfredzaamheid weer op de leefgebieden waarop cliënten van de voorbeeldprojecten bij aanvang beperkt waren (zie figuur 2: dagbesteding, financieren, geestelijke gezondheid en maatschappelijke participatie). Bij alle voorbeeldprojecten zien we binnen zes maanden een verbetering van de zelfredzaamheid op het gebied van dagbesteding (blauwe balken), financiën (rode balken), geestelijke gezondheid (groene balken) en maatschappelijke participatie (paarse balken). Echter, het einde van het traject is dan nog niet bereikt. Om inzicht te krijgen in de verandering van de zelfredzaamheid van cliënten gedurende het gehele traject is een langere follow-up periode (twee tot drie jaar) nodig.

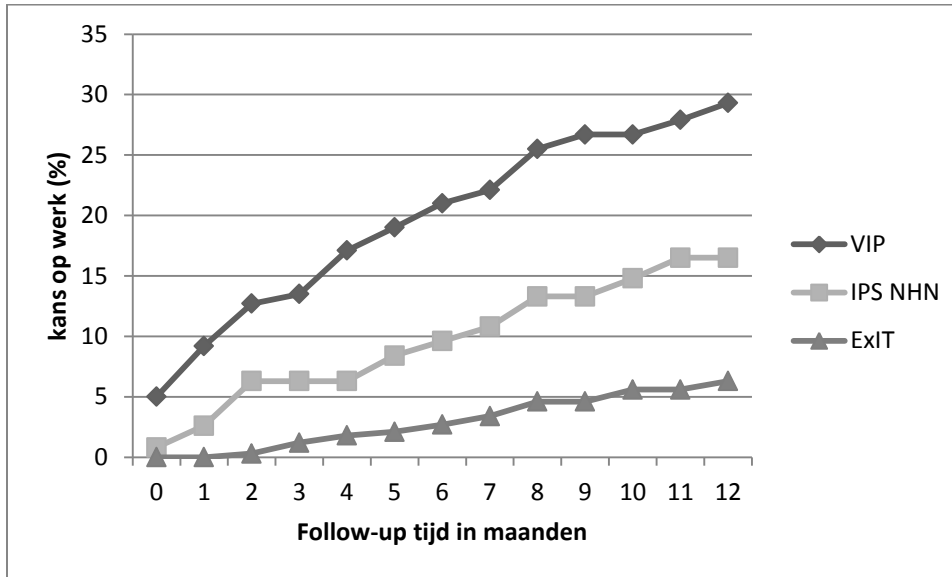
Figuur 5 Verandering van de zelfredzaamheid op vier leefgebieden bij cliënten van de Voorbeeldprojecten gedurende de eerste zes maanden na de start van een traject



- Starten met betaald werk

In figuur 6 is kans op het starten met betaald werk, ongeacht het aantal uren, gedurende de eerste 12 maanden vanaf de start van een traject weergegeven. Hierbij wordt rekening gehouden met verschillen in follow-up tijd van cliënten, bijvoorbeeld omdat cliënten later zijn ingestroomd in een traject gedurende de Monitor periode 2014-2015. De kans op het verkrijgen van betaald werk neemt geleidelijk toe voor cliënten van alle drie de voorbeeldprojecten. Er zijn echter wel verschillen tussen de voorbeeldprojecten in de kans op het verkrijgen van werk. Figuur 6 laat zien dat 29% van de cliënten van VIP Amsterdam, 17% van de cliënten van IPS Noord Holland Noord en 6% van de cliënten van ExIT Rotterdam binnen 12 maanden na de start van een traject zijn gestart met betaald werk (ongeacht het aantal uren betaald werk per week).

Figuur 6 De kans op het verkrijgen van betaald werk (alle uren) voor cliënten van de voorbeeldprojecten VIP Amsterdam (n=120), IPS Noord Holland Noord (n=118) en ExIT Rotterdam (n=340)



Deze verschillen in de kans op het verkrijgen van werk kunnen twee verschillende oorzaken hebben: 1) verschillen in kenmerken tussen cliënten van de voorbeeldprojecten, bijvoorbeeld verschillen in leeftijd, opleidingsniveau, type uitkering, werkloosheidsduur of gezondheid, of 2) een effectievere re-integratiemethodiek. In paragraaf 4.5 wordt toegelicht in welke mate deze verschillen in kans op werk ook daadwerkelijk zijn toe te schrijven aan de re-integratiemethodiek, door gebruik te maken van de in paragraaf 4.4 ontwikkelde indicator voor effectiviteit.

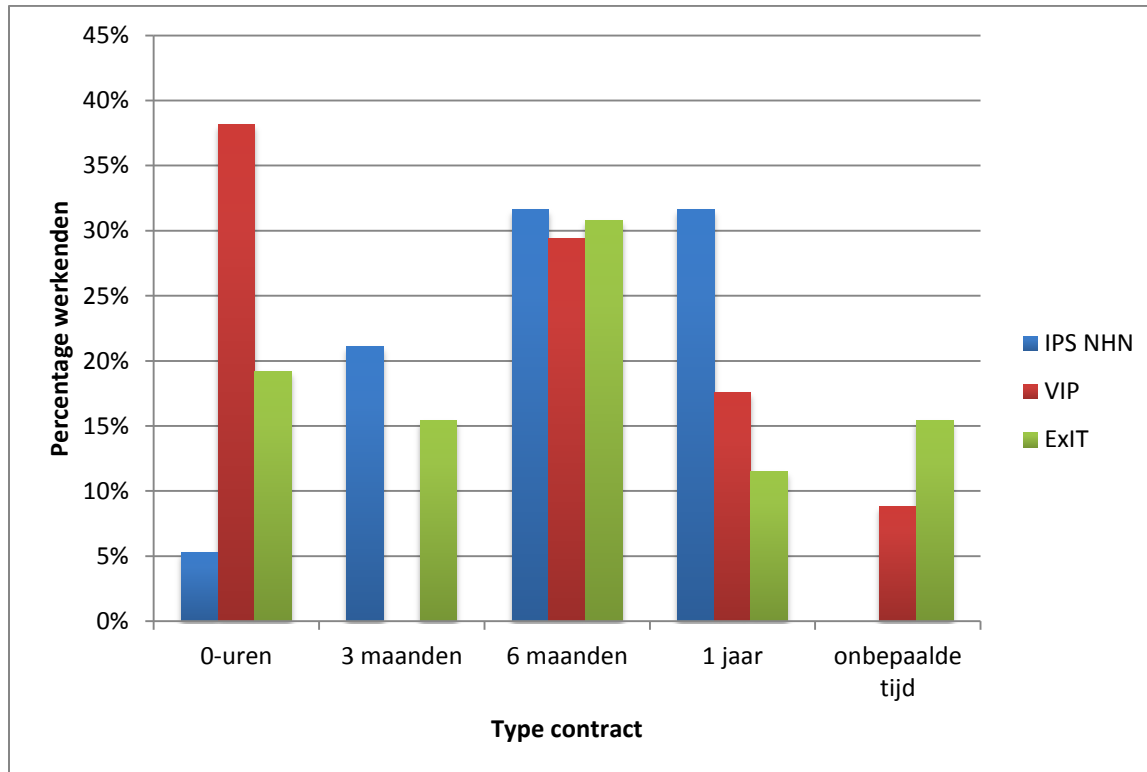
ExIT Rotterdam

Cliënten kunnen direct naar betaald werk worden begeleid door ExIT professionals of ze kunnen worden overgedragen aan de afdeling matching van de gemeente Rotterdam voor bemiddeling naar betaalde arbeid. Gedurende de monitor is het starten met betaald werk van ExIT cliënten via de afdeling matching niet geregistreerd door ExIT professionals, omdat zij hier geen informatie over hadden. Mogelijk is hierdoor het aantal cliënten dat is gestart met betaald werk onderschat voor ExIT.

- Duurzaamheid van het werk

Figuur 7 geeft inzicht in de arbeidsovereenkomst van cliënten die in het eerste jaar van het traject zijn gestart met regulier betaald werk. Voor alle voorbeeldprojecten geldt dat ongeveer 1 op de drie cliënten die starten in betaalde arbeid dit doen met een tijdelijke arbeidsovereenkomst voor de duur van zes maanden. Nul-uren contracten komen relatief vaak voor bij cliënten van VIP Amsterdam (38%) en juist heel weinig voor bij cliënten van IPS-NHN (5%). Jaarcontracten komen het meeste voor bij cliënten van IPS-NHN (32%) en minder bij VIP Amsterdam (18%) en Exit Rotterdam (12%).

Figuur 7 Type contract voor cliënten van de voorbeeldprojecten die zijn gestart met regulier werk (n=75)

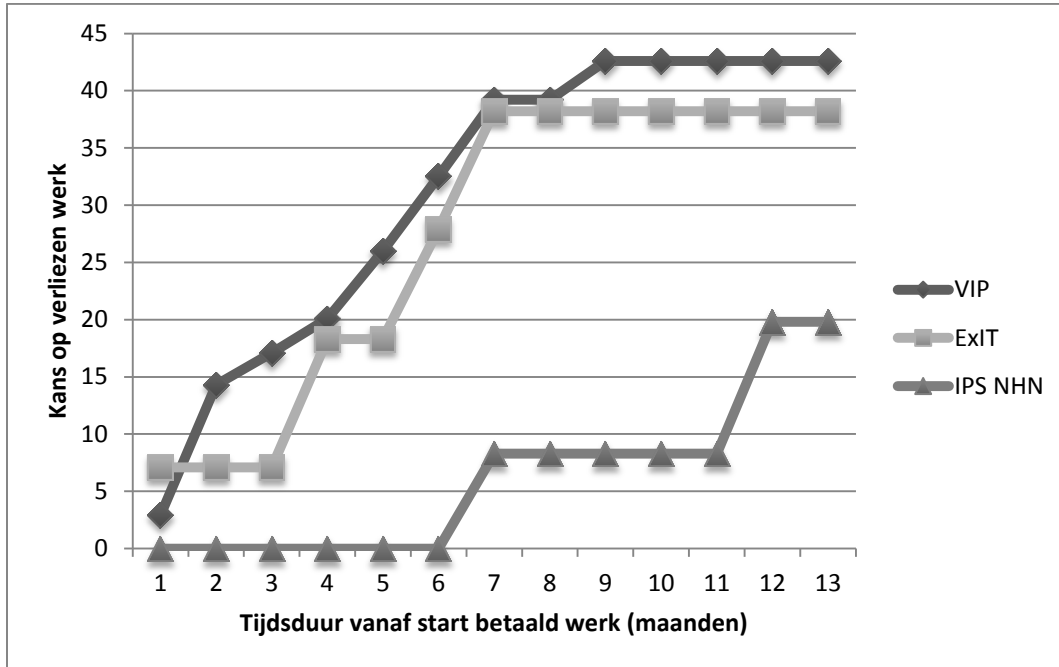


Cliënten van IPS-NHN krijgen *bij aanvang* van het werk niet direct een contract voor onbepaald tijd, maar het komt in de praktijk wel voor dat cliënten *op een later moment* (na het aflopen van een tijdelijk contract) een contract voor onbepaalde tijd krijgen. Volgens een globale schatting van IPS NHN heeft één op de tien werkende cliënten een contract voor onbepaalde tijd.

