

## Werk in behandeling

Onderzoek naar aandacht voor  
arbeidsparticipatiemogelijkheden van  
jongeren met een psychiatrische stoornis

Annemarie Kolenberg  
december 2009



LGGz



## **VOORWOORD**

### **Verkennd onderzoek**

In dit project zijn we op zoek gegaan naar de rol die arbeidsparticipatie inneemt in de behandeling van jongeren met een psychiatrische stoornis. Onze aanname is dat de zorg dominant is en dat arbeid/rehabilitatie nog geen gemeengoed zijn in de GGz- praktijk. Wel zijn er steeds meer goede initiatieven en ontwikkelingen in het land waar zorg, maar ook arbeid en scholing, in balans zijn en de jongere en professional zich bewust zijn van het belang om deze velden met elkaar te verbinden. In dit onderzoek van Kenniscentrum CrossOver en Landelijk Platform GGz worden deze goede praktijken op gebied van het bevorderen van onderwijs en arbeidskansen in de GGz geïnventariseerd. Tevens worden knelpunten en oplossingsrichtingen in kaart gebracht. Daartoe is een literatuuronderzoek verricht en zijn kwalitatieve interviews met beleidsmakers en -uitvoerders gehouden. Op twee expertmeetings zijn de resultaten gepresenteerd aan de geïnterviewden, andere experts en de betrokken ministeries (SZW, VWS en OCW). CrossOver heeft het onderzoek mogelijk gemaakt.

### **Doelstelling**

Het project betreft een voorstudie. Het maakt inzichtelijk in welke mate in de behandeling van jongeren met een psychiatrische stoornis aandacht wordt besteed aan het thema arbeidsparticipatie en welk beleid daaraan ten grondslag ligt. Het zorgt tevens voor inzicht en bewustwording van de noodzaak onderwijs en arbeid in de behandeling aandacht te geven en hiervoor beleid te ontwikkelen.

Deze verkenning levert de basis om in het vervolgproject het toeleidingstraject naar werk voor jongeren met een psychische beperking in zorg en onderwijs beter te ontwikkelen.

### **Resultaten**

De bevindingen uit het onderzoek en aanbevelingen uit de expertmeetings zijn vastgelegd in het onderhavige rapport. De resultaten vormen de opmaat voor een groter vervolgproject waarin LPGGz, GGZ Nederland en CrossOver rondom dit thema samenwerken.

De opgedane kennis uit het verkennend onderzoek wordt actief verspreid via de daarvoor geschikte kanalen. Daarnaast wordt via de collectieve belangenbehartiging gewerkt aan het vergroten van het draagvlak binnen de maatschappij voor de noodzakelijke aansluiting tussen zorgverlening/behandeling en onderwijs en werk voor jongeren.

### **Kenniscentrum CrossOver**

Kenniscentrum CrossOver heeft als opdracht de economische zelfstandigheid van jongeren met een functiebeperking te bevorderen. CrossOver wil dat zoveel mogelijk jongeren met een functiebeperking economisch onafhankelijk worden en hun plaats in de maatschappij vinden. Het hebben van werk speelt daarin een essentiële rol. Om dat te bereiken is een culturomslag nodig bij alle doelgroepen die betrokken zijn bij dit proces. CrossOver kent deze partijen en ondersteunt ze met kennis en advies. Daarnaast activeert CrossOver organisaties en professionals die verantwoordelijk zijn voor de kaders en voorwaarden voor economische zelfstandigheid van jongeren met een functiebeperking.

### **Missie CrossOver**

De missie van CrossOver bestaat uit bevorderen van de deelname van jongeren met een functiebeperking aan de samenleving door hun economische zelfstandigheid te laten toenemen. Jongeren met een beperking hebben recht op passend onderwijs, de juiste ondersteuning, een baan waarin ze tot hun recht komen en een aanvaardbaar inkomen. Daarbij is zowel aandacht voor de individuele ontwikkelingen van de jongeren, als voor de maatschappelijke context die dergelijke ontwikkelingen bevorderen of beperken.

### **Landelijk platform GGz**

Het Landelijk Platform GGz is dé koepelorganisatie van 21 cliënten-, familie- en categorale organisaties in de GGz. Sinds de oprichting in december 2005 komt het Platform niet alleen op voor de belangen van mensen met psychische of psychiatrische problemen, maar ook voor mensen in de maatschappelijke opvang en verslavingszorg. Daarbij worden de belangen van familie en naastbetrokkenen meegewogen. Het Platform GGz laat haar stem levensbreed horen.

### **Missie LPGGz**

Het Platform opereert vanuit het besef dat psychische problematiek - tijdelijk of blijvend - diep ingrijpt op alle levensterreinen en zich in alle levensfasen bij iedereen kan openbaren, ongeacht afkomst, omstandigheden of levensinstelling. Het doel is structurele verbetering in de kwaliteit van leven van (ex-) GGz-cliënten en naastbetrokkenen te bereiken. Daarbij wordt zoveel mogelijk uitgegaan van zelfregie en empowerment van de (ex-) GGz-cliënt en hun naastbetrokkenen.

### **Auteur**

Annemarie Kolenberg is vak- en ervaringsdeskundige op het terrein van werk en de bipolaire stoornis. Zij schreef het handboek *Weer aan de slag*<sup>1</sup> en heeft ruime werkervaring als redacteur voor het WAOCafe ([www.waocafe.nl](http://www.waocafe.nl)), een site met veel informatie over re-integratie en arbeidsongeschiktheidsregelingen.

### **Dankwoord**

Een woord van dank gaat uit naar alle geïnterviewden. Hun uitgebreide kennis en ervaringen geven een goed zicht op de stand van zaken, voorkomende knelpunten en oplossingsrichtingen. Een overzicht van alle geïnterviewden is in bijlage II opgenomen.

### **Marjan ter Avest**

Directeur

Landelijk Platform GGz

Postbus 13223

3507 LE Utrecht

Telefoon: 030 2363765

Website: [www.platformggz.nl](http://www.platformggz.nl)

E-mail: [info@platformggz.nl](mailto:info@platformggz.nl)

### **Yolan Koster**

Directeur

Kenniscentrum CrossOver

Postbus 210

3430 AE NIEUWEGEIN

Telefoon: 030 603 54 24

Website: [www.kcco.nl](http://www.kcco.nl)

E-mail: [info@kcco.nl](mailto:info@kcco.nl)

---

<sup>1</sup> *Weer aan de slag*, Tips en informatie over reïntegratie, 2006, Uitgeverij Nieuwezijds

## INHOUDSOPGAVE

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1. INLEIDING</b> .....  | <b>5</b>  |
| <b>2. PSYCHIATRISCHE STOORNIS</b> .....                                      | <b>9</b>  |
| 2.1. Inleiding .....   | 9         |
| 2.2. Invloed op persoonlijk functioneren .....                               | 9         |
| 2.3. Knelpunten en oplossingsrichtingen.....                                 | 10        |
| 2.4. Cliëntperspectief.....  | 15        |
| <b>3. REHABILITATIE</b> .....  | <b>16</b> |
| 3.1. Inleiding .....   | 16        |
| 3.2. Rehabilitatiemethoden .....   | 16        |
| 3.3. Literatuuronderzoek .....   | 20        |
| 3.4. Onderzoek psychoseprogramma's .....                                     | 21        |
| 3.5. Knelpunten en oplossingsrichtingen.....                                 | 21        |
| 3.6. Cliëntperspectief .....   | 29        |
| <b>4. ONDERWIJS</b> .....  | <b>30</b> |
| 4.1. Inleiding .....   | 30        |
| 4.2. Begeleid Leren.....   | 30        |
| 4.3. Knelpunten en oplossingsrichtingen.....                                 | 32        |
| 4.4. Cliëntperspectief.....  | 38        |
| <b>5. WERK</b> .....   | <b>39</b> |
| 5.1. Inleiding .....   | 39        |
| 5.2. Participatiegraad.....  | 39        |
| 5.3. Knelpunten en oplossingsrichtingen.....                                 | 39        |
| 5.4. Cliëntperspectief.....  | 41        |
| <b>6. GOEDE PRAKTIJKEN</b> .....   | <b>42</b> |
| 6.1. VIP-project AMC .....   | 42        |
| 6.2. ABC Altrecht .....  | 46        |
| 6.3. ACT-team GGz Eindhoven (GGzE) .....                                     | 50        |
| 6.4. ROC Zadkine .....   | 51        |
| 6.5. Stichting Windroos Foundation .....                                     | 56        |
| 6.6. Cliëntperspectief.....  | 61        |
| <b>7. POLITIEKE EN MAATSCHAPPELIJKE ONTWIKKELINGEN</b> .....                 | <b>62</b> |
| 7.1. Inleiding .....   | 62        |
| 7.2. Wet Werk en Arbeidsondersteuning Jonggehandicapten .....                | 62        |
| 7.3. Wet sociale werkvoorziening (Wsw).....                                  | 63        |
| 7.4. Wet Investeren in Jongeren (Wet WIJ) .....                              | 65        |
| 7.5. Aanvraag SER-advies.....  | 66        |
| 7.6. Verkenning van Programma Cultuuromslag Wajong .....                     | 67        |
| 7.7. Activiteiten cultuurverandering van CrossOver .....                     | 68        |
| <b>8 CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN</b> .....                                   | <b>70</b> |
| 8.1 Inleiding .....  | 70        |
| 8.2. Conclusies .....  | 70        |
| 8.3 Aanbevelingen .....  | 73        |
| <b>Bijlage I</b> Overzicht geraadpleegde bronnen.....                        | <b>75</b> |
| <b>Bijlage II</b> Overzicht geïnterviewde personen.....                      | <b>77</b> |
| <b>Bijlage III</b> Deelnemers expertmeetings .....                           | <b>78</b> |
| <b>Bijlage IV</b> Verslagen expertmeetings.....                              | <b>80</b> |
| <b>Bijlage V</b> Overzicht samenwerkingspartners afdeling ABC Altrecht ..... | <b>91</b> |

## 1. INLEIDING

### **Aanleiding project**

Het Kenniscentrum CrossOver en het LPGGz zien zich in de praktijk van de GGz geconfronteerd met het gegeven dat in de behandeling van jongeren met een GGz-problematiek niet de maatschappelijke ontwikkeling van GGz-jongeren maar de zorg prevaleert, een paar positieve uitzonderingen daargelaten. Onderwijs en arbeid komen pas in een veel later stadium aan de orde, met schooluitval en verlies van werk tot gevolg.

Tevens vinden beide organisaties dat het moment rijp is om aan een cultuuromslag te werken. Er is bereidheid bij de spelers in het veld. Enkele voorbeelden: de campagnes van SWZ en UWV ('Ik kan' en 'G-krachten'); GGZ Nederland, die een beleidsmedewerker heeft aangetrokken voor de verbetering van de kwaliteit van de zorg en de positie van cliënten<sup>2</sup>; Goede praktijken op het terrein van eerste psychose programma's<sup>3</sup>; actieve belangstelling bij de lidorganisaties van het Platform GGz, en onlangs de aanstelling van een bijzonder hoogleraar rehabilitatie aan de universiteit van Tilburg, etc.

Leven met een ernstige psychische aandoening betekent dat symptomen en klachten langdurend, vaak een leven lang, aanwezig zijn. Mensen met een ernstige psychische aandoening hebben niet alleen last van hun ziekte op zich, maar vooral ook van de gevolgen hiervan. Zo is het voor hen moeilijker om werk te vinden of te behouden, een vriendenkring op te bouwen en te onderhouden en/of hebben ze meer moeite om (zelfstandig) te wonen. Daarbij wordt hun zelfbeeld sterk beïnvloed door hun ervaringen en de reacties van ouders en de maatschappij. Daarom is een psychische beperking vaak een indrukwekkende ervaring die je leven volledig op zijn kop kan zetten, zeker in de jongvolwassenheid. Dat is een periode waarin je jezelf vragen stelt, zoals: 'Wat past bij mij?' en 'Welke rol wil ik in de samenleving vervullen?'

CrossOver en LPGGz zijn van mening dat dit rehabilitatievragen zijn waar de GGz op in moet gaan. De behandeling van de stoornis moet deze vragen juist ondersteunen, want rehabilitatie heeft een preventieve werking naar de toekomst. Wordt het snel ingezet, dan kan het leven van de jongere weer snel een goede koers krijgen. Wanneer er tijdig aandacht wordt besteed aan deze rehabilitatievragen kan beter worden aangesloten bij de toekomstmogelijkheden en wensen van de jongere. Elk jaar waarin een jongere niet bezig kan zijn met het vormen van zijn toekomst, loopt hij een achterstand op.

### **Rol behandelaren**

Veel behandelaren in de gezondheidszorg richten zich hoofdzakelijk op de aandoening of stoornis. Werkbehoud en werkherhervatting kunnen echter een belangrijk deel van de behandeling uitmaken, waar vaak onvoldoende aandacht voor is. Hierdoor treden onnodig veel problemen op het gebied van werk(hervatting) op. Met wat meer aandacht hadden deze wellicht kunnen worden voorkomen.

Er bestaan grote schotten tussen behandelaren in de zorg en hulpverleners op het gebied van re-integratie. Dit gebrek aan overleg en samenwerking leidt vaak tot verwarring en vertraging bij de werkherhervatting. Het is wenselijk dat de behandelaar samen met de cliënt kijkt naar wat hij

---

<sup>2</sup> Participatie van mensen met ernstige psychische aandoeningen wordt een belangrijk speerpunt  
Bron: Visiedocument 'Naar herstel en gelijkwaardig burgerschap', GGZ Nederland, 2008

<sup>3</sup> Enkele goede praktijken worden in hoofdstuk 6 beschreven

misschien juist nog wel kan, ondanks de beperkingen die de psychiatrische stoornis heeft teweeggebracht, en een reëel tijdspad voor werkhervatting te bespreken.<sup>4</sup>

### **Veranderende omgeving**

Arbeid is een blinde vlek bij behandelaren in de gezondheidszorg. Dit geldt zeker in de GGz. De oorzaak ligt voor een belangrijk deel in de sociale zekerheid. In het verleden werd je met een psychische beperking veelal volledig afgekeurd. Werk was dus niet aan de orde. Sinds enkele jaren is de wetgeving aangescherpt. Veel mensen met een psychische beperking worden (gedeeltelijk) goedgekeurd en moeten dus (weer) werken.

Het motto van het kabinet is 'iedereen doet mee'. Voor jongeren is extra aandacht. Het kabinet heeft drie actielijnen voor vergroting van arbeidsparticipatie van jongeren met een beperking:

1. Uitvalpreventie en gerichte voorbereiding op participatie in de schoolse fase
2. Verbetering van de transitie van school naar werk
3. Versterking van de activering van Wajongers (nieuwe Wajongregeling)

Het kabinet gaat er vanuit dat activiteiten in zowel het onderwijs als de GGz zich op participatie in werk richten.

In het kader van uitvalpreventie en vergroting van de arbeidsparticipatie is het van belang kritisch te kijken naar het voortraject van zorg, opleiding en werk en de aandacht voor (behoud van) werk en scholing tijdens het behandeltraject. Belangrijk is dat een jongere én een goede behandeling heeft gehad én goede scholing of zijn werk heeft kunnen behouden. Dan is hij na afronding van de behandeling beter in staat zijn weg in de samenleving te hervatten. Daarnaast heeft hij minder kans in een isolement terecht te komen.

### **Doelgroep**

Aanvankelijk was het onderzoek gericht op jongeren met psychische en psychiatrische beperkingen. In de literatuur wordt echter vooral geschreven over jongeren met psychosen. Ook in het veldonderzoek komen (nog) alleen programma's voor jongeren met een (eerste) psychose voor. De reden: "Dit is niet de grootste groep, maar wel de harde kern van de psychiatrie. Als je het voor hen voor elkaar krijgt, dan lukt dat bij andere groepen ook."<sup>5</sup> Veel kenmerken van deze doelgroep komen ook voor bij andere psychiatrische stoornissen. Daarom wordt in het rapport vaak gesproken over jongeren met een psychiatrische stoornis.

Analoog aan de Wet Investeren in jongeren (Wet WIJ) en de Wajong richt het onderzoek zich op de leeftijdsgroep 18 tot 27 jaar. Beide wetten komen in hoofdstuk 7 aan de orde.

### **Omvang van de doelgroep**

Het bepalen van de omvang van de doelgroep is lastig. Beschikbare cijfers zijn onderling niet te vergelijken, omdat ze diverse leeftijdsgroepen hanteren. Ook de definities wat onder psychische beperkingen wordt verstaan, lopen sterk uiteen.

---

<sup>4</sup> Bron: Hoofdstuk 'Werken' uit 'Handboek bipolaire stoornissen', Annemarie Kolenberg, 2008, uitgeverij De Tijdstroom

<sup>5</sup> Bron: Interview Jaap van Weeghel, directeur en Riet Lochy, Programmacoördinator Kenniscentrum Rehabilitatie

Op basis van cijfers van UWV<sup>6</sup> kan wel een indicatie worden gegeven. Hieruit blijkt dat 45% van de Wajongpopulatie jongeren met een psychische aandoening of psychiatrische stoornis betreft. Niet elke jongere uit de doelgroep stroomt in de Wajong. Er is geen onderzoek gedaan naar het aandeel van deze groep. De werkelijke omvang van de doelgroep is dus groter dan 50%.

#### **Oorzaken toename doelgroep**

Uit diverse bronnen komt naar voren dat de problematiek niet vaker voorkomt dan in het verleden. Toch is er sprake van een forse toename. De oorzaken zijn divers.

TNO noemt in haar rapport<sup>7</sup> de volgende oorzaken:

1. Afwijkend gedrag wordt - mede door betere signaleringsinstrumenten - eerder herkend als een stoornis.
2. De eisen van de samenleving en het onderwijs worden steeds hoger en dragen bij aan de toename van het aantal kinderen met problemen als gevolg van hun stoornis. De kenniseconomie vergt specifieke vaardigheden zoals plannen, structureren, keuzes maken, informatie verwerken, samenwerken en competentiegericht leren. Voor de groep met psychische stoornissen zijn deze vaardigheden vaak moeilijk aan te leren door hun beperkingen, met uitval in onderwijs en werk tot gevolg.
3. Beleid en uitvoeringspraktijk hanteren steeds ruimere definities waardoor de potentiële doelgroep groeit. Ook de grotere bekendheid van de regelingen heeft een dergelijk effect.
4. De regelingen bevatten mechanismen die het gebruik ervan doen toenemen. Ze zijn ook aantrekkelijk om aan te vragen, omdat het vaak gaat om 'open eind' regelingen'.

Andere oorzaken zijn volgens TNO:

- Meer intolerantie in de maatschappij tegenover mensen die niet in het plaatje passen;
- De samenleving is veel complexer geworden met veel meer prikkels. Daardoor is het voor mensen met beperkingen moeilijker om deel te nemen;
- Mensen hebben veel minder tijd beschikbaar om de zwakkeren te ondersteunen.

Het is de vraag of de 'open eind'-regelingen de toename stimuleren, of juist de voorzieningen voor ouders, kind en school die daarmee mogelijk worden - de zogenaamde perverse prikkel.

<sup>6</sup> Bron: Kenniscahier 07-01, De groei van de Wajonginstroom, UWV, 2007

<sup>7</sup> Bron: Toename gebruik ondersteuning voor jongeren met een gezondheidsbeperking. J.Besseling, e.a., TNO, 2007

## **Opbouw rapport**

Het rapport richt zich op jongeren met een psychiatrische stoornis. Jongeren zijn bezig een volwassen identiteit te ontwikkelen. Een psychiatrische stoornis heeft grote impact op deze ontwikkeling en beïnvloedt in sterke mate hun persoonlijk functioneren. Desondanks willen ook deze jongeren mee blijven doen in de maatschappij. De zorg heeft nog weinig oog voor deze behoefte. Bij de uitvoering van hun maatschappelijke rollen komen de jongeren diverse belemmeringen tegen. In hoofdstuk 2 wordt op deze aspecten ingegaan. Daarbij worden ook oplossingsrichtingen gegeven.

In de volgende drie hoofdstukken komen de resultaten van het onderzoek aan de orde. Elk hoofdstuk wordt afgesloten met voorkomende knelpunten en mogelijke oplossingen. Hoofdstuk 3 belicht de meest voorkomende rehabilitatiemethoden. Daarna wordt ingegaan op de literatuurbevindingen en een onderzoek naar de inzet van rehabilitatie in programma's voor een eerste psychose. Ook de geïnterviewden hebben hun mening over rehabilitatie in de GGz-praktijk gegeven.

Tot eind jaren negentig was het vrij ongebruikelijk om mensen met psychiatrische problemen onderwijs in een reguliere opleiding te laten volgen. Het programma Begeleid Leren voor mensen met een psychiatrische problematiek heeft daar verandering in gebracht. In hoofdstuk 4 wordt dit programma nader toegelicht.

Op het terrein van rehabilitatie en onderwijs zijn in het verkennend onderzoek enkele goede praktijken meegenomen. In hoofdstuk 6 worden deze praktijken beschreven.

Er zijn nieuwe ontwikkelingen in de uitvoeringspraktijk van wet en regelgeving, die de arbeidstoeleiding van de doelgroep beïnvloeden. In hoofdstuk 7 wordt op de belangrijkste ontwikkelingen ingezoomd. Het rapport wordt afgesloten met conclusies en aanbevelingen.



## 2. PSYCHIATRISCHE STOORNIS

### 2.1. Inleiding

Dit rapport richt zich op jongeren met een psychiatrische stoornis. Jongeren zijn bezig volwassen te worden. Een psychiatrische stoornis heeft grote invloed op het ontwikkelen van een volwassen identiteit en beïnvloed het persoonlijk functioneren. Toch willen ook deze jongeren gewoon mee blijven doen in de maatschappij. De zorg heeft nog weinig oog voor deze behoefte. In de maatschappij komen jongeren diverse belemmeringen tegen. In dit hoofdstuk wordt op deze aspecten ingegaan. Daarbij worden ook oplossingsrichtingen gegeven. Het hoofdstuk sluit af met het cliëntperspectief.

### 2.2. Invloed op persoonlijk functioneren

De stoornis heeft een grote impact op het persoonlijk functioneren. Het gaat vaak gepaard met langdurige problemen op het gebied van perceptie, geheugen, concentratie, energie, probleemoplossend vermogen en sociale interactie. Deze beperkingen veroorzaken veel onzekerheid en spanning.

Ingeborg Siteur<sup>8</sup> heeft het verschil tussen de mindmap<sup>9</sup> van een jongvolwassene (jovo) zonder en met een psychose treffend visueel weergegeven. De genoemde kenmerken van een psychose gelden voor de meeste psychiatrische stoornissen.

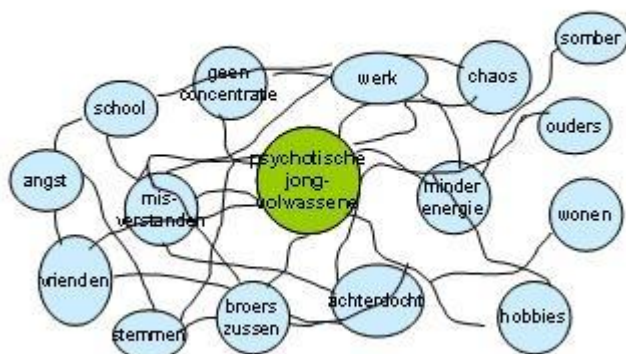
### *Mindmap omgeving jovo*



<sup>8</sup> Bron: Ingeborg Siteur, psychiater, systeemtherapeut en medisch manager ABC Altrecht

<sup>9</sup> In een mindmap wordt informatie weergegeven door middel van een grafisch schema

## Mindmap psychotische jovo!



De werkelijkheid van de jongere staat op losse schroeven doordat zijn basiszekerheid is weggeslagen. Dit heeft grote invloed op zijn manieren om het hoofd boven water te houden, de zgn. copingmechanismen. Bijvoorbeeld harder gaan werken als het teveel wordt. Als gewone coping niet meer helpt, worden afweermechanismen ingezet. De jongere negeert zijn gevoel, wordt achterdochtig, raakt geïsoleerd, is boos op anderen zonder zijn eigen aandeel te zien, etc. Deze mechanismen zijn niet productief. Zijn zelfvertrouwen vermindert en hij zoekt geen steun meer. Jongeren ontwikkelen in deze fase een negatief zelfbeeld en raken hierdoor nog kwetsbaarder. Zo dreigt hij in een negatieve spiraal terecht te komen.

Ook het beeld dat de directe omgeving van de jongere had, is veranderd. De omgeving kan daardoor negatief op de jongere reageren. Dit kan zijn kwetsbaarheid vergroten.

### 2.3. Knelpunten en oplossingsrichtingen

Er zijn veel knelpunten die een geslaagde re-integratie van jongeren met een psychiatrische stoornis in de weg staan. Oplossingen zijn niet eenvoudig. Het vraagt om meerdere maatregelen. Naast knelpunten leveren de interviews en expertmeetings ook een groot aantal oplossingsrichtingen op. Beiden worden in deze paragraaf weergegeven.

Knelpunt

- **Benadering vanuit medisch model**

“In het medisch model heeft de arts verstand van zaken. De patiënt wordt als onwetend beschouwd. Het is echter een illusie dat adviezen klakkeloos worden opgevolgd.”<sup>10</sup>

---

<sup>10</sup> Ingeborg Siteur

## Oplossingsrichting

- **Benadering vanuit het sociale model**

“Een gezamenlijke zoektocht is noodzakelijk. Als behandelaar moet je niet werken met: ‘je moet twee jaar pillen gebruiken.’ Wel: ‘wat zijn voor jou de consequenties van de psychose, waar heb je last van en hoe kunnen we een nieuwe psychose voorkomen?’ De cliënt moet zelf een weg vinden er mee om te gaan.

De stoornis alleen maar benaderen vanuit medisch denken brengt schade toe, omdat de andere levensgebieden niet in de behandeling worden betrokken. We willen verminderd functioneren in de maatschappij zoveel mogelijk voorkomen. Zo is bijvoorbeeld schooluitval een grote stressor. We kijken samen met de jongere onder welke omstandigheden hij wel naar school of aan het werk kan. Op die manier kan het schoolgaan of werken een steun worden voor de ontwikkeling en het herstel, in plaats van een bron van spanning en teleurstelling. Dit geldt ook voor de andere levensgebieden.”<sup>11</sup>

## Knelpunt

- **Gebrek aan ziekte-inzicht**

“Mensen met een psychiatrische stoornis kunnen zich kenmerken door een gebrek aan ziekte-inzicht. Dan wil je dus geen behandeling: je bent immers niet ziek. Ze willen iets, namelijk een baan, opleiding, vriendin en/of tijdsbesteding.”<sup>12</sup>

Door het ziekteproces is er sprake van discontinuïteit in school en werk. Het herstelproces is vaak grillig en onvoorspelbaar. Deze grilligheid wordt versterkt door de neiging van veel jongeren om, wanneer het beter gaat, te stoppen met medicatie en zorg. De kans op recidive is dan groot.

De impact van de stoornis maakt zowel de jongeren als hun partners en ouders onzeker over hun mogelijkheden. Ze willen bij voorkeur een gewoon leven leiden, maar moeten opnieuw ontdekken wat ze (aan)kunnen. De focus ligt echter vooral bij behandeling. Daarbij wordt meer uitgegaan van de beperkingen die iemand heeft dan van de mogelijkheden die er ook zijn. De beschikbare kennis wordt niet altijd met het oog op die mogelijkheden benut.

## Oplossingsrichting

- **Wensen van de jongere centraal**

“De beste remedie tegen ziekte is je plezierig voelen door dingen te doen die je leuk vindt. Ga dus met de wensen van de jongere mee. Dat is de beste behandeling tegen de stoornis en een manier om deze te ‘verkopen’. De effecten zijn tweeledig: de stoornis stabiliseert en de participatie verbetert.”<sup>13</sup>

---

<sup>11</sup> Ingeborg Siteur

<sup>12</sup> Bron: Interview met Tom van Wel, beleidspsycholoog en onderzoeker ABC Altrecht

<sup>13</sup> Idem

## Knelpunt

- **Onvoldoende samenwerking**

Juist omdat er klachten zijn op verschillende levensgebieden zijn veel personen vanuit verschillende instanties betrokken. Te denken valt aan psychiater, SPV-er, school, trajectbegeleider, werkgever, uitkeringsinstanties, maatschappelijk werker, verslavingsdeskundige, beschutte werkplekken, etc. Omdat er vaak geen weet is van elkaars activiteiten, kan dit leiden tot miscommunicatie waardoor de jongere tussen wal en schip dreigt te vallen.

“Bij maatschappelijke organisaties is er gebrek aan afstemming. Verschillende organisaties werken regelmatig naast en langs elkaar heen, waardoor gaten vallen in de financiën van cliënten. Daarnaast zijn zorgverleners onvoldoende gericht op het samenwerken met maatschappelijke organisaties en niet altijd goed bereikbaar en/of toegankelijk.

Samenwerkingspartners weten wel wat een psychose is, maar niet wat het betekent voor het gedrag en wat je kunt verwachten.”<sup>14</sup>

## Oplossingsrichting

- **Bevorderen netwerk**

Het is belangrijk rondom de cliënt een netwerk te vormen met de betrokken instanties om op cliëntniveau zaken uit te wisselen en af te stemmen.

## Knelpunt

- **GGz nog blinde vlek UWV**

UWV is landelijk nog weinig bij GGz-instellingen aangesloten, op enkele regionale initiatieven na, aldus Erik Voerman. Dit zal de komende periode sterk worden verbeterd.<sup>15</sup>

## Oplossingsrichting

- **Van blinde vlek naar samenwerking**

UWV is bezig met een inhaalslag om de blinde vlek op te heffen. Daartoe worden in samenwerking met GGZ Nederland, het Kenniscentrum Rehabilitatie en Trimbos-instituut contacten met de GGz-instellingen gelegd.

“Om kennis te krijgen van elkaars wereld en werkwijze moet regelmatig overleg tussen GGz en UWV plaatsvinden, opdat betere afspraken kunnen worden gemaakt.”<sup>16</sup>

---

<sup>14</sup> Bron: Interview met Debbie Kamstra, jobcoach; Hiske Becker, psychiater en Wim Jansen, hoofdverpleegkundige; zij werken bij het VIP-team (Vroegtijdig Interventie Psychose team, AMC)

<sup>15</sup> Bron: Interview Erik Voerman, Projectmanager Wajong UWV

<sup>16</sup> Idem

## Knelpunt

- **Traagheid van instanties**

Het duurt te lang als een cliënt een (nieuwe) poging wil doen om aan de slag te gaan. De aanvraagprocedures duren lang en werken traag. Dit remt het proces van snelle (re-)integratie in de maatschappij.

“IRO’s voor IPS-trajecten<sup>17</sup> zijn alleen mogelijk via een erkende jobcoachorganisatie. Daarom moet worden samengewerkt met een re-integratiebedrijf vanuit de GGz die hiervoor een gunning van UWV heeft. Dit werkt omslachtig en kost dus extra tijd.”<sup>18</sup>

## Oplossingsrichting

- **Korte lijnen tussen instanties**

Het VIP-team heeft wel korte lijnen met UWV en DWI (Sociale Dienst). Zij kunnen daardoor een IPS-traject in een vloeiende lijn aanbieden. Er moet worden nagedacht hoe het samenwerkingsconcept van het VIP-team landelijk kan worden uitgerold. Informatie over dit concept is in paragraaf 6.1. opgenomen.

“Om slagvaardig te kunnen werken, dus zonder tussenkomst van een re-integratiebedrijf, is een door UWV erkend IPS-keurmerk noodzakelijk.”<sup>19</sup>

## Knelpunt

- **Beleidsuitvoering volgens richtlijnen van de wet**

Valt de cliënt uit, dan kan hij niet meer aan zijn uitkeringsverplichtingen voldoen. Volgens de regels is dit verwijtbaar gedrag waar een sanctie op volgt.

## Oplossingsrichting

- **Beleidsuitvoering in de geest van de wet**

In plaats van een korting op de uitkering moet worden onderzocht waarom iemand is uitgevallen. Ook moet administratieve rompslomp worden voorkomen, zoals de plicht weer een indicatie aan te vragen of een nieuwe inschrijving te moeten regelen.

## Knelpunt

- **Financieringsperikelen**

De invoering van de WMO heeft het niet eenvoudiger gemaakt. Financiering van de zorg vindt plaats vanuit verschillende wetten en regels, zoals de zorgverzekeringswet, AWBZ en WMO. Het is vaak onduidelijk welke zorg of begeleiding uit welke bron wordt gefinancierd. Tevens is onduidelijk of de gronden op basis waarvan de financiering plaatsvindt voor al die bronnen hetzelfde zijn.

---

<sup>17</sup> Zie paragraaf 3.2.

<sup>18</sup> VIP-team

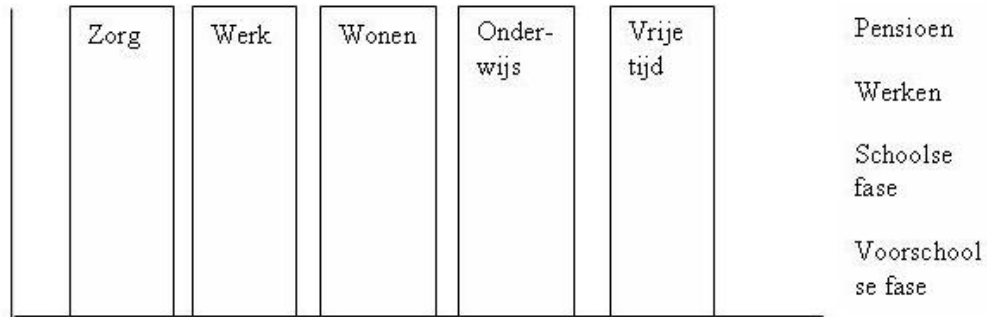
<sup>19</sup> Idem

Zowel de zorg, als WMO-uitvoerders proberen ieder voor zich de verantwoordelijkheid af te schuiven door zorgkosten bij de anderen onder te brengen.

#### Oplossingsrichting

- **Financieringsmogelijkheden**

Tijdens de expertmeeting van 16 juni jl. schetste Victor Stöcker<sup>20</sup> van VWS zijn voorstel voor een leeftijdsfasebeleid:



Het idee is om per levensfase te kijken welke beperkingen iemand heeft om op dat moment aan de samenleving mee te doen. Daar wordt vanuit vijf leefgebieden naar gekeken. Hiermee wordt er niet 'ontschot', maar een integraal aanbod vanuit deze levensterreinen aan de vrager aangeboden. Daarmee wordt het budget in mensen geïnvesteerd. Zij merken verder niet dat het geld uit verschillende potjes komt.

Dit voorstel bevindt zich nog in de onderzoek- en ontwikkelfase.

Integraal werken impliceert dat er een voor- en natraject aan de interventie vastzit. Wanneer je in kaart brengt welke organisaties en financiers betrokken zijn en je de informatiekanalen en netwerken aan elkaar koppelt en inricht, kun je afspraken maken en elkaar aanspreken. Zo benader je de klant in zijn context. Dat werkt op de meeste plekken erg goed, blijkt uit evaluaties van het autismenetwerk.

#### Knelpunt

- **Projectmatige financiering**

In de zorg voor jongeren met gedrags- en ontwikkelingsstoornissen wordt veel op pilotbasis gefinancierd. Projectmatige financiering wordt echter als inefficiënt ervaren, omdat het weinig continuïteit biedt. Daarbij is er vaak te weinig aandacht voor de verspreiding van de uitkomsten waardoor de effecten van een project vaak heel beperkt/lokaal bekend raken.

---

<sup>20</sup> Projectleider Programma's en Projecten ministerie VWS

## Oplossingsrichting

- **Continuïteit financiering**

Geldverstrekkers moeten een gemeenschappelijke visie ontwikkelen en van daaruit projecten financieren. Wanneer vervolgens met één aanvraag (i.p.v. drie) een project kan worden gestart, betekent dat een kostenbesparing voor zowel de aanvrager als de geldverstrekker. Het draagvlak en de verantwoordelijkheid vanuit de financiers bevorderen de continuïteit van het project.

## Knelpunt

- **Maatschappelijk stigma**

“De weerstand tegen psychiatrische stoornissen wordt heel erg onderschat. De cliënt twijfelt daardoor wat hij wel/niet moet vertellen. Er is ook sprake van geanticipeerd stigma, d.w.z. de cliënt onderneemt geen actie meer, want hij wordt toch weer afgewezen. Daardoor gaat hij zijn leven steeds meer inperken.”<sup>21</sup>

## Oplossingsrichting

- **Maatschappelijke acceptatie**

“Er moeten meerdere anti - stigmastrategieën worden ingezet waaronder voorlichting en educatie. Andere maatregelen zijn het bevorderen van persoonlijk empowerment en herstel, en contact tussen mensen met en zonder psychiatrische stoornis stimuleren (kwartiermaken).”<sup>22</sup>

## 2.4. Cliëntperspectief

Om het sociale én het therapeutische systeem goed op de vraag aan te laten sluiten, is het wenselijk dat de biografie van de jongere en zijn sociale systeem centraal staan. GGz en UWV moeten hier dienstbaar aan zijn in hun ondersteuning en behandeling van de jongere. Door de systemen rond de vraag van de jongere te koppelen kunnen ze een geïntegreerd traject aanbieden. Verschillende praktijken in deze voorverkenning laten zien dat dit mogelijk is.

---

<sup>21</sup> Jaap van Weeghel

<sup>22</sup> Idem

### **3. REHABILITATIE**

#### **3.1. Inleiding**

In Nederland staat het behandelplan centraal en voorop. Eerst moet de cliënt goed zijn ingesteld op medicijnen en een dag-nacht ritme hebben. Vervolgens komen persoonlijke hygiëne en financiële problemen aan bod. Daarna moet het huis worden opgeruimd. Pas in de laatste plaats komen studie en werk in het vizier. Daarmee geven behandelaren een eigen draai aan de definitie van rehabilitatie.

Volgens de thesaurus zorg en welzijn is rehabilitatie: ‘een proces waarbij door hulpverlening en begeleiding en door beïnvloeding van de omgeving een bijdrage wordt geleverd aan het herstel of de uitbreiding van de handelingscompetentie van de cliënt in zijn woon-, werk- en leefomstandigheden’.

In Amerika zijn hulpverleners al zover dat ze het juist omdraaien. Daar staat het maatschappelijk functioneren op de eerste plaats en wordt de zorg er omheen georganiseerd.<sup>23</sup>

Uit zowel literatuur- en veldonderzoek als de interviews blijkt het juist van belang van meet af aan met rehabilitatie te starten. Bij jongeren betekent dit vaak dat de studie weer wordt opgepakt en vervolgd. Tegelijkertijd wordt met de behandeling gestart zodat deze binnen een voor de jongere zinvolle context plaatsvindt. Daartoe worden diverse rehabilitatiemethoden gebruikt. Deze worden in paragraaf 2 beschreven. Daarna wordt ingegaan op de literatuurbevindingen en een onderzoek naar de inzet van rehabilitatie in programma's voor een eerste psychose. Ook de geïnterviewden hebben hun mening over rehabilitatie in de GGz-praktijk gegeven. Genoemde knelpunten en oplossingsrichtingen komen in paragraaf 5 aan bod. Het hoofdstuk sluit af met het cliëntperspectief.

#### **3.2. Rehabilitatiemethoden**

Op het terrein van rehabilitatie zijn verschillende methodieken ontwikkeld. In deze paragraaf worden de meest voorkomende methoden kort belicht, te weten: de Individuele Rehabilitatiebenadering, ACT, Libermanmodules en Individuele Plaatsing en Steun.

##### **3.2.1. Individuele rehabilitatiebenadering**

De Individuele Rehabilitatiebenadering (IRB) is een methode om mensen met psychische beperkingen te ondersteunen bij het realiseren van hun toekomstwensen op het gebied van wonen, werken, leren, dagbesteding en sociale contacten. De IRB heeft als standpunt dat het complementair aan behandeling is en geen onderdeel van behandeling. IRB-begeleiding wordt naast de behandeling van de stoornis gegeven. De cliënt bepaalt op welk terrein hij/zij een wens heeft. In samenspraak met de hulpverlener wordt het rehabilitatietraject uitgevoerd. De hulpverlener draagt in dit traject ook zelf thema's aan die relevant zijn voor het traject.<sup>24</sup>

---

<sup>23</sup> Jaap van Weeghel en Riet Lochy

<sup>24</sup> Bron: Interview met Lies Korevaar, Lector Rehabilitatie Hanzehogeschool



## Resultaten

Swildens e.a. (2007)<sup>25</sup> tonen met onderzoek aan dat cliënten die met de IRB-methode worden ondersteund vaker hun doelen geheel bereiken dan wanneer dit op een andere wijze gebeurt. Bij ABC Altrecht<sup>26</sup> blijken de (rehabilitatie)zorgbehoeften van cliënten af te nemen. Door het bereiken van deze zelfgestelde doelen verbetert de kwaliteit van leven.<sup>27</sup> Een nadere beschrijving van ABC Altrecht is in paragraaf 6.2. opgenomen.

“De IRB-methode scoort significant beter op het gebied van het bereiken van de eigen doelen (wonen, werken, leren en sociale contacten) dan begeleiding *as usual*. Om die reden wordt de IRB als *evidence based practice* in de nieuwe richtlijn Schizofrenie opgenomen.”<sup>28</sup>

Uit het voorgaande blijkt dat de effectiviteit van de IRB-methode is bewezen. De methode wordt in veel GGz-instellingen gebruikt, nadat de cliënt stabiel is en medicijntrouw. Verder wordt het vooral gebruikt voor het onderdeel wonen. Het wordt (bijna) niet bij vroege rehabilitatie ingezet, bijvoorbeeld na de eerste psychose. Hierdoor valt een grote groep cliënten buiten de boot of zijn zij jarenlang in behandeling voor er aan IRB wordt begonnen.

Begeleid Leren is van IRB afgeleid. Deze methode wordt in paragraaf 4.2. van het hoofdstuk over onderwijs nader toegelicht.

### 3.2.2. ACT

Assertive Community Treatment (ACT) is een methode waarbij behandeling en rehabilitatie vanuit een geïntegreerd team ambulant wordt aangeboden.

Kenmerken:

- Multidisciplinaire teamsamenstelling
- Teamverantwoordelijkheid
- Kleine caseload
- Ambulante zorg
- 7 x 24 uur crisisinterventie
- Zorg voor onbepaalde tijd
- Assertieve houding en intensief

## Resultaten

Binnen de GGz wordt deze methode nog weinig toegepast, enkele goede uitzonderingen daargelaten. De begeleiding en behandeling in het ACT-team van GGz Eindhoven leiden tot vermindering van klachten. Daarnaast lukt het de cliënten meer maatschappelijke rollen te vervullen, zoals op school en werk. De behandeling is ook goedkoper dan de reguliere zorg, omdat er beduidend minder opnames zijn.<sup>29</sup> Gebleken is dat cliënten tijdens een opname veel meer tijd nodig hebben om op te knappen. Daarom komen vrijwillige opnames niet of nauwelijks voor. De ACT-methode levert op termijn kostenbesparingen op alle levensterreinen. Een nadere beschrijving van

---

<sup>25</sup> Bron: ‘Vrijblijvendheid doorbroken’, Tom van Wel en Fred Marquenie, MGv, 3, 2009

<sup>26</sup> Afdeling divisie Altrecht Willem Arntsz met ambulante en klinische zorg aan jongeren met een psychotische kwetsbaarheid

<sup>27</sup> Bron: ‘Vrijblijvendheid doorbroken’

<sup>28</sup> Lies Korevaar

<sup>29</sup> Bron: Interview met Sjaak Roza, programmamanager ACT-team GGz Eindhoven

het ACT-team GGz Eindhoven is in paragraaf 3.6. opgenomen.

### 3.2.3. Libermanmodules

De Libermanmodules bieden cliënten met een ernstige psychiatrische stoornis de mogelijkheid op een systematische manier vaardigheden op uiteenlopende levensterreinen te leren. Het stelt hen zo in staat hun zelfstandigheid te vergroten. Hierdoor wordt de basis gelegd voor sociale re-integratie.

De Libermanmodules zijn gericht op het leren van praktische en sociale vaardigheden en behandelen ieder een afgerond onderwerp. Bij de opbouw van de modules is gebruik gemaakt van de expertise uit de gedragstherapie, de leertheorie en de psycho-educatie.

De volgende modules zijn beschikbaar:

1. Omgaan met antipsychotische medicatie
2. Omgaan met psychotische symptomen
3. Omgaan met vrije tijd
4. Omgaan met verslaving
5. Omgaan met werk; een module over arbeidsrehabilitatie
6. Omgaan met sociale relaties en intimiteit.

De modules, die doorgaans en bij voorkeur in groepsverband worden aangeboden, zijn bedoeld voor mensen met ernstige psychiatrische stoornissen. Het trainingsprogramma richt zich zowel op mensen met langdurige aandoeningen als op mensen die herstellen van een eerste psychotische episode. De modules laten zich goed integreren in bestaande behandelplannen. Door de heldere opzet is het mogelijk om na een korte training met de modules aan de slag te gaan.

Vrijwel alle modules worden veel gebruikt, maar op verschillende momenten in het behandeltraject. In het begin van de behandeling worden in de meeste gevallen de modules 'Omgaan met antipsychotische medicatie' en/of 'Omgaan met psychotische symptomen' aangeboden. De rehabilitatiemodules worden vaak pas later in het behandeltraject ingezet.

### 3.2.4. Individuele Plaatsing en Steun

Individuele Plaatsing en Steun (IPS) is een methodiek om mensen met ernstige psychiatrische problematiek te begeleiden naar betaald werk. Het IPS-model kent zes hoofdkenmerken:

1. Betaald werk staat centraal
2. Zo snel mogelijk betaald werk zoeken
3. De voorkeuren van de cliënt staan centraal
4. Ondersteuning bieden op lange termijn; zo nodig vele jaren achtereen
5. Doorlopend arbeidsmogelijkheden inschatten
6. Integreren met GGz-hulp. De trajectbegeleider maakt deel uit van een ambulante GGz-team dat multidisciplinair is samengesteld.

IPS is de variant van Supported Employment voor jongeren met een psychische problematiek. Arbeidsrehabilitatie en andere GGz-hulp wordt integraal aangeboden.

In de IPS-praktijk zijn werk en scholing de aangrijpingspunten om met jongeren in gesprek te komen en om na de eerste paniek, weer wat structuur in het dagelijks leven aan te brengen. Perspectief is naast medicatie erg belangrijk in het herstelproces van jongeren.

Van de beschreven goede praktijken in dit onderzoek wordt IPS door het VIP project<sup>30</sup> toegepast. Een nadere beschrijving van het VIP-project is in paragraaf 6.1. opgenomen.

### **Resultaten**

Uit diverse internationale onderzoeken komt naar voren dat de IPS-methode tot beduidend meer betaald werk leidt dan traditionelere arbeidsrehabilitatiemethoden. Daarnaast blijkt dat GGz-consumptie te zijn gedaald.<sup>31</sup>

IPS wordt in Nederland steeds meer toegepast maar de methode is nog erg nieuw en trainingsmateriaal nog maar enkele jaren beschikbaar. Deskundigheidsbevordering en implementatieadvies moeten leiden tot borging van de methode in de organisatie. Het zijn trajecten van lange adem en nog lang niet overal is men zo ver.

“IPS is evidence based. Vooral in de VS is er veel en al jaren onderzoek naar gedaan. Zorgverleners hechten daar grote waarde aan. IPS wordt steeds meer binnen de GGz geaccepteerd en is opgenomen in de Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie. Het is een beloftevol programma, dat tevens werkt aan cultuuromslag.”<sup>32</sup>

---

<sup>30</sup> VIP-team

<sup>31</sup> Bron: Arbeidsrehabilitatie vanuit een GGZ-team, Jaap van Weeghel, Harry Michon en Hans Kroon, 2002, MGv, 57

<sup>32</sup> Jaap van Weeghel en Riet Lochy

### 3.3. Literatuuronderzoek

In 2007 is in de wereldvakliteratuur onderzocht welk belang aan de rehabilitatie van jongeren met een psychotische stoornis wordt gehecht. De resultaten worden in deze paragraaf beschreven.<sup>33</sup>

In totaal leverde de zoekactie 34 publicaties op. Daarin komt rehabilitatie meestal maar zijdelings aan bod. Verder blijkt dat veel auteurs rehabilitatie zeer breed interpreteren. Zij zien rehabilitatie als een vorm van behandeling van mensen met langdurige stoornissen.

Uit het literatuuronderzoek blijven drie publicaties over die wel relevant zijn. Deze gaan uitsluitend over het belang van werk voor deze doelgroep. De andere voor deze leeftijdsgroep belangrijke rehabilitatiegebieden zoals leren, wonen, vrije tijd en sociale contacten ontbreken volledig.

De Amerikaanse Gioia (2005)<sup>34</sup> constateert dat in de wereldvakliteratuur het uitstellen van het (weer) gaan werken ten gevolge van een psychose bij jongvolwassenen nauwelijks aandacht krijgt. Ook een onderzoek uit Australië (Fraser, e.a., 2006)<sup>35</sup> geeft aan dat een baan voor de cliënten verreweg het belangrijkste doel is. Bij het bereiken van dit doel zouden zij echter meer tegenstand van GGz-medewerkers ervaren dan van de ziekte zelf. Het derde onderzoek (Killacjey e.a., 2007)<sup>36</sup> laat zien dat er voor de doelgroep wel veel aandacht is voor de symptomen van de stoornis. Echter, de aandacht voor het dagelijks functioneren schiet ernstig tekort.

Bij een recent verschenen internationale richtlijn (International early psychosis association writing group, 2005) ontbreekt rehabilitatie zelfs helemaal.

Opvallend is een Nederlandse studie van tien jaar geleden, in opdracht van Stichting Eén op de Honderd'.<sup>37</sup> De studie richtte zich er op hoe een zorg- en rehabilitatieprogramma voor jongeren met schizofrenie eruit zou moeten zien. In het onderzoek wordt vermeld dat een veelomvattend rehabilitatieaanbod noodzakelijk is. In de daarop volgende tien jaar zijn er verschillende projecten ontstaan, gericht op jongeren met psychoses. In tegenstelling tot de onderzoeksresultaten staat de behandeling van de stoornis in de GGz nog steeds voorop en krijgen rehabilitatievragen slechts beperkte aandacht, enkele goede uitzonderingen daargelaten.

Samenvattend: de opvatting dat de GGz bij deze doelgroep ondersteuning van rehabilitatievragen prioriteit zou moeten geven, wordt door de wereldvakliteratuur niet gestaafd. Ook in de Nederlandse praktijk komt rehabilitatie bij deze doelgroep te weinig aan de orde.<sup>38</sup>

---

<sup>33</sup> Bron: Rehabilitatie voorop bij jongeren met een psychotische stoornis, Tom van Wel, Ingeborg Siteur en Fred Marquenie, Psychiatrische rehabilitatie. Jaarboek 2008-2009', 2008, uitgeverij SWP

<sup>34</sup> Idem

<sup>35</sup> Idem

<sup>36</sup> Idem

<sup>37</sup> Bron: Een zorg- en rehabilitatieprogramma voor jonge mensen met schizofrenie, Van Weeghel & Ketelaars, 1997, Trimbos-instituut

<sup>38</sup> Bron: Rehabilitatie voorop bij jongeren met een psychotische stoornis

### 3.4. Onderzoek psychoseprogramma's

GGz-instellingen vinden rehabilitatie belangrijk. Echter, veel instellingen belijden het wel in woorden, maar niet in daden, zo blijkt uit onderzoek<sup>39</sup> van Gerard Driedonks (2008). Zijn bevindingen komen in deze paragraaf aan de orde.

Het betreft een beperkt onderzoek en bestaat uit telefonische interviews met sleutelfiguren die betrokken zijn bij 19 programma's eerste psychose in Nederland.

Per instelling heeft één respondent meegewerkt. Er zijn geen steekproeven gehouden, waarbij dossiers zijn ingezien. Om die reden kunnen de resultaten alleen een globaal beeld geven van de inzet van rehabilitatie in genoemde programma's.

Vrijwel overall wordt gewerkt met rehabilitatieplannen. Driedonks plaatst daarbij de kanttekening dat de plannen niet zijn ingezien. Daarom kan geen uitspraak worden gedaan of deze aan de rehabilitatie-eisen voldoen. Verder is er nog weinig scholing in en toepassing van brede rehabilitatiemethoden. Ook komt structurele samenwerking met reguliere voorzieningen nog niet veel voor. Daarnaast is slechts op drie locaties een ervaringsdeskundige werkzaam; in 2009 volgen er twee.

De conclusies:

- Een ruwe berekening laat zien dat 1 op de 5 (20%) cliënten met een eerste psychose in Nederland een specifiek rehabilitatieaanbod krijgt;
- Onderzoek vindt in diverse programma's plaats, maar het aandeel van rehabilitatie is nog klein;
- Er is dus alle reden om het praktijkonderzoek en de innovatie van rehabilitatie voor de jongvolwassenen met een psychotische stoornis te bevorderen.

### 3.5. Knelpunten en oplossingsrichtingen

Naast knelpunten leveren de interviews en expertmeetings ook een groot aantal oplossingsrichtingen op. In deze paragraaf gaan we hier nader op in.

Knelpunt

- **Arbeidsrehabilitatie was onderbelicht in visie GGz**  
“De GGz heeft geen eensluidend beleid op het terrein van arbeidsrehabilitatie. Arbeidsbeperkingen zijn nog niet omschreven. Het is nog de tijd van het grote pionieren en bekijken wat je allemaal tegenkomt en welke sturing nodig is en hoelang.

De GGz komt uit de Middeleeuwen. Tot voor kort was de visie in de GGz om het rustig aan te doen en werd gezegd: ‘overvraag jezelf niet, je kunt zo weer gek worden of in de war raken’. Binnen de GGz wordt niet onderkend dat jongeren met een psychose ook volop in het leven staan. Dit vergt een andere aanpak dan bij cliënten die al jaren thuiszitten.”<sup>40</sup>

Oplossingsrichting

---

<sup>39</sup> Bron: interview Gerard Driedonks, beleidspsycholoog, GGZ Altrecht.

<sup>40</sup> VIP-team

- **Arbeidsrehabilitatie nu speerpunt visie GGZ**  
In augustus 2008 heeft GGZ Nederland het visiedocument ‘Naar herstel en gelijkwaardig burgerschap’<sup>41</sup> uitgebracht. Een van de speerpunten in het document is arbeidsparticipatie.

#### Knelpunt

- **Zorg centraal**  
De behandeling in de zorg domineert te veel. Er wordt te weinig rekening gehouden met het maatschappelijk functioneren van de cliënt.

“Rehabilitatie vindt vaak pas aan de achterdeur van de GGz plaats. Dat moet aan de voordeur. Wacht je met het aandacht schenken aan levensterreinen als werk en leren, dan groeien de cliënten in hun patiëntenrol. Zitten ze daar bijvoorbeeld 5 jaar in, dan duurt het ook weer zoveel jaar daar uit te komen. Bijvoorbeeld: een jongere heeft op zijn 21<sup>e</sup> de eerste psychose en komt 6 jaar later in het Begeleid Leren project. Dat moet veel korter zijn.”<sup>42</sup>

“De ondergeschikte positie van rehabilitatie vinden wij voor deze doelgroep onwenselijk. De hulpvraag van jongvolwassenen met een psychotische stoornis, gaat namelijk in de meeste gevallen over het verkennen, kiezen, verkrijgen of behouden van een opleiding of werk. Daarom moeten deze en andere rehabilitatievragen de eerste insteek zijn van de GGz. De behandeling van de (psychotische) stoornis moet deze vragen juist ondersteunen.”<sup>43</sup>

“Ik heb de ervaring dat de GGz de zorg vaak op de eerste plaats zet. Dat is ook logisch en daar wordt veel tijd aan besteed. Pas in een laat stadium van het behandelingstraject komen onderwijs en werk aan bod. Langzaam maar zeker vindt een kentering in denken plaats. Dit geldt voor een aantal ziektebeelden, zoals psychosen, schizofrenie, depressie en burnout. Er komt meer aandacht voor gelijktijdige behandeling en aandacht voor onderwijs en werk.”<sup>44</sup>

#### Oplossingsrichting

- **Integrale aanpak**  
Integrale aanpak, waarbij vanaf het begin ook aan rehabilitatiewensen wordt gewerkt. In dit onderzoek zijn diverse instellingen betrokken, die met goede resultaten integraal werken. Deze goede praktijken zijn in hoofdstuk 6 opgenomen.