De arbeidsovereenkomsten verschillen in de mate waarin zij baanzekerheid geven op de langere termijn. Het nul-uren contract geeft de minste zekerheid, terwijl tijdelijke (half) jaar contracten meer zekerheid geven voor het behoud van werk in de toekomst. Bij het aflopen van een tijdelijk contract, kan de cliënt opnieuw werkloos worden wanneer het contract niet wordt verlengd of wordt omgezet in een contract voor onbepaalde tijd. Het type contract is dus van invloed op de duurzaamheid van het werk

Figuur 8 geeft inzicht in de kans om werk te verliezen gedurende het eerste jaar na het starten met betaald werk. Cliënten van VIP Amsterdam en Exit Rotterdam hebben een grotere kans om hun werk in het eerste jaar te verliezen (43% respectievelijk 38%) in vergelijking IPS-NHN (20%).

Figuur 8 De kans op het verliezen van betaald werk (alle uren) voor cliënten van de voorbeeldprojecten VIP (n=35), IPS-NHN (n=20) en ExIT (n=20) die gedurende de follow-up periode zijn gestart met betaald werk



- Vergelijking voorbeeldprojecten

De resultaten weergegeven in figuren 6 t/m 8 laten zien dat er verschillen zijn tussen de voorbeeldprojecten in het verkrijgen en behouden van betaald werk. Hier volgt een korte beschrijving van de drie voorbeeldprojecten.

VIP Amsterdam

Bij VIP Amsterdam starten cliënten relatief snel met betaald werk, waarbij flexibele arbeidsovereenkomsten vaker voorkomen dan bij de andere voorbeeldprojecten. De kans op uitval uit werk is relatief groot, maar vanwege de continue begeleiding is de kans op het verkrijgen van een tweede of derde baan relatief groot.

ExIT Rotterdam

Bij ExIT starten er in het eerste jaar van het traject minder cliënten met betaald werk en de kans op uitval uit het werk is relatief groot. Na het starten met betaald werk is er wel nazorg, maar geen intensieve begeleiding (job coaching) gericht op het behouden van werk.

IPS Noord Holland Noord

Bij IPS-NHN starten cliënten minder vaak met betaald werk in vergelijking met VIP Amsterdam, maar het verkregen werk is wel duurzamer in vergelijking met de andere voorbeeldprojecten. Cliënten ontvangen vaker een jaarcontract en de kans op uitval uit het werk in het eerste jaar is relatief klein in vergelijking met de andere voorbeeldprojecten.

4.4 Ontwikkeling van een indicator voor effectiviteit

Paragraaf 4.3 laat zien dat er verschillen zijn tussen de voorbeeldprojecten in het verkrijgen van betaald werk. Op basis van deze resultaten kan echter geen uitspraak gedaan worden over de toegevoegde waarde van de projecten ten aanzien van toeleiding naar betaald werk. Er zijn aanzienlijke verschillen in kenmerken van de deelnemers tussen de voorbeeldprojecten (zie paragraaf 4.1) waar rekening mee moet worden gehouden. De effectiviteit is moeilijk te beoordelen, want er is geen gerandomiseerd experiment uitgevoerd. Daarom is er een alternatieve strategie nodig die rekening houdt met grote verschillen in doelgroepen tussen de drie voorbeeldprojecten. Deze strategie geeft inzicht in de mate waarin de verschillen tussen de doelgroepen een oorzaak zijn van de verschillen in uitstroom naar betaald werk. Een interessante alternatieve strategie is de methode van kwaliteitsindicatoren. Voor de Monitor Voorbeeldprojecten is deze alternatieve strategie verder ontwikkeld om meer inzicht te krijgen in de toegevoegde waarde van re-integratiemethodieken in een niet-experimentele setting. Hiervoor is gebruik gemaakt van de kennis en ervaring bij de evaluatie van de kwaliteit van zorg in ziekenhuizen.

Om de kwaliteit van de zorg van (afdelingen van) ziekenhuizen te analyseren wordt gebruik gemaakt van kwaliteitsindicatoren. De kwaliteit van de zorg wordt gemeten aan de hand van klinische uitkomsten van patiënten, zoals mortaliteit, complicaties of kwaliteit van leven. Er zijn twee redenen om kwaliteit van de zorg te meten: interne kwaliteitsbewaking en openbare verantwoording. Het meten van kwaliteit lijkt op zichzelf al een positief effect te hebben op de kwaliteit van zorg. Reflectie en feedback op de uitkomsten zijn een drijfveer om de zorg te verbeteren (Siregar, 2012). Voor het meten van de kwaliteit van de zorg wordt gebruik gemaakt van informatie afkomstig uit de ziekenhuisadministratie. Met behulp van kansmodellen wordt de kans op een bepaalde uitkomst, bijvoorbeeld mortaliteit, geschat op basis van informatie over patiëntkenmerken, zoals leeftijd en stadium van de ziekte. Vervolgens wordt de waarde van de kwaliteitsindicator bepaald door de verhouding tussen de daadwerkelijke (geobserveerde) en verwachte sterfte. Een kwaliteitsindicator met waarde 1 betekent dat de sterfte precies even groot is als verwacht. Een kwaliteitsindicator met een waarde boven de 1 betekent dat de sterfte hoger is dan verwacht en waarde kleiner dan 1 houdt in dat de sterfte lager is dan verwacht.

De ontwikkeling van een indicator om de effectiviteit van re-integratiemethodieken te analyseren wordt beschreven in deze paragraaf. De toepassing van het ontwikkelde instrument bij de Monitor Voorbeeldprojecten wordt beschreven in paragraaf 4.5.

- Externe referentiegroep

De indicator voor de effectiviteit van re-integratie is ontwikkeld met behulp van de longitudinale gegevens van een lopend onderzoek, Fit4Work, bij uitkeringsgerechtigden met psychische problematiek. (Schuring, 2016) Omdat de Fit4Work populatie veel overeenkomsten heeft met de studiep populatie van de Monitor Voorbeeldprojecten, kunnen we de resultaten van het evaluatieonderzoek van Fit4Work gebruiken als externe vergelijking van de effectiviteit van de voorbeeldprojecten. De effectiviteit van Fit4Work is onderzocht in een gerandomiseerd experiment, waarbij mensen ad random zijn verdeeld over een Fit4Work groep en referentiegroep. De mensen die behoren tot deze referentiegroep vormen de geschikte referentiegroep voor de ontwikkeling van de indicator voor effectiviteit van re-integratie. Deze mensen hebben reguliere begeleiding naar werk ontvangen. Aan de hand van de longitudinale data van het Fit4Work onderzoek wordt inzicht verkregen in de factoren die van invloed zijn op het starten met betaald werk. Op basis van een combinatie van factoren kan de kans op het starten met betaald werk binnen 1 jaar worden geschat.

De referentiep populatie wordt gekenmerkt door uitkeringsgerechtigden met een lange werkloosheidsduur en een slechte (mentale) gezondheid. De meeste cliënten (90%) hebben ooit betaald werk gehad. Echter, het aantal

mensen dat in het *afgelopen jaar* heeft gewerkt is slechts 2 op de 10. De (mentale) gezondheidsproblemen zijn binnen deze groep zeer groot: de algemeen ervaren gezondheid wordt door drie kwart van de mensen als matig of slecht ervaren. Daarnaast heeft drie kwart van de mensen psychische klachten, zoals angst of depressieve klachten. Gedurende de tijdsperiode van het evaluatieonderzoek (1 jaar) is 8,5% gestart met betaald werk. Gemiddeld wordt er door deze starters 28 uur per week gewerkt. Ongeveer de helft van de starters begint met een betaalde baan van 32 uur of meer.

- Model voor kans op werk

Tabel 2 geeft inzicht in de invloed van persoonskenmerken, gezinssituatie, werkloosheidsduur en gezondheid op de kans op werk. De kans op werk wordt uitgedrukt in de odds ratio. Een odds ratio boven de 1 geeft aan dat er sprake is van een grotere kans op werk ten opzichte van de referentiegroep, terwijl een odds ratio onder de 1 een kleinere kans op werk weergeeft. Betaald werk is gedefinieerd als 1) betaald werk ongeacht het aantal uren, of 2) betaald werk gedurende minimaal 32 uur per week. Het afkappunt van 32 uur is gekozen omdat bij een werkweek van minimaal 32 uur per week een persoon volledig kan uitstromen uit de uitkering.

Tabel 2 Factoren die van invloed zijn op de kans om te starten met betaald werk (referentie groep, n=313)

	Betaald werk	
	Alle uren OR (95%BHI)	Meer dan 32 uur per week OR (95%BHI)
Leeftijd		
- 18-25 jaar	0,53 (0,19-1,47)	0,44 (0,10-1,95)
- 25-35 jaar	ref	ref
- 35-65 jaar	0,68 (0,34-1,38)	0,57 (0,21-1,54)
Geslacht (man)	1,24 (0,68-2,25)	2,06 (0,86-4,91)
Opleidingsniveau		
- laag/geen	ref	ref
- middelbaar	1,29 (0,65-2,58)	1,95 (0,74-5,19)
- hoog	1,77 (0,71-4,44)	4,05 (1,28-12,79)
Land van herkomst		
- Nederland	ref	ref
- Turkije/Marokko	0,89 (0,42-1,87)	1,39 (0,50-3,88)
- Suriname/Antillen	0,59 (0,21-1,68)	0,78 (0,16-3,84)
- Overig	0,87 (0,37-2,06)	1,01 (0,30-3,37)
Werkloosheidsduur		
- Maximaal 1 jaar	ref	ref
- Meer dan 1, maar minder dan 5 jaar	0,83 (0,40-1,71)	0,64 (0,26-1,58)
- Meer dan 5 jaar of nooit gewerkt	0,62 (0,24-1,57)	0,10 (0,01-0,81)
Kinderen		
- nee, of ouder dan 18 jaar	1,80 (0,88-3,70)	1,77 (0,64-4,91)
- ja, jonger dan 12	ref	ref
- ja, tussen 12 en 18 jaar	2,40 (0,92-6,26)	2,69 (0,69-10,43)
Psychische gezondheid (slecht)	0,51 (0,27-0,97)	0,33 (0,14-0,79)

OR=odds ratio: vergelijking van de kans op werk van mensen met een specifiek kenmerk ten opzichte van een referentiegroep.(ref).

95%BHI= 95% zeker dat de echte waarde binnen het betrouwbaarheidsinterval ligt,

Persoonskenmerken, zoals leeftijd, geslacht en opleidingsniveau, zijn van invloed op de kans op het verkrijgen van betaald werk. Hoger opgeleide cliënten hebben bijvoorbeeld een vier keer zo grote kans (OR=4,1) om te starten met betaald werk voor meer dan 32 uur per week in vergelijking met cliënten met een laag opleidingsniveau. Daarnaast heeft werkloosheidsduur ook invloed op de kans op het verkrijgen van betaald werk. Cliënten die langer dan 5 jaar werkloos zijn hebben een 10 keer zo kleine kans (OR=0,10) om te starten met betaald werk voor meer

dan 32 uur per week in vergelijking met cliënten met een kortere werkloosheidsduur van maximaal 1 jaar. Psychische gezondheidsproblemen vormen een belemmering om te starten met betaald werk. De kans op het verkrijgen van betaald werk voor cliënten met psychische klachten is twee tot drie keer zo klein in vergelijking met cliënten zonder psychische gezondheidsproblemen.

Op basis van een combinatie van genoemde factoren kan voor ieder individu de kans op het verkrijgen van betaald werk geschat worden. Deze kans wordt vervolgens vergeleken met de geobserveerde situatie één jaar later. De kwaliteit het kansmodel wordt weergegeven met behulp van een AUC (area under the curve) waarde, die kan variëren van 0,50 tot 1,00. Een AUC van 0,75 betekent dat het wel of niet verkrijgen van betaald werk in 75% van de gevallen correct voorspeld wordt. Een AUC van 0,50 betekent dat het instrument geen enkele toegevoegde waarde heeft, dwz gelijk is aan het toeval. De kwaliteit van het ontwikkelde kansmodel voor het verkrijgen van betaald werk is redelijk (AUC=0,67, model 1: alle uren) tot goed (AUC=0,80, model 2: minimaal 32 uur per week). Dat wil zeggen dat met behulp van het ontwikkelde kansmodel het wel of niet verkrijgen van betaald werk in 67% tot 80% van de gevallen correct voorspeld wordt.

4.5 Toepassing van een indicator voor effectiviteit

In de vorige paragraaf zijn twee kansmodellen ontwikkeld, namelijk i) voor het verkrijgen van betaald werk, ongeacht het aantal uren (model "alle uren") en ii) voor het verkrijgen van betaald werk voor meer dan 32 uur per week (model "32 uur"). Met deze kansmodellen wordt voor ieder voorbeeldprojecten de kans op werk geschat. De waarde van de effect indicator wordt vervolgens berekend door het geobserveerde aantal cliënten dat is gestart met een betaalde baan te delen door het verwachte aantal starters.

- Toegevoegde waarde in het verkrijgen van betaald werk (alle uren)

Tabel 3 laat zien dat voor VIP Amsterdam het geobserveerde percentage cliënten dat in de eerste 12 maanden van een traject is gestart met betaald werk (29,3%) bijna twee keer zo hoog is dan het verwachte percentage op basis van de kenmerken van cliënten (15,5%). De waarde van de effect indicator (1,89) laat zien dat VIP Amsterdam een toegevoegde waarde heeft voor het verkrijgen van betaald werk ten opzichte van reguliere begeleiding. Reguliere begeleiding is de reguliere dienstverlening die cliënten ontvangen van de uitkeringsinstantie.

De waarde van de effect-indicator voor IPS-Noord Holland Noord is 1,20. Het geobserveerde percentage cliënten dat in de eerste 12 maanden is gestart met betaald werk (16,5%) is iets groter dan het verwachte percentage op basis van de kenmerken van cliënten (13,7%). Dit betekent dat gehanteerde re-integratie methodiek van IPS-NHN leidt tot een iets groter aantal starters ten opzichte van reguliere begeleiding.

De waarde van de effect-indicator voor ExIT Rotterdam is 0,66. Het geobserveerde percentage cliënten dat in het eerste jaar is gestart met betaald werk (6,3%) is lager dan het verwachte percentage starters op basis van de kenmerken van de cliënten (9,5%). Mogelijk wordt dit veroorzaakt door de ExIT methodiek, waarbij eerst wordt gewerkt aan het oplossen of hanteerbaar maken van belemmeringen en vervolgens wordt ingezet op actieve begeleiding naar werk. Hierdoor zijn cliënten gedurende het eerste jaar van het twee jaar durende ExIT traject mogelijk minder geneigd om naar betaald werk te zoeken.

Tabel 3 De waarde van de effect indicator voor het verkrijgen van betaald werk (alle uren) voor de drie voorbeeldprojecten

	Kans op werk		
	Alle uren		
	Geobserveerd** (%)	Verwacht (%)	Effect indicator*
IPS-NHN (n=118)	16,5%	13,7%	1,20
VIP Amsterdam (n=120)	29,3%	15,5%	1,89
ExIT(n=340)	6,3%	9,5%	0,66

* toegevoegde waarde ten opzichte van de reguliere begeleiding (controle groep Fit4Work studie)

** het percentage cliënten dat start met werk gedurende de eerste 12 maanden vanaf de start van een traject (figuur 6)

- Toegevoegde waarde in het verkrijgen van betaald werk (meer dan 32 uur per week)

Tabel 4 laat zien dat er verschillen zijn in het geobserveerde percentage cliënten dat is gestart met betaald werk voor minimaal 32 uur per week. VIP Amsterdam heeft het hoogste percentage starters (7,5%), gevolgd door IPS-NHN (5,1%) en ExIT (2,9%). Echter, het percentage starters dat is geschat met het kansmodel op basis van kenmerken van cliënten is voor VIP Amsterdam ook het hoogst (5,9%), gevolgd door IPS-NHN (5,0%) en ExIT (3,5%). De waarde van de effect-indicator wordt berekend door het geobserveerde percentage te delen door het verwachte percentage. Er zijn verschillen in de waarde van de effectindicator, waarbij VIP Amsterdam de hoogste (1,26) in vergelijking met IPS Noord Holland Noord (1,02) en ExIT Rotterdam (0,83). Hieruit blijkt dat de methodiek van VIP Amsterdam een hogere toegevoegde waarde heeft voor wat betreft toeleiding naar betaald werk in vergelijking met de andere voorbeeldprojecten.

Tabel 4 De effect indicator voor het verkrijgen van betaald werk voor meer dan 32 uur per week

	Kans op werk		
	Minimaal 32 uur per week		
	Geobserveerd (%)	Verwacht (%)	Effect indicator*
IPS-NHN (n=118)	5,1	5,0	1,02
VIP Amsterdam (n=120)	7,5	5,9	1,26
ExIT (n=340)	2,9	3,5	0,83

* toegevoegde waarde ten opzichte van de andere voorbeeldprojecten

4.6 Conclusies en aanbevelingen

4.6.1 Conclusies

Cliënten van alle drie de voorbeeldprojecten laten een stijging zien van de maatschappelijke participatie gedurende de eerste zes maanden van een traject. Cliënten leven minder vaak in een isolement en nemen vaker deel aan georganiseerde activiteiten of vrijwilligerswerk. Daarnaast laten cliënten gedurende de eerste zes maanden van een traject een stijging zien van de zelfredzaamheid op verschillende leefgebieden, waaronder financiën en psychische gezondheid. Een langere follow-up tijd is nodig om inzicht te krijgen in de verandering van de zelfredzaamheid gedurende het gehele traject van twee tot drie jaar.

VIP Amsterdam heeft de hoogste toegevoegde waarde voor wat betreft het verkrijgen van betaald werk. Cliënten hebben een bijna twee keer zo grote kans om te starten met betaald werk in vergelijking met reguliere begeleiding. Echter, voor wat betreft de duurzaamheid van het werk laat IPS-Noord Holland Noord de beste resultaten zien. Cliënten hebben bij IPS-NHN een minder grote kans om uit het arbeidsproces te vallen in vergelijking met de andere voorbeeldprojecten. De arbeidsovereenkomsten van cliënten van IPS Noord Holland Noord geven meer zekerheid op de langere termijn, waarbij jaarcontracten relatief vaak voorkomen en flexibele nul-uren contracten juist minder vaak voorkomen in vergelijking met de andere voorbeeldprojecten. De kans op het verkrijgen van betaald werk in het eerste jaar van een ExIT traject is niet groter in vergelijking met reguliere begeleiding. Bij een ExIT traject ligt de focus niet direct op actieve toeleiding naar betaald werk, waardoor er in het eerste jaar minder cliënten starten met betaald werk in vergelijking met de andere voorbeeldtrajecten

4.6.2 Aanbevelingen

De effect indicator geeft een indicatie voor de toegevoegde waarde van de voorbeeldprojecten. Alleen VIP Amsterdam heeft een significante toegevoegde waarde voor het verkrijgen van betaald werk. Bij de andere voorbeeldprojecten is het verschil tussen het verwachte en geobserveerde percentage cliënten met betaald werk te beperkt om een duidelijke uitspraak te kunnen doen of hun aanpak nu beter of slechter is dan de reguliere begeleiding. Om beter inzicht te krijgen is het van belang dat het starten met betaald werk bij een groter aantal cliënten gedurende een langere tijd geregistreerd wordt. De 3 onderzochte voorbeeldprojecten hebben een begeleiding die langer dan 1 jaar kan duren, en in veel gevallen inderdaad ook langer dan 1 jaar duurt. Daarom is een langere follow-up periode van enkele jaren nodig om betrouwbaarder inzicht te krijgen in (duurzame) instroom in het arbeidsproces. De huidige studie was op dit moment de best haalbare optie in Nederland.

5. Maatschappelijke kosten en baten analyse

Een economische evaluatie is uitgevoerd van de drie voorbeeldprojecten VIP Amsterdam, IPS Noord Holland Noord en ExIT Rotterdam. De economische evaluatie van de voorbeeldprojecten gaat uit van een maatschappelijk perspectief, waarbij alle kosten worden meegenomen, ongeacht wie de kosten draagt. Door middel van actieve dataverzameling is gedurende de Monitor (2014-2015) informatie verzameld over kosten en baten van de voorbeeldprojecten. In deze notitie worden de verschillende kosten en baten toegelicht en gekwantificeerd (5.1). Vervolgens zal vanuit het perspectief van gemeente, UWV, zorgverzekeraar en de cliënt inzicht worden verkregen in de netto-opbrengst van de voorbeeldprojecten (5.2). De periode waarin de investering in het voorbeeldproject wordt terugverdiend (Return of Investment, ROI) wordt berekend vanuit het perspectief van de gemeente, UWV en de zorgverzekeraar (5.3). Ten slotte worden de belangrijkste bevindingen samengevat en een aantal aandachtspunten benoemd (5.4).

5.1 Kosten en baten van de drie voorbeeldprojecten

Wanneer deelname aan een voorbeeldproject leidt tot een grotere kans op het verkrijgen van betaald werk, resulteert dat in verschillende baten, zoals inkomen uit werk, besparing van uitkeringskosten en besparing van zorgkosten. De re-integratie-activiteiten brengen daarentegen kosten met zich mee. In hoofdstuk 5.1 worden de verschillende kosten en baten toegelicht en gekwantificeerd. De tijdshorizon van de MKBA is vier jaar.

5.1.1 Inkomen uit werk

- *De kans op het verkrijgen van regulier werk ten opzichte van reguliere of geen begeleiding*

In hoofdstuk 4 is beschreven in welke mate deelname aan de drie voorbeeldprojecten bijdraagt aan een hogere kans om te starten met betaald werk. Voor de economische evaluatie gaan we uit van twee verschillende nulsituaties: 1) reguliere begeleiding naar werk en 2) geen begeleiding naar werk. Voor de vergelijking van de voorbeeldprojecten met de reguliere begeleiding (nulsituatie 1) wordt gebruik gemaakt van de waarde van de effect-indicator voor ieder voorbeeldproject (tabel 4.7). Voor de vergelijking met geen begeleiding naar werk (nulsituatie 2) wordt aangenomen dat de kans op het zelfstandig verkrijgen van betaald werk voor de betreffende doelgroep van de voorbeeldprojecten gelijk is aan nul.