#### Knelpunt

- **Patiëntenrol**  
“De patiëntenrol staat voorop, waardoor het moeilijk is tot rehabilitatietrajecten te komen. Ook de jongere zelf en de ouders zien hem vooral in de patiëntenrol. Jim van Os, hoogleraar psychiatrie in Maastricht stelt dat de psycho-educatie het herstelproces van cliënten

---

<sup>41</sup> Het document is te vinden op [www.ggz nederland.nl](http://www.ggz nederland.nl)

<sup>42</sup> Lies Korevaar

<sup>43</sup> Tom van Wel

<sup>44</sup> Erik Voerman

belemmerd. De focus ligt vaak op de beperkingen die de jongere heeft, waardoor hij niets kan. Het accent wordt gelegd op de ziekte. Er wordt niet verteld wat hij wel kan.”<sup>45</sup>

#### Oplossingsrichting

- **Burgerrol**

“Zo snel mogelijk inzetten op hervatting van het gewone leven. De eerste insteek is behoud of terugkeer naar reguliere scholing en betaald werk. Wanneer dat niet meer mogelijk is, snel inzetten op het weer verkrijgen van werk en scholing. Bij voorkeur gewoon werk en gewoon onderwijs. Is dat nog niet haalbaar? Dan kan het tijdelijk gebruikmaken van specifieke voorzieningen voor jongeren of voorzieningen voor mensen met psychische problemen een goed alternatief zijn.”<sup>46</sup>

“Het is belangrijk de hoop op rehabilitatie niet te ontnemen. Immers, als de jongere denkt ‘als dit mijn toekomstbeeld’ is, neemt hij al snel een passieve houding aan, terwijl bij het schetsen van wat nog wel mogelijk is, er meer motivatie is aan rehabilitatie te werken.”<sup>47</sup>

#### Knelpunt

- **Handelingsverlegenheid**

Er is sprake van handelings- en systeemverlegenheid. De handelingsverlegenheid ligt in de behandeling door professionals. Bijvoorbeeld: in het eerste jaar van het VIP-project werden de meeste jongeren nog naar zorgboerderijen, e.d. gestuurd. Pas nadat er sterk op was aangedrongen om dit anders aan te pakken, ging men meer oog krijgen voor een opleiding of regulier werk. In andere instellingen gebeurt dit nog steeds, omdat vooral wordt gekeken naar de beperkingen van de cliënt.

#### Oplossingsrichting

- **Cultuuromslag**

Er is een cultuuromslag nodig in het denken over mensen met een beperking; bij henzelf, ouders, onderwijzers, overheid, werkgevers en collega's. Mensen moeten worden beoordeeld op hun mogelijkheden. Voorlichting over de mogelijkheden en knelpunten staan aan het begin van deze weg. Het Programma Cultuuromslag Wajong<sup>48</sup> en de G-krachten-campagne<sup>49</sup> van het UWV leveren daar een bijdrage aan.

---

<sup>45</sup> Lies Korevaar

<sup>46</sup> VIP-team

<sup>47</sup> Lies Korevaar

<sup>48</sup> Zie paragraaf 7.6.

<sup>49</sup> Informatie is te vinden op [www.g-krachten.nl](http://www.g-krachten.nl)

## Knelpunt

- **Systeemverlegenheid**

De systeemverlegenheid zit in het feit dat de Zorgverzekeringswet (ZVW) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) er alleen zijn voor de behandeling en niet voor de begeleiding. Ook de Diagnose Behandel Combinatie (DBC) en Centrum indicatiestelling zorg (CIZ) bieden daartoe geen ruimte. Ze kunnen alleen voor Dagactiviteitencentra (DAC's) worden ingezet.

De re-integratiepoot is overgeheveld naar de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). Daarmee is het een gunst geworden in plaats van een recht. Nog niet veel gemeenten weten wat de GGz inhoudt en hoe ze via de WMO kunnen bijdragen aan de participatie van mensen met psychische beperkingen. In de Wet Werk en Bijstand (WWB) zijn alle 'verborgen' arbeidsongeschikten richting Wajong gestuurd. Dat zijn mensen, die niet kunnen werken vanwege hun beperkingen. Ze zijn echter nooit voor de Wajong gekeurd, veelal omdat ze deze mogelijkheid niet kenden. Aan deze actie hielden de gemeenten geld over. Voor deze jongeren is het goed dat ze nu in de Wajong zitten. De prikkel van waaruit deze actie is ondernomen, is echter discutabel. Blijkbaar komen gemeenten pas in actie, als het hen direct voordeel oplevert.

Binnen de GGz zijn er tevens negatieve prikkels om mensen vanuit de DAC's aan het werk te krijgen. Als er minder mensen in een DAC zitten, kost dat de instelling geld. Voor veel bezoekers geldt ook dat ze de veiligheid verkiezen boven het avontuur buiten een DAC.<sup>50</sup>

"Medewerkers die door de wol zijn geverfd, zien weinig heil in rehabilitatie. Zij hebben zo vaak meegemaakt dat de cliënt weer terugvalt, dat ze er niet in geloven dat het met de rehabilitatiemethode wel lukt."<sup>51</sup>

## Oplossingsrichting

- **Minder bureaucratie**

Zorg voor een snelle behandeling van aanvragen of voor geïntegreerde aanvragen met minder papierwerk. Hiermee wordt de GGz gestimuleerd om cliënten meteen aan regulier werk te helpen.

Negatieve prikkels moeten worden weggenomen door de GGz te stimuleren om cliënten of meteen aan regulier werk te helpen of via een kort re-integratietraject. In het traject mag het DAC een kortdurende rol spelen. Een DAC moet er alleen zijn voor cliënten die echt geen andere mogelijkheden hebben.

---

<sup>50</sup> Bron: expertmeeting, 16 juni 2009

<sup>51</sup> Bron: Gerard Driedonks



## Knelpunt

- **Vooropleiding professional**

In de opleidingen wordt vooral aandacht besteed aan psychopathologie en behandelinterventies. Als rehabilitatie al aandacht krijgt, is het een keuzevak.

“We krijgen mensen die met een achterhaalde visie zijn opgeleid, namelijk gericht op ziekte. Zij hebben daardoor een ander mensbeeld. Bijvoorbeeld ‘dat is een schizofreen’, waarmee de cliënt wordt gereduceerd tot zijn ziekte. Maar je bent niet je ziekte. Het is slechts een deel van je persoonlijkheid.

Bij jonge collega’s is rehabilitatie geen discussie. Zij zijn leergierig. Oudere collega’s vinden het ‘wel aardig’, maar willen eerst worden overtuigd. Rehabilitatie komt voor hen pas aan de orde als eerst de stoornis weg is.”<sup>52</sup>

“Men zegt rehabilitatie belangrijk te vinden. Vervolgens moet de hulpverlener het in een training van een paar dagen kunnen toepassen. Dit is uiteraard veel te weinig om voldoende en deskundig aandacht te schenken aan de wensen van cliënten op dit gebied.”<sup>53</sup>

## Oplossingsrichting

- **Rehabilitatie onderdeel opleiding professional**

Rehabilitatie moet een verplicht onderdeel zijn in de opleiding van psychiaters, psychologen en (sociaal psychiatrisch) verpleegkundigen.

## Knelpunt

- **Nog weinig sprake van ketenzorg**

Een structureel samenwerkingsverband met de reguliere voorzieningen laat zien dat de instelling serieus werk maakt van de invulling van de sociaal maatschappelijke rollen van cliënten. De meeste GGz-instellingen werken echter nog weinig samen met externe partners, zoals UWV en Sociale Dienst.

## Oplossingsrichting

- **Komen tot ketenzorg**

Het is belangrijk een netwerk te vormen met UWV, de gemeente (Sociale Dienst) en het onderwijs om op cliëntniveau zaken uit te wisselen en af te stemmen. Eenvoudige afspraken maken een wereld van verschil in de communicatie tussen de uitvoeringsinstanties en de cliënt: een vast contactpersoon, een kopie van de brief altijd naar de jobcoach en rekening houden met de tijden waarop afspraken met de cliënt worden gemaakt.

---

<sup>52</sup> Tom van Wel

<sup>53</sup> Lies Korevaar

## Knelpunt

- **Wet- en regelgeving UWV niet toegerust op GGz**

Het hele re-integratieconcept voor de doelgroep is nog niet ontwikkeld. De beschikbare re-integratie-instrumenten zijn voor verbetering vatbaar. IRO's voor IPS-trajecten passen niet in de systematiek van UWV, omdat ze vaak met vallen en opstaan verlopen. Dit heeft alles te maken met hoe de IRO is ingericht. Als de cliënt na plaatsing in arbeid uitvalt, moet er weer een nieuw traject starten. Doorstart in het traject is niet mogelijk. Daarnaast is de duur van de trajecten te kort en de opstart te traag. Hierdoor kan een traject niet soepel verlopen. Dit is juist een belangrijke voorwaarde voor de slagingskans.

## Oplossingsrichting

- **Ontwikkelen re-integratietraject voor GGz-cliënten**

Jongeren met psychische beperkingen maken meer dan 50% uit van de totale Wajongpopulatie.<sup>54</sup> UWV heeft belang bij goede re-integratie van deze doelgroep. Immers, de aanspraak op de Wajong en voorzieningen worden daarmee aanzienlijk verminderd.

De genoemde knelpunten worden door UWV onderkend.

Erik Voerman: “Er zijn veel mooie trajecten om mensen aan het werk te helpen, maar die voldoen vaak niet bij de GGz-cliënten. We zijn aan het nadenken hoe we voor deze doelgroep de trajecten meer op maat kunnen maken. Je kunt bijvoorbeeld denken aan het ontwikkelen van een landelijk re-integratietraject. Daarvoor willen we convenanten gaan sluiten met spelers uit het GGz-veld, zoals GGZ Nederland.

Ik heb er wel een idee over. Stel een jongere wordt met een jobcoach bij een werkgever geplaatst. Dan moet het met veel goede afspraken mogelijk zijn dat bij uitval de jobcoaching daarna weer wordt opgepakt. Ik denk dan aan een soort knipkaart.

Daarnaast moet UWV flexibeler en creatiever met re-integratiegelden om kunnen gaan, deeltrajecten moeten bijvoorbeeld mogelijk zijn, kortom, meer maatwerk. Dat geldt ook voor de duur van het traject: kort als het kan en langer als het moet. Ook besluitvorming moet sneller kunnen. We werken daar voortdurend aan.”

## Knelpunt

- **Onvoldoende financieringsmogelijkheden**

Het belang van een integrale aanpak wordt door zorgverzekeraars nog niet onderkend. Daarom is voor rehabilitatieactiviteiten geen geld beschikbaar. Dit knelpunt komt bijna in elk interview aan de orde. Onderstaand volgt een greep uit hun uitspraken.

“Een ACT-team heeft arbeidstoeleiding in haar takenpakket. Zorgverzekeraars willen hiervoor niet betalen. Maatschappelijke participatie draagt echter in belangrijke mate bij aan het welbevinden van de cliënt. We zijn de welzijnskant vergeten. Als je welbevinden beter is, raakt de stoornis vaak meer op de achtergrond. Daarom is het belangrijk dat zorgverzekeraars de

---

<sup>54</sup> Zie hoofdstuk I

kosten voor arbeidstoeleiding wel betalen, anders krijgen ze de rekening op een later tijdstip gepresenteerd.”<sup>55</sup>

“Er kan niet veel meer worden bekibbeld in de zorg. Alle ruimte in de GGz is de laatste jaren steeds beter benut. De zorg is sterk veranderd. Het moet sneller, goedkoper, efficiënter en er is concurrentie. Dit zet een geïntegreerde aanpak van de behandeling en rehabilitatie van de cliënt onder druk.”<sup>56</sup>

Er is 10 jaar over gedaan om de zorg en rehabilitatie in elkaar te verweven. Door de stelselwijziging dreigen beiden weer uit elkaar te worden getrokken.

“We worden betaald voor de behandeling van stoornissen. Zorgverzekeraars willen in de toekomst wellicht niet meer betalen voor participatietrajecten. Deze vallen dan onder de WMO. Als we niet oppassen, zijn we straks alleen nog maar bezig met cognitieve therapie en pillen uitdelen.”<sup>57</sup>

“IPS past niet binnen een DBC. Je kunt de tijd die je aan IPS besteedt er dus niet in kwijt en er niet op worden afgerekend. Je kunt je er dus ook niet mee profileren. Het is noodzakelijk tot een formulering van een diagnose behandel combinatie of andere wijze van registratie te komen die deze activiteiten erkent en zichtbaar en inzichtelijk maakt.”<sup>58</sup>

#### Oplossingsrichting

- **Financiering via zorgverzekeraars**  
Drukker e.a. (2007) tonen aan dat de afname van de zorgbehoeften een lagere intramurale zorgconsumptie voorspelt. Deze besparingen verdienen de belangstelling van zorgverzekeraars. Maar de opbrengst is bovenal dat er beter bij de vraag van cliënten wordt aangesloten.<sup>59</sup>

#### Knelpunt

- **Ontbreken overzicht financieringsmogelijkheden**  
Door het labyrint van financieringsvormen is onduidelijk wie waar terecht kan en voor welke vorm van ondersteuning. Dit kost veel tijd en energie.  
  
“De cliënt heeft één rugzak. Er is een veelheid aan organisaties met diverse financieringsmogelijkheden waar hij mogelijk aanspraak op kan maken: UWV, GGz, AWBZ, WMO, zorgverzekeraars en PGB. Hij heeft echter veel indicaties nodig om er voor in aanmerking te komen. Bovendien is er teveel regelgeving waardoor een overzicht ontbreekt wat je waar kunt halen. Zicht op het totaal aan financieringsmogelijkheden voor zowel cliënt als professional zou al helpen.”<sup>60</sup>

---

<sup>55</sup> Bron: Interview Corina Brekelmans, beleidsmedewerker GGZ Nederland

<sup>56</sup> Sjaak Roza

<sup>57</sup> Tom van Wel

<sup>58</sup> Hiske Becker, psychiater VIP-team

<sup>59</sup> Bron: ‘Vrijblijvendheid doorbroken’

<sup>60</sup> Erik Voerman

## Oplossingsrichting

- **Financieringsmogelijkheden inzichtelijk maken**

De beschikbare instrumenten moeten in kaart worden gebracht om te weten wat er te koop is. Een sociale kaart en een beslisboom zijn daarvoor denkbare instrumenten.

Het ministerie SZW is bezig met het Programma Cultuuromslag Wajong (PCW). Dit programma wordt nader toegelicht in paragraaf 7.6.

Onderdeel van het programma is casusadoptie. Dit moet inzicht geven in de complexiteit die ouders maar ook professionals ervaren bij het organiseren van zorg die vanuit diverse ministeries wordt gefinancierd.

## Knelpunt

- **Ontbreken eenheid in cliëntvisie en taalgebruik**

Veel financiering gaat uit van de diagnose. De GGz werkt met het classificatiesysteem DSM-IV. UWV werkt echter met een Functionele Mogelijkheden Lijst (FML). Deze lijst is in de afgelopen 20 jaar steeds verder gespecificeerd. WMO hanteert ook weer een eigen taal, evenals de scholen. Iedere organisatie heeft zijn eigen loket.<sup>61</sup>

Cliëntvisie en het gehanteerde taalgebruik van de professionals verschillen per loket. Bij de één wordt van de cliënt een hulpvragende opstelling verwacht. Bij de ander wordt de cliënt gezien als een contractpartner. Steeds vaker staat niet de vraag van de cliënt maar het werkproces of de organisatieperikelen van de organisatie centraal. Dit is niet alleen verwarrend, maar kan ook calculerend gedrag bij ouders en jongeren beïnvloeden.<sup>62</sup>

## Oplossingsrichting

- **Komen tot eenheid in cliëntvisie en taalgebruik**

Het gaat niet alleen om eenheid van taal maar vooral om visie op mensen met psychiatrische problematiek en hun kansen om naar vermogen voluit mee te doen. Uitgangspunt kan zijn welke beperkingen iemand heeft om aan de samenleving deel te nemen. De ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) kan hiervoor een model zijn. 'De ICF beschrijft hoe mensen omgaan met hun gezondheidstoestand. Iemand's gezondheid is met behulp van de ICF te karakteriseren in lichaamsfuncties en anatomische eigenschappen, activiteiten en participatie.<sup>63</sup> Dit model is tot nu toe niet leidend geweest in de GGz. In de GGz wordt met de DSM-IV gewerkt. Dit is een classificatiesysteem voor psychiatrische aandoeningen, waarbij een patiënt op basis van zijn ziektebeeld tot een bepaalde psychiatrische stoornis wordt gerekend. De behandeling richt zich voornamelijk op de klachten en beperkingen die hieruit voortvloeien. De ICF kijkt juist ook naar maatschappelijk perspectief en omgevingsfactoren. In ieder geval betekent eenheid van taal al een hele vooruitgang.<sup>64</sup>

---

<sup>61</sup> Bron: Expertmeeting, 16 juni 2009

<sup>62</sup> Bron: Expertmeeting, 18 juni 2009

<sup>63</sup> Bron: <http://www.rivm.nl/who-fic/icf.htm>

<sup>64</sup> Bron: Expertmeeting 16 juni 2009

### 3.6. Cliëntperspectief

Over arbeidsrehabilitatie wordt in de literatuur weinig geschreven. In de praktijk wordt rehabilitatie met name toegepast op levensgebieden als wonen en vrije tijd. Programma's als begeleid leren en IPS waarbij de toekomstverwachting van de cliënt centraal staan, zijn in Nederland nog maar net beschikbaar en nog weinig verspreid. Dit in tegenstelling tot andere programma's als IRB. IRB wordt echter met name ingezet op andere gebieden en pas nadat de cliënt stabiel is en medicijntrouw. Daarbij is het gebruik van programma's als IPS in de praktijk nog te vaak afhankelijk van enthousiaste behandelaren en sociaal psychiatrisch verpleegkundigen. Door gebrek aan een centrale visie op rehabilitatie van bovenaf (GGz Nederland) kan elke GGz-instelling (en daarbinnen zelfs elke afdeling) zelf bepalen in welke mate men wat aan rehabilitatie doet. Dit maakt (arbeids)rehabilitatie erg kwetsbaar.

Om rehabilitatie echt een plaats te geven in de reguliere behandeling, is opname in zorgplannen en de DBC's van essentieel belang. Ook moeten de professionals verplicht in rehabilitatie worden getraind. Bij intervisiebesprekingen over cliënten moet rehabilitatie een vast onderwerp zijn. Wanneer aan deze voorwaarden wordt voldaan en GGz-organisaties zich hierop profileren, dan pas is sprake van geïntegreerde zorg.

Zorgverzekeraars zijn vaak zeer geïnteresseerd in het rendement van hun investering. Het is nog niet gebruikelijk in zorg en welzijn, maar het formuleren van de opbrengst van de investering in een geïntegreerde werkwijze is van wezenlijk belang. Ook de opbrengst van begeleiding moet beter in beeld worden gebracht voor de verschillende actoren in het GGz-veld. Denk bijvoorbeeld aan een afname van het aantal Wajong-uitkeringen en de zorgkosten. Een aantoonbare kostenbesparing op langere termijn draagt niet alleen bij aan meer draagvlak binnen de GGz-instellingen, maar biedt ook meer financieringsmogelijkheden van deze aanpak.

## 4. ONDERWIJS

### 4.1. Inleiding

De meeste psychiatrische stoornissen komen voor het eerst tot uiting in de jongvolwassenheid. De studie wordt onderbroken, dan wel voorgoed afgebroken, waarmee vaak het traject naar betaald werk stagneert. Meer dan 20% van de studenten met een functiebeperking breken hun studie het eerste jaar al af. Duizenden studenten met een geestelijke of lichamelijke functiebeperking stoppen binnen het eerste jaar met hun studie. Van de studenten zonder beperking is dat nog geen 15 procent.<sup>65</sup>

Veel jongeren met een psychiatrische stoornis vinden het weer oppakken of starten van een opleiding een (te) moeilijke opgave. Goede begeleiding op school helpt schooluitval te voorkomen. Bovendien verlaagt het de drempel om weer met school of een opleiding te beginnen voor jongeren die een periode noodgedwongen hun studie moesten onderbreken.<sup>66</sup>

In de GGz is veel aandacht voor wonen, vrijwilligerswerk, sociale contacten en dagactiviteiten. Ook aandacht voor educatie en leren bestaat al langere tijd. Dit gebeurt in de vorm van dagactiviteiten, cursussen en trainingen.

Tot eind jaren negentig was het vrij ongebruikelijk om mensen met psychiatrische problemen onderwijs in een reguliere opleiding te laten volgen. Het programma Begeleid Leren voor mensen met een psychiatrische problematiek heeft daar verandering in gebracht. In paragraaf 2 wordt dit programma belicht. Daarbij is dankbaar gebruik gemaakt van het boek 'Studeren met succes'.

In de uitvoeringspraktijk komen diverse problemen voor. In paragraaf 3 komen knelpunten en mogelijke oplossingsrichtingen aan de orde. Het hoofdstuk sluit af met het cliëntperspectief.

### 4.2. Begeleid Leren

Begeleid Leren richt zich op de begeleiding van (jong)volwassenen met psychiatrische problemen bij het kiezen, verkrijgen en behouden van een reguliere (beroeps)opleiding. Het programma voorziet in een toeleidingstraject, gericht op het kiezen en verkrijgen van een opleiding. Tevens wordt ondersteuning aan studenten geboden bij het behouden van hun opleiding.

Het eerste project is in 1999 op het ROC Zadkine gestart.<sup>67</sup> Inmiddels zijn er in circa 20-25 steden en regio's, verspreid over het land, Begeleid Leren- programma's actief.

---

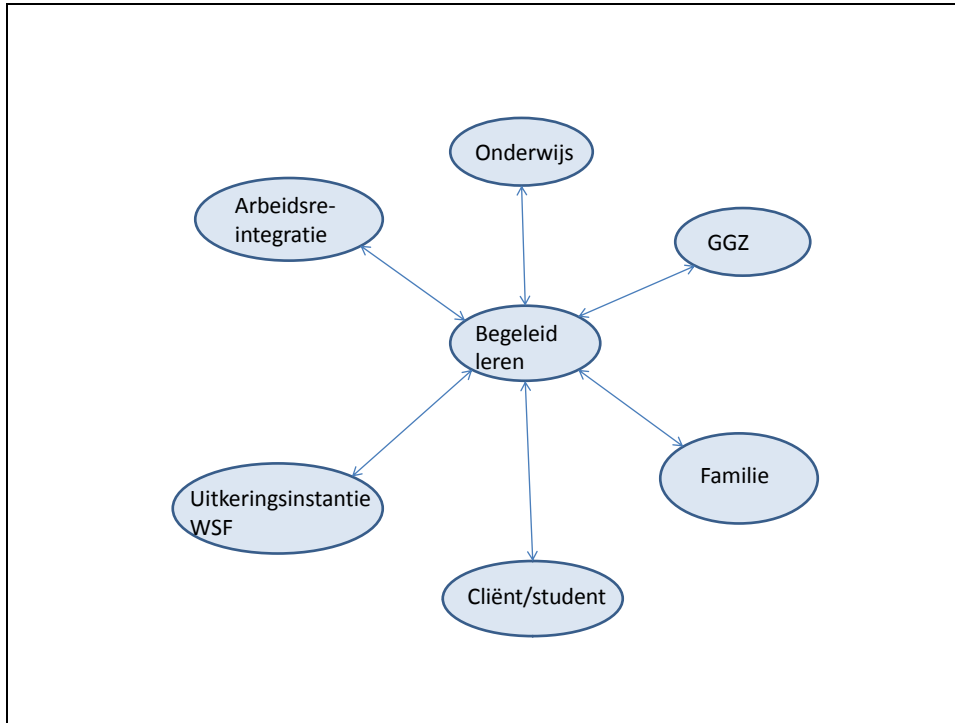
<sup>65</sup> Bron: 'Studeren met een functiebeperking', Tim Beretty, e.a., RISBO/SEOR, 2009

<sup>66</sup> Bron: 'Studeren met succes'. Vijf succesvolle projecten rond Begeleid Leren voor studenten met psychische beperkingen. Charlotte de Wolf, Lies Korevaar, e.a., Lectoraat Rehabilitatie Hanzehogeschool Groningen, 2009

<sup>67</sup> Een beschrijving is opgenomen in paragraaf 6.4.

#### 4.2.1. Stakeholders Begeleid Leren

De relevante stakeholders van Begeleid Leren kunnen schematisch als volgt worden weergegeven<sup>68</sup>:



#### 4.2.2. Doel en missie

Begeleid Leren is afgeleid uit ‘Supported Education’, een programma dat door de Boston University is ontwikkeld. Het is gebaseerd op de visie en werkwijze van de IRB-methode, zoals beschreven in paragraaf 3.2.

Het doel van Begeleid Leren is de student vanuit cliëntperspectief te helpen zijn burgerrol weer op te pakken. Die rol kan betrekking hebben op een viertal levensterreinen: wonen, werken, leren en socialiseren. Het begrip ‘herstel’ speelt eveneens een rol.

Missie Begeleid Leren: ‘Studenten met psychiatrische beperkingen helpen bij het via een reguliere opleiding bereiken van hun leerdoelen, door hen de begeleiding te geven die zij wensen en nodig hebben, zodat zij met succes en tevredenheid kunnen functioneren in de onderwijsomgeving van eigen keuze met zo min mogelijk professionele hulp’.<sup>69</sup>

Een bedreiging voor het succes van Begeleid Leren is de uitval van deelnemers. De beste remedie hiertegen is individuele begeleidingstrajecten. Dit is in lijn met de filosofie achter Begeleid Leren.

---

<sup>68</sup> Lies Korevaar

<sup>69</sup> Citaat: ‘Studeren met succes’

Het slagen van Begeleid Leren is grotendeels afhankelijk van het enthousiasme en de betrokkenheid van uitvoerenden en management ROC en GGz. Daarom moet voldoende ruimte voor enthousiasmering en nieuwe samenwerkingsvormen worden ingebouwd.

#### 4.2.4. Onderzoeken

Er zijn twee overzichtsstudies verschenen van onderzoeken van Korevaar (2005) en Mowbray (2002). De studies komen tot de volgende conclusies:

- Begeleid Leren- programma's in verschillende settings, in diverse verschijningsvormen en met verschillende deelnemersgroepen zijn effectief bij het helpen kiezen, verkrijgen en behouden van een opleiding (de onderwijsdoelstelling);
- De programma's helpen mensen met ernstige psychiatrische problemen succesvol te zijn in werk;
- De programma's hebben een positief effect op zelfwaardering en de kwaliteit van leven.

Ten behoeve van de verdere ontwikkeling en implementatie van Begeleid Leren- programma's heeft het Lectoraat Rehabilitatie van de Hanzehogeschool Groningen in 2008 een onderzoek uitgevoerd naar vijf goede praktijken. Het onderzoek heeft plaatsgevonden in samenwerking met medewerkers van drie GGz-organisaties, te weten: ProMens Care/RIBW Drenthe, RIBW Oost-Veluwe en Lentis, Groningen.

De vijf onderzochte programma's bieden inzicht in de remmende en bevorderende factoren voor het initiëren, opzetten en uitvoeren van een Begeleid Leren- programma. De uitkomsten moeten uiteindelijk leiden tot een toolkit met daarin richtlijnen en handvatten voor de implementatie van een Begeleid Leren- programma.

#### 4.3. Knelpunten en oplossingsrichtingen

Naast diverse knelpunten op het terrein van onderwijsparticipatie leveren de literatuurstudie<sup>70</sup>, interviews en expertmeetings ook een groot aantal oplossingsrichtingen op. Deze komen onderstaand aan de orde.

Knelpunt

- **Zorg voorop**  
Als jongeren in zorgtrajecten terecht komen, is er weinig oog voor hun opleiding. De tijd en intensiteit die de behandeling kost, leiden vaak tot uitval op school.

---

<sup>70</sup> Bron: 'Studeren met succes' tenzij anders vermeld



### Oplossingsrichting

- **Aandacht voor onderwijs**

Bij meer aandacht voor onderwijs binnen de zorg is de kans groter dat GGz-jongeren op school blijven. Dat vergroot de kansen dat ze aan het eind van de behandeling met een diploma een baan kunnen zoeken of aan een vervolgopleiding kunnen beginnen.

### Knelpunt

- **Vooroordelen ROC's**

Bij ROC's heersen vooroordelen over studenten met een psychische beperking.

### Oplossingrichting

- **Begrip kweken bij ROC's**

De vijf goede praktijken hebben vanaf het begin er rekening mee gehouden dat het veel tijd en energie kost om begrip bij opleidingen te kweken voor studenten met een psychiatrische stoornis. Dit vraagt een lange adem. In de projecten die het langst lopen, is een omslag in denken merkbaar.

Tevens kan de inzet van ervaringsdeskundigen en rolmodellen een belangrijke bijdrage leveren aan het wegnemen van vooroordelen.

### Knelpunt

- **Gebrek aan begeleiding**

Op MBO-scholen is onvoldoende steun beschikbaar door het geringe aantal mentoruren per leerling. Bij HBO en universiteit is dat wel mogelijk, zij het dat de mentoruren beperkt zijn en het niet altijd duidelijk is bij wie en waarvoor de student terecht kan.

### Oplossingsrichting

- **Begeleiding**

Ondersteuning bieden bij het behouden van een reguliere opleiding; bijvoorbeeld een Steunpunt Studie + Handicap binnen de onderwijsinstelling.

De Begeleid Leren- programma's bieden individuele begeleiding aan de studenten. De resultaten van de vijf onderzochte Goede praktijken zijn goed. Landelijke uitrol van dit programma is wenselijk.

## Knelpunt

- **Gebrek aan maatwerk**

Er wordt onvoldoende rekening gehouden met de beperkingen die jongeren door hun stoornis ondervinden. Zo zijn er nauwelijks aanpassingen mogelijk zoals verkorten van de stage en langer studeren, zie Gebruikerstoets 'Studeren met een handicap 2008'<sup>71</sup>.

“Scholen vragen vaak volledige aanwezigheid. Ook de studieduur is beperkt, terwijl veel cliënten twee jaar nodig hebben voor één jaar scholing op MBO-1 niveau en twee jaar voor MBO-2 om een startkwalificatie te halen.”<sup>72</sup>

## Oplossingsrichting

- **Bijscholing en maatwerk**

Psycho-educatie aan ROC's-medewerkers over de beperkingen, die studenten ten gevolge van hun stoornis ondervinden. Vervolgens leertrajecten op maat aanbieden.

## Knelpunt

- **Onvoldoende financieringsmogelijkheden**

De vijf onderzochte goede praktijken kampen met knelpunten op het terrein van financiering. Geen enkele project heeft structurele financiering gevonden. Men is afhankelijk van projectsubsidies, individuele rugzakjes en eigen bijdragen. Tot nu toe is de AWBZ de meest stabiele financieringsbron. Die kan echter alleen worden ingezet wanneer een DBC is toegekend. Daartoe moet echter een psychiatrische diagnose zijn vastgesteld. Deze vorm van financiering maakt dat Begeleid Leren in het algemeen minder goed toegankelijk is voor studenten met lichtere psychische problematiek.

De opzet van de toelidingscursus 'Kiezen en verkrijgen' sluit niet aan bij de wijze van financiering van het MBO-onderwijs. Daarom kan de cursus niet uit reguliere onderwijsmiddelen worden gefinancierd.

Het leerling-gebonden budget, het zgn. rugzakje, is onvoldoende om alle noodzakelijke aanpassingen te doen.

## Oplossingsrichting

- **Voldoende financieringsmogelijkheden**

“Vanaf september 2009 kunnen alle jongeren met een beperking op de Hanzehogeschool Groningen een toelidingscursus 'Kiezen en verkrijgen' gaan volgen. De studenten betalen de cursus zelf. Indien mogelijk wordt de cursus door hun uitkerende instantie, zoals UWV en Sociale Dienst vergoed.”<sup>73</sup>

---

<sup>71</sup> Bron: Gebruikerstoets 'Studeren met een handicap 2008' T. Timmers en F. Steenkamp, Stichting HOP, onderwijs consumenten informatie, 2009

<sup>72</sup> VIP-team

<sup>73</sup> Lies Korevaar

“Het fonds van Zilveren Kruis Achmea had een duidelijke motivatie voor financiering van het programma Begeleid Leren in Rotterdam. Als je mensen helpt hun studentenrol te vervullen, kun je verwachten dat de patiëntenrol meer naar de achtergrond verschuift. Dit leidt tot een afname van een beroep op de zorg.”<sup>74</sup>

#### Knelpunt

- **Ontbreken overzicht financieringsmogelijkheden**

Een grote belemmering is de ingewikkeldheid rondom de inzet van financiële bronnen. Naast de AWBZ, vergoedingsmogelijkheden door zorgverzekeraars en onderwijsmiddelen kunnen gemeentelijke middelen en uitkeringen worden aangewend. Voor instellingen zijn deze mogelijke regelingen echter niet transparant.

“In het begin van het programma Begeleid Leren in Rotterdam werden we van het kastje naar de muur gestuurd, van SZW naar OCW naar VWS. Uiteindelijk heeft ZON MW de eerste periode gefinancierd en later een fonds van Zilveren Kruis Achmea.”<sup>75</sup>

“Zorgverzekeraars hebben geld voor scholing van patiënten. Het is echter heel onduidelijk dat je er een beroep op kunt doen, waarvoor en welke criteria worden gehanteerd.”<sup>76</sup>

#### Oplossingsrichting

- **Financiële wegwijzer**

Met hulp van een financiële wegwijzer alle mogelijkheden landelijk in kaart brengen en deze periodiek actualiseren.

“Het ROC Zadkine<sup>77</sup> financiert nu de begeleidingstrajecten van studenten met een psychische beperking als onderdeel van hun ondersteuningsaanbod.”<sup>78</sup>

#### Knelpunt

- **Onvoldoende expertise psychiatrische stoornissen**

Binnen het basis- en voortgezet onderwijs gaat de aandacht vaak naar ADHD en autisme, omdat deze stoornissen al vroeg kunnen worden gediagnosticeerd. Ook de Regionale Expertise Centra (REC) richten zich op deze doelgroepen. De andere stoornissen zijn tot ongeveer 18 jaar niet goed in beeld.

Bij het rugzakje, moet de begeleiding door het REC worden gegeven. Hun expertise bestaat echter grotendeels uit de begeleiding van jongeren met gedragsproblemen en met ADHD en autisme. Het begeleiden van jongvolwassenen met psychotische, stemmings-, angst- en persoonlijkheidsstoornissen vergt echter een andere aanpak.

---

<sup>74</sup> Lies Korevaar

<sup>75</sup> Idem

<sup>76</sup> Idem

<sup>77</sup> Dit Begeleid Leren programma wordt nader beschreven in paragraaf 6.4.

<sup>78</sup> Lies Korevaar

#### Oplossingsrichting

- **Begeleiding door andere disciplines**

Voor jongeren met psychiatrische stoornissen met een rugzakje begeleiding door experts mogelijk maken.

#### Knelpunt

- **Uniforme eisen diploma**

Aan elk diploma zijn specifieke eisen gekoppeld. Wanneer de student aan één competentie niet kan voldoen, krijgt hij geen diploma. Zonder startkwalificatie kan geen werk worden gevonden.

#### Oplossingsrichting

- **Competentiepaspoort invoeren**

Het competentiepaspoort hanteren voor studenten die door het ontbreken van een bepaalde competentie niet in staat zijn een diploma te halen. Het competentiepaspoort toont de additionele capaciteiten van de student. Daarmee wordt inzichtelijk wat hij wel kan. De focus komt dan te liggen, op basis van eerdere assessments en belastbaarheidsonderzoeken, op wat de leerling wel kan.<sup>79</sup>

#### Knelpunt

- **Gebrek aan informatie**

Voor ouders en studenten is er onvoldoende informatie over wat de Begeleid Leren scholen kunnen bieden.

#### Oplossingsrichting

- **Voorlichting en informatie**

Ondersteuning bieden bij het 'Kiezen en verkrijgen' van een reguliere opleiding; bijvoorbeeld de toeleidingscursus 'Impuls' bij ROC Zadkine. Empowerment en zelfregie zijn ook een wezenlijk onderdeel van de cursus.

Een cursus 'Verkennen' toevoegen voor jongeren die er een tijd uit zijn geweest of aan het bijkomen zijn van een episode. Tevens bekendheid geven aan de website [www.begeleidleren.nl](http://www.begeleidleren.nl). Deze site biedt veel informatie voor studenten, cliënten, familie, docenten en hulpverleners over het (gaan) studeren met een psychiatrische stoornis.

---

<sup>79</sup> 'Aanbevelingen Wajong, CG-Raad, 2009

## Knelpunt

- **Wet- en regelgeving UWV niet toegerust op GGz**  
Het concept van Begeleid Leren staat haaks op sommige beleidsuitgangspunten van uitkeringsinstanties. Een Begeleid Leren- traject duurt van 1 tot 4 jaar.

“UWV betaalt alleen voor scholing met de kortste weg naar werk.”<sup>80</sup>

## Oplossingsrichting

- **Reïntegratietraject GGz**  
UWV is aan het nadenken hoe voor deze doelgroep de trajecten meer op maat kunnen worden gemaakt. In paragraaf 3.7. is uiteengezet waaraan wordt gedacht.

## Knelpunt

- **Ontbreken toeleiding naar de arbeidsmarkt**  
De begeleiding stopt wanneer studenten hun diploma behalen. Hun zoektocht naar een baan moet dan meestal nog beginnen. Voor afgestudeerde studenten met een psychiatrische stoornis is het niet eenvoudig dit zonder begeleiding voor elkaar te krijgen.

Veel jongeren met een psychiatrische stoornis hebben een drievoudige handicap, namelijk beperkingen, geen opleiding en geen werkervaring. Dit bemoeilijkt de bemiddeling naar de arbeidsmarkt.

## Oplossingsrichting

- **Toeleiding naar de arbeidsmarkt in opleiding integreren**  
Een logische vervolgstap is het Begeleid Leren- model uit te breiden met een fase ‘Toeleiding naar arbeid’.

Ten behoeve van de arbeidsmarkt bemiddeling is een jobcoach nodig bij het verkrijgen en behouden van een baan.<sup>81</sup>

---

<sup>80</sup> VIP-team

<sup>81</sup> Idem

#### 4.4. Cliëntperspectief

Met Begeleid Leren wordt sinds eind jaren negentig in het onderwijs actief ingespeeld op studeren met een handicap, maar er is vooralsnog geen sprake van een gestroomlijnde aanpak. Onderwijs en zorg zijn nog steeds twee op zichzelf staande domeinen die beiden een fulltime beroep doen op de cliënt. Dit is voor de cliënt niet te volgen, waardoor de kans bestaat dat deze al snel afhaakt bij de opleiding. Ook hier is het centraal stellen van de cliënt/student en zijn opleidingsbehoefte in combinatie met de behandelingsbehoefte het antwoord om jongeren een zinvolle toekomst te bieden.

Een tweede drempel is dat er aan Begeleid Leren helaas geen vervolg zit richting een werkplek. Nu is het halen van een diploma het doel van de opleiding. In de ogen van CrossOver en LPGGz moet het verkrijgen van een werkplek het einddoel zijn. UWV financiert een opleiding via de kortste weg naar werk. Voor maatwerk is het echter wenselijk de weg te kiezen die leidt tot een duurzame werkplek op het niveau, dat het best bij de jongere past. Dit verkleint de kans op uitval tijdens de opleiding en het werk aanzienlijk.

## 5. WERK

### 5.1. Inleiding

Werken is heilzaam. Het draagt bij aan zelfontplooiing en maatschappelijke inbedding, geeft een dagritme en structuur, en kan een bron van plezier en voldoening zijn. Werk, betaald of onbetaald, speelt dus een belangrijke rol in het leven, ook in dat van jongeren met een psychiatrische stoornis.

Ten gevolge van de stoornis is er vaak sprake van een wisselende belastbaarheid, wat (het behoud van) werken bemoeilijkt. In paragraaf 3 komen de knelpunten en mogelijke oplossingsrichtingen aan de orde. Het hoofdstuk sluit af met het cliëntperspectief.

### 5.2. Participatiegraad

De groep jongeren met een psychiatrische stoornis die duurzaam aan het werk is, ligt op 15-20%. Het betreft waarschijnlijk vooral parttime banen en voor een belangrijk deel in beschutte werkvormen. De wens om te werken is drie tot vier keer zo hoog. Bij het volgen van een opleiding is deze verhouding waarschijnlijk hetzelfde.

“Deze gegevens worden niet goed bijgehouden, maar dit zou wel moeten.”<sup>82</sup>

“Veel jongeren die aan het werk zijn, werken parttime. Ze zijn niet gebaat bij fulltime werken, omdat dit te uitputtend is. Een belangrijke succesfactor is het langdurig begeleiden na werkaanvaarding.”<sup>83</sup>

### 5.3. Knelpunten en oplossingsrichtingen

Uit de interviews komen enkele knelpunten en oplossingsrichtingen op het terrein van arbeidsparticipatie naar voren. Deze worden onderstaand weergegeven.

Knelpunt

- **Onvoldoende expertise psychiatrische stoornissen**  
Begeleiding op de werkplek wordt door jobcoaches verzorgd. Jobcoaching is voorbehouden aan jobcoachorganisaties. Zij kennen echter de psychiatrische ziektebeelden onvoldoende. De Nederlandse Vereniging voor Autisme (NVA) heeft bijvoorbeeld een lijst met jobcoaches, die zich hebben gespecialiseerd in autisme.

Oplossingsrichting

- **Samenwerking ketenpartijen**  
Er moet meer afstemming komen tussen externe jobcoaches en de behandelaren van cliënten. Nog beter is het vormen van multidisciplinaire teams binnen de zorg, waarin ook jobcoaches en trajectbegeleiders participeren, zoals de IPS-methode, zie paragraaf 3.2. Kortere lijnen leveren meer slagkracht op. Intensieve samenwerking leidt tot meer maatwerk en tot toename van de kennis over en weer.

---

<sup>82</sup> Jaap van Weeghel en Riet Lochy

<sup>83</sup> Idem

## Knelpunt

- **Ontbreken van passend werkaanbod**

Meestal moeten mensen met beperkingen zich aanpassen aan de beschikbare baan. Daarbij wordt weinig rekening gehouden met hun beperkingen. Voor mensen met een psychiatrische stoornis kan het gaan om aangepaste werktijden, een prikkelarme omgeving, afgebakende taken, e.d. Verder zijn er te weinig mogelijkheden om parttime te werken. De meeste vacatures betreffen fulltime banen.

## Oplossingsrichting

- **Maatwerk werkaanbod**

Passend werk kan ertoe bijdragen dat mensen met een beperking aan een baan kunnen beginnen en/of hun baan kunnen behouden. Het blijkt dat hoe meer werkaanpassingen een werkgever doorvoert en hoe meer deze tegemoet komen aan de vragen en problemen van individuele werknemers, des te groter de kans dat deze werknemers hun baan behouden (Dielis 2000). Wat uit de literatuur bekend is over aanpassingen in de arbeidssituatie, is dat het vooral om maatwerk gaat. Daarvoor is een goede kennis van de werkorganisatie en een taakanalyse nodig (Dielis 2000). Onder andere kan worden gekeken naar de inhoud van het werk, of het voorspelbaar of variabel is, naar de sociale omgeving, omgevingsfactoren als licht en geluid, de begeleiding die iemand krijgt, werktijden, de regelmaat daarin, etc.<sup>84</sup>

Daarnaast moet goed in kaart worden gebracht welke beperkingen de werknemer heeft om een passende match te kunnen maken.

Jobcarving kan worden ingezet voor mensen die afgebakende taken nodig hebben. Door taken in een nieuwe functie te bundelen kunnen banen worden gecreëerd. Ook het afsplitsen van werkzaamheden bij bestaande functies kan werkgelegenheid opleveren. Inzet van de methodiek Jobcarving voor specifieke doelgroepen is voor de Nederlandse situatie door Vilans onderzocht. In een artikel<sup>85</sup> zijn enkele voorbeelden van de methode opgenomen.

## Knelpunt

- **Onbekendheid mogelijke werkaanpassingen**

Het is onvoldoende bekend welke werkaanpassingen bij beperkingen in het functioneren kunnen worden gerealiseerd. Bovendien lijken er onvoldoende middelen beschikbaar om mensen met aanpassingen aan het werk te houden. De aanpassing van de Wajongwet is met name bedoeld om juist deze leemte op te vullen.

## Oplossingsrichting

---

<sup>84</sup> Bron: 'Opleiding en Werk na een eerste psychose: de knop om in Amsterdam', februari 2008

<sup>85</sup> Bron: 'Jobcarving: succesvolle aanpak om nieuwe banen te creëren', Brigitte van Lierop en Karin van Soest, Maandblad voor Reïntegratie, 2008



- **Voorlichting aan werkgevers**

Voorlichting over de mogelijkheden de werkomstandigheden en taken aan te passen aan de mogelijkheden en beperkingen van de jongeren.

In het kader van de participatie van jongehandicapten heeft UWV inmiddels een werkgeverscentrum ingericht. Het doel is de administratieve lasten voor werkgevers zoveel mogelijk weg te nemen. Iedere werkgever krijgt een vast contactpersoon. Dit moet ertoe leiden dat de werkgevers in de toekomst zo min mogelijk met regels, subsidieaanvragen en formulieren worden belast.<sup>86</sup>

#### **5.4. Cliëntperspectief**

Het belang van werk voor jongeren met een psychiatrische stoornis wordt onderschat. Jongeren hebben vaak of geen baan, of een baan die niet (meer) past. Daardoor is de uitval hoog. Kennis bij werkgevers van de stoornis en de consequenties daarvan draagt bij aan begrip en de mogelijkheden om aanpassingen te regelen.

Tevens moet het imago van jongeren met een beperking op de werkvloer verbeteren. Als ze kunnen laten zien dat ze gemotiveerde, capabele collega's zijn, vergroot dit de acceptatie op de werkvloer. Maatwerk, een mentor op de werkvloer en een goede jobcoach zijn hierbij van groot belang. Dit alles zou goed moeten worden afgestemd met de behandelaren in de zorg, zodat zorg en werk vanaf het begin in elkaar grijpen. Jongeren die kort na hun opname bij de hand worden genomen, staan nog dichtbij de werkvloer of de opleiding. Daarmee blijft de aansluiting bij de maatschappij behouden. Het is belangrijk dat ook de thuissituatie het hebben van werk positief ondersteunt. Om tot deze geïntegreerde zorg te komen, moeten alle partijen nog veel stappen zetten.

---

<sup>86</sup> Bron: 'Iedereen doet naar vermogen mee, Kabinetsreactie op het advies van de Commissie fundamentele herbezinning Wet sociale werkvoorziening (Wsw), minister Rouvoet, december 2008

## 6. GOEDE PRAKTIJKEN

In het verkennend onderzoek zijn drie goede praktijken op het gebied van rehabilitatie meegenomen. Dit zijn het VIP-project AMC, ABC Altrecht en het ACT-team GGz Eindhoven. Daarnaast zijn twee goede praktijken in het onderwijsveld belicht. Dit zijn ROC Zadkine en Stichting Windroos Foundation. Deze praktijken onderscheiden zich van de gangbare GGz-praktijk door hun visie op rehabilitatie en rehabilitatie leidend te laten zijn in de behandeling van de jongeren. Per instelling worden alleen de genoemde knelpunten en oplossingsrichtingen vermeld, die specifiek zijn voor de betreffende organisatie. De algemene knelpunten en oplossingsrichtingen zijn in de betreffende paragrafen van hoofdstuk 3 en 4 verwerkt. Het hoofdstuk sluit af met het cliëntperspectief.

Dit hoofdstuk is tot stand gekomen op basis van interviews met professionals en informatie van de betreffende organisaties.

### 6.1. VIP-project AMC<sup>87</sup>

#### Aanleiding VIP-project

Jongeren met een eerste psychose vormen een kwetsbare groep die snel tussen wal en schip vallen. De diagnose wordt pas laat gesteld. Vaak zijn ze dan al uitgevallen tijdens werk of opleiding. Motivatie voor behandeling is gering. Eenmaal in behandeling is de weg terug naar school en werk vaak moeilijk.

Jongeren met een eerste psychose komen meestal laat bij de GGz in beeld. Een psychose wordt voorafgegaan door een periode van minder functioneren. Het gaat vaak sluimerend, waardoor de omgeving het pas laat in de gaten heeft. Jongeren komen uiteindelijk wel in beeld bij politie of hulpverlening. Dit leidt vaak tot opname omdat intensieve ambulante hulpverlening niet kan worden geboden of te laat beschikbaar is. Een opname kan weer leiden tot grotere afstand van familie, werk of opleiding.

Vanuit het Vroegtijdig Interventie Psychose team van AMC (VIP) is het project 'De knop om' ontstaan. De werk- en stuurgroep worden gevormd door afgevaardigden van drie Amsterdamse GGz-instellingen, DWI (Dienst Werk en Inkomen), UWV en de Vereniging Anoksis. Sinds 2007 zijn er in Amsterdam twee VIP-teams.

#### Missie

Binnen Amsterdam de mogelijkheden van jongeren met een psychose vergroten om een reguliere opleiding te volgen, te gaan werken of anderszins te participeren in de maatschappij. Aan het einde van de behandeling heeft de jongere zich van patiënt tot consument ontwikkeld en is hij in staat op eigen kracht die hulp te zoeken die nodig is.

---

<sup>87</sup> Interview met Debbie Kamstra, jobcoach; Hiske Becker, psychiater en Wim Jansen, hoofdverpleegkundige

## Visie

Als rehabilitatie wordt uitbesteed, heeft de psychiater vaak weinig oog voor de rehabilitatiewensen van de cliënt. De trajectbegeleider vindt dat de cliënt door de psychiater wordt kort gehouden in zijn rehabilitatiewens. Dit kan tot misverstanden leiden. Daarom werkt het VIP met een geïntegreerde behandeling van de psychose én rehabilitatie.

De beroepshouding van de teamleden is heel belangrijk. Het samen kijken naar kansen aan de ene kant en oog hebben voor de kwetsbare kant is van doorslaggevend belang om jongeren gemotiveerd te houden. Het delen van ervaringen is hierbij essentieel. Continue bijscholing van het team vindt plaats om de kennis up to date te houden en de IPS-methode<sup>88</sup> te trainen.

## Doelgroep

Jongeren tussen de 16 en 30 jaar met een eerste psychose worden gedurende drie jaar begeleid. De eerste drie jaar is een roerige periode, omdat de kans op terugval groot is en op veel fronten actie moet worden ondernomen om de cliënt weer op de rails te krijgen.

## Uitgangspunten

Inspiratie is opgedaan vanuit multidisciplinaire eerste psychose teams in Birmingham (Birchwood). Belangrijke uitgangspunten zijn:

- Jongeren vroeg opsporen door nauwe samenwerking met het regionale netwerk;
- Motiveren van de jongeren en opbouwen van een werkrelatie;
- In kaart brengen van de diagnostiek (psychose en verslaving) met aansluitend behandeling;
- Systematisch screenen van iemands functioneren en financiële situatie op kansen voor opleiding en werk;
- Integraal aandacht besteden aan financiën, wonen, werk, scholing en dagbesteding;
- Betrekken van familie en andere belangrijke partners;
- De jongere in behandeling houden.

## Methode

Het VIP-project werkt volgens de IPS-methode die de rehabilitatieplannen ondersteunt. Door de re-integratie hand in hand te laten gaan met de behandeling lopen de jongeren tijdens het IPS-traject vroeg of laat tegen hun eigen beperkingen op. Bijsturing is dan mogelijk zonder het te problematiseren, bijvoorbeeld werkaanpassingen in duur of meer pauzes.

“We gaan mee in het plan en toetsen deze aan de realiteit. Met de cliënt bespreken we wat hij nodig heeft om zijn plan te realiseren, zoals benodigde diploma’s en vaardigheden, opstellen CV, e.d. Door de consequenties met plussen en minnen in kaart te brengen laten we de cliënt zelf conclusies over de haalbaarheid trekken.”

De teams hebben alle benodigde kennis in huis door maatschappelijk werk, trajectbegeleiders en verslavingsdeskundige integraal in de teams op te nemen. Daarnaast zijn goede samenwerkingsafspraken met externe ketenpartners als UWV, DWI en woonbegeleiding gemaakt.

---

<sup>88</sup> Zie paragraaf 3.2.

“Zo weten we bijvoorbeeld welke formulieren er nodig zijn voor een Wajongaanvraag en welke informatie UWV nodig heeft in de begeleidende brief.”

### **Praktijk**

De hulp wordt zoveel mogelijk daar geleverd waar deze nodig is, zoals op school, de werkvloer, bij de jongere thuis of desgewenst in de spreekkamer. De inzet is zo snel mogelijk met iedere cliënt een plan op te stellen, dat aansluit bij zijn wensen op gebied van opleiding, werk of andere maatschappelijke en sociale activiteiten. Bij verslaving wordt hier specifiek aandacht aan besteed. Alle facetten van behandeling en rehabilitatie worden in één behandelplan in het hele team besproken en apart met de jongere en zijn ouders.

Doordat de hulpverleners een beperkt aantal jongeren in behandeling hebben, is persoonlijke aandacht mogelijk. Er is sprake van teamverantwoordelijkheid. Er wordt naar gestreefd dat meerdere teamleden (disciplines) de cliënt kennen. Dan kan gemakkelijk worden ingesprongen bij acute situaties.

“In het verleden werd de re-integratie aan Apassi uitbesteed. Dit re-integratiebedrijf is gespecialiseerd in het begeleiden van cliënten met een psychiatrische stoornis. De verwijzing leverde echter weinig op. We kregen de cliënten vaak terug, omdat ze volgens het bedrijf ‘niet doelvaardig genoeg’ zouden zijn. Verder hebben we gemerkt dat andere re-integratiebedrijven vaak te weinig oog hebben voor de psychiatrische aspecten en daardoor te hoge eisen stellen en teveel verwachtingen hebben. De negatieve symptomen van de ziekte worden door derden vaak gelabeld als ongemotiveerd. Over het algemeen is het zo dat commerciële re-integratiebureaus onvoldoende weet hebben van deze symptomen. Of ze weten niet om te gaan met de beperkingen waardoor de jongeren tussen wal en schip vallen.”

### **Knelpunten en oplossingsrichtingen**

Onderstaand worden de knelpunten en oplossingsrichtingen beschreven die het VIP-project in de samenwerking met de Amsterdamse uitvoeringsorganisaties tegenkomt. De andere genoemde knelpunten en oplossingsrichtingen zijn in paragraaf 3.5. verwerkt.

- **DWI**

Om voor aanbesteding in aanmerking te komen moet de terminologie van het DWI worden gebruikt;

Het traject moet precies binnen hun kaders vallen en is voor de VIP-clieñten vaak te hoog gegrepen. Zo stelt het DWI hoge eisen aan aanwezigheid. 32 uur leerwerkplek en 8 uur school per week. De meeste cliënten hebben echter een maximale belasting van 24 uur per week; Het DWI durft de cliënten niet naar een werkgever te sturen omdat ze ziek zijn.

- **Pantar Amsterdam**

DWI verwijst veel naar Pantar Amsterdam, die vaak geen maatwerk biedt. Veel cliënten worden in de groenvoorziening of op de bestekafdeling geplaatst. Voor sommigen is dat passend, maar voor veel anderen niet;

Er wordt geen rekening gehouden met de beperkingen van de cliënt. Ze moeten vaak vroeg beginnen, de hele dag werken en worden op een drukke werkplek met veel prikkels geplaatst.

- **UWV**

Veel cliënten met werk hebben nuluren contracten, bijvoorbeeld via een uitzendbureau. Als ze worden ontslagen, worden ze vaak niet ziek gemeld en zitten dan zonder inkomsten. Het is een ramp om ze vervolgens in de ziektewet te krijgen.

#### Oplossingsrichtingen

- Je moet veel voorlichting geven over de arbeidsmogelijkheden en beperkingen van de doelgroep en onder welke werkomstandigheden ze het beste tot hun recht komen.
- Je moet de barricade op om heilige huisjes te slechten. Bijvoorbeeld: hoe de cliënten moeten worden benaderd; hoe uitnodigingen moeten worden verstuurd; hoe wordt voorkomen dat meerdere keren dezelfde informatie wordt gegeven; de wachttijden en het ontbreken van een vaste contactpersoon.

#### Rol ouders

Er is veel contact met de ouders, omdat de meeste gesprekken in de thuissituatie plaatsvinden. Familie wordt betrokken bij voorlichtingsbijeenkomsten en gezien als partner in de behandeling. Er zijn twee voorlichtingsochtenden, oudergroepen en een training omgaan met een kind met een eerste psychose. Verder zijn er individuele gesprekken met maatschappelijk werk mogelijk en worden de ouders betrokken bij de evaluatiemomenten.

#### Ervaringsdeskundigheid

Ervaringsdeskundigheid werkt aanvullend op de geboden geïntegreerde behandeling. Ervaringsdeskundigen bouwen een vertrouwensband op en kunnen perspectief bieden. Wil de cliënt niet met de psychiater praten, dan vaak wel met de ervaringsdeskundige. Deze is tevens de luis in de pels van de organisatie.

#### Samenwerkingspartners

Het VIP is onderdeel van de zorglijn psychotische stoornissen adolescenten van het AMC. Externe samenwerkingspartners zijn de Bascule, DWI, UWV, de patiëntenvereniging Anoiksis en HVO-Querido. Het VIP-team biedt dus eigenlijk ketenzorg.

#### Resultaten

Op dit moment wordt wetenschappelijk onderzoek gedaan naar de resultaten en effecten van de IPS-methode, die het VIP-project gebruikt. Uit een eerder gehouden quickscan komt naar voren dat 80% van de cliënten actief is. Zij zijn aan het werk (25%), zitten op de school (25%) of volgen een traject naar werk (30%).

## 6.2. ABC Altrecht<sup>89</sup>

ABC bestaat sinds 2002. Het is een afdeling van de divisie Altrecht Willem Arntsz met ambulante en klinische zorg aan jongeren met een psychotische kwetsbaarheid.

### Missie

‘Jongeren met een psychotische kwetsbaarheid ondersteunen bij hun herstel door middel van het aanbieden van rehabilitatie (gericht op deelname aan de samenleving) en behandeling (gericht op symptoomreductie) in samenwerking met de jongeren, direct betrokkenen en ketenpartners.’<sup>90</sup>

### Profiel

ABC heeft zich ontwikkeld tot een afdeling met een duidelijk herkenbaar profiel. Er zijn drie kritische factoren die dit profiel bepalen (zie schema 1).