- *Inkomen per uur*

Op basis van de individuele dataverzameling door de voorbeeldprojecten hebben we een gemiddeld uurloon berekend. Het gemiddeld uurloon is 8,82 euro. Dat is vrijwel gelijk aan het minimumuurloon (8,66 per uur per 1 januari 2015) voor iemand van 23 jaar of ouder.

Bij het berekenen van de baten door het starten met betaald werk is rekening gehouden met het feit dat veel cliënten starten met een (kleine) deeltijd baan. De cliënten die zijn gestart met betaald werk zijn ingedeeld in drie groepen op basis van het aantal uren dat mensen per week werken: 1) minder dan 8 uur per week, 2) tussen 8 en 28 uur per week, en 3) meer dan 28 uur per week. Tabel 5 laat zien dat meer dan de helft van de cliënten start met een deeltijd baan tussen de 8 en 28 uur per week (57%) en ongeveer één op de drie cliënten start met een baan

voor meer dan 28 uur per week (28%). Een kleinere groep start met een zeer kleine deeltijd baan van maximaal 8 uur per week (15%). VIP Amsterdam en ExIT Rotterdam hebben een hoger percentage cliënten met een kleine deeltijdbaan van maximaal 8 uur (20% respectievelijk 14%) in vergelijking met IPS NHN (6%).

Tabel 5 Verdeling van de cliënten die zijn gestart met betaald werk op basis van aantal uren werk per week voor ieder voorbeeldproject en de totale studiepopulatie

Aantal uren werk per week	IPS-NHN (n=20)	VIP (n=35)	ExIT (n=20)	Totaal (n=75)
Maximaal 8 uur	6%	20%	14%	15%
Meer dan 8 uur tot en met 28 uur	59%	57%	55%	57%
Meer dan 28 uur	35%	23%	31%	28%

- *Inkomen uit werk*

De inkomsten uit werk worden berekend door per groep het gemiddeld uurloon te vermenigvuldigen met het gemiddeld aantal uren.

Tabel 6 Gemiddeld inkomen van een cliënt op basis van het gewerkte aantal uren en het netto uurloon

	Gemiddeld aantal uren per week	Netto uurloon	Gemiddeld inkomen per week	Gemiddeld inkomen per maand
Maximaal 8 uur	6,00	8,82	52,92	227,56
Meer dan 8 tot en met 28uur	16,97	8,82	149,68	643,60
Meer dan 28uur	36,00	8,82	317,52	1365,34

5.1.2 Besparing kosten uitkering door het starten met betaald werk

Bij de start van een traject hebben de meeste cliënten een bijstand, Wajong of WIA uitkering. Informatie over de hoogte van de uitkering is voor alle cliënten geregistreerd bij aanvang van een traject (zie tweede kolom tabel 7). We zien aanzienlijke verschillen in de hoogte van de verschillende type uitkeringen bij aanvang van een traject.

Tabel 7 Totaal inkomen na het starten met werk van cliënten op basis van type uitkering en inkomen uit werk

Type uitkering – groep deeltijdwerk	Uitkering bij aanvang	Inkomen uit werk	Uitkering na start werk	Totaal inkomen na start werk
Bijstand				
- ≤8 uur	€ 900	€ 228	€ 672	€ 900
- >8 & ≤28uur	€ 900	€ 644	€ 253	€ 900
- >28uur	€ 900	€ 1365	€ 0	€ 1365
Nieuwe Wajong*				
- ≤8 uur	€ 1131	€ 228	€ 905	€ 1131
- >8 & ≤28uur	€ 1131	€ 644	€ 660	€ 1303
- >28uur	€ 1131	€ 1365	€ 143	€ 1508
WIA				
- ≤8 uur	€ 1091	€ 228	€ 932	€ 1160
- >8 & ≤28uur	€ 1091	€ 644	€ 641	€ 1285
- >28uur	€ 1091	€ 1365	€ 136	€ 1501

* Vanwege onvolledige/onbetrouwbare data is voor de hoogte van de Nieuwe Wajong-uitkering uitgegaan van de wettelijke regelingen (sinds 2010)

Wanneer een cliënt inkomen uit werk ontvangt, wordt (een gedeelte van) de uitkering ingehouden. Tabel 7 laat zien dat de mate waarin cliënten er financieel op voorruit gaan bij het starten met een (kleine) deeltijd baan, afhankelijk is van het type uitkering dat een cliënt ontvangt. Bij cliënten met een bijstandsuitkering wordt een bedrag ingehouden dat gelijk is aan het inkomen uit werk. Het starten met een deeltijd baan leidt hierdoor voor cliënten met een bijstandsuitkering niet tot toename van het totale inkomen. Bij cliënten met een WIA uitkering wordt een bedrag ingehouden dat gelijk is aan 70% van het inkomen uit werk, waardoor is er sprake van een geleidelijke toename van het totale inkomen bij het verhogen van het aantal uren werk per week. Voor Nieuwe Wajongers met een kleine deeltijdbaan (maximaal 8 uur per week) wordt een bedrag ingehouden dat gelijk is aan het inkomen uit werk. Bij een grotere deeltijdbaan mag de cliënt een gedeelte van het inkomen uit werk houden. De uitkering wordt beëindigd wanneer het inkomen uit werk gelijk is aan de hoogte van de uitkering (bijstand) of gelijk is aan 100% van het minimumloon (WIA, Wajong). Hierdoor zien we ook voor de cliënten met een grotere deeltijdbaan (groep >28 uur werk per week) dat cliënten met een WIA of Wajong uitkering er financieel beter voor staan in vergelijking met de cliënten die bij aanvang een bijstandsuitkering hadden.

5.1.3 Besparing kosten medisch zorggebruik na het starten met betaald werk

Inzicht in de invloed van het verkrijgen van betaald werk op zorggebruik is verkregen aan de hand van gegevens die zijn verzameld in de Fit4Work studie. De Fit4Work populatie bestaat uit langdurig werklozen met psychische problematiek. Het zorggebruik is twee maal gemeten, bij de start van het onderzoek en 12 maanden later.

Gedurende dit jaar is een gedeelte (n=52) van de mensen aan het werk gegaan, terwijl anderen (n=504) werkloos zijn gebleven. Voor beide groepen zijn de kosten voor medische zorg berekend op basis van het aantal contacten met één of meerdere medische professionals en het uurtarief van de verschillende professionals.

Tabel 8 laat zien dat mensen die continu werkloos blijven bij aanvang van het onderzoek iets vaker contact hebben met de huisarts en de maatschappelijk werker, maar minder vaak contact hebben met een fysiotherapeut of psycholoog in vergelijking met de mensen die een jaar later zijn gestart met werk. Deze verschillen zijn echter klein. De totale kosten voor medische zorg van de continue werklozen en mensen die starten met betaald werk zijn bij aanvang gelijk (181 respectievelijk 184 euro per maand).

Het contact met maatschappelijk werkers en psychologen neemt gedurende de onderzoeksperiode af bij de mensen die zijn gestart met betaald werk, terwijl deze daling in zorggebruik niet zichtbaar is bij de mensen die continu werkloos blijven. De totale zorgkosten per maand nemen bij de groep die is gestart met betaald werk af van 185 euro naar 83 euro, terwijl de totale zorgkosten voor de continue werklozen gelijk blijft (181 naar 176 euro).

Tabel 8 Maandelijkse kosten van zorggebruik bij mensen die wel (n=53) of niet (n=504) zijn gestart met betaald werk gedurende een periode van 12 maanden (Fit4Work studiepopulatie)

	Niet gestart betaald werk (n=504)		Gestart betaald werk (n=53)	
	Start onderzoek	Na 12 maanden	Start onderzoek	Na 12 maanden
	Gemiddeld	Gemiddeld	Gemiddeld	Gemiddeld
Contact met				
- Huisarts	€ 21,67	€ 24,39	€ 12,68	€ 10,57
- Fysiotherapeut	€ 14,68	€ 14,86	€ 19,70	€ 15,62
- Maatschappelijk werker	€ 29,53	€ 32,63	€ 19,62	€ 4,91
- Psycholoog	€ 98,41	€ 83,33	€ 117,74	€ 36,23
- Medisch specialist	€ 16,63	€ 20,44	€ 15,70	€ 15,70
Zorgkosten totaal (per maand)	€ 180,68	€ 175,65	€ 185,43	€ 83,02

De verkregen kennis over invloed van het verkrijgen van werk op zorggebruik uit de Fit4Work studie is vervolgens gebruikt om voor ieder voorbeeldproject het gemiddelde zorggebruik van cliënten te berekenen. Hierbij is rekening gehouden met het aantal cliënten is gestart met betaald werk en de gemiddelde duur (in maanden) van de periode voor- en na het verkrijgen van betaald werk.

5.1.4 Kosten voor re-integratie activiteiten

De kosten voor een re-integratie traject bij de drie voorbeeldprojecten worden achtereenvolgens in kaart gebracht. Daarnaast worden kosten geschat voor 'reguliere begeleiding' en 'geen begeleiding'.

- IPS

De marktwaarde van een IPS traject bij VIP Amsterdam en IPS Noord Holland Noord is €5000 euro voor een periode van drie jaar. De marktwaarde is het bedrag dat de uitkeringsorganisatie betaalt aan de uitvoerende organisatie (GGZ organisatie) voor het uitvoeren van de IPS aanpak. De marktwaarde hoeft niet overeen te komen met de daadwerkelijke kosten die gemaakt worden door de uitvoerende organisatie. Echter, voor de doelstelling van de Monitor Voorbeeldprojecten, waarbij de kosten in kaart worden gebracht vanuit het perspectief van de gemeente/UWV, is de marktwaarde een goede schatter voor de kosten die gepaard gaan met deze methodiek.

Daarnaast worden de eerste 8 gesprekken (de intake fase van IPS) vergoed door de zorgverzekeraar. De financiering door de zorgverzekeraar is geregeld door middel van een speciaal budget of door het schrijven van uren binnen een DBC (of DOT=DBC op weg naar transparantie). De kosten voor deze gesprekken zijn geschat op 736 euro (8x92 euro) per cliënt.

Na het starten met werk kan jobcoaching worden ingezet wanneer een cliënt een arbeidscontract heeft voor minimaal 6 maanden en minimaal 12 contracturen per week. Het aantal uren dat maximaal ingezet kan worden, is afhankelijk van de contracturen van de cliënt en de intensiteit van de begeleiding. In het eerste jaar kan maximaal 15% van het aantal contracturen worden ingezet voor jobcoaching, in het tweede jaar maximaal 7,5% en in het derde jaar maximaal 6%. Een jobcoach kost ongeveer 92 euro per uur.

- ExIT

De ExIT interventie wordt door de gemeente zelf uitgevoerd. Op basis van personele en overige kosten is een berekening gemaakt van de kosten voor een ExIT traject per individu. De kostprijs van een ExIT traject is geschat op €4000 euro voor een periode van twee jaar.