#### Schema 1. Kritische factoren die het profiel van ABC bepalen<sup>91</sup>

1. de peergroep van jongeren met een psychotische kwetsbaarheid
  - ontmoeting en herkenning van lotgenoten
  - hulpverleners met ervaringsdeskundigheid
  - gespecialiseerde hulpverleners
2. huisvesting van ABC
  - normale huisvesting, niet herkenbaar als GGz (milieurehabilitatie)
  - gelokaliseerd in het centrum
  - ruimte om elkaar informeel te ontmoeten
3. behandelvisie
  - rehabilitatie op de voorgrond: werken, leren, vrije tijd, wonen, sociale contacten en financiën
    - behandeling van stoornissen staat ten dienste van rehabilitatie
  - gezinnen standaard betrekken
  - communicatiestijl waarbij gelijkwaardigheid en samen-zoeken voorop staan (het proces van het samen-zoeken is even belangrijk als het resultaat van de behandeling)
  - ambulante behandeling:
    - op de voorgrond
    - geïntegreerd met de kliniek
  - te typeren als een vip met fact, inclusief iddt en ips volgens irb-uitgangspunten

<sup>89</sup> Interview met Tom van Wel

<sup>90</sup> Bron: ‘Je werkt hier aan wat je wilt in je leven’. Onderzoeksverslag over ABC als best practice in 2008, Tom van Wel, april 2009

<sup>91</sup> Idem

De ABC-behandeling is te typeren als vroege interventie bij mensen met psychoses (VIP), inclusief de function assertive community treatment (fact). De behandeling van een eventuele verslaving maakt deel uit van de multidisciplinaire behandeling volgens de integrated dual disorder treatment (iddt)-aanpak. Er is een aparte trajectbegeleider voor leren en werken volgens de IPS-methode, waarbij volgens de uitgangspunten van de IRB-methode wordt gewerkt.

De behandeling van de stoornis staat ten dienste aan de (rehabilitatie)doelen van de cliënt. Daarbij wordt standaard met de familie en andere betrokkenen samengewerkt. De zorg wordt bij voorkeur ambulant geboden, zowel individueel als in groepen. Als een tijdelijke opname noodzakelijk is, kan ABC deze ook in een open setting bieden. Dezelfde casemanager, trajectbegeleider, psycholoog en psychiater blijven dan betrokken bij de behandeling.

### **Rol management**

Het management heeft geregeld benadrukt dat prioriteit aan rehabilitatie moet worden gegeven. Dit blijkt onder meer uit de missie van ABC, uit de procesbeschrijvingen in verband met de certificering en uit gepresenteerde beleidsplannen. Daarna heeft het management de doelstellingen geconcretiseerd: 'Elke klinisch opgenomen cliënt dient op het gebied van wonen een rehabilitatieplan te hebben. Daarnaast dient er bij dezelfde cliënt op een ander doelterrein nog een rehabilitatieplan te zijn.'

“Deze opstelling van het management moet parallel lopen aan de houding van de medewerkers naar de cliënten toe. Voor de medewerkers geldt dat ze met de cliënt een rehabilitatietraject moeten starten, ook als ze het doel van de cliënt niet zien zitten. Om deze gesprekken aan te gaan hoeft er geen realistisch doel te zijn. Evenmin hoeft de cliënt psychisch stabiel te zijn.”

### **Knelpunten en oplossingsrichtingen**

Knelpunt

- **Aantal rehabilitatietrajecten**

ABC kiest expliciet voor een primaire plaats voor rehabilitatievragen van de cliënt. Toch kwamen individuele rehabilitatietrajecten aanvankelijk maar moeizaam van de grond. Het leek te vrijblijvend voor de medewerkers om rehabilitatie wel of niet gestalte te geven. Was een traject eenmaal gestart, dan zakte het meestal snel weer in.

“Het geringe aantal trajecten heeft ons de afgelopen jaren beziggehouden en heeft tot diverse aanpassingen geleid. We zochten eerst de oorzaak in startproblemen van de medewerkers die een nieuwe gesprekstechniek moesten toepassen. Daarom is er direct na deze training werkbegeleiding georganiseerd. Dit gebeurde door een rehabilitatiedocent van buitenaf en was verplicht. Na verloop van tijd heb ik wekelijks ook een uur rehabilitatiewerkbegeleiding voor het personeel verzorgd. Dit was niet verplicht.”

## Oplossingsrichting

- **Monitoring rehabilitatietrajecten**

Om bij de medewerkers de uitgezette rehabilitatietrajecten te volgen worden deze sinds twee jaar gemonitord. Hiervoor is een formulier ontworpen, dat elk kwartaal bij de afdelingsmanager wordt ingeleverd.

Door verwachtingen te concretiseren en trajecten te checken oefent het management nu druk uit op de medewerkers om rehabilitatietrajecten uit te zetten. De trajecten worden ook inhoudelijk becommentarieerd en beoordeeld. De gedetailleerd uitgewerkte techniek van de individuele rehabilitatiebenadering leent zich hiervoor bij uitstek. Algemene uitkomsten worden in het team besproken. Individuele uitkomsten komen in de jaargesprekken van de medewerkers aan bod. Op basis daarvan wordt gekeken welke vaardigheden medewerkers eventueel missen en hoe deze het beste kunnen worden aangeleerd. Verder vindt nu wekelijks rehabilitatiewerkbegeleiding door eigen medewerkers plaats.

‘People don’t do what you expect, but what you inspect’. Je moet er dus bovenop zitten. Er veranderen pas dingen, als je er op wordt afgerekend.

In de praktijk blijft het moeilijk. Iedereen is geschoold in het behandelen van stoornissen. Daar blijft men primair op gericht. Ook in de teamvergaderingen staat het bespreken van de behandeling nog teveel centraal. We experimenteren nu met het uitbreiden van deze methode door collega’s eerst elkaar feedback op hun rehabilitatietrajecten te laten geven, inclusief een beoordeling.”

## Knelpunt

- **Tweedeling in denken**

Er lijkt sprake te zijn van een tweedeling in het denken. Heeft het gedrag van de cliënt te maken met koppigheid door bijvoorbeeld zijn puberteit? Dan moet er streng worden opgetreden. Maar heeft het te maken met de psychose, dan wordt de cliënt daar nauwelijks op aangesproken. Hij kan er immers niets aan doen. Deze opstelling was tot enige tijd geleden typerend voor ABC.

## Oplossingsrichting

- **Afspraken nakomen**

“Een meegaande, niet confronteerde opstelling van ABC is onwenselijk. De jongvolwassenen moeten immers leren dat het niet nakomen van afspraken in onze samenleving een probleem is.

Door hun stoornis zijn ze extra kwetsbaar, waardoor dit gedrag eerder schadelijke gevolgen heeft dan bij jongvolwassenen zonder stoornis. Daarom is de stelregel: ‘Wij houden je aan afspraken en houden rekening met je grenzen. Deze grenzen moet je zelf aangeven. Jij kunt ons ook aan afspraken houden.’ In de praktijk accepteren we echter nog teveel dat cliënten in bed blijven liggen, zonder dit te problematiseren.



Voor de medewerker gelden dezelfde afspraken als voor cliënten. Hij is samen met de cliënt verantwoordelijk voor de voortgang van het revalidatietraject. Als een traject vastloopt, kan hij bij een revalidatiewerkbegeleider terecht.”

### **Rol ouders**

De familie wordt intensief bij de behandeling betrokken, zoals bij de bespreking van het behandelplan. Daarnaast kunnen ze deelnemen aan voorlichtingsavonden, een psycho-educatie cursus en familiebegeleiding.

“Naast de gebruikelijke familiebegeleiding is er sinds anderhalf jaar ook familiebegeleiding in een groep. Dit is uniek in Nederland. Het is de Amerikaanse methode ‘multifamily group’. Op dit moment zijn er twee groepen met 7 systemen. Dat hoeven niet alleen de ouders te zijn. De groepen komen eens per 2 weken bij elkaar gedurende 2 jaar. Eén groep draait al langere tijd. Daar zijn de betreffende cliënten nu ingestroomd. De andere groep is vrij groot (20 personen). De groep wil zich echter niet opsplitsen, want vindt het horen van de ervaringen van de andere cliëntsystemen heel leerzaam.”

### **Ervaringsdeskundigheid**

ABC is er tegen om ervaringsdeskundigheid te beperken tot een functionaris ervaringsdeskundigheid. Want de meeste hulpverleners hebben zelf direct of indirect ervaring met de GGz.

“Er heerst een groot taboe om hierover het praten. Dit ‘afstand houden’ heb je tijdens de opleiding geleerd. In de hulpverlening is het een kloof die heel schadelijk is. Want je verwacht van de cliënt dat hij er wel over praat, terwijl je zelf afstandelijk blijft over je eigen ervaringen. Daarom willen we dat ervaringsdeskundigheid niet beperkt blijft tot de functionaris die ervaringsdeskundig is.”

### **Samenwerkingspartners**

ABC kent een veelheid aan in- en externe samenwerkingspartners. Een overzicht is in bijlage V opgenomen.

### **Resultaten**

De gekozen aanpak van het voorop plaatsen van revalidatie leidt tot positieve resultaten. Het aantal revalidatietrajecten is fors toegenomen. Tegelijkertijd nemen de zorgbehoeften van cliënten af. Ook de inhoudelijke beoordelingen van trajecten laten een duidelijk stijgende lijn zien. Sinds het monitoren van deze trajecten worden de werkbegeleidingsbijeenkomsten ook veel beter bezocht.

### 6.3. ACT-team GGz Eindhoven (GGzE)<sup>92</sup>

De ACT-methode<sup>93</sup> is een eerste psychose programma.

Vijf jaar geleden is het in Eindhoven gestart. De behandelgroep bestaat hoofdzakelijk uit jongeren.

#### Missie

Jongeren staan op het punt hun vleugels uit te slaan als de eerste psychose optreedt. Voor hen is leren en werken heel evident. Uitgangspunt is mensen helpen in hun herstelproces. Enerzijds wordt gewerkt aan het baas worden over de klachten van de psychose. Anderzijds wordt gewerkt aan het (weer) oppakken en/of behouden van hun maatschappelijke rollen.

#### Omvang doelgroep

De omvang van de totale groep mensen met een psychotische stoornis binnen het GGzE centrum psychotische stoornissen ligt rond 1.500 cliënten. Jaarlijks komen er circa 50 mensen met een eerste psychose bij en stromen er circa 40 uit van de totale groep. Op dit moment heeft het ACT-team ongeveer 120 jongeren met een eerste psychose in zorg.

#### Werkwijze

Alle cliënten worden de eerste drie jaar na de psychose ambulant behandeld door het ACT-team. Tijdens deze periode vindt de begeleiding plaats door een multidisciplinair team met onder andere trajectbegeleiders. In het behandelplan worden alle levensgebieden van de jongere betrokken: vrije tijd, wonen, studie en werk. Per cliënt wordt bekeken hoe hij er per gebied voor staat en welke acties nodig zijn.

#### Methode

Alle trajectbegeleiders en sociaal psychiatrisch verpleegkundigen (SPV-ers) zijn in de IRB-methode opgeleid. Ditzelfde geldt voor de casemanagers en trajectbegeleiders die aan de casemanagementteams zijn verbonden. Deze teams trekken op met de mensen die na de periode van drie jaar nog behoefte hebben aan verdere ondersteuning.

“Tien jaar geleden richtte de behandeling zich vooral op de symptomen. Nu is er veel meer aandacht voor trajectbegeleiding. Soms lukt het een trajectbegeleider in eerste instantie wel om aan te sluiten, terwijl behandelinterventies veel lastiger zijn. Er valt nog wel veel te verbeteren. Toch is vooruitgang in het afstemmen van de zorg geboekt.”

#### Rol van de ouders

Familie is een onmisbare derde partij bij het verlenen van zorg. Kennismaking met de ouders is in het ACT-team verplicht. Er vinden 3 individuele gesprekken plaats, waarin centraal staat wat de ouders hebben meegemaakt. Daarnaast kan de familie deelnemen aan de cursus psycho-educatie, bestaande uit 14 bijeenkomsten. Verder kunnen ze participeren in een lotgenotengroep, die door naasten wordt begeleid. Andere activiteiten zijn:

- Project ‘Naasten voor naasten’, waarin 3 ervaringsdeskundige ouders in de eerste week andere ouders bellen voor een luisterend oor. Dit concept is afgekeken uit Melbourne;
- Individuele ondersteunende gezinsbegeleiding door een SPV-er en psycholoog, gericht op het delen van kennis en ervaring en aanleren van vaardigheden;

---

<sup>92</sup> Interview Sjaak Roza, programmamanager ACT-team GGzE

<sup>93</sup> Zie paragraaf 3.2.

- Klankbordgroep, bestaande uit cliënten, ouders en teamleden, waarin wordt besproken wat goed gaat en beter kan. Resultaten: bereikbaarheidsdiensten in het weekend en nieuwe folders.

### **Ervaringsdeskundigheid**

Sinds een half jaar na de start is er een ervaringsdeskundige begeleider in het ACT-team. In het Casemanagement begint het nut ook door te dringen. Een eerste ervaringsdeskundige begeleider is daar inmiddels ook begonnen.

GGzE heeft relatief veel betaalde ervaringsdeskundigen in dienst. Zij voegen veel toe aan de kwalitatieve ondersteuning en zorg door een andere manier van kijken naar de problematiek van de cliënt.

Er loopt een transitie-experiment van Zon MW, waarin cliënten met ervaringsdeskundigheid op de Fontys hogeschool de SPH-4-opleiding volgen.

“Je eigen manier van kijken verandert als je veel met een ervaringsdeskundige collega optrekt. Ze dragen ook iets bijzonders bij in het contact met de cliënten.”<sup>94</sup>

### **Samenwerkingspartners**

Er wordt samengewerkt met woningbouwverenigingen, scholen, uitkeringsinstanties en re-integratiebedrijven.

### **Resultaten**

Het ACT-team biedt geïntegreerde zorg. De cliënt en zijn behoeften en wensen staan centraal. Dit vraagt goede en intensieve samenwerking, maar levert ook veel op voor de cliënt en zijn omgeving. Door deze benadering zijn er direct minder opnames en is de zorgvraag in de toekomst kleiner. Maar vooral is de cliënt beter in staat de verschillende maatschappelijke rollen te vervullen, zoals school en werk.

## **6.4. ROC Zadkine<sup>95</sup>**

### **Aanleiding**

Het project Begeleid Leren van het ROC Zadkine is in 1999 begonnen. Het initiatief is ontstaan vanuit een cursus voor ervaringsdeskundigen met een psychiatrische stoornis, die in de GGz willen werken. Deze cursus was zo succesvol dat deze is uitgegroeid tot de opleiding Begeleider GGZ met ervaringsdeskundigheid (BGE). Na de cursus bestond bij de deelnemers, die niet in de GGz wilden werken, de behoefte via onderwijs een maatschappelijke rol te vervullen. Daarop is de oriëntatiecursus ‘Impuls’ ontwikkeld, gericht op kiezen en verkrijgen van een opleiding.

Tijdens de eerste drie jaar heeft het ROC subsidie gekregen van ZonMW en Zilveren Kruis Achmea. Op basis daarvan is begonnen met een pilot van de cursus ‘Impuls’. Later is ook een Steunpunt Begeleid Leren opgericht. Bij het Steunpunt worden studenten individueel begeleid bij het behouden van hun opleiding. Het maakt onderdeel uit van het Zadkine Service Centrum.

---

<sup>94</sup> Sjaak Roza

<sup>95</sup> Bron: Interview met René Poots, coördinator ROC Zadkine en Wilma Eleveld, docent

**Missie**

Studenten met een psychosociale/psychiatrische problematiek ondersteunen bij het kiezen, verkennen en behouden van een reguliere opleiding. De kansen op de arbeidsmarkt voor deelnemers vergroten door hen een regulier diploma te laten behalen.

**Visie**

(Ex)psychiatrische mensen kunnen worden gerehabiliteerd.

“Jarenlang is de nadruk gelegd op het niet kunnen. Wij richten ons op wat zij wel kunnen. Voorwaarde is wel dat ze de potentie moeten hebben tot een rolverandering van patiënt naar student.”

**Doelgroep**

De deelnemers variëren in leeftijd van 16 tot 52 jaar. Het merendeel wordt via GGz-medewerkers doorverwezen.

De cursus richtte zich aanvankelijk alleen op deelnemers met een psychiatrische stoornis. In de laatste cursus waren ook cursisten met lichamelijke beperkingen aanwezig. Dit heeft goed gewerkt. Ze spiegelen zich aan elkaar. Voor degenen met een psychiatrische beperking was het een eyeopener hoe de cursisten met hun lichamelijke beperking omgaan. Daardoor zijn ze anders naar hun eigen beperking gaan kijken.

**Methode**

Door middel van de Individuele Rehabilitatiemethode (IRB)<sup>96</sup> worden de opleidingsmogelijkheden aangegeven.

“De IRB is vrij abstract met veel lijstjes, die de deelnemers niet activeerden. Daarom hebben we het veel praktischer gemaakt. In de groep wordt veel geoefend in praktische vaardigheden, zoals ervaren waar je tijdens de studie tegenaan loopt en oriënteren op je eigen zelfbeeld en kijken wat daar bij past.”

ROC Zadkine werkt veel samen met de trajectbegeleider van de cursist. Dat gebeurt halverwege de cursus als de trajecten worden uitgezet en aan het eind naar de behoefte van de deelnemer. De cursisten nemen een cursusdag iemand mee. Dat is vaak de trajectbegeleider.

**Aanbod**

De cursus bestaat uit 10 wekelijkse bijeenkomsten van 4,5 uur. Daarnaast vinden per deelnemer gemiddeld 2 individuele gesprekken plaats. Daarnaast kunnen de cursisten gebruikmaken van het Zadkine Service Centrum. Dit centrum biedt een breed scala van diensten aan, zoals:

- Schoolmaatschappelijk werker
- Psycholoog
- Assessment en testmogelijkheden (niveau, dyslexie)
- Dyslexieverklaring
- Logopedie
- Uitstroombegeleiding

---

<sup>96</sup> Zie paragraaf 3.2.

- Loopbaanbegeleiding
- Counselor
- Vaardigheidslessen

Het Service centrum wordt bekostigd door de gezamenlijke Opleidingscentra.

### **Knelpunten en oplossingsrichtingen**

#### Knelpunt

- **Financiering**  
ROC-instellingen zijn zakelijk. Ze kijken naar de baten en lasten. De balans slaat dan negatief uit. De cursus 'Impuls' is mogelijk vanwege een positief management op het ROC Zadkine.

De structurele financiering van de cursus is een probleem. Deelnemers betalen een eigen bijdrage van € 200. Dit is niet kostendekkend. De overige kosten neemt de school voor zijn rekening. Het ROC gaat er van uit dat ongeveer de helft van de deelnemers een opleiding bij ROC Zadkine gaat volgen. Dan wordt de investering enigszins terugverdiend.

#### Oplossingsrichting

- Mogelijke financiering wordt door Lies Korevaar van het Lectoraat Rehabilitatie van de Hanzehogeschool onderzocht.

#### Knelpunt

- **Zelfreflectie studenten**  
De gehanteerde methode vraagt een zekere mate van zelfreflectie. De meeste cursisten hebben daar geen problemen mee. In de laatste groep zaten echter twee autisten met een laag niveau. Zij hadden moeite met zelfreflectie en konden moeilijker in de groep functioneren. Het lukte hen ook niet de stap naar de keuze van een opleiding te maken.

#### Oplossingsrichting

- Autisten kunnen wellicht beter in kleine groepjes of individueel worden begeleid. Meer voorlichting over autisme is een aandachtspunt.

#### Knelpunt

- **Financiering door UWV**  
Voor vergoedingen is het belangrijk om goede werkafspraken met het UWV te maken. De deelnemers komen echter uit een zeer grote regio. Daardoor is het niet mogelijk dit met alle betrokken regiokantoren te regelen.

### Oplossingsrichting

- Vergoedingen door UWV moeten landelijk voor alle Begeleid Leren projecten worden geregeld

### Knelpunt

- **Monitoring studenten**  
ROC Zadkine weet niet waar de deelnemers na de cursus terecht komen en of ze hun opleiding afmaken. Onderzoek krijgen ze niet van de grond.

### Oplossingsrichting

- ROC Zadkine is een Hyves-site gestart waar deelnemers het vervolg kunnen melden. Daarnaast is een terugkomdag in de planning. Het onderzoek kan wellicht als afstudeeronderzoek worden uitgevoerd.

### Succesfactoren

- Het ROC als trekker en initiatiefnemer heeft intern voor draagvlak gezorgd en de beeldvorming positief beïnvloed. Daarnaast is het management bevlogen.
- De deelnemers voelen zich sinds lange tijd serieus genomen. Daardoor komen ze in beweging.
- De locatie van de cursus. Als de cursus binnen het ROC wordt gegeven, ondergaan de deelnemers een rolverandering van patiënt naar student.
- Het cursusaanbod. Dit is van één naar vier keer per jaar gegaan.
- Een onderwijsinstelling heeft zicht op de opleidingsmogelijkheden, waardoor een keuze beter kan worden gemaakt dan vanuit de GGz. ROC Zadkine heeft daartoe de Zadkine Infoshop. Daarnaast kunnen degenen die lang uit het onderwijs zijn via het Service Center een beroepskeuzetest doen.

### Eigen ervaringen delen

Eigen ervaringen delen is belangrijk en wordt in de cursus ingezet. De deelnemers zitten allemaal in hetzelfde schuitje. Ze kunnen zich aan elkaar spiegelen en wisselen veel ervaringen uit, zoals het omgaan met het dagnachtritme. Maar het is geen therapiegroep.

### Samenwerkingspartners

De cursus is opgezet met het Trimbos-instituut, Stichting Rehabilitatie '92 en de Bavo-Parnassia groep (GGz). De toelevering van deelnemers vindt plaats door 80 GGz-instellingen.

Er zijn veel partners in de begeleiding van de deelnemers. Dit varieert van mantelzorg tot professionele begeleiding.

## Resultaten

Sinds 2 jaar wordt de cursus 4 keer per jaar gegeven met circa 80 deelnemers per jaar. Voordien was dat 1 keer per jaar. In de afgelopen tien jaar zijn 26 cursussen gegeven. Op de 20 deelnemers:

- vallen er 3 af, meestal omdat ze nog teveel last hebben van hun stoornis en dus niet doelvaardig zijn;
- maken er 2 geen keuze en 15 wel. Van de laatste groep starten er 7 tot 8 direct met de opleiding. De anderen starten nog niet om allerlei redenen, meestal zijn ze er nog niet aan toe vanwege ziekte, financiën, angst, etc.

Sinds 2002 is de cursus een structurele activiteit van afdeling Welzijn van ROC Zadkine.<sup>97</sup>

---

<sup>97</sup> Een uitgebreide beschrijving van dit en andere projecten Begeleid Leren is te vinden in 'Studeren met succes'. Vijf succesvolle projecten rond Begeleid Leren voor studenten met psychische beperkingen. Charlotte de Wolf, Lies Korevaar, e.a., Lectoraat Rehabilitatie Hanzehogeschool Groningen, 2009.

## 6.5. Stichting Windroos Foundation<sup>98</sup>

### **Aanleiding**

Het reguliere zorgsysteem leert de jongeren om te gaan met hun beperkingen, maar biedt hen nog steeds (2009) te weinig hoop en de mogelijkheid om zelfvertrouwen op te bouwen.

Het plan dat tot De Windroos heeft geleid, is in 1994 ontstaan op initiatief van ouders van jongeren met een psychische beperking. Zij werden geconfronteerd met het gebrek aan toekomstperspectief voor hun kinderen na hun ontslag uit een kliniek voor behandeling van psychosegevoeligheid.

### **Missie**

De Windroos biedt jongeren met een psychische beperking ondersteuning bij het realiseren van een passende toekomst. De Windroos richt zich op duurzaam herstel om jongeren te helpen een zinvolle en passende plaats in de samenleving in te nemen en te houden.

### **Visie**

Jongeren hebben veerkracht en potentieel tot herstel dat moet worden aangesproken. Daartoe hebben ze een natuurlijke ontmoetingsplaats nodig waarin ze andere jongeren, zowel lotgenoten in het project als leeftijdsgenoten op school en/of werk, kunnen ontmoeten. Tevens hebben ze bescherming en een zorgvuldig opgebouwde uitdaging nodig. Bescherming in hun kwetsbaarheid en uitdaging in het ontwikkelen van hun talenten en kwaliteiten. De uitdaging is verder gaan met de natuurlijke ontwikkelingsfase van de leeftijdsgroep, computers en internet, sociale contacten met leeftijdsgenoten, school en werk.

Begeleiders, ouders en docenten zoeken het evenwicht tussen loslaten en steunen. Dit is nodig voor alle jongeren in deze leeftijdsgroep, maar voor jongeren met psychische beperkingen in het bijzonder. Hoe kunnen ze hun beperking leren hanteren en hoe kunnen ze zelf hun toekomst vorm geven?

Uiteindelijk blijven de jongeren, hun ouders en hun netwerk de enige constante factor in ieder steunsysteem. Zij zijn de actoren.

De onafhankelijke positionering van het project biedt jongeren en hun steunsysteem de gelegenheid om als eigenaar van hun eigen toekomst alle expertise om zich heen te verzamelen die nodig is voor hun begeleiding.

### **Doelgroep**

De doelgroep bestaat uit jongeren met een psychosegevoeligheid en aanverwante stoornissen, zoals jongeren met een stoornis in het autistisch spectrum of stemmingsstoornissen. De diagnose is niet alles bepalend. Belangrijk is de klik tussen de jongere en het programma van de Windroos en de herstelmogelijkheden.

Het programma is helemaal toegespitst op het herstel van deze doelgroep.

## **Inspiratiebronnen voor de Windroosformule<sup>99</sup>**

---

<sup>98</sup> Bron: Interview met Carin Bosma, directeur Windroos Foundation



### 1. Trimbos-onderzoek

Het programma van de Windroos is geïnspireerd op de uitkomsten van een onderzoek van het Trimbos-instituut naar een optimaal zorg- en rehabilitatieprogramma voor jonge mensen met psychosegevoeligheid. Optimaal is:

- Positieve verwachtingen (vertrouwen in eigen toekomst)
- Geen tijdslijmen, maar wel gericht op (tussentijds) succeservaringen
- Goede timing van veranderingsgerichte acties
- Op individuele maat gesneden trajecten
- Persoonlijke en continue begeleiding
- Inschakeling van natuurlijke steungevers (zoals familieleden)
- Aansluiting bij het gewone leven op alle levensgebieden (integraal karakter)

### 2. Supported Education

De Windroosformule is gebaseerd op de methodiek Supported Education.<sup>100</sup> Jongeren met een psychische beperking moeten weer aansluiting krijgen bij het 'gewone' leven. Daarvoor is het belangrijk dat ze hun patiëntenrol afleggen en een nieuwe identiteit ontwikkelen als student, te midden van medestudenten.

### 3. Strengths Model van Rapp

De kernelementen van dit model vormen de uitgangspunten van de Windroos:

- Kenmerken herstelproces: ieder individu beschikt over een zekere veerkracht. Hoop en optimisme kunnen die veerkracht opwekken en eigen verantwoordelijkheid verstrekt het zelfvertrouwen;
- Ecologisch perspectief: er moet zoveel mogelijk gebruik worden gemaakt van de in de gemeenschap beschikbare mogelijkheden;
- Empowerment: Opties en macht zijn essentieel. Het individu moet zicht hebben op de keuzemogelijkheden en over voldoende vertrouwen beschikken om zelf de regie te nemen.

### Karakteristieken Windroosformule

Genoemde inspiratiebronnen hebben geleid tot de volgende karakteristieken van de formule:

- **Holistisch** gericht op het individu als geheel
- **Integraal** ondersteuning gericht op alle leefgebieden
- **Optimistisch** positieve benadering het glas is halvol niet half leeg
- **Consumer run** deelnemers voeren de regie over hun eigen traject en participeren in de besluitvorming over het programma.

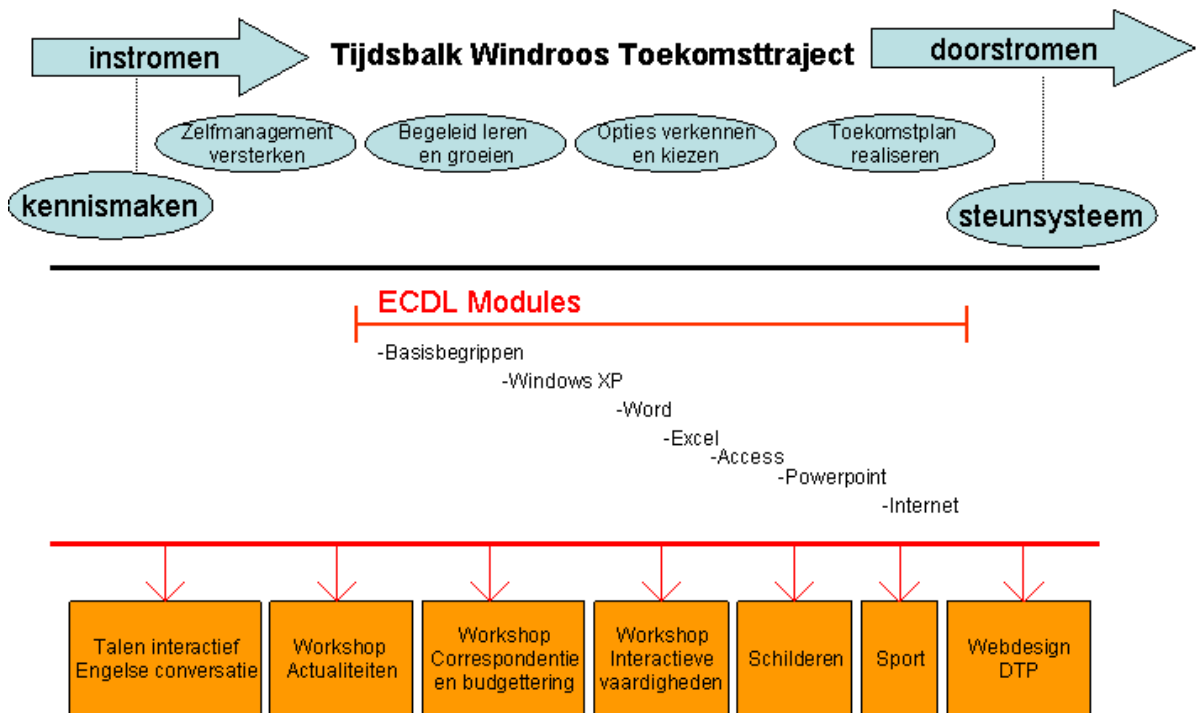
---

99 Bron: 'De Windroosformule. Een herstel- en integratietraject voor jongvolwassenen met een psychische handicap', Hulsing, F. en Plekenpol, H., 2006, Stichting Windroos Foundation

100 Zie paragraaf 3.2.

## Het Programma

De tijdsbalk geeft aan in welke volgorde de stappen worden genomen. De deelnemer bepaalt zelf de inhoud van het programma. De nadruk komt naast het computeronderwijs meer op onderwijs in zijn algemeenheid te liggen. Er is ook een zelfstudiegroep. Onderwijs dient echter nog steeds als middel tot herstel. De kernbegrippen zijn hetzelfde, maar de menukaart wijzigt zich op de vraag van de jongere.



## Toelichting

### *Zelfmanagement versterken*

Persoonlijke begeleiders helpen jongeren om opnieuw een dagritme te ontwikkelen en de regie over hun leven terug te krijgen.

### *Begeleid leren en groeien*

De basis van het programma zijn de modules van het ECDL (European Computer Drivers Licence). Door te werken aan de modules en het behalen van de deelcertificaten bouwen deelnemers hun concentratie op en winnen aan zelfvertrouwen. Het is ook mogelijk om via zelfstudie een opleiding naar keuze te volgen. Een docent helpt om studiedoelen te bereiken. Deelnemers kunnen kiezen uit diverse workshops om vaardigheden te ontwikkelen: correspondentie, actualiteiten, budgetteren, sporten en schilderen.

### *Mogelijkheden verkennen en kiezen*

Na verloop van tijd gaan jongeren via loopbaanbegeleiding hun mogelijkheden voor de toekomst verkennen: een passende werkplek of een vervolgopleiding.

### *Toekomstplan realiseren*

De Windroos helpt de deelnemers bij alle stappen naar een vervolgopleiding of naar werk.

## **Knelpunten en oplossingsrichtingen**

### Knelpunt

- **Financiering trajecten**

Het Windroostraject biedt een integraal pakket van zorg, onderwijs en re-integratie in het eigen tempo van de jongere. De gemeentelijke subsidie in het kader van de WMO is voor maatschappelijke participatie. De doelgroep van De Windroos zit echter in een fase voorafgaande aan mogelijke maatschappelijke participatie.

Vanuit de zorgverzekeringswet is begeleiding in het kader van een DBC maar van beperkte duur (3 tot 6 maanden). Dat is voor de doelgroep onvoldoende om duurzame re-integratie tot stand te brengen. Ook onderwijs wil niet bijdragen aan het Windroosprogramma vanwege de te kleine groepen, te laag tempo en teveel begeleiding.

De regelgeving rondom met name de AWBZ is zo veranderlijk dat de Windroos elk jaar weer in onzekerheid verkeert, vooral de laatste tijd. De AWBZ beperkt zich straks echter alleen nog maar tot zorg voor chronische patiënten.

### Oplossingsrichting

- **Continuering AWBZ-subsidie**

De doelgroep betreft jongeren die na de behandeling **niet** direct terug kunnen naar school of werk, ook niet met enige ondersteuning. Het betreft immers jongeren met een matige tot ernstige verstoring van hun regie. Het moet nog blijken in hoeverre voor de individuele jongere herstel en re-integratie naar scholing en werk mogelijk is. Dat kost tijd. Daarvoor moet AWBZ-financiering blijven bestaan.

### **Ervaringsdeskundigheid**

Ervaringsdeskundigheid is een must voor een deel van het personeel. De onderwijsassistenten zijn ervaringsdeskundig. Zij vormen 30% van het personeel.

### **Rol ouders**

De Stichting Windroos Foundation is ook een belangenbehartigingsorganisatie. Statutair is vastgelegd dat minimaal 50% van het bestuur uit ouders moet bestaan. Verder maken zij een groot deel uit van de integrale benadering tijdens het traject van hun kind. Er zijn ouderavonden en een jaarafsluiting met staf, deelnemers en ouders.

### Samenwerkingspartners

De GGz-instellingen, de scholen, UWV, re-integratiebedrijven en leer-/werkbedrijven.

### Resultaten

In 2006 is de werkwijze door het Trimbos-instituut geëvalueerd. Het instituut concludeert dat de Windroos in Nederland kan worden beschouwd 'als één van de voorlopers in de ontwikkeling van een specifiek herstel- en integratieprogramma voor deze doelgroep en in het gebruik van computeronderwijs als hulpmiddel tot herstel. Ook de combinatie van een breed scala aan herstel- en integratiegerichte activiteiten voor deze doelgroep, maakt dat de Windroos een unieke positie inneemt in het (inter)nationale aanbod'.<sup>101</sup> Zij bevelen een landelijke verspreiding aan. De Windroos wil dit zelf ter hand nemen.

De Windroos streeft naar duurzame re-integratie. Medio 2008 zijn de resultaten onderzocht. Daartoe zijn oud-deelnemers benaderd die vanaf 2004 zijn doorgestroomd. Vanaf 2004 hebben in totaal 37 deelnemers het toekomsttraject afgemaakt. Van de benaderde groep hebben 28 deelnemers gereageerd. De resultaten zijn hierna weergegeven.

| Doorstroom naar:                           | percentages |
|--|-------------|
| Betaald werk                               | 29 %        |
| Opleiding                                  | 29 %        |
| Stage/werkervaringsplaats                  | 14 %        |
| Vrijwilligerswerk                          | 11 %        |
| Werk met behoud van uitkering              | 3 %         |
| Dagbesteding/maatschappelijke participatie | 3 %         |
| * Anders, namelijk.....                    | 11 %        |

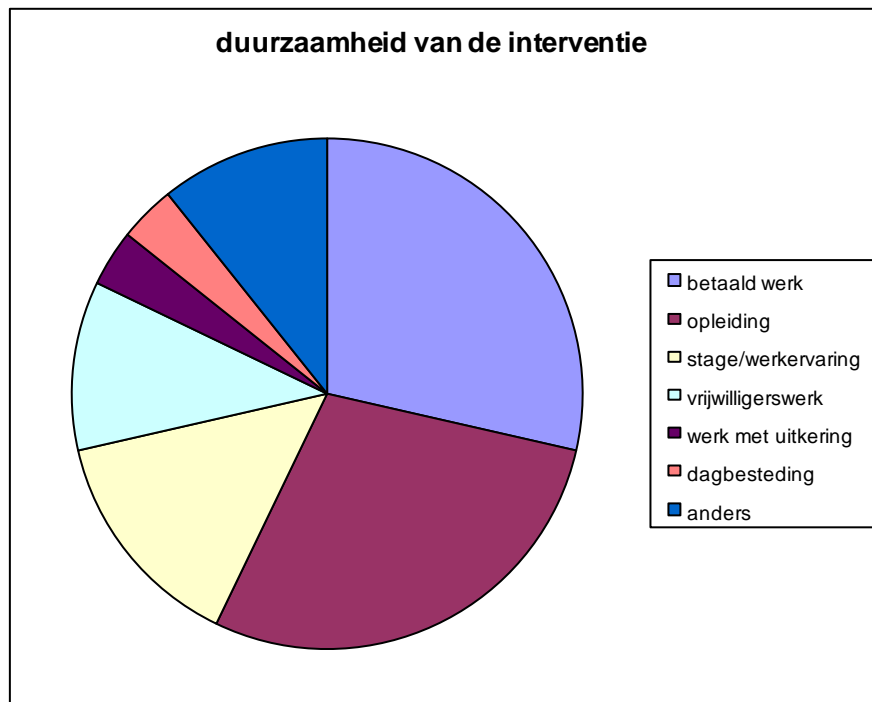
\* Het lukt niet

Thuisstudie

Niet gezond genoeg voor werk

<sup>101</sup> Planije M., N. van Erp, H. Kroon, 2007, Het Windroos Toekomsttraject. Een evaluatie van een Herstel- en integratietraject voor jonge mensen met een psychische beperking, Trimbos-instituut

De gegevens zien er in een diagram als volgt uit:



#### **Toelichting**

De Windroos heeft een capaciteit van 40 deelnemers. Dit is pas in 2006/2007 gerealiseerd. Een aantal van hen is nog in traject. Vóór die tijd was de capaciteit nog in opbouw. Het realiseren van een toekomsttraject duurt gemiddeld twee jaar. Dit verklaart het relatief geringe aantal deelnemers, dat het toekomsttraject tot nu toe heeft afgemaakt.

#### **6.6. Cliëntperspectief**

De hierboven beschreven goede praktijken hebben een heldere visie op de ontwikkelingsmogelijkheden en kansen van jongeren met een psychiatrische stoornis. Ze vertalen dat ieder voor zich in concrete en soms onorthodoxe aanpakken. Alle genoemde praktijken laten zien dat het mogelijk is om jongeren met een beperking aan het werk of naar school te krijgen en te houden. Binnen de pilots als het VIP-team is ook duidelijk dat het UWV ruimte kan creëren om flexibel om te gaan met de zoektocht naar passend werk. Het is wenselijk dat het UWV deze ruimte regulier inzet en pro-actief met projecten en initiatieven meedenkt.

De instellingen laten zien dat het mogelijk is om in ambulante teams werk te maken van werk. Vroegtijdige rehabilitatie in alle intakegesprekken en behandelplannen is nog geen gemeengoed. Dit standaard invoeren zou een goede inspanning van de instellingen zijn.

De goede resultaten van de pilots en praktijken vragen om verspreiding en borging in de GGz-instellingen.

## **7. POLITIEKE EN MAATSCHAPPELIJKE ONTWIKKELINGEN**

### **7.1. Inleiding**

De ontwikkelingen in de sociale zekerheid staan bepaald niet stil. Het kabinet wil jongeren stimuleren hun school af te maken, werken en leren te combineren of een baan te aanvaarden. Daartoe zijn twee wetswijzigingen op komst: de nieuwe Wajong en de Wsw. In verband hiermee is in oktober 2009 een nieuwe website gelanceerd [www.ikkan.nl/wajong-wsw](http://www.ikkan.nl/wajong-wsw). De veranderingen worden in paragraaf 7.2. en 7.3. toegelicht.

Ook het brede gemeentelijke arbeidsperspectief en de hoofdrol van gemeenten bij de (arbeids)toeleiding van jongeren spelen een belangrijke rol. Deze rol is in de Wet WIJ verankerd. Deze nieuwe wet komt in paragraaf 7.4. aan de orde.

Het kabinet maakt zich veel zorgen over de toename van de groep jeugdigen en jongeren met ontwikkelings- en gedragsstoornissen tot 23 jaar. De vrees bestaat dat steeds meer jongeren een regulier traject naar werk niet of met een grote omweg doorlopen. Deze zorg was aanleiding een SER-advies aan te vragen. In paragraaf 7.5 wordt bij dit advies stilgestaan.

De nieuwe wet- en regelgeving gaat uit van de mogelijkheden van mensen, ook als zij een beperking hebben. Tot voor kort werd juist gekeken wat iemand met beperkingen niet kan. Deze nieuwe visie vergt een cultuuromslag bij alle betrokken actoren. Daartoe is het Programma Cultuuromslag Wajong door het ministerie SZW ontwikkeld. In paragraaf 7.6 wordt dit programma toegelicht. Het hoofdstuk wordt afgesloten met het cliëntperspectief.

### **7.2. Wet Werk en Arbeidsondersteuning Jonggehandicapten**

#### **7.2.1. Inleiding**

Afgelopen jaren bleven de uitgaven aan Wajong-uitkeringen stijgen. Van bijna 1,3 miljard euro in 2003 tot bijna 1,9 miljard euro in 2008. Eind 2008 waren er 178.000 Wajongers.<sup>102</sup> De voorspelling is dat dit aantal in het jaar 2050 naar ruim 400.000 groeit als het kabinet geen maatregelen neemt. Een groot gedeelte werkt. Sommigen hebben een slapende uitkering, anderen een gedeeltelijke uitkering. De Wajong draait niet alleen om een uitkering maar ook en straks vooral om voorzieningen om aan het werk te komen of te blijven. De nWajong legt dan ook de nadruk op die voorzieningen en ziet de uitkering als sluitstuk.

De toename van de uitgaven komt onder andere doordat leerlingen uit het Voortgezet Speciaal Onderwijs en het Praktijkonderwijs in de Wajong terechtkomen. Het wordt soms als pluspunt genoemd dat er Wajongteams zijn waarin het UWV en scholen gezamenlijk opereren. Het negatieve effect is dat de arbeidsdeskundige van het UWV zich teveel laat leiden door de angst van de school dat haar leerlingen geen kans hebben op de arbeidsmarkt en dus positief adviseren over een uitkering. Daarnaast speelt een rol dat de gemeente jongeren met een beperking die in de bijstand waren beland, heeft overgebracht naar de Wajong, waar zij als jonggehandicapten feitelijk thuishoren. Verder hangt het ook samen met een betere herkenning van relatief nieuwe ziektebeelden zoals autisme en ADHD.

---

<sup>102</sup> Bron: StatLine, Linda Peters, Wettelijke sociale zekerheidsinstellingen, financiën, juli 2009

Er is een te negatief beeld ontstaan van de mogelijkheden van Wajongers, doordat altijd is gekeken naar hun onmogelijkheden in plaats van hun mogelijkheden. Daardoor is geen onderscheid gemaakt naar categorieën Wajongers, die wel en niet kunnen werken. Differentiatie en maatwerk waren niet mogelijk.

In de huidige Wajong worden jongeren met een beperking al op jonge leeftijd (vaak rond 18 jaar) volledig arbeidsongeschikt verklaard, terwijl ze nog volop in ontwikkeling zijn. Daarom wordt de Wet Werk en Arbeidsondersteuning Jonggehandicapten voorbereid. Het belangrijkste doel van de vernieuwing van de Wajong is jongeren met een beperking te ondersteunen bij het vinden en houden van een baan bij een reguliere werkgever.

### 7.2.2. Veranderingen<sup>103</sup>

- In de nieuwe wet staat het recht op arbeidsondersteuning centraal in plaats van het recht op een uitkering. De nieuwe wet krijgt om die reden een andere naam: Wet werk en arbeidsondersteuning jonggehandicapten (Wet Wajong);
- Jongeren met arbeidsperspectief komen in de zogenoemde ‘Werkregeling jonggehandicapten’. Een individueel participatieplan beschrijft de wijze waarop de arbeidsondersteuning wordt vormgegeven. Dit plan wordt in nauw overleg met de jongere door de arbeidsdeskundige opgesteld;
- Voor de werkregeling geldt voornamelijk de leeftijdsgrens van 27 jaar. Deze grens sluit aan op de regeling voor het werkleerrecht van jongeren, die in de Wet Investeren in Jongeren (Wet WIJ)<sup>104</sup> is vastgesteld. Op 27-jarige leeftijd vindt de definitieve beoordeling plaats over blijvende toepassing van de Wet Wajong;
- Als onderdeel van de arbeidsondersteuning kunnen jonggehandicapten inkomensondersteuning aanvragen. Voor de jongeren in de werkregeling die buiten hun schuld niet werken, zal de inkomensondersteuning 75% van het wettelijk minimumloon zijn;
- Er komt meer ruimte voor maatwerk;
- Een weigering van werkaanbod of het niet meewerken aan re-integratie leidt tot beëindiging van de inkomensondersteuning;
- Jongeren die om medische of arbeidskundige redenen volledig én duurzaam arbeidsongeschikt zijn, blijven recht houden op een ongewijzigde Wajong-uitkering

Naar verwachting wordt de wet per 1 januari 2010 van kracht en geldt voor nieuwe Wajongers vanaf 2010. De huidige systematiek blijft in stand voor de Wajongers die al in de Wajong zitten. Ze mogen wel op vrijwillige basis aan de werkregeling deelnemen.

## 7.3. Wet sociale werkvoorziening (Wsw)

### 7.3.1. Inleiding

De Wsw stelt mensen met een beperking in staat te werken in of via een Sociale Werkvoorziening (SW). Dit bedrijf biedt werk op maat, waarbij vooral wordt gekeken naar mogelijkheden en talenten, naast bestaande beperkingen. In de SW werken mensen met een lichamelijke,

---

<sup>103</sup> [www.szw.nl](http://www.szw.nl)

<sup>104</sup> De Wet WIJ wordt in paragraaf 7.4. toegelicht.

verstandelijke en/of psychische arbeidsbeperking, die in staat zijn passende arbeid te verrichten. De gemeente kan mensen in een beschutte omgeving laten werken (veelal Sw-bedrijven genoemd), maar er kan ook gedetacheerd worden of met een Begeleid-Werkenplek bij een reguliere werkgever worden gewerkt.

Het kabinet wil dat meer mensen met een Wsw-indicatie gebruik maken van hun rechten en mogelijkheden om een passende baan te vinden bij een reguliere werkgever. Daartoe is de wet aangepast. In paragraaf 2 worden de wijzigingen kort aangestipt.

De Wsw is gebaseerd op het streven naar emancipatie van mensen met een beperking: zo veel mogelijk meedoen in de reguliere samenleving. De doelstellingen van de Wsw worden echter onvoldoende gerealiseerd. In 2008 werkte 75 procent van de ongeveer 100.000 Wsw-ers in de beschutte omgeving van de sociale werkplaatsen.<sup>105</sup> Daarnaast zijn de wachtlijsten toe- in plaats van afgenomen. Net als in de Wajong is sprake van een toename van het aantal jongeren met een beperking. De oorzaken voor deze toename zijn in hoofdstuk 1 beschreven.

Voorname knelpunten hebben geleid tot het installeren van een commissie, die advies heeft gegeven over herziening van de Wsw. In paragraaf 3 komt het advies nader aan de orde.

### **7.3.2 Gewijzigde Wet Sociale Werkvoorziening**

Sinds 2008 is de gemeente verantwoordelijk voor de uitvoering van de wet. Ook is het voor werkgevers gemakkelijker en aantrekkelijker gemaakt om mensen met een Wsw-indicatie in dienst te nemen. Daarnaast zijn er nu meer rechten en mogelijkheden om zelf passend werk te vinden met behulp van PGB en cliëntenparticipatie.<sup>106</sup>

### **7.3.3 Commissie fundamentele herbezinning Wsw**

De opdracht van de commissie was advies uit te brengen over mogelijke maatregelen om de participatie van genoemde doelgroep te vergroten. Vanwege de samenhang met andere groepen uitkeringsgerechtigden is de commissie gevraagd alle regelingen voor mensen met beperkingen in onderlinge samenhang te bekijken. De commissie heeft in oktober 2008 haar rapport gepresenteerd.<sup>107</sup>

Het kabinet onderschrijft het advies. Daarin staat een nieuwe benadering van mensen met een beperking waarin vrijblijvendheid in beginsel niet (meer) past. Iedereen die een beroep doet op een vorm van inkomensondersteuning moet zijn capaciteiten zoveel mogelijk benutten. Gelijke rechten en plichten gelden voor iedereen. Deze uitgangspunten staan ook in de Werkregeling Wajong.

Vanuit cliëntenperspectief bevat het advies zowel positieve als negatieve punten. De punten die voor het onderhavige rapport relevant zijn, worden onderstaand kort benoemd.

---

<sup>105</sup> Bron: Iedereen doet mee naar vermogen, kabinetsreactie op het advies van de Commissie Fundamentele herbezinning Wet sociale werkvoorziening (Wsw), minister Rouvoet, december 2008

<sup>106</sup> Meer informatie is te vinden op [www.aanhetwerkmetdeWsw.nl](http://www.aanhetwerkmetdeWsw.nl)

<sup>107</sup> Idem



## Positieve punten

- De klant staat centraal en zelfregie wordt gestimuleerd
- Iedereen krijgt een passend en individueel pakket op maat
- Ook mensen die nu langs de kant staan vanwege hun grote afstand tot de arbeidsmarkt krijgen een kans op werk en ontwikkeling
- Verworven rechten worden niet aangetast (zowel in de Wajong als Wsw)
- De beschikbare reïntegratie-instrumenten komen voor alle doelgroepen beschikbaar, ongeacht hun uitkeringssoort
- Het handelen in de geest van de wet in plaats van de letter van de wet staat bij de dienstverlening centraal. In de 'Toonkamers' zijn hier zeer goede resultaten mee behaald.<sup>108</sup>
- Er wordt geïnvesteerd in voorlichting om negatieve beeldvorming bij werkgevers tegen te gaan.

## Negatieve punten

- Met de keuze van budgetneutraal invoeren van de werkregeling kiest de commissie voor kwantiteit in plaats van kwaliteit
- De tweedeling blijft bestaan tussen wie wel/niet **volwaardig** mag participeren. Daar hoort ook een goed arbeidsvoorwaardenpakket bij, zoals pensioenopbouw, die in de huidige Wsw is opgenomen.
- Tot op heden zijn werkgevers nog steeds huiverig om mensen met arbeidsbeperkingen aan te nemen. Dit geldt te meer als het om mensen met een psychiatrische beperking gaat. In acquisitiesprekken zeggen werkgevers: "Doe mij maar een rolstoel". Dat is voor hen vertrouwd. Uit onwetendheid rust er nog steeds een groot taboe op alles wat met psychiatrie te maken heeft.

De voorgestelde hervorming van de Wsw is heel ingrijpend, omdat het kabinet nastreeft alle inkomensregelingen in één regeling onder te brengen. Daarom is besloten eerst in pilots na te gaan of de nieuwe regeling werkt. In de pilots wordt bekeken in welke mate daadwerkelijk sprake is van een verhoogde én duurzame participatie van de doelgroep. Ook wordt de effectiviteit van de prikkels voor werknemers in de nieuwe regeling onderzocht. Verder is van doorslaggevend belang of er voldoende werkgevers bereid zijn om banen aan te bieden. Voor mensen met psychiatrische beperkingen zijn de ervaringen tot nu toe ronduit teleurstellend. Het is dus zeer de vraag of dit nu wel gaat lukken.

### 7.4. Wet Investeren in Jongeren (Wet WIJ)

De Wet WIJ regelt dat jongeren tot 27 jaar verplicht zijn een onderwijs- en/of werktraject van de gemeente te accepteren. Het wetsvoorstel is gericht op het activeren van jongeren en het leggen van een adequate basis voor duurzame arbeidsparticipatie.<sup>109</sup> De wet is op 1 oktober 2009 in werking getreden.

---

<sup>108</sup> zie [www.waocafe.nl/waowia/van\\_over\\_uvw/i4209.html](http://www.waocafe.nl/waowia/van_over_uvw/i4209.html)

<sup>109</sup> Bron: Memorie van toelichting, voorstel van wet Investeren in jongeren

Het kabinet wil jongeren stimuleren hun school af te maken, werken en leren te combineren of een baan te aanvaarden. Gemeenten moeten jongeren die geen startkwalificatie hebben, stimuleren deze eerst te halen.

Jongeren krijgen het recht op een werk-leeraanbod. Gemeenten worden verplicht een plek aan te bieden. Het aanbod wordt afgestemd op de situatie van de jongere. Als de jongere het aanbod niet accepteert, krijgt hij ook geen uitkering. Accepteert hij het werkaanbod, dan ontvangt hij salaris van de werkgever. Bij acceptatie van het leeraanbod krijgt de jongere waar nodig een inkomen dat even hoog is als de huidige WWB-uitkering.

Gemeenten hoeven geen aanbod te doen aan jongeren die niet kunnen werken of leren. Deze groep jongeren komt wel in aanmerking voor de inkomensvoorziening van de WIJ, die aansluit bij de huidige bijstandsnorm.<sup>110</sup>

## 7.5. Aanvraag SER-advies<sup>111</sup>

Het kabinet maakt zich veel zorgen over de toename van de groep jeugdigen en jongeren met ontwikkelings- en gedragsstoornissen tot 23 jaar. De vrees bestaat dat steeds meer jongeren een regulier traject naar werk niet of met een grote omweg doorlopen. Deze zorg was aanleiding een SER-advies aan te vragen. Daartoe is de ad-hoc commissie 'Participatie jongeren met een ontwikkelings- of gedragsstoornis (JOS)' ingesteld. De commissie moet advies uitbrengen over de beleidswijzigingen die nodig zijn om onnodige medicalisering tegen te gaan. Daarmee wordt bedoeld op het onterecht gebruik maken van voorzieningen door onnodig beroep op het systeem. Tevens moet advies worden gegeven om jongeren met ontwikkelings- en gedragsstoornissen zo goed mogelijk toe te rusten voor participatie tijdens hun volwassen leven.

### Motieven voor de adviesaanvraag

De doelgroep maakt hoge maatschappelijke kosten voor bijvoorbeeld zorg en uitkeringen. Daarnaast bestaat de behoefte aan arbeidspotentieel in verband met de vergrijzing op de arbeidsmarkt.

### Doelgroep

Volgens de commissie hoort niet alleen de groep met gediagnosticeerde ontwikkelings- of gedragsstoornissen tot de doelgroep, maar ook jeugd met psychische of gedragsproblemen. Die problemen kunnen worden veroorzaakt door een stoornis, maar dat hoeft niet. Voor veel jongeren speelt ook 'bijkomende' problematiek een rol, zoals verslavingen, schulden, crimineel gedrag. Daardoor ontstaan vaak vicieuze cirkels, waardoor deze jongeren moeilijk verder komen. Tot slot rekent de commissie ook de jongeren die niet zijn geïndiceerd, maar die wel met gelijksoortige problemen te maken hebben, tot de doelgroep.

De commissie wil de maximumleeftijd van de doelgroep laten aansluiten op de Wet Investeren in jongeren (Wet WIJ), die op 27 jaar is gesteld, zie paragraaf 7.4.

### Doelstelling adviesaanvraag

De adviesaanvraag heeft het doel meer jongeren te laten meedoen in de samenleving door het

---

<sup>110</sup> Bron: [www.szw.nl](http://www.szw.nl)

<sup>111</sup> Interview Brigid Claassen, plaatsvervangend directeur Directie Sociale Zaken SER

volgen van een opleiding en werk naar vermogen. Zo hoopt het kabinet te voorkomen dat grote groepen jongeren langdurig of blijvend afhankelijk zijn van sociale voorzieningen.

Het kabinet wil onnodige medicalisering tegengaan. Een paar voorbeelden. Het is voor een school aantrekkelijk een leerling te labelen. Dan hoeft de school de kosten niet meer zelf te dragen. Of een schoolarts die een leerling het advies 'dyslexie' wil geven, omdat hij dan een jaar langer kan studeren en extra studiefinanciering krijgt.

Er zijn echter ook groepen die de voorzieningen echt nodig hebben, maar aversie hebben tegen hulpverlening. Zij komen in de statistieken niet voor. Als ook deze groepen kunnen worden bereikt, zal een vermindering van onnodige medicalisering geen effect sorteren op het totale gebruik en de kosten daarvan.

Het SER-advies wordt in december 2009 verwacht.