- Reguliere begeleiding

Reguliere begeleiding is de reguliere dienstverlening die cliënten ontvangen van de uitkeringsinstantie. Een professional van de gemeente of UWV begeleidt cliënten bij de re-integratie naar werk. Op basis van de personele inzet en overige kosten zijn de kosten voor de reguliere dienstverlening per cliënt voor een periode van twee jaar berekend. De kostprijs van reguliere begeleiding is geschat op €1238,94 euro per cliënt voor een periode van twee jaar. Hierbij is aangenomen dat de werkconsulent een 2x zo hoge caseload heeft in de reguliere aanpak in vergelijking met professionals van de voorbeeldprojecten en dat er geen professionals vanuit het domein zorg, zoals maatschappelijk werkers of psychologen, bij de begeleiding betrokken zijn. Deze aannames zijn gemaakt op basis van beschrijvingen van reguliere werkprocessen door werkconsulenten van verschillende gemeenten.

- Geen begeleiding

Voor 'geen begeleiding' worden geen kosten voor re-integratie activiteiten opgenomen, omdat wordt aangenomen dat er geen activiteiten worden ondernomen gericht op re-integratie van de cliënt.

Overige kosten die door de uitkeringsinstantie kunnen worden gemaakt bij het plaatsen van cliënten op een betaalde werkplek, zoals loonkostensubsidie of no risk polissen, zijn niet meegenomen bij de kosten-baten analyse. Wanneer deze kosten wel zouden worden meegenomen, zou dit kunnen leiden tot hogere kosten en een langere terugverdienperiode vanuit het perspectief van de uitkeringsinstantie.

5.1.5 Belasting

De mensen die starten met betaald werk gaan belasting betalen. Op minimumloonniveau wordt ongeveer 15% van het brutoloon als belasting afgedragen. Daarnaast maken mensen kosten om te werken, bijvoorbeeld voor kleding en reiskosten. Deze kosten bedragen naar schatting 4% van het bruto loon (Kok et al., 2006).

5.2 Netto-opbrengst van de voorbeeldprojecten

In paragraaf 5.2 wordt vanuit het perspectief van gemeente, UWV, zorgverzekeraar en de cliënt inzicht de netto-opbrengst van de drie voorbeeldprojecten beschreven. Het verschil in kosten en baten van de voorbeeldprojecten wordt berekend in vergelijking met reguliere begeleiding of met volledige afwezigheid van enige re-integratie. Hierbij wordt uitgegaan van een tijdshorizon van vier jaar.

- *VIP Amsterdam*

De kosten en baten van VIP Amsterdam zijn weergegeven in tabel 9 voor een gemiddelde cliënt met een tijdshorizon van vier jaar. Hierbij wordt VIP Amsterdam vergeleken met 1) volledige afwezigheid van re-integratie en 2) reguliere begeleiding. De kans op het starten met betaald werk in het eerste jaar is 29.3% voor cliënten van VIP Amsterdam (tabel 4) en de kans op het verkrijgen van betaald werk is 1,89 keer groter in vergelijking met reguliere begeleiding (tabel 3). Bij de economische evaluatie is rekening gehouden met de verschillende type uitkeringen (tabel 7) en deeltijdwerk (tabel 5) van cliënten van VIP Amsterdam.

Vanuit het perspectief van de uitkeringsinstantie (gemeente of UWV) zijn de kosten voor re-integratie activiteiten van VIP Amsterdam € 5000. Deze kosten worden niet of in mindere mate gemaakt bij volledige afwezigheid van re-integratie (€ 0) respectievelijk reguliere begeleiding (€ 1239). Daarentegen zijn de uitkeringskosten voor een gemiddelde cliënt met een tijdshorizon van vier jaar lager bij VIP Amsterdam (€ 36.872) in vergelijking met reguliere begeleiding (€ 39.201) of volledige afwezigheid van re-integratie (€ 41.388). De besparing aan uitkeringskosten door VIP Amsterdam is €4516 euro ten opzichte van volledige afwezigheid van re-integratie en € 2329 ten opzichte van reguliere begeleiding.

Vanuit het perspectief van de zorgverzekeraar zijn er kosten voor de eerste 8 gesprekken van een VIP traject (€736) die niet worden gemaakt bij geen- of reguliere begeleiding. Echter, de kosten voor zorggebruik bij VIP Amsterdam (€ 7379) zijn lager voor een gemiddelde cliënt met een tijdshorizon van vier jaar in vergelijking met een reguliere aanpak (€ 7931) of volledige afwezigheid van re-integratie (€ 8552). De zorgkosten zijn lager, omdat het zorggebruik afneemt bij cliënten die zijn gestart met betaald werk. De besparing van zorgkosten door VIP Amsterdam is € 1173 ten opzichte van volledige afwezigheid van re-integratie en € 553 ten opzichte van reguliere begeleiding.

Vanuit het perspectief van de 'gemiddelde cliënt' zijn inkomsten uit werk (€ 9.019) bij deelname aan een VIP traject hoger in vergelijking met een regulier traject (€ 4.771) of volledige afwezig van re-integratie (€ 0). Echter, bij

VIP Amsterdam zijn de inkomsten vanuit de uitkering (€ 36.872) lager in vergelijking met volledige afwezigheid van re-integratie (€ 41.388) of reguliere begeleiding (€ 39.201). Voor de gemiddelde cliënt van VIP Amsterdam is er over een tijdshorizon van 4 jaar sprake van een positieve netto-opbrengst door een toename aan inkomsten uit werk van € 9.109 en een afname van inkomsten uit de uitkering van € 4516 ten opzichte van volledige afwezigheid van re-integratie. Echter, vanuit het perspectief van de individuele cliënt is de netto opbrengst afhankelijk is van het type uitkering en het aantal gewerkte uren per week (zie tabel 7).

Tabel 9 Het verschil in kosten en baten van VIP Amsterdam vergeleken met reguliere begeleiding (Δ VIP-regulier) en met volledige afwezigheid van enige re-integratie (Δ VIP-geen) vanuit het perspectief van gemeente/UWV (uitkeringsinstantie), zorgverzekeraar en de cliënt, berekend voor de gemiddelde cliënt met een tijdshorizon van 4 jaar.

	Geen re-integratie	Reguliere re-integratie	VIP- Amsterdam	Δ VIP-geen	Δ VIP-regulier
<i>Gemeente / UWV</i>					
Re-integratie activiteiten	€ 0	-€ 1.239	-€ 5.000	-€ 5.000	-€ 3761
Uitkering	-€ 41.388	-€ 39.201	-€ 36.872	€ 4.516	€ 2.329
<i>Zorgverzekeraar</i>					
Re-integratie activiteiten	€ 0	€ 0	-€ 736	-€ 736	-€ 736
Zorggebruik	-€ 8.552	-€ 7.931	-€ 7.379	€ 1.173	€ 553
<i>Client</i>					
Uitkering	€ 41.388	€ 39.201	€ 36.872	-€ 4.516	-€ 2.329
Inkomen werk	€ 0	€ 4.771	€ 9.019	€ 9.019	€ 4.248

- IPS Noord Holland Noord

De kosten en baten van IPS Noord Holland Noord zijn weergegeven in tabel 10 voor een gemiddelde cliënt met een tijdshorizon van vier jaar. Hierbij wordt IPS Noord Holland Noord vergeleken met 1) volledige afwezigheid van re-integratie en 2) reguliere begeleiding. De kans op het starten met betaald werk in het eerste jaar is 16,5% voor cliënten van IPS Noord Holland Noord (tabel 4) en de kans op het verkrijgen van betaald werk is 1,2 keer groter in vergelijking met reguliere begeleiding (tabel 3). Bij de economische evaluatie is rekening gehouden met de verschillende type uitkeringen (tabel 7) en deeltijdwerk (tabel 5) van cliënten van IPS Noord Holland Noord.

Vanuit het perspectief van de uitkeringsinstantie (gemeente of UWV) zijn de kosten voor re-integratie activiteiten van IPS Noord Holland Noord € 5000. Deze kosten worden niet of in mindere mate gemaakt bij volledige afwezigheid van re-integratie (€ 0) respectievelijk reguliere begeleiding (€ 1239). Daarentegen zijn de uitkeringskosten lager bij IPS Noord Holland Noord (€ 40.3700) voor een gemiddelde cliënt met een tijdshorizon van vier jaar in vergelijking met reguliere begeleiding (€ 40.818) of volledige afwezigheid van re-integratie (€ 43.006). De besparing aan uitkeringskosten door IPS Noord Holland Noord is €2.635 euro ten opzichte van volledige afwezigheid van re-integratie en € 447 ten opzichte van reguliere begeleiding.

Vanuit het perspectief van de zorgverzekeraar zijn er kosten voor de eerste 8 gesprekken van een IPS Noord Holland Noord (€736) die niet worden gemaakt bij geen- of reguliere begeleiding. Echter, de kosten voor zorggebruik bij de (€ 7994) zijn lager voor een gemiddelde cliënt met een tijdshorizon van vier jaar in vergelijking met een reguliere aanpak (€ 8089) of volledige afwezigheid van re-integratie (€ 8552). De zorgkosten zijn lager, omdat het zorggebruik afneemt bij cliënten die zijn gestart met betaald werk. De besparing van zorgkosten door IPS Noord Holland Noord is € 558 ten opzichte van volledige afwezigheid van re-integratie en € 95 ten opzichte van reguliere begeleiding.

Vanuit het perspectief van de 'gemiddelde cliënt' zijn inkomsten uit werk (€ 5280) bij deelname aan een IPS Noord Holland Noord traject hoger in vergelijking met een regulier traject (€ 4384) of volledige afwezig van re-integratie (€ 0). Echter, bij IPS Noord Holland Noord zijn de inkomsten vanuit de uitkering (€ 40.370) lager in vergelijking met volledige afwezigheid van re-integratie (€ 43.006) of reguliere begeleiding (€ 40.818). Voor de gemiddelde cliënt van IPS Noord Holland Noord is er over een tijdshorizon van 4 jaar sprake van een positieve netto-opbrengst door een toename aan inkomsten uit werk van € 5.280 en een afname van inkomsten uit de uitkering van € 2635 ten opzichte van volledige afwezigheid van re-integratie. Echter, vanuit het perspectief van de individuele cliënt is de netto opbrengst afhankelijk is van het type uitkering en het aantal gewerkte uren per week (tabel 7).

Tabel 10 Het verschil in kosten en baten van IPS Noord Holland Noord vergeleken met reguliere begeleiding (Δ NHN-regulier) en met volledige afwezigheid van enige re-integratie (Δ NHN-geen) vanuit het perspectief van gemeente/UWV (uitkeringsinstantie), zorgverzekeraar en de cliënt, berekend voor de gemiddelde cliënt met een tijdshorizon van 4 jaar.

	Geen	Regulier	IPS-NHN	Δ NHN-geen	Δ NHN-regulier
<i>Gemeente / UWV</i>					
Re-integratie activiteiten	€ 0	-€ 1.239	-€ 5.000	-€ 5.000	-€ 3761
Uitkering	-€ 43.006	-€ 40.818	-€ 40.370	€ 2.635	€ 447
<i>Zorgverzekeraar</i>					
Re-integratie activiteiten	€ 0	€ 0	-€ 736	-€ 736	-€ 736
Zorggebruik	-€ 8.552	-€ 8.089	-€ 7.994	€ 558	€ 41 95
<i>Client</i>					
Uitkering	€ 43.006	€ 40.818	€ 40.370	-€ 2.635	-€ 447
Inkomen werk	€ 0	€ 4.384	€ 5.280	€ 5.280	€ 896

- ExIT Rotterdam

De kosten en baten van ExIT Rotterdam zijn weergegeven in tabel 11 voor een gemiddelde cliënt met een tijdshorizon van vier jaar. Hierbij wordt ExIT Rotterdam vergeleken met 1) volledige afwezigheid van re-integratie en 2) reguliere begeleiding. De kans op het starten met betaald werk in het eerste jaar is 6,3% voor cliënten van ExIT Rotterdam (tabel 4) en de kans op het verkrijgen van betaald werk is in het eerste jaar niet groter in vergelijking met reguliere begeleiding (tabel 3). Bij de economische evaluatie is rekening gehouden met de verschillende type uitkeringen (tabel 7) en deeltijdwerk (tabel 5) van cliënten van ExIT Rotterdam.

Vanuit het perspectief van de uitkeringsinstantie (gemeente of UWV) zijn de kosten voor re-integratie activiteiten van ExIT Rotterdam gemiddeld € 4000 per cliënt. Deze kosten worden niet- of in mindere mate gemaakt bij volledige afwezigheid van re-integratie (€ 0) respectievelijk reguliere begeleiding (€ 1239). De uitkeringskosten zijn lager bij ExIT Rotterdam (€ 41.119) voor een gemiddelde cliënt met een tijdshorizon van vier jaar in vergelijking met volledige afwezigheid van re-integratie (€ 43.185) maar hoger in vergelijking met reguliere begeleiding of (€ 40.070). De besparing aan uitkeringskosten door ExIT Rotterdam is €2066 euro ten opzichte van volledige afwezigheid van re-integratie, maar ten opzichte van een reguliere aanpak is er geen besparing van uitkeringskosten.

Vanuit het perspectief van de zorgverzekeraar worden er geen kosten gemaakt voor ExIT Rotterdam. De kosten voor zorggebruik bij ExIT Rotterdam (€ 8260) zijn lager voor een gemiddelde cliënt met een tijdshorizon van vier jaar in vergelijking met volledige afwezigheid van re-integratie (€ 8552). De zorgkosten zijn lager, omdat het zorggebruik afneemt bij cliënten die zijn gestart met betaald werk. De besparing van zorgkosten door ExIT Rotterdam is € 292 ten opzichte van volledige afwezigheid van re-integratie.

Vanuit het perspectief van de 'gemiddelde cliënt zijn inkomsten uit werk (€ 2501) bij deelname aan een ExIT traject hoger in vergelijking volledige afwezig van re-integratie (€ 0). Echter, voor de cliënt van ExIT Rotterdam zijn de inkomsten vanuit de uitkering (€ 41.119) lager in vergelijking met volledige afwezigheid van re-integratie (€ 43.185). Voor de gemiddelde cliënt van ExIT Rotterdam is er over een tijdshorizon van 4 jaar sprake van een positieve netto-opbrengst door een toename aan inkomsten uit werk van € 2501 en een afname van inkomsten uit de uitkering van € 2066 ten opzichte van volledige afwezigheid van re-integratie. Echter, in vergelijking met reguliere begeleiding is er geen positieve netto opbrengst vanuit het perspectief van de cliënt.

Tabel 11 Het verschil in kosten en baten van ExIT Rotterdam vergeleken met reguliere begeleiding (Δ ExIT-regulier) en met volledige afwezigheid van enige re-integratie (Δ ExIT-geen) vanuit het perspectief van gemeente/UWV (uitkeringsinstantie), zorgverzekeraar en de cliënt, berekend voor de gemiddelde cliënt met een tijdshorizon van 4 jaar.

	Geen	Regulier	ExIT	Δ ExIT-geen	Δ ExIT-regulier
<i>Gemeente</i>					
Re-integratie activiteiten	€ 0	-€ 1239	-€ 4.000	-€ 4.000	-€ 2761
Uitkering	-€ 43.185	-€ 40.070	-€ 41.119	€ 2066	-€ 1049
<i>Zorgverzekeraar</i>					
Re-integratie activiteiten	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0
Zorggebruik	-€ 8.552	-€ 8.112	-€ 8.260	€ 292	-€ 148
<i>Client</i>					
Uitkering	€ 43.185	€ 40.070	€ 41.119	-€ 2.066	€ 1.049
Inkomen werk	€ 0	€ 3.772	€ 2.501	€ 2.501	-€ 1271

5.3 De periode waarin de investering in het voorbeeldproject wordt terugverdiend

De voorbeeldprojecten resulteren in baten op het gebied van uitkering, zorgkosten en inkomen uit werk. Echter, er zijn ook kosten voor de re-integratie activiteiten. In dit hoofdstuk wordt meer inzicht verkregen in de periode waarin de kosten opwegen tegen de baten. Dit wordt ook wel een return on investment (ROI) analyse genoemd. De terugverdien periode is de periode waarin een investering wordt terugverdiend. De terugverdien periode is voor iedere voorbeeldproject berekend ten opzichte van 1) volledige afwezigheid van re-integratie en 2) reguliere begeleiding.

Vanuit het perspectief van gemeente/UWV is een investering in VIP Amsterdam binnen 4,4 tot 6,2 jaar terugverdiend ten opzichte van geen- respectievelijk reguliere begeleiding. Vanuit het perspectief van de zorgverzekeraar is een investering in VIP Amsterdam binnen 2,7 jaar terugverdiend in vergelijking met geen re-integratie en binnen 5,2 jaar in vergelijking met reguliere begeleiding.

Tabel 12 De periode waarin de investering in het voorbeeldproject wordt terugverdiend (Return on investment) vanuit het perspectief van gemeente/UWV (uitkeringsinstantie) en de zorgverzekeraar

	Δ Voorbeeldproject – geen re-integratie	Δ Voorbeeldproject – reguliere begeleiding
	jaren	jaren
<i>VIP Amsterdam</i>		
Gemeente / UWV	4,4	6,2
Zorgverzekeraar	2,7	5,2
<i>IPS Noord-Holland Noord</i>		
Gemeente / UWV	7,2	> 8
Zorgverzekeraar	5,1	> 8
<i>EXIT Rotterdam</i>		
Gemeente	6,8	> 8
Zorgverzekeraar	0	0

Voor IPS Noord Holland Noord is de terugverdien periode aanzienlijk langer, omdat het percentage cliënten dat start met betaald werk lager is in vergelijking met VIP Amsterdam. Wanneer IPS NHN wordt vergeleken met géén re-integratie, is de periode waarin de investering in IPS Noord Holland Noord wordt terugverdiend ruim 7,2 jaar vanuit het perspectief van de gemeente en 5,1 jaar vanuit het perspectief van de zorgverzekeraar. De terugverdienperiode van IPS Noord Holland Noord is meer dan 8 jaar indien ook met de kosten van reguliere re-begeleiding rekening wordt gehouden.

Voor ExIT wordt alleen de terugverdien periode geschat voor de gemeente, aangezien er geen sprake is van cofinanciering van ExIT met een zorgverzekeraar. Wanneer ExIT wordt vergeleken met géén re-integratie, is de terugverdienperiode voor gemeenten 6,8 jaar. In vergelijking met reguliere begeleiding is de terugverdienperiode van ExIT meer dan 8 jaar.

5.4 Conclusie MKBA

- *De voorbeeldprojecten zorgen voor een besparing van de uitkeringskosten voor gemeenten/UWV*

De terugverdienperiode vanuit het perspectief van de gemeente wordt bepaald door de trajectkosten en de toegevoegde waarde van de voorbeeldprojecten voor toeleiding naar betaald werk. De terugverdienperiode van de voorbeeldprojecten ten opzichte van géén re-integratie varieert van 4,4 jaar (VIP Amsterdam) tot 7,2 jaar (IPSNHN).

- *De voorbeeldprojecten zorgen voor een besparing van zorgkosten voor de zorgverzekeraar*

Het verkrijgen van betaald werk hangt samen met een afname van de zorgkosten. De totale zorgkosten per maand nemen bij de groep die is gestart met betaald werk af van 185 euro naar 83 euro, terwijl de totale zorgkosten voor de continu werklozen ongeveer gelijk blijft (181 naar 176 euro). De investering in IPS trajecten wordt door de zorgverzekeraar binnen 2,7 (VIP Amsterdam) tot 5,1 (IPS-NHN) jaar terugverdiend. Omdat de zorgverzekeraar niet financieel bijdraagt aan ExIT is er voor de zorgverzekeraar direct sprake van een positieve netto-opbrengst.

- *De mate waarin parttime werk lonend is, is afhankelijk van het type uitkering*

Voor cliënten met een Wajong of WIA uitkering resulteert parttime werk vanaf 8 uur per week meestal in een toename van het totale inkomen, terwijl dat vaak niet het geval is voor cliënten met een bijstandsuitkering.

5.4.1 Gevoeligheid van de berekeningen

We hebben de uitstroom naar werk gedurende gemiddeld 12 maanden na de start van een traject geregistreerd. Echter, de trajectduur is langer dan één jaar, namelijk drie jaar voor VIP Amsterdam en IPS-NHN en twee jaar voor ExIT. Het is te verwachten dat de uitstroom naar werk nog toeneemt, terwijl de kosten voor re-integratie reeds gemaakt zijn. Dit zal een gunstigere kosten-baten verhouding opleveren.

Een sensitiviteitsanalyse is uitgevoerd, waarbij op basis van de in- en uitstroom kansen in het eerste jaar, de transities in- en uit het arbeidsproces van in vier achtereenvolgende jaren zijn geschat voor de drie voorbeeldprojecten. De sensitiviteitsanalyse laat zien dat de in het rapport beschreven maatschappelijke kosten en baten analyse een conservatieve schatting is van de netto-opbrengst vanuit het perspectief van de verschillende stakeholders. Wanneer rekening gehouden wordt met transities in- en uit werk gedurende vier achtereenvolgende jaren, wordt de netto-opbrengst over het algemeen hoger, doordat gedurende de follow-up periode van vier jaar méér mensen betaald werk gaan verrichten.

5.4.2 Aanbevelingen

De gevoeligheidsanalyse laat zien dat we een conservatieve schatting hebben gemaakt van de opbrengsten van een traject. Indien de werkelijke kosten en baten worden vastgesteld over een periode van 4 jaar, zullen de investeringen in de voorbeeldprojecten sneller worden terugverdiend. Om meer inzicht te krijgen in uitstroom naar werk gedurende de gehele trajectduur is een langere follow-up periode nodig.

6. Conclusie en aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste onderzoeksresultaten uit Fase 1 en Fase 2 aan elkaar gerelateerd. Hierdoor wordt meer inzicht verkregen in de mate waarin integrale samenwerking en onderdelen in de inhoud en aanpak van re-integratie van belang zijn voor het verhogen van de (arbeids)participatie en zelfredzaamheid van mensen met gezondheidsproblemen (paragraaf 6.1). Vervolgens worden de belangrijkste bevindingen van de maatschappelijke kosten en baten analyse toegelicht (6.2). Tenslotte worden er een aantal aanbevelingen geformuleerd voor beleid gericht op arbeidstoeleiding van mensen met gezondheidsproblemen. (6.3)

6.1 Onderdelen van re-integratie die van belang zijn voor het verhogen van de (arbeids)participatie en zelfredzaamheid van cliënten van de voorbeeldprojecten

- *De maatschappelijke participatie en zelfredzaamheid van cliënten van de voorbeeldprojecten stijgt gedurende het eerste (half) jaar na aanvang van een traject.*

Bij alle voorbeeldprojecten zien we een afname van het aantal mensen dat zich op trede 1 of 2 van de participatieladder (sociaal isolement, beperkte sociale contacten) bevindt van meer dan de helft bij aanvang naar ongeveer één op de drie na zes maanden. Cliënten van alle voorbeeldprojecten nemen vaker deel aan georganiseerde activiteiten of vrijwilligerswerk. Bovendien zien we bij alle voorbeeldprojecten een verbetering van de zelfredzaamheid op verschillende leefgebieden, waaronder dagbesteding, financiën en geestelijke gezondheid.