#### **7.6. Verkenning van Programma Cultuuromslag Wajong**

De nieuwe kabinetsvisie op participatie vraagt om een cultuuromslag bij alle betrokken actoren, ook 'het nieuwe denken' genoemd. Daartoe is een verkenning uitgevoerd in opdracht van het programma Cultuuromslag Wajong (de ministeries SZW, OCW, VWS en J&G). Het betreft een kwalitatieve verkenning naar de attitudes van de verschillende actoren ten aanzien van participatiemogelijkheden van jongeren met een beperking. De actoren zijn de jongeren en hun ouders, werkgevers en collega's, re-integratie, zorg en onderwijs.

De verkenning levert vier kernpunten van 'het nieuwe denken' op<sup>112</sup>:

- Integrale benadering waarin de verschillende levensdomeinen van de Wajonger (wonen, school/dagbesteding/werk en vrije tijd) in samenhang worden beschouwd. Transitie tussen deze domeinen moeten soepel verlopen
- De jongere centraal stellen, uitgaan van diens droom, mogelijkheden en vraag. Uiteraard wel oog hebben voor beperkingen en realistisch blijven
- Empowerment, uitgaan van zelfregie, waarbij sprake is van rechten, maar ook van plichten
- Integraal plan waarbij alle rond de jongere betrokken disciplines en professionals, samenwerken en ieder vanuit hun eigen expertise, betrokken zijn.

De resultaten van de verkenning onderschrijven het nut van een programma waarin gericht wordt ingezet op het bevorderen van attitudes. Het moet gaan om attitudes die arbeidsparticipatie van jongeren met een beperking stimuleren. Acties worden zoveel mogelijk in samenwerking met en in aansluiting op bestaande activiteiten georganiseerd. Aan het programma nemen veel organisaties deel, waaronder het LPGGz en CrossOver.

In juli 2009 is de eerste versie van het activiteitenprogramma<sup>113</sup> gelanceerd. Het wordt periodiek geactualiseerd. Het programma duurt tot 2011.

---

<sup>112</sup> Tussen nieuw denken en nieuw doen. Verkenning attitudes rond de Wajong, Gejo Duinkerken, e.a., 2009, What Works Consultancy en Projectmanagement, zie [www.ikkan.nl](http://www.ikkan.nl), doorklikken op werkzoekenden vervolgens op brochures.

## 7.7. Activiteiten cultuurverandering van CrossOver

In de periode 2009 tot 2012 is het Kennis&innovatiecentrum CrossOver bezig met het realiseren van de met het ministerie van SZW afgesproken opdracht. De opdracht luidt: het bewerkstelligen van een cultuuromslag op het gebied van jongeren met een functiebeperking en werk. In nauwe samenwerking met verschillende departementen, gemeenten, sociale partners, de specifieke sectoren onderwijs en zorg, belangenorganisaties van mensen met een beperking, overige onderzoeks- en kenniscentra en talrijke andere relevante partijen wordt gewerkt aan het in gang zetten van die veranderingen.

CrossOver neemt het voortouw in het initiëren van nieuwe ontwikkelingen, ook bij organisaties die zich tot op heden amper met deze thematiek hebben bezig gehouden, zoals zorgorganisaties, jeugdzorg en gemeentebesturen.

CrossOver hanteert een proactieve instelling door, daar waar mogelijk, mensen en hun organisaties de weg te wijzen en te ondersteunen bij hun veranderingsproces en verbindingen te leggen tussen die organisaties. Het doel van deze op zichzelf staande activiteiten is in alle gevallen het creëren van kansen; van mogelijkheden om de cultuuromslag te bewerkstelligen.

CrossOver heeft inmiddels een aantal projecten ontwikkeld die een bijdrage leveren aan de genoemde cultuurverandering. Hierna beschrijven we kort enkele projecten.<sup>114</sup>

### *Krachtenveldanalyse*

Om een cultuurverandering te kunnen bewerkstelligen, is een goed beeld van de verschillende relevante spelers van groot belang. In de eerste maanden van 2009 zijn de belangrijkste spelers die een cultuuromslag kunnen bewerkstelligen, geïdentificeerd en is vastgesteld welke betekenis zij hebben in het gehele krachtenveld (krachtenveldanalyse). Op basis van deze analyse is het programma Participatie, Kennis en Samenhang (mei 2009) ontwikkeld.

### *Organisatie netwerken*

CrossOver heeft in kaart gebracht welke organisaties zich bezighouden met het verwerven en behouden van (betaald) werk door jongeren met een arbeidshandicap of beperking. Hierbij zijn veel organisaties betrokken, waaronder de onderwijsinstelling en de werkgever die stages en werk biedt. Daarnaast is een breed scala publieke en niet-publieke organisaties actief waaronder gemeenten, het UWV, MEE, jobcoachorganisaties, re-integratiebedrijven en patiënten- en gehandicaptenorganisaties. Het aantal betrokken organisaties is intussen zo groot dat veel jongeren en hun ouders en verzorgers het overzicht kwijtraken. Dit geldt trouwens ook voor de professionals in het veld.

Het onderzoek 'Organisatie netwerken' draagt bij aan een beter inzicht in de actoren die een rol spelen. Ook toont het onderzoek de spelers in de arbeidsre-integratie en arbeidsondersteuning van deze jongeren en hun rol en toegevoegde waarde.

---

<sup>113</sup> Activiteitenprogramma 'Programma Cultuuromslag Wajong', Elsa Vrugink en Letty Raaphorst, ministerie Sociale Zaken, 2009, zie [www.ikkan.nl](http://www.ikkan.nl) doorklikken op werkzoekenden vervolgens op brochures.

<sup>114</sup> De publicaties van deze projecten zijn te vinden op [www.kcco.nl](http://www.kcco.nl)

### *Botsboek*

Het Botsboek inventariseert de knelpunten die worden veroorzaakt door complexe wet- en regelgeving rond onder meer de wajongers. Het boek gaat ook in op de uitvoering van deze regelgeving, want die komt niet altijd overeen met de oorspronkelijke bedoeling van de wetgever. In het Botsboek staan 16 cases beschreven. Daarnaast biedt het boekwerk ook oplossingen. Vanuit het departement van SZW is er bereidheid daar waar mogelijk deze te realiseren voor deze vaak complexe problematiek.

### **Cliëntperspectief**

De nieuwe wet- en regelgeving gaat uit van de mogelijkheden van mensen, ook als zij een beperking hebben. Steeds meer worden jongeren aangesproken en gefaciliteerd op datgene wat binnen hun mogelijkheden ligt, waaronder studie en/of werk.

Het besef dat deze nieuwe visie een cultuuromslag vergt bij alle betrokken actoren, waaronder ook de werkgevers, en dat daar in wordt geïnvesteerd, is hoopvol. Het biedt jongeren met (o.a. psychiatrische) beperkingen daadwerkelijk nieuwe kansen en een breder perspectief. Daarvoor is het echter noodzakelijk dat de jongeren en hun professionals op de juiste manier worden gefaciliteerd bij het invullen van hun maatschappelijke rollen. Anders is het gevaar van verdringing op de krappe arbeidsmarkt te groot en delft deze groep het onderspit.

Een heldere visie vanuit de gezondheidszorg op de rehabilitatie van deze doelgroep is onontbeerlijk. Deze visie vormt de basis voor de noodzakelijke cultuuromslag en voor een succesvolle aansluiting op de arbeidsmarkt.

## 8 CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

### 8.1 Inleiding

De achtergrond waartegen het onderzoek is gehouden, is het maatschappelijk credo 'Iedereen doet mee'. Het kabinet wil jongeren stimuleren hun school af te maken, werken en leren te combineren of een baan te aanvaarden. Op grond hiervan wordt de wetgeving aangepast. Hiermee dwingt het kabinet de partijen om de cliënt anders te benaderen. Dit heeft bijgedragen aan de noodzakelijke ontwikkeling van visie op geïntegreerde zorg bij alle belanghebbenden.

Diverse ontwikkelingen, zoals de beschreven goede praktijken, nieuwe methodes als IPS en nieuwe visies op behandeling van de cliënt krijgen hierdoor een voedingsbodem en een urgentie om zich verder te ontwikkelen.

Statistische cijfers over de doelgroep worden nauwelijks bijgehouden. Daardoor zijn er geen goede gegevens over de omvang en participatiegraad voorhanden. Het feit dat er in het GGz-veld zo weinig bekend is over de doelgroep is een tekenend voorbeeld van gebrek aan zicht op deze groep.

Het verkennend onderzoek naar een aantal goede praktijken toont een grote hoeveelheid ervaringen van een aantal experts op het terrein van (toeleiding naar) onderwijs en werk. Hun engagement bij het thema rehabilitatie heeft tot een grote meerwaarde voor het onderzoek geleid.

Tijdens expertmeetings zijn de geschetste knelpunten uit het onderzoek onderkend. Gezamenlijk is gebrainstormd over mogelijke oplossingsrichtingen. De belangrijkste conclusies en aanbevelingen uit het onderzoek en de expertmeetings worden in paragraaf 8.2. en 8.3. beschreven.

### 8.2. Conclusies

Binnen de GGz maken onderwijs en werk geen daadwerkelijk integraal deel uit van de zorg. Er is geen GGz-brede visie ontwikkeld en het thema is amper terug te vinden in de missie van de instellingen. Daar waar het wel genoemd staat, wordt het zelden in praktijk gebracht. Financiering van deze aanpak is een groot struikelblok. Ook de scholing van professionals rondom dit thema verloopt niet goed. Binnen de opleiding is er onvoldoende aandacht voor en financiering van dit aspect is ook een probleem.

#### **Cultuuromslag**

Er is bereidheid bij de spelers in het veld om een cultuuromslag te maken. Zowel in nieuwe wetgeving als in het werkveld wordt steeds meer gekeken naar de mogelijkheden van jongeren met een psychiatrische stoornis in plaats van de onmogelijkheden.

Uit het onderzoek blijkt dat er ook binnen de GGz een cultuuromslag op gang komt. De meest in het oog springende voorbeelden daarvan zijn de goede praktijken en de update van de kwaliteitsrichtlijnen. Daarnaast is het UWV bezig met een pilot om jongeren aan het werk te houden. Dat is ook een goed voorbeeld waarin de focus is verschoven. Ook SZW en VWS zijn intensief bezig met projecten om een geïntegreerde aanpak te ontwikkelen en te promoten. Het VIP-project Amsterdam wordt daarin meegenomen. Het is van wezenlijk belang dit momentum te benutten en gezamenlijk te komen tot een ander denken en doen over de mogelijkheden van deze jongeren.

## **Rehabilitatie**

Over arbeidsrehabilitatie wordt in de literatuur weinig geschreven. In de GGz heerst nog steeds verwarring over wat rehabilitatie precies inhoudt. In de praktijk wordt rehabilitatie met name toegepast op levensgebieden als wonen en vrije tijd. Aan arbeidsrehabilitatie wordt nauwelijks aandacht besteed of daadwerkelijk in activiteiten omgezet.

Programma's als Begeleid Leren en IPS waarbij de toekomstverwachting van de cliënt centraal staan, zijn in Nederland nog maar kort beschikbaar en nog weinig verspreid. Dit in tegenstelling tot andere programma's als IRB. Het probleem is dat wanneer er geen visie of missie rondom rehabilitatie wordt geformuleerd, er ook geen scholing en implementatie plaats kan vinden. Dit maakt (arbeids)rehabilitatie erg kwetsbaar.

Het samengaan van behandeling en rehabilitatie bij het ondersteunen van de psychiatrische jongvolwassene heeft grote meerwaarde voor het herstelproces van de jongere. Zorgprogramma's voor jongeren in de GGz richten zich echter vooral op het behandelen van de stoornis. Rehabilitatie vindt aan de 'achterdeur' plaats.

Deze studie levert steekhoudende argumenten om rehabilitatie aan de 'voordeur' te positioneren en te combineren met behandelen. Er zijn argumenten aangedragen vanuit de ontwikkelingspsychologie, het participatieprobleem en niet in de laatste plaats vanuit de wensen en behoeften van de jongeren zelf.

## **Onderwijs**

Met Begeleid Leren wordt sinds eind jaren negentig in het onderwijs actief ingespeeld op studeren met een handicap, maar er is vooralsnog geen sprake van een gestroomlijnde aanpak. Onderwijs en zorg zijn nog steeds twee op zichzelf staande domeinen die beiden een fulltime beroep doen op de cliënt. Dit is voor de cliënt niet te volgen, waardoor de kans bestaat dat deze al snel afhaakt bij de opleiding. Ook hier is het centraal stellen van de cliënt/student en zijn opleidingsbehoefte in combinatie met de behandelingsbehoefte het antwoord om jongeren een zinvolle toekomst te bieden.

Een tweede drempel is dat er aan Begeleid Leren helaas geen vervolg zit richting een werkplek. Nu is het halen van een diploma het doel van de opleiding. In de ogen van CrossOver en LPGGz moet het verkrijgen van een werkplek het einddoel zijn.

UWV financiert een opleiding via de kortste weg naar werk. Voor maatwerk is het echter wenselijk de weg te kiezen die leidt tot een duurzame werkplek op het niveau, dat het best bij de jongere past. Dit verkleint de kans op uitval tijdens de opleiding en het werk aanzienlijk.

## **Vinden en houden van werk**

Het belang van werk voor jongeren met een psychiatrische stoornis wordt onderschat. Jongeren hebben vaak of geen baan, of een baan die niet (meer) past. Daardoor is de uitval hoog. Kennis bij werkgevers van de stoornis en de consequenties daarvan draagt bij aan begrip en de mogelijkheden om aanpassingen te regelen.

Tevens moet het imago van jongeren met een beperking op de werkvloer verbeteren. Als ze kunnen laten zien dat ze gemotiveerde, capabele collega's zijn, vergroot dit de acceptatie. Maatwerk, een mentor op de werkvloer en een goede jobcoach zijn hierbij van groot belang. Dit alles zou goed

moeten worden afgestemd met de behandelaren in de zorg, zodat zorg en werk vanaf het begin in elkaar grijpen. Jongeren die kort na hun opname bij de hand worden genomen, staan nog dichtbij de opleiding of de werkvloer. Daarmee blijft de aansluiting bij de maatschappij behouden. Het is belangrijk dat ook de thuissituatie het hebben van werk positief ondersteunt. Om tot deze geïntegreerde zorg te komen, moeten alle partijen nog veel stappen zetten.

### **Goede praktijken**

Er is een aantal goedlopende rehabilitatiepraktijken in de GGz waar behandeling en aansluiting op onderwijs en werk bij jongeren met een eerste psychose succesvol zijn geïntegreerd. Succesfactoren zijn:

- Ondersteuning van de directie/management (draagvlak en missie)
- Multidisciplinaire teams waarin iedereen het belang van (behoud van) onderwijs/werk onderschrijft
- Voldoende kennis over arbeidsrehabilitatie
- Arbeidsrehabilitatie is onderdeel van de missie van een organisatie
- Laagdrempelige contacten met UWV
- Jobcoaches zonder GGz-achtergrond
- Het bestuur mede verantwoordelijk maken door heldere haalbare doelen te stellen die worden onderschreven en uitgedragen door de Raad van Bestuur.

De beschreven goede praktijken hebben een heldere visie op de ontwikkelingsmogelijkheden en kansen van jongeren met een psychiatrische stoornis. Ze vertalen dat ieder voor zich in concrete en soms onorthodoxe aanpakken. Alle genoemde praktijken laten zien dat het mogelijk is om jongeren met een beperking aan het werk of naar school te krijgen en te houden. De goede resultaten van deze praktijken vragen om verspreiding en borging in alle GGz-instellingen.

Binnen de goede praktijken probeert UWV zo flexibel mogelijk samen te werken door bijvoorbeeld de IPS-praktijk te ondersteunen. Zo wordt met het Kenniscentrum voor Rehabilitatie gezocht naar de mogelijkheid om IPS-IRO arrangementen te maken. Er is echter nog steeds een gespannen verhouding tussen dit soort projecten/trajecten en de reguliere productienormen waarmee de individuele arbeidsdeskundigen Wajong te maken hebben.

### **Wet- en regelgeving**

De nieuwe wet- en regelgeving gaat uit van de mogelijkheden van mensen, ook als zij een beperking hebben. Steeds meer worden jongeren aangesproken en gefaciliteerd op datgene wat binnen hun mogelijkheden ligt, waaronder studie en/of werk. Deze veranderingen in visie worden echter niet alleen ingegeven vanuit sociale motieven. Economische motieven waaronder vergrijzing en op de lange duur de onbetaalbaarheid van het huidige sociale stelsel, spelen zeker mee in deze koerswijziging.

Het besef dat deze nieuwe visie een cultuuromslag vergt bij alle betrokken actoren, waaronder ook de werkgevers, en dat daarin wordt geïnvesteerd, is hoopvol. Het biedt jongeren met (o.a. psychiatrische) beperkingen daadwerkelijk nieuwe kansen en een breder perspectief. Daarvoor is het echter noodzakelijk dat de jongeren en hun professionals op de juiste manier worden gefaciliteerd bij het invullen van hun maatschappelijke rollen.



Er is een woud aan regelingen. Alleen is het òf heel moeilijk om van de regeling gebruik te maken òf het aanbod past niet bij de jongere. Dit vergroot de kans op terugval. Daarnaast spelen de verschillende interpretatie van bestaande regels door de diverse arbeidsdeskundigen en de overvloed aan regels waar iedereen zich aan gehouden voelt, ook een rol.

Vereenvoudiging van die regelgeving en flexibele en uniforme interpretatie door de arbeidsdeskundigen is een voorwaarde voor samenwerking.

### **Financiering**

Alle ingewikkelde regelingen maken dat het niet mogelijk is om geïntegreerde zorg op een efficiënte en effectieve manier aan te bieden. Wachttijden en papieren rompslomp zorgen voor onnodige vertragingen. Begeleiding van cliënten komt hierdoor in de knel.

Diverse onderzoeken en de goede praktijken tonen aan dat met het vervullen van de rehabilitatiebehoeften van de cliënt zijn zorgbehoeften op den duur afnemen en zijn zelfstandig functioneren toeneemt. Maatschappelijke participatie draagt in belangrijke mate bij aan het welbevinden en herstel van de cliënt. Toch is de praktijk dat zorgverzekeraars de kosten voor participatie niet op waarde calculeren.

Nader onderzoek naar het sociale rendement (SROI) van rehabilitatie is noodzakelijk om zorg, zorgverzekeraars en ministerie te overtuigen van de meerwaarde hiervan.

## **8.3 Aanbevelingen**

Op basis van de conclusies zijn onderstaande aanbevelingen geformuleerd.

### **Gezamenlijke visie**

Vanuit de betrokken departementen (SZW, VWS en OCW) in overleg met GGZ Nederland en het LPGGz een gezamenlijke visie ontwikkelen. Deze moet als leidraad dienen voor de betrokken actoren in het GGz-veld.

### **Sociaal model**

Om goed op de vraag van de jongere aan te sluiten, moet de biografie van deze jongere en zijn sociale systeem centraal staan. GGz, UWV en andere dienstverleners moeten hier dienstbaar aan zijn in hun ondersteuning aan en behandeling van de jongere. Deze benadering vraagt om een goed uitgewerkt ketenzorgsysteem en een andere manier van kijken naar financiering. De goede praktijken kunnen bij de invoering van een ketenzorgsysteem als voorbeeld dienen. Hiermee worden de goede praktijken tevens geborgd in de reguliere zorg.

### **Draagvlak creëren**

Meer wetenschappelijke onderbouwing (Evidence based status) en opname van de integrale interventie in de Multidisciplinaire Richtlijnen bevorderen. Dit zijn noodzakelijke stappen om in de GGz draagvlak onder psychiaters en bestuur te creëren. Door arbeidsrehabilitatie op te nemen in de missie van de organisatie, kennis over rehabilitatie te vergroten en dit standaard op de agenda te zetten bij intervisie en behandeloverleggen worden ook andere professionals gedwongen hierover na te denken.

### **Rehabilitatie implementeren**

Om rehabilitatie echt een plaats te geven in de reguliere behandeling, is opname in behandelplannen en de DBC's van essentieel belang. Ook moeten de professionals verplicht in rehabilitatie worden getraind. Dit kan worden gerealiseerd door het standaard in de zorgopleidingen en nascholingen op te nemen.

Bij intervisiebesprekingen over cliënten moet rehabilitatie een vast onderwerp zijn. Wanneer aan deze voorwaarden wordt voldaan en GGz-organisaties zich hierop profileren, dan pas is sprake van geïntegreerde zorg.

### **Monitoren opbrengst integrale aanpak**

Het LPGGz vraagt aan de Zorgverzekeraars Nederland en/of het College voor Zorgverzekeringen een SROI<sup>115</sup> te laten maken van het toepassen van rehabilitatie in de GGz. Op basis daarvan bestaat de kans dat de zorgverzekeraars besluiten rehabilitatietrajecten te gaan financieren.

### **Lobby**

CrossOver en het Landelijk Platform GGz gaan gezamenlijk met de aanbevelingen aan de slag en zorgen dat de juiste partijen hierbij worden betrokken.

---

<sup>115</sup> Social Return on Investment. Informatie is te vinden op [www.sroi.nl](http://www.sroi.nl)

## **Bijlage I          Overzicht geraadpleegde bronnen**

### **Literatuur**

Beretty, T. e.a., Studeren met een functiebeperking, 2009, RISBO/SEOR

Besseling, J. e.a., Toename gebruik ondersteuning voor jongeren met een gezondheidsbeperking, 2007, TNO

CG-Raad, Aanbevelingen Wajong, 2009

Duinkerken, G. e.a., Tussen nieuw denken en nieuw doen. Verkenning attitudes rond de Wajong, 2009, What Works Consultancy en Projectmanagement

GGZ Nederland, Visiedocument Naar herstel en gelijkwaardig burgerschap, 2008

Kolenberg, A.M., Weer aan de slag, Tips en informatie over reïntegratie, 2006, Nieuwezijds

Kolenberg, A.M., Hoofdstuk 'Werken', Handboek bipolaire stoornissen, 2008, De Tijdstroom

Lierop, B., van en Soest, K., van, Jobcarving: succesvolle aanpak om nieuwe banen te creëren', Maandblad voor Reïntegratie, 2008, Reed Business

Peters, L., Wettelijke sociale zekerheidsinstellingen, financiën, juli 2009, StatLine,

Planije M., N. van Erp en H. Kroon, 2007, Het Windroos Toekomsttraject. Een evaluatie van een Herstel- en integratietraject voor jonge mensen met een psychische beperking, Trimbos-instituut

Plekenpol, H. en Hulsing, F., De Windroosformule. Een herstel- en integratietraject voor jongvolwassenen met een psychische handicap, 2006, Stichting Windroos Foundation

Rouvoet, A., Iedereen doet naar vermogen mee, Kabinetsreactie op het advies van de Commissie fundamentele herbezinning Wet sociale werkvoorziening (Wsw), 2008

Timmers, T. en Steenkamp F., Gebruikerstoets 'Studeren met een handicap 2008' Stichting HOP, onderwijs consumenten informatie, 2009

UWV, Kenniscahier 07-01 De groei van de Wajonginstroom, 2007

Vruggink, E. en Raaphorst, L., Activiteitenprogramma 'Programma Cultuuromslag Wajong', 2009, ministerie Sociale Zaken

Weeghel, J. van en Ketelaars, T., Een zorg- en rehabilitatieprogramma voor jonge mensen met schizofrenie, 1997, Trimbos-instituut

Weeghel, J. van, Michon, H. en Kroon, H., Arbeidsrehabilitatie vanuit een GGZ-team, Maandblad Geestelijke Volksgezondheid (MGv), 57, 2002, Trimbos-instituut

Wel, T., van, Je werkt hier aan wat je wilt in je leven. Onderzoeksverslag over ABC als best practice in 2008, april 2009, Altrecht

Wel, T., van en Marquenie, F., Vrijblijvendheid doorbroken, 2009, MGv 3, Trimbos-instituut

Wel, T., Siteur, I. en Marquenie, F., Rehabilitatie voorop bij jongeren met een psychotische stoornis, Psychiatrische rehabilitatie. Jaarboek 2008-2009, 2008, uitgeverij SWP

Wolf, C., de, Korevaar, L. e.a., Studeren met succes. Vijf succesvolle projecten rond Begeleid Leren voor studenten met psychische beperkingen, 2009, Lectoraat Rehabilitatie Hanzehogeschool Groningen

#### Websites

[www.aanhetwerkmetdeWsw.nl](http://www.aanhetwerkmetdeWsw.nl)

[www.begeleidleren.nl](http://www.begeleidleren.nl)

[www.ggz nederland.nl](http://www.ggz nederland.nl)

[www.g-krachten.nl](http://www.g-krachten.nl)

[www.icf.nl](http://www.icf.nl)

[www.ikkan.nl](http://www.ikkan.nl)

[www.kcco.nl](http://www.kcco.nl)

[www.sroi.nl](http://www.sroi.nl)

[www.szw.nl](http://www.szw.nl)

[www.waocafe.nl](http://www.waocafe.nl)

#### Overigen

Brochure Opleiding en Werk na een eerste psychose: de knop om in Amsterdam, 2008, SNWA

**Bijlage II**      **Overzicht geïnterviewde personen**

| <b>Organisatie</b>             | <b>Naam</b>        | <b>Functie</b>                           | <b>Informatie</b>                 |
|--------------------------------|--------------------|--|-----------------------------------|
| Afdeling ABC<br>Altrecht       | Tom van Wel        | Beleidspsycholoog en<br>onderzoeker      | www.altrecht.nl                   |
|                                | Ingeborg<br>Siteur | o.a. psychiater en<br>medisch manager    |                                   |
| Altrecht<br>Zeist              | Gerard Driedonks   | Beleids-psycholoog                       |                                   |
| AMC<br>VIP-team                | Debby Kamstra      | SPV-er/ Jobcoach                         | www.amc.uva.nl                    |
|                                | Hiske Becker       | Psychiater                               |                                   |
|                                | Wim Jansen         | Hoofd-verpleegkundige                    |                                   |
| De Windroos                    | Carin Bosma        | Directeur                                | www.dewindroos.com                |
| GGZ Eindhoven                  | Sjaak Roza         | Psycholoog                               | www.ggze.nl                       |
| GGZ Nederland                  | Corina Brekelmans  | Beleidsmedewerker                        | www.ggznederland.nl               |
| Hanze<br>Hogeschool            | Lies Korevaar      | Lector Rehabilitatie                     | www.hanze.nl                      |
| Kenniscentrum<br>Rehabilitatie | Jaap van Weeghel   | Directeur                                | www.kenniscentrumrehabilitatie.nl |
|                                | Riet Lochy         | Programma-coördinator                    |                                   |
| ROC Zadkine                    | René Poots         | Coördinator                              | www.zadkine.nl                    |
|                                | Wilma Eleveld      | Docent                                   |                                   |
| SER                            | Brigid Claassen    | Plv. Directeur Directie<br>Sociale Zaken | www.ser.nl                        |
| UWV                            | Erik Voerman       | Projectmanager<br>Wajong                 | www.uwv.nl                        |

**Bijlage III Deelnemers expertmeetings****Deelnemerslijst expertmeeting 16 juni 2009**

| <b>Naam</b>         | <b>Functie</b>                               |
|---------------------|--|
| Yolan Koster        | Directeur CrossOver                          |
| Dorien Verhoeven    | Projectleider CrossOver                      |
| Annemarie Kolenberg | Projectmedewerker                            |
| Margriet Paalvast   | Beleidsmedewerker<br>LPGGz                   |
| Henny Vermolen      | Bestuurslid LPGGz                            |
| Debbie Kamstra      | SPV-er/ jobcoach<br>AMC                      |
| Bob Tijmensma       | Arbeidsdeskundige Wajong-team UWV            |
| Ria Smit            | Idem   |
| Saskia Quanjier     | Verzekeringsarts UWV                         |
| Sjaak Roza          | Psycholoog GGZE                              |
| Dhr. Tesse Blom     | Stagiair adviesgroep SER                     |
| Harry Michon        | Senior beleidsmedewerker Trimbos-instituut   |
| Victor Stöcker      | Ministerie VWS<br>Beleidsmedewerker          |
| Ivonne Coppens      | Ministerie VWS<br>Dir. Jeugd en Gezin        |
| Jody Sluijter       | Ypsilon<br>Consulent sociale dienstverlening |
| Mette Lansen        | Anoiksis1011                                 |
| Lineke Westerhof    | Bureaumanager VMDB                           |
| Angelique Bols      | SABN   |
| Joyce Janssen       | Themagroep<br>Wajong WSW LPGGz               |

## Deelnemerslijst expertmeeting Van zorg naar werk 18 juni 2009

| Naam                | Functie                           |
|---------------------|-----------------------------------|
| Yolan Koster        | Directeur CrossOver               |
| Dorien Verhoeven    | Projectleider CrossOver           |
| Marinka Traas       | Projectleider<br>CrossOver        |
| Marjan ter Avest    | Directeur LPGGz                   |
| Margriet Paalvast   | Beleidsmedewerker<br>LPGGz        |
| Annemarie Kolenberg | Projectmedewerker                 |
| Jenny de Jeu        | Coach JeugdDenktank LPGGz         |
| Erik Voerman        | Projectmanager Wajong UWV         |
| Hiske Becker        | Psychiater<br>AMC                 |
| Wim Jansen          | Hoofdverpleeg-kundige<br>AMC      |
| Hanne Groenendijk   | beleidsmedewerker adviesgroep SER |
| Letty Raaphorst     | Ministerie SZW                    |
| Marjolein Schipper  | Stafmedewerker Ned. Ver. Autisme  |
| Marion Vreeburg     | Ministerie SZW                    |

## **Bijlage IV      Verslagen expertmeetings**

### **Verslag Expertmeeting ‘van Zorg naar werk’ 16 juni 2009**

De deelnemers aan deze expertmeeting zijn opgenomen in de deelnemerslijst die als bijlage aan het verslag is toegevoegd.