Problemen op meerdere leefgebieden worden aangepakt door verschillende organisaties vanuit het domein 'werk' en 'zorg'. Goede integrale samenwerking bestaat uit de volgende elementen: 1) de visie dat arbeidsparticipatie samenhangt met andere leefgebieden, zoals gezondheid en wonen, 2) de visie dat herstel en re-integratie niet los van elkaar staan, maar dat re-integratie deel uitmaakt van het herstel bevorderend voor de integrale samenwerking, 3) Het maken van goede samenwerkingsafspraken om gezamenlijke activiteiten te verrichten of te financieren, 4) de bereidheid van de betrokken organisaties om tijd en geld te investeren in de onderlinge samenwerking.

Op uitvoeringsniveau bestaat een goede integrale samenwerking uit de volgende elementen: 1) het maken van afspraken over regieverantwoordelijkheid, 2) het zorgdragen voor de continuïteit in de begeleiding, 3) het vormen van multidisciplinaire teams en/of het houden van multidisciplinaire casuïstiek besprekingen, 4) het maken van protocollaire afspraken over de uitwisseling van informatie tussen professionals van verschillende organisaties.

- *VIP Amsterdam heeft de hoogste toegevoegde waarde voor het verkrijgen van betaald werk in vergelijking met de andere voorbeeldprojecten.*

Cliënten van VIP Amsterdam hebben een bijna twee keer zo grote kans om te starten met betaald werk in vergelijking met reguliere begeleiding. De methodiek van VIP Amsterdam bestaat uit de volgende elementen: 1) de 'first place then train' en 2) de werkgeversbenadering. De werkgeversbenadering draagt bij aan het creëren van mogelijkheden en het realiseren van werkplekken voor de doelgroep. De werkgeversbenadering wordt uitgevoerd door een IPS-professional welke deel uitmaakt van een GGZ team. De werkgeversbenadering bestaat uit de volgende elementen: 1) verbeteren acquisitie vaardigheden van de jongeren, 2) deelnemen aan werkgeversnetwerken, zoals bijvoorbeeld het BNI netwerk, waarbij 40 ondernemers wekelijks samen ontbijten, 3) three cups of tea, waarbij de nadruk ligt op het opbouwen van een relatie met een werkgever en nooit expliciet naar werk gevraagd wordt, 4) gebruik maken van het professionele netwerk met UWV en re-integratiebedrijven en 5) het reageren op vacatures (koude acquisitie).

- *Cliënten van IPS-Noord Holland Noord starten minder vaak met betaald werk in vergelijking met VIP Amsterdam, maar het verkregen werk is wel duurzamer in vergelijking met de andere voorbeeldprojecten.*

Het verschil in het aantal cliënten dat start met betaald werk bij IPS-Noord Holland Noord in vergelijking met VIP Amsterdam kan mogelijk worden verklaard door een verschil in ziektegeschiedenis van de cliënten. Cliënten van IPS Noord Holland Noord hebben vaak een lange ziektegeschiedenis achter de rug (langdurige psychiatrie), terwijl cliënten van VIP Amsterdam vaak een korte ziektegeschiedenis hebben (eerste psychose). Daarnaast hebben cliënten van IPS-NHN een minder grote kans om uit het arbeidsproces te vallen in vergelijking met de andere voorbeeldprojecten. Het verkregen werk van cliënten van IPS Noord Holland Noord is mogelijk duurzamer dankzij een hogere mate van ziekte-inzicht. Ziekte-inzicht is nodig om een goede inschatting te kunnen maken van de mogelijkheden en beperkingen bij het uitvoeren van betaald werk.

- *Het aantal cliënten van ExIT dat in het eerste jaar start met betaald werk is lager dan verwacht.*

Het geobserveerde percentage cliënten dat in het eerste jaar is gestart met betaald werk (6,3%) is lager dan verwacht in vergelijking met een externe referentiegroep (controle groep Fit4Work). Dit resultaat wordt mogelijk verklaard door een aantal belemmerende factoren in de uitvoering van de ExIT methodiek en de onderzoeksopzet Monitor. Beide verklaringen worden kort toegelicht en vervolgens worden de acties beschreven van de gemeente Rotterdam om de effectiviteit van ExIT te verbeteren.

Succesvolle arbeidstoeleiding van cliënten van ExIT wordt mogelijk belemmerd door onvoldoende continuïteit in de begeleiding, door de overdracht van cliënten van het ExIT team naar een andere afdeling voor bemiddeling naar werk. Daarnaast wordt succesvolle arbeidstoeleiding van cliënten mogelijk ook belemmerd door het te weinig inzetten van werkgeversgerichte interventies.

De “first train then place” benadering van ExIT zorgt er mogelijk voor dat er in het eerste jaar minder cliënten starten met betaald werk. Een lock-in effect speelt mogelijk een rol, waarbij cliënten gedurende het eerste jaar van het traject minder geneigd zijn naar betaald werk te zoeken. Nadere analyse van de ExIT cliënten met een langere follow-up tijd laat zien dat het percentage starters in het tweede jaar inderdaad stijgt van 6% naar 14% (ongeacht het aantal uren). Enige voorzichtigheid bij de interpretatie van deze resultaten is geboden vanwege het beperkte aantal cliënten met een follow-up duur langer dan 12 maanden. Om meer inzicht te krijgen in uitstroom naar werk gedurende de gehele trajectduur van ExIT is een langere follow-up periode nodig van minimaal 2 jaar.

Gedurende de monitor is het starten met betaald werk van ExIT cliënten via de afdeling matching niet geregistreerd door ExIT professionals, door het ontbreken van informatie over de voortgang van ExIT cliënten bij de afdeling matching. Dit heeft mogelijk geleid tot een onderschatting van het aantal cliënten dat is gestart met betaald werk. Aanbevolen wordt om de communicatie tussen professionals van het ExIT team en de afdeling matching te intensiveren, waarbij door de afdeling matching wordt teruggekoppeld of een doorverwijzing heeft geleid tot succesvolle uitstroom naar betaald werk. Hierdoor kan beter inzicht worden verkregen in de toegevoegde waarde van ExIT in het proces van toeleiding naar betaald werk.

Samen met de directie Werk en Inkomen van de gemeente Rotterdam zijn verbeterpunten geformuleerd, met als doel de toegevoegde waarde van ExIT in de toekomst te verbeteren. Het vermogen om open en eerlijk te communiceren over sterke en zwakke punten binnen de organisatie is een voorwaarde voor verbetering van organisatorische processen. Hoewel de gemeente Rotterdam een zeer grote organisatie is, is er toch de ambitie om de voorwaarden te creëren waarin een relatief klein project als ExIT kan werken aan arbeidstoeleiding van een specifieke doelgroep. Op die manier kan de effectiviteit van een unieke methodiek waarin professionals vanuit de

GGZ en het domein Werk en Inkomen intensief samenwerken aan arbeidstoeleiding van mensen met psychische problematiek, worden verbeterd.

De volgende maatregelen zijn genomen om de effectiviteit te verbeteren: 1) snellere toeleiding naar betaald werk ('first place then train'). Dankzij de uitwisseling van ervaringen tussen de voorbeeldprojecten, wordt de Exit methodiek aangepast richting een methodiek waarbij snellere plaatsing op een werkervaringsplaats of proefplaatsing centraal staat. 2) meer aandacht voor de werkgever. De Exit teams worden versterkt met 2 job hunters die als taak hebben om meer de verbinding te gaan leggen tussen de cliënt en de werkgever, 3) meer continuïteit in de begeleiding. Cliënten worden vaker direct vanuit het Exit team bemiddeld naar werk.

6.2 De maatschappelijke kosten en baten van de voorbeeldprojecten vanuit het perspectief van de verschillende stakeholders.

- *De voorbeeldprojecten zorgen voor een besparing van de uitkeringskosten voor gemeenten/UWV*

De terugverdienperiode vanuit het perspectief van de gemeente wordt bepaald door de trajectkosten en de toegevoegde waarde van de voorbeeldprojecten voor toeleiding naar betaald werk. De terugverdienperiode varieert van ruim 4 jaar (VIP Amsterdam) tot ruim 7 jaar (IPSNHN).

- *De voorbeeldprojecten zorgen voor een besparing van zorgkosten voor de zorgverzekeraar*

Het verkrijgen van betaald werk hangt samen met een afname van de zorgkosten. De totale zorgkosten per maand nemen bij de groep die is gestart met betaald werk af van 185 euro naar 83 euro, terwijl de totale zorgkosten voor de continu werklozen ongeveer gelijk blijft (181 naar 176 euro). De investering in IPS trajecten wordt door de zorgverzekeraar binnen 2,5 (VIP Amsterdam) tot 5 (IPS-NHN) jaar terugverdiend. Omdat de zorgverzekeraar niet financieel bijdraagt aan Exit is er voor de zorgverzekeraar direct sprake van een positieve netto-opbrengst.

- *De mate waarin parttime werk lonend is voor een cliënt, is afhankelijk van het type uitkering*

Voor cliënten met een Wajong of WIA uitkering resulteert parttime werk vanaf 8 uur per week meestal in een toename van het totale inkomen, terwijl dat vaak niet het geval is voor cliënten met een bijstandsuitkering.

- *Andere maatschappelijke effecten*

Een aantal effecten, zoals een stijging op de participatieladder of een verbetering van de zelfredzaamheid van cliënten, zijn niet in euro's uit te drukken. Toch zijn deze effecten zijn weldegelijk relevant vanuit het perspectief van cliënten en voor de maatschappij als geheel. Het is daarom van belang om naast de gekwantificeerde kosten en baten in euro's, ook de andere maatschappelijke effecten te betrekken bij de afweging om te investeren in arbeidstoeleiding van mensen met psychische gezondheidsproblemen.

6.3 Aanbevelingen voor beleid

- *Cofinanciering van arbeidstoeleiding mensen met gezondheidsproblemen.*

Vanwege bezuinigingen bij gemeenten zijn de mogelijkheden voor activering- en re-integratietrajecten in de afgelopen jaren afgenomen. Bij verschillende gemeenten ligt de nadruk vaak 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. De resultaten van de maatschappelijke kosten en baten analyse laten zien dat arbeidstoeleiding van mensen met psychische problematiek niet alleen voor gemeenten, maar ook voor de zorgverzekeraar resulteert in een kostenbesparing. Daarom wordt aanbevolen de mogelijkheden voor cofinanciering van specifieke re-integratieprogramma's voor mensen met gezondheidsproblemen verder te vergroten.