Inleider: Henny Vermolen van het Landelijk Platform GGz

Voorzitter: Yolán Koster van Kenniscentrum CrossOver

#### **Inleiding**

Henny Vermolen deed namens het LPGGz en CrossOver de aftrap van de middag. Zij vatte in krachtige bewoording het onderzoek van Annemarie samen. Belangrijkste punten van haar betoog zijn:

- De vrees bestaat dat steeds meer jeugdigen een regulier traject naar werk niet of met een grote omweg doorlopen. Dit moet anders;
- Er is een aantal goedlopende rehabilitatieprojecten in de GGz, maar over het algemeen staat de behandeling in de GGz op de eerste en rehabilitatie op de laatste plaats;
- Binnen de bestaande projecten is er goede samenwerking tussen de verschillende organisaties, zoals UWV, GGz-instellingen, re-integratiebedrijven en de overheid. Hier zijn ook vaak cliëntenorganisaties bij betrokken. Daarbuiten komt de samenwerking nog niet of moeizaam op gang. Maar dat moet wel gaan gebeuren. De voortrekkers van deze organisaties zijn hier wel mee bezig.

Het doel van deze bijeenkomst is om naar oplossingen te zoeken.

Dagvoorzitter Yolán Koster geeft de deelnemers drie centrale vragen mee:

1. Kloppen de knelpunten die worden aangegeven?
2. Is er voldoende draagvlak voor een verbetermoment/traject?
3. Voor het vervolg van dit eerste onderzoek: kunnen we u hiervoor benaderen?

Centrale stelling: het gaat vaak mis en soms goed. Op het programma stonden 4 stellingen, die per stelling zijn bediscussieerd.

#### **Stelling 1: ‘Opleiding en werk moeten in de GGz-behandeling voorop staan.’**

##### **De rol van rehabilitatie in het behandelplan**

Binnen het VIP-team van AMC is de ervaring dat jongeren wordt geadviseerd om het rustig aan te doen na een eerste psychose, terwijl ze juist graag hun plannen willen uitvoeren waar ze voor de eerste psychose mee bezig waren. Daarom werken ze vanaf de intake met een integrale aanpak van behandeling en rehabilitatie.



De praktijk van het VIP leert dat jongeren echt willen, maar dat goede, intensieve en langdurende begeleiding voor deze jongeren van groot belang is. Het VIP-team werkt vanaf de intake met een integrale aanpak van behandeling en rehabilitatie. de IPS-methode en heeft daar zeer goede ervaringen mee.

Jody Sluijter merkt op dat er ook een groep jongeren is, die misschien wel verder willen met hun plannen, maar dat in de praktijk niet kunnen. Ze hebben veel last van bijwerkingen door de medicatie. Daarom is de vraag zijn ze er dan al aan toe? Eerst crisismanagement, dan de mogelijkheden onderzoeken.

### **Is zorg té dominant?**

Dit wordt door de aanwezigen beaamd, met als aanvulling dat ook familie een belangrijke rol speelt. Uit angst voor een terugval, willen ze nog wel eens hun familielid eerder afremmen, dan stimuleren.

Uit het onderzoek komt naar voren dat jongeren niet erg medicijntrouw zijn. Ze zijn niet gemotiveerd om pillen te slikken. Door met ze over hun toekomstplannen te praten, zullen ze eerder gemotiveerd zijn om te stabiliseren en hun medicatie te nemen. Door Mette Lansens gewaarschuwd dit niet door te laten slaan, waardoor jongeren min of meer worden verplicht om hun toekomstplannen uit te voeren en daarmee worden gepusht om medicatie te nemen.

In de meeste opleidingen is er weinig aandacht voor rehabilitatie. Bij de meeste hogescholen zitten revalidatiepakketten nu nog in het keuzepakket. Fontys en Hanze Hogeschool zijn een stap verder met een opleiding Ervaringsdeskundigheid.

Een ander nadeel is dat begeleiden veel tijd en geld kost en dat is er steeds minder. Er moet productie worden gedraaid. De opbrengst van begeleiding voor de verschillende spelers zou beter in beeld moeten worden gebracht.

### **Stelling 2: 'Rehabilitatie in de GGz-praktijk: mooie woorden maar weinig daden.'**

Er wordt veel over rehabilitatie gesproken, maar in de praktijk nog weinig mee gedaan.

Een punt van zorg is dat de GGz uit een poot behandeling en een poot re-integratie bestaat. De re-integratie is onlangs naar de gemeenten gegaan en die weten er geen raad mee.

### **Systeemverlegenheid**

Er is sprake van handelingsverlegenheid en systeemverlegenheid. De systeemverlegenheid zit in het feit dat ZVW en AWBZ er alleen zijn voor de behandeling en niet voor de begeleiding. DBC en CIZ kunnen alleen voor DAC's worden ingezet. De re-integratie ligt bij de gemeenten in de WMO en is daarmee een gunst geworden, in plaats van een recht. De GGz is voor de meeste gemeenten een blinde vlek.

Daarnaast zijn er negatieve prikkels bij de GGz om mensen vanuit de DAC's aan het werk te krijgen. Als er minder mensen in een DAC zitten, kost dat de instelling geld. Voor veel mensen die in een DAC zitten, geldt dat ze de veiligheid verkiezen boven het avontuur buiten een DAC. De GGz zou dus gestimuleerd moeten worden om cliënten of meteen aan regulier werk te krijgen, of via een kort re-integratietraject, waarin de DAC een kortdurende rol speelt. Een DAC zou er alleen moeten zijn voor cliënten die echt geen andere mogelijkheden heeft.

### **Handelingsverlegenheid**

De handelingsverlegenheid ligt in de behandeling door professionals. Debbie Kamstra memoreert dat in het eerste VIP-jaar de meeste jongeren nog naar zorgboerderijen, etc. werden gestuurd. Pas nadat er sterk op was aangedrongen om dit anders aan te pakken, ging men meer oog krijgen voor regulier werk of een opleiding. Eén van haar jongeren kwam door de eerste ronde van de kunstacademie, hij kwam niet door de tweede. Maar hij heeft wel besloten om een voorbereidend jaar op de kunstacademie te gaan volgen.

### **Cultuuromslag**

Uit de interviews blijkt dat we aan het begin van een cultuuromslag staan. Dit kan wel een aantal jaar duren. Bij medisch, technologische vernieuwingen wordt gebruikt gemaakt van het nascholingsstelsel van professionals om deze snel te borgen. Rehabilitatie in een zeer vroeg stadium van de behandeling wordt nu incidenteel toegepast en drijft op sterke en gemotiveerde professionals. Dat moet nu worden geborgd. Wat kunnen de belangenverenigingen en CrossOver doen om die borging te stimuleren? De discussie gaande houden en het netwerk actief houden.

CrossOver kijkt altijd welk belang de ander heeft bij de voorgestelde verandering (What's in it for them?). Er is een verschil tussen de managementlaag en de uitvoerende laag. De laatste wil wel, maar het management ziet het niet zitten. Het management zou de resultaten moeten zien van voorbeelden als het VIP-team.

### **Stelling 3: 'AWBZ/ZVW/WMO gooien de zorgkosten over de schutting.'**

Bij de WWB zijn alle 'vuiltjes' richting de Wajong gestuurd. Aan deze actie hielden de gemeenten geld over. Voor de jongeren is het goed dat ze nu in de Wajong zitten, maar de prikkel van waaruit deze actie is ondernomen, is discutabel. Blijkbaar komen gemeenten pas in actie, als het hen direct voordeel oplevert.

### **Er zijn heel veel jassen, maar ze passen niet.**

Er is veel aanbod en een woud aan regelingen. Alleen is het òf heel moeilijk om van de regeling gebruik te maken òf het aanbod past niet bij de jongere. Meestal wordt van de jongere verwacht dat hij 32 uur werkt en 8 uur scholing volgt. Dit is voor jongeren met een psychische problematiek teveel, waardoor de terugval groot is.

Geef deze jongeren de kans om via IPS, of een andere goede methode, aan een baan te komen. Biedt deze jongeren een compleet traject aan, waarbij ze niet hoeven te weten van de verschillende geldstromen die erachter zitten. Dit zou een WIJ+ moeten zijn of een WWB+, want in de toekomst zullen ze niet snel in de Wajong terecht komen.

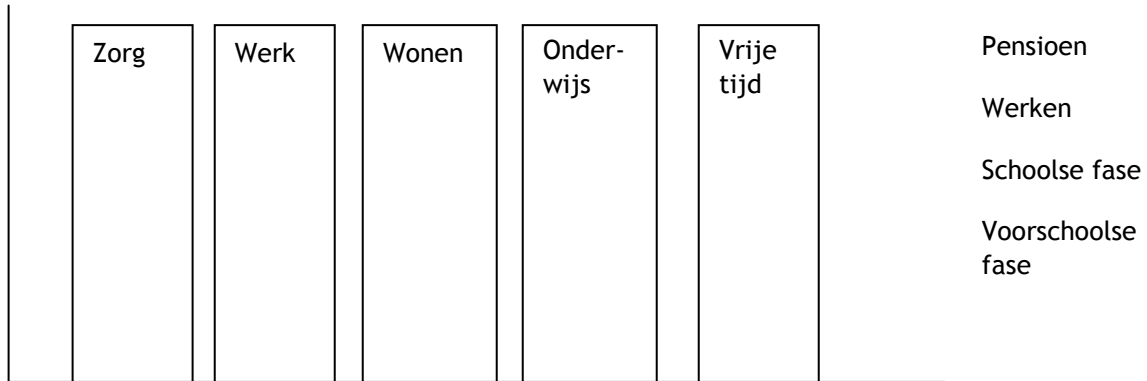
### **Taalgebruik**

De onderbouwing van de financiering is ook een probleem. Veel financiering gaat uit van de diagnose en in de GGz is dit zeer onbetrouwbaar. UWV werkt met een Functionele Mogelijkheden Lijst (FML). Deze lijst is in de afgelopen 20 jaar steeds verder gespecificeerd. WMO hanteert ook weer een eigen taal, evenals de scholen.

Men zou beter kunnen kijken welke beperking iemand heeft om aan de samenleving deel te nemen. ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) zou hiervoor een model

kunnen zijn, maar dit model is tot nu toe niet leidend geweest in de GGz. In ieder geval zou eenheid van taal al een hele vooruitgang betekenen.

Victor Stöcker legt zijn voorstel voor leeftijdsfasebeleid uit:



Het idee is om per levensfase te kijken welke beperkingen iemand heeft om op dat moment aan de samenleving mee te doen. Daar wordt naar gekeken vanuit vijf leefgebieden. Hiermee wordt er niet 'ontschot', maar wordt een integraal aanbod vanuit de vijf gebieden aan de vrager aangeboden. Daarmee wordt het budget in mensen geïnvesteerd. Zij merken verder niet dat het geld uit verschillende potjes komt.

Dit voorstel bevindt zich nog in de onderzoek- en ontwikkelfase.

#### **Stelling 4: 'De wet- en regelgeving van UWV sluit niet aan bij de doelgroep'**

UWV als geheel is niet toegerust op de GGz. De duur van de trajecten zijn te kort en de opstart verloopt te traag. Hierdoor kan een traject niet soepel verlopen en dat is een belangrijke voorwaarde voor de slagingskans.

Het VIP-team in Amsterdam heeft wel korte lijnen met UWV. Zij kunnen daardoor een IPS-traject in een vloeibare lijn aanbieden.

Wat is er voor nodig om de werkwijze van het VIP-team als een olievlek binnen UWV te laten uitwaaieren? Om UWV te overtuigen dat ze met VIP goud in handen hebben: studiemiddagen plannen met UWV'ers? Resultaten uitventen? Inzetten bij nascholing? CrossOver en het LPGGz helpen hier graag bij.

Ook tussen de ministeries is er nog geen eenheid van belangen. Wel zijn SZW en VWS regelmatig samen met dezelfde onderwerpen bezig. Hier wordt dus aan gewerkt. In de toekomst zou er een integrale beleidsvisie moeten komen.

Bij de professionals zijn het nu vooral de mensen die in staat zijn om de regelgeving van de instelling soepel te hanteren en te bevragen op de grenzen, die meegaan in de veranderingen. Veel mensen denken dat de grenzen die ze kennen door de wet zijn bepaald. Maar met een beetje lef en wat onderzoek blijkt dit even vaak niet zo te zijn. De grenzen zijn gevormd door interpretaties in het verleden. Door nieuwe interpretaties blijkt meestal meer mogelijk te zijn.

Erik Voerman: “De GGz is een blinde vlek voor UWV. Er zijn veel mooie trajecten om mensen aan het werk te helpen, maar die voldoen niet bij de GGz-cliënten. We zijn aan het nadenken hoe we voor hen de trajecten meer op maat kunnen maken. Daarvoor willen we convenanten gaan sluiten met spelers uit het GGz-veld, zoals GGZ Nederland.”

### **Afsluiting**

Wat opvalt:

- De knelpunten worden onderkend;
- Er is uitzicht om ‘de rivier’ anders te laten stromen;
- Dit vraagt veel moed, ervaringskennis en een groot netwerk.

En verder:

- Integraal aanbod, waarbij je niet meteen alle toevoerlijnen ook wil samenvoegen, is een vorm van ‘Mensgerichte marketing’ (Joyce Janssen).
- Goed om te horen dat op zoveel plaatsen in organisaties mensen hiermee bezig zijn. De start is gemaakt.
- UWV is bezig met een pilot om jongeren aan het werk te houden. Dat is een goed voorbeeld waarin de focus is verschoven.
- Het VIP-team is goed bezig om via een keten geïntegreerde hulp aan te bieden.
- IPS wordt als methode steeds verder onderzocht, uitgewerkt en getest.
- SZW en VWS zijn intensief bezig met projecten om een geïntegreerde aanpak te ontwikkelen en te promoten. VIP Amsterdam wordt daarin meegenomen.

### **Aandachtspunten**

Speerpunt maken van om- en bijscholing van professionals om de focus op rehabilitatie te vergroten en standaard in de zorgopleidingen opnemen.

Klantgericht werken, betekent ook brieven sturen die door de cliënt worden begrepen. Of een begeleidend briefje in klantentaal meesturen.

Hartelijk dank voor de goede en actieve bijdrage van alle deelnemers.

## **Verslag Expertmeeting 'van Zorg naar werk' 18 juni 2009**

De deelnemers aan deze expertmeeting zijn opgenomen in de deelnemerslijst die als bijlage aan het verslag is toegevoegd.

Inleider: Yolan Koster van Kenniscentrum CrossOver

Voorzitter: Marjan ter Avest van het Landelijk Platform GGZ

### **Inleiding**

Yolan Koster beschrijft de complexe context waarin de participatie van jongeren met een functiebeperking gestalte moet krijgen:

- Een tijd die zich kenmerkt door het afnemend vertrouwen van burgers in de overheid;
- Drie relatief nieuwe wetten waarmee het veld zich geconfronteerd ziet (de Wajong per 1 januari 2010, de WSW en de Wet stimulering arbeidsparticipatie (2008));
- De wet WIJ die in voorbereiding is.

En drie nieuwe ontwikkelingen in de uitvoeringspraktijk van Wet en Regelgeving:

- Het UWV Werkbedrijf waarin UWV, CWI en gemeenten nauw samenwerken;
- De veranderingen in de AWBZ en de WMO;
- Het brede gemeentelijke arbeidsperspectief en de hoofdrol van gemeenten bij de (arbeids)toeleiding van jongeren.

Dit is de context waarin we de mogelijkheden onderzoeken voor nieuwe uitvoeringsarrangementen voor de groep jongeren met een beperking in behandeling binnen de GGZ.

Marjan ter Avest vat de belangrijkste conclusie uit het onderzoek en gesprekken met betrokken jongeren samen: op het moment dat jongeren in behandeling komen wordt er primair ingezet op zorg. Wanneer na alle paniek de werkelijkheid weer in beeld komt, wordt het ontbreken van de aansluiting op werk en scholing als een groot gemis ervaren. Uitdaging voor deze sessies is gezamenlijk na te denken over wat er nodig is om een betere balans tussen zorg/behandeling en participatie/werk en onderwijs tot stand te brengen.

Ze nodigt de deelnemers uit om vanuit hun expertises en verschillende invalshoeken mee te denken over een brede visie om de problematiek van de doelgroep aan te pakken.

### **Stelling 1: Opleiding en werk moeten in de GGz-behandeling voorop staan**

Riet Lochy (Trimbos): Er is nog veel te doen voordat werk en onderwijs ook daadwerkelijk integraal deel uit kunnen maken van de zorg. Er is GGz breed nog te weinig visie op dit onderwerp en het is nog te weinig terug te vinden in de missie van de GGz-instellingen. De financiering is vaak een struikelblok en de implementatie en scholing van professionals kosten tijd en geld.

Erik Voerman (UWV) merkt op dat de verschuiving naar een integrale aanpak mede wordt ingegeven door de jongeren zelf. Zij vragen om behoud van hun werk en scholing naast de behandeling.

## **IPS**

Hiske Becker (VIP-team): In de IPS-praktijk van AMC worden behandeling en aansluiting bij werk en onderwijs bij jongeren met een eerste psychose succesvol geïntegreerd. De succesfactoren:

- Ondersteuning van de directie/management (draagvlak en missie)
- Multidisciplinaire teams waarin iedereen het belang van (behoud) van werk/onderwijs onderschrijft
- Laagdrempelige contacten met UWV
- Jobcoaches in dienst nemen die geen GGz-achtergrond hebben

Het is belangrijk het bestuur mede verantwoordelijk te maken door heldere haalbare doelen te stellen die onderschreven en uitgedragen worden door de RvB.

Kort wordt ingegaan op de praktijk van IPS, de variant van Supported Employment voor jongeren met een psychische/psychiatrische aandoening. Het is een individuele aanpak waarin de wens van de jongeren centraal wordt gesteld en er vanaf het begin van het traject wordt gezocht naar regulier werk.

In de IPS-praktijk zijn werk en scholing de aangrijpingspunten om met jongeren in gesprek te komen en om na de eerste paniek, weer wat structuur in het dagelijks leven aan te brengen. Perspectief is naast medicatie erg belangrijk in het herstelproces van jongeren. Dit geldt niet alleen voor GGz-jongeren, maar ook dakloze- en zwerfjongeren en de jongeren in justitiële instellingen.

### **Netwerk belangrijk**

In de uitvoering van IPS is het belangrijk een netwerk te vormen met UWV en de gemeente (Sociale Dienst) om op cliëtniveau uit te wisselen en af te stemmen. Eenvoudige afspraken maken een wereld van verschil in de communicatie tussen de uitvoeringsinstanties en de cliënt: een vaste contactpersoon voor IPS, een brief van UWV altijd cc naar IPS jobcoach, rekening houden met de tijden waarop je afspraken met de cliënt maakt.

Erik Voerman merkt op dat UWV probeert zo flexibel mogelijk samen te werken en de IPS-praktijk te ondersteunen. Zo wordt met het Kenniscentrum voor Rehabilitatie gezocht naar de mogelijkheid om IPS-IRO arrangementen te maken. Er is echter nog steeds een gespannen verhouding tussen dit soort projecten/trajecten en de reguliere productienormen waarmee de individuele ADJ-en zich gesteld zien.

### **Draagvlak creëren**

Het is belangrijk e.e.a. te borgen in de betrokken organisaties. Daardoor kan het minder afhankelijk worden gemaakt van de bevlogen professionals die nu voornamelijk nog de kar trekken.

Meer wetenschappelijke onderbouwing (Evidence based status) van de interventie en een aantoonbare kostenbesparing op langere termijn zijn belangrijke ingrediënten om psychiaters en bestuurders mee te krijgen om een geïntegreerde behandeling onderdeel van de behandelplannen te laten worden. Nu is er in de opleiding voor psychiaters nauwelijks aandacht voor de rol en de effecten van opname van werk en scholing in het behandelproces. Onderzoek en opname van interventies in de Multidisciplinaire Richtlijnen zijn noodzakelijke stappen om draagvlak onder psychiaters en bestuur te creëren.

De stelling wordt afsloten met de opmerking dat er naast IPS nog andere interventies zijn die zich richten op de arbeidsrehabilitatie van GGz-cliënten.

### **Stelling 2: Rehabilitatie in de GGz-praktijk: Mooie waarden maar weinig daden**

In de GGz heerst nog steeds verwarring over wat rehabilitatie nou precies inhoudt.

Een telefonische enquête onder 19 instellingen met een eerste psychoseprogramma leert dat bij 12 instellingen rehabilitatie wel een onderwerp is in het behandelplan van de cliënt. Maar in de praktijk wordt nauwelijks aandacht besteed of daadwerkelijk activiteiten worden uitgezet. Het probleem is dat wanneer er geen visie of missie rondom rehabilitatie wordt geformuleerd er ook geen scholing en implementatie plaats kan vinden.

Toch kopen GGz-instellingen veel rehabilitatie- en herstelondersteuningsprogramma's in. De scholing bestaat echter uit niet meer dan 2-3 dagen. Bovendien gebeurt het niet zelden dat enkele afdelingen worden geschoold en vervolgens redelijk geïsoleerd met deze programma's binnen de organisaties werken.

De vraag dringt zich op hoe de implementatie van IPS binnen AMC plaats heeft gevonden.

Hiske Becker geeft aan dat IPS niet binnen een DBC past. Je kunt de tijd die je aan IPS besteedt er dus niet in kwijt en er niet op worden afgerekend. Je kunt je er dus ook niet mee profileren. Het is noodzakelijk tot een formulering van een diagnose behandel combinatie of andere wijze van registratie te komen die deze activiteiten erkent en zichtbaar en inzichtelijk maakt.

Opgemerkt wordt dat ontschotting of verschuiving van behandelactiviteiten vaak geen extra geld kost maar vraagt om verschuiving/meeverhuizing van budgetten.

Er is consensus over de waarneming dat er binnen de Geestelijke Gezondheidszorg een omslag gaande is. De meest in het oog springende voorbeelden daarvan zijn het visiedocument van GGZ Nederland, waarin stevig op participatie wordt ingezet en de update van de kwaliteitsrichtlijnen.

### **Stelling 3: Zorgverzekeraars, WMO en ABWZ gooien zorgkosten over de schutting**

Diverse onderzoeken tonen aan dat met het vervullen van de rehabilitatiebehoeften van de cliënt zijn/haar zorgbehoeften op den duur afnemen en zijn zelfstandig functioneren toeneemt. Maatschappelijke participatie draagt in belangrijke mate bij aan het welbevinden en herstel van de cliënt. Toch is de praktijk dat zorgverzekeraars de kosten voor participatie niet op waarde calculeren.

#### **Kosten-batenanalyse**

De ACT-methode levert op termijn kostenbesparingen op alle levensterreinen.

De levenscoach (autisme) rendeert omdat hij/zij de cliënt op alle levensterreinen begeleidt en knelpunten en uitval voorkomt. Het is nog niet gebruikelijk in zorg en welzijn, maar we moeten er naartoe dat we veel beter inzicht geven in het formuleren van de opbrengst van de investering. Bij projecten voor zwerfjongeren in Rotterdam wordt dit al wel standaard gedaan. CrossOver werkt in haar projecten met de methode Social Return on Investment. Dit betekent dat bij elk project

duidelijk moet worden geformuleerd en onderbouwd wat het rendement is, voordat het wordt gefiatteerd.

Bij UWV wordt geen onderzoek gedaan naar het rendement van bepaalde trajecten of interventies. Wel is er onderzoek gedaan naar de verhouding baten en lasten bij de inzet van langdurige jobcoaching voor zowel de werkgever als de werknemer. SZW geeft aan dat een kostenbaten analyse helpt om in beleidssystemen dingen voor elkaar te krijgen. Er volgt discussie over het nut van kostenbaten analyses en andere factoren die bijdragen tot draagvlak en financiering.

Vanuit de SER wordt opgemerkt dat de praktijk uitwijst dat overheid en werkgever elkaar uiteindelijk toch vooral vinden op kwaliteit. Marjan ter Avest merkt op dat zorgverzekeraars vaak zeer geïnteresseerd zijn in het rendement van hun investering. Yolanda geeft vervolgens aan dat het zo moet zijn dat de cijfers de overtuiging van een bepaalde aanpak ondersteunen en dat niet enkel op basis van cijfers wordt beslist.

### **Financiering**

Het wordt algemeen onderschreven dat de financiering van rehabilitatie- en participatieondersteuning ingewikkeld is. De financiering komt van verschillende departementen. Dat maakt de organisatie van de zorg maar ook verantwoording een ingewikkeld, arbeidsintensief en dus dure aangelegenheid. Er wordt een voorbeeld gegeven van een organisatie ('Ziezo Zelfhulp') die diensten heeft ontwikkeld om cliënten te ondersteunen bij het realiseren van hun zorgvraag.

Projectmatige financiering wordt als inefficiënt ervaren. Het geeft veel onzekerheid op gebied van de continuïteit. In de zorg voor jongeren met gedrags- en ontwikkelingsstoornissen wordt momenteel veel op pilotbasis gefinancierd. Dit biedt weinig continuïteit, maar biedt wel de gelegenheid interventies/ aanpakken uit te proberen. Er moeten heldere afspraken worden geformuleerd rondom pilots waarin ook de borging wordt meegenomen.

### **Integrale aanpak**

Een integrale aanpak kan bijdrage aan het overzichtelijker maken van voornoemd probleem. Geldverstrekkers moeten gemeenschappelijk visie op deze vraagstukken ontwikkelen en van daaruit projecten financieren. Wanneer je vervolgens met één aanvraag (i.p.v. drie) een project kunt starten, betekent dat een kostenbesparing voor zowel de aanvrager als de geldverstrekker. Het draagvlak en de verantwoordelijkheid vanuit de financiers is in een dergelijke situatie steviger en biedt ook voor de cliënt/doelgroep meer houvast.

De departementen SZW en VWS hebben in Leeuwarden en Doetinchem twee pilots uitgezet rondom stroomlijning van de participatiebudgetten. CIZ/ UWV en Gemeenten werken in deze pilots samen. De eerste voorzichtige resultaten laten onder andere zien dat deze aanpak in het begin meer geld kost en het voordeel vooral bij de cliënt terecht komt.

Integraal werken impliceert dat er een voor- en natraject aan de interventie vastzit. Wanneer je in kaart brengt welke organisaties en financiers betrokken zijn en je de informatiekanalen en netwerken aan elkaar koppelt en inricht, kun je afspraken maken en elkaar aanspreken. Zo benader je de klant in zijn context. Het autismenetwerk werkt sinds 1999 op deze manier in de regio's. Dat werkt op de meeste plekken erg goed.



### **Gemeenschappelijk/herkenbaar taalgebruik**

De praktijk van de verschillende geldstromen is verschillende loketten. Bij de één wordt van de cliënt een hulpvragende opstelling verwacht; bij de ander wordt de cliënt gezien als een contractpartner. Cliëntvisie en het gehanteerde taalgebruik (van de professionals) verschillen per loket. Steeds vaker staat niet de vraag van de cliënt maar het werkproces of de organisatieperikelen van de fuserende organisatie centraal.

Een gezamenlijke visie vanuit de departementen/instanties zou als basis moeten dienen. Bijvoorbeeld: 'We willen dat iedereen meedoet' of 'We zijn partners ten dienste van de cliënt'.

Ook ordening in de zorgbehoeften is belangrijk. Voor zwerfjongeren geldt dat werken lastig is als je geen dak boven je hoofd hebt. De wet WIJ moet ook de context faciliteren, zoals woonvoorzieningen ed. Alleen dan lukt het ook voor de zwerfjongeren te participeren cq mee te doen.

### **Wat zijn nu de succes ingrediënten voor een integrale aanpak?**

- Zoveel als mogelijk aansluiten bij bestaande lokale en regionale structuren
- De professionals persoonlijk ontmoeten/kennen
- Een attitude van betrokkenheid, respect voor elkaars expertise en enthousiasme
- GGz die op basis van een missie de regie neemt
- Over de grenzen van je vakgebied/organisatie heen communiceren.

Bij het departement SZW is men in verband met het Programma Cultuuromslag Wajong (PCW) aan de slag met casusadoptie. Dit moet inzicht geven in de complexiteit die ouders maar ook professionals ervaren