- *Financiering van arbeidsgerelateerde activiteiten door zorgverzekeraar*

Voor mensen met psychische problematiek streeft de zorgverzekeraar naar het afbouwen van klinische zorg en het versterken van de ambulante zorg. Een betere integratie van de cliënt in de samenleving is van groot belang wil die beleidskeuze slagen. Het bevorderen van maatschappelijke participatie en arbeidstoeleiding van mensen met gezondheidsproblemen passen in dit streven. Integrale samenwerking tussen uitkeringsorganisaties en zorgverleners is cruciaal voor arbeidstoeleiding van niet-werkenden met gezondheidsproblemen. Echter, voor deze integrale samenwerking is geen structureel budget. Wanneer GGZ professionals zich gaan bezighouden met activering of re-integratie van cliënten ontstaan er problemen met de financiering. Hetzelfde geldt voor de financiering van GGZ professionals voor interdisciplinaire werkoverleggen of het benaderen van werkgevers. Binnen de voorbeeldprojecten zijn er oplossingen gevonden voor dit probleem. De gemeente Rotterdam financiert de GGZ inzet voor cliënten zelf vanuit het re-integratie budget van de gemeente. In Amsterdam financiert zorgverzekeraar Achmea de eerste 8 gesprekken van een IPS traject vanuit extra gelden van de zorgverzekeraar. Echter, deze oplossingen zijn vaak van tijdelijke aard, waardoor de continuïteit van de integrale samenwerking niet gewaarborgd is. Er is behoefte aan een structurele oplossing voor de financiering van arbeidsgerelateerde activiteiten door zorgprofessionals. Dat kan bijvoorbeeld door het opstellen van een aparte financieringsstructuur, waarmee een zorgverzekeraar effectieve interventies naar arbeid voor cliënten met gezondheidsproblemen kan financieren.

6.4 Aanbevelingen voor onderzoek

Op basis van de bevindingen uit de Monitor Voorbeeldprojecten kunnen drie aanbevelingen voor onderzoek worden gedaan:

- *Indicator voor effectiviteit als alternatief voor een gerandomiseerd experiment*

De effect-indicator is een beloftevolle methode om de toegevoegde waarde van re-integratieprojecten te evalueren. Dit vraagt evenwel een zorgvuldige registratie van gegevens van alle werklozen met een uitkering. Het gaat dan om registratie van factoren die de kans op werkhervatting beïnvloeden en de inzet van re-integratie voorzieningen voor deze werklozen. De aanwezigheid van een dergelijke registratie maakt het mogelijk op regionaal of stedelijk niveau een effect-indicator te ontwikkelen. Op deze manier kan bij de vergelijking van een specifieke re-integratie aanpak met een reguliere aanpak ook rekening worden gehouden met regionale verschillen in de arbeidsmarkt.

- *Doorlooptijd van het onderzoek afstemmen op trajectduur*

Voor re-integratie trajecten met langdurige aanpak moet de evaluatie van hun toegevoegde waarde worden afgestemd op de doorlooptijd van deze projecten. Voor de drie voorbeeldprojecten in dit onderzoek betekent dit een follow-up van deelnemers van minimaal twee tot drie jaar.

- *Toepassing analysekader voor (door)ontwikkeling re-integratie methodiek.*

Een systematische analyse van belemmerende en bevorderende factoren in een specifieke re-integratie aanpak maakt inzichtelijk waar verbeteringen mogelijk zijn. Op basis van de ervaringen van de zes voorbeeldprojecten is een analysekader opgesteld met factoren die van invloed zijn op effectieve arbeidstoeleiding van werkzoekenden met (psychische) gezondheidsproblemen. Deze factoren zijn bijvoorbeeld het (her)kennen van de doelgroep, cliëntgerichte- én werkgevergerichte interventies, afstemming vraag- en aanbod en continuïteit in de begeleiding ook na het starten met betaald werk. Het analysekader kan richting geven aan de (door)ontwikkeling van een specifieke re-integratie aanpak voor werkzoekenden met gezondheidsproblemen.

7 Literatuurlijst

- Bloch, F.S., & Prins, R. (2001). Who returns to work and why? A six-country study on work incapacity and reintegration. *New Brunswick: Transaction Publishers*.
- Bosch, L., Overmars-Marx, T., Ooms, D., & Zwinkels, W. (2009). Wajongers en werkgevers: over omvang en omgang: In dienst treden van Wajongers en behoud van werk. *Vilans*.
- Burns, T., Catty, J., Becker, T., Drake, R.E., Fioritti, A., Knapp, M., et al. (2007). The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. *Lancet*, 370, 1146-1152.
- Chan, F., Strauser, D., Maher, P., Lee, E.J., Jones, R., & Johnson, E.T. (2010). Demand-side factors related to employment of people with disabilities: a survey of employers in the midwest region of the United States. *J Occup Rehabil*, 20, 412-419.
- Croughs, I.M.J., Wittevrongel, V., & Hoofs, M.H. (2008). Multidisciplinaire aanpak van chronische pijnklachten heeft langetermijneffect. *TBV*, 16, 108-109.
- de Vos, E.A., S. (2010). Handvatten voor werkgevers die Wajongers in dienst nemen en houden. *TNO*.
- de Vries, S., van de Ven, C., & Wilthagen, T. (2007). Aan de slag met diversiteit: Praktische tips voor HR-beleid. *TNO*.
- Findler, L.W., L.H. Barak, M.M. (2007). The challenge of workforce management in a global society-modeling the relationship between diversity, inclusion, organizational culture, and employed well-being, job satisfaction and organizational commitment. *Administration in Social Work*, 31-3.
- Habeck, R., Hunt, A., Rachel, C.H., Kregel, J., & Chan, F. (2010). Employee retention and integrated disability management practices as demand side factors. *J Occup Rehabil*, 20, 443-455.
- Hernandez, B. (2000). Employer Attitudes Toward Workers with Disabilities and their ada Employment Rights: a literature review. *Journal of Rehabilitation*, 66.
- Jehoel-Gijsbers, G.L.F. (2007). Ontwikkelingen in omvang van ziekteverzuim en wao-instroom. *Beter aan het werk. trendrapportage ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en werkhervatting. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau*.
- Kok, L., Hollanders, D., & Hop, J.P. (2006). Kosten en baten van re-integratie. *SEO Economisch Onderzoek*.
- Lammerts, R.D., F. (2011). Wajongers op de werkvloer: onderzoek naar ervaringen in 31 bedrijven. *Raad voor Werk en Inkomen*.
- Michon, H., van Busschbach, J.T., Stant, A.D., van Vugt, M.D., van Weeghel, J., & Kroon, H. (2014). Effectiveness of individual placement and support for people with severe mental illness in The Netherlands: a 30-month randomized controlled trial. *Psychiatr Rehabil J*, 37, 129-136.
- OECD (2010). Sickness Disability and Work. Breaking the barriers. A synthesis of findings across OECD countries. *Organisation for Economic Co-operation and Development*.
- Oeij, P.R.A.d.V., E.M.M. Kraan, K. van den Bossche, S. Goudswaard, A. (2011). Werkgevers Enquete Arbeid 2010: Methodologie en beschrijvende resultaten. *TNO*.
- Samant, D., Soffer, M., Hernandez, B., Adya, M., Akinpelu, O., Levy, J.M., et al. (2009). Corporate culture and employment of people with disabilities: role of social workers and service provider organizations. *J Soc Work Disabil Rehabil*, 8, 171-188.
- Schuring, M., Carlier B.E., Burdorf A. (2014) Eindrapportage effect-evaluatie ExIT. Erasmus MC, Rotterdam
- Schuring, M. Burdorf A (2016) Evaluatie Fit4Work - effectiviteit van een integrale aanpak gericht op snelle toeleiding naar betaald werk van mensen met psychisch problematiek. Erasmus MC, Rotterdam
- Smit, A. (2009). Sociaal en slim ondernemen: werken naar vermogen in regulier bedrijven. *TNO*.

- Sol, C.C.A.M., & Kok, K. (2014). 'Fit or Unfit' Theorie en Praktijk van Re-integratie. *Universiteit van Amsterdam, RVO 11*.
- Unger, D.D., & Kregel, J. (2003). Employers' knowledge and utilization of accommodations. *Work*, 1.
- van Horssen, C.P., Nijhuis, F.J.N., & Mallee, L. (2010). Meer werkplekken bij werkgevers: literatuuronderzoek in het kader van de evaluatie en monitoring van de pilots 'werken naar vermogen'. *Regioplan Beleidsonderzoek*.
- Versantvoort, M., & van Echtelt, P. (2012). Belemmerd aan het werk. Trendrapportage ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en arbeidsdeelname personen met gezondheidsbeperkingen. *Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau*.
- Wissink, C.E., Mallee, L., & van Leer, M. (2009). Ervaringen van werkgevers met Wajongers: Onderzoek onder werkgevers naar de mogelijkheden voor verbetering van de arbeidsparticipatie van Wajongers. *Raad voor Werk en Inkomen*.

Bijlage 1 Selectiecriteria voor Fase 2 van de Monitor Voorbeeldprojecten

Voor Fase 2 (effect evaluatie en maatschappelijke kosten en baten analyse) van de Monitor Voorbeeldprojecten worden drie van de zes projecten geselecteerd aan de hand van onderstaande criteria.

5.1 Selectie van drie voorbeeldprojecten voor Fase 2

In overleg met de begeleidingscommissie zijn criteria geformuleerd voor de selectie van drie projecten voor fase 2. Deze criteria zijn:

- **Kwantiteit van monitordata**
Registratie van meer dan 50 klanten per project per jaar. Bij een registratie over de periode van 1 juli 2013 tot december 2015, zijn dit dus minimaal 125 klanten waarvan de trajecten worden gemonitord.
- **Volledigheid van monitordata**
De gegevens dienen compleet te zijn: dus ook de kosten en financiering van uitkeringen en trajecten, de gegevens over de interventie en de zelfredzaamheidsmatrix dienen van iedere klant te zijn ingevuld.
- **Kwaliteit van de beschrijving van de interventie.**
De interventie en de uitvoering van de trajecten dienen goed omschreven te zijn.
- **Draagvlak voor de interventie**
Er dient bij de uitvoerenden en samenwerkingspartners voldoende draagvlak te zijn om te mogen verwachten dat de trajecten ook in 2015 met volledige inzet wordt uitgevoerd.

	Exit Rotterdam	IPS NHN Akmaar	Participatieladder Waalwijk	Sterker naar Werk Leiden	Werken als Medicijn Enschede	VIP Amsterdam
Kwantiteit sept 2014 (klanten in monitor)	88	82	35	9	44	104
Complete datasets rapportage 2014	ja	ja	ja	nee	nee	ja
Kwaliteit interventie beschreven september 2014	voldoende	voldoende	voldoende	voldoende	matig	voldoende
Draagvlak continuering 2015	ja	ja	nee	nee	nee	ja

Drie projecten voldoen aan alle criteria voor het continueren van de monitor in fase 2. Dit zijn de projecten Exit (Rotterdam), IPS Noord Holland Noord en VIP Amsterdam (IPS). De andere projecten – De participatieladder in Waalwijk e.o., Sterk(er) naar werk in Leiden en Werk als Medicijn in Enschede - voldoen niet of in onvoldoende mate aan de criteria. Deze voorgestelde selectie is op 4 september 2014 voorgelegd aan de Klankbordgroep die het onderzoek begeleidt. De klankbordgroep is het eens met dit voorstel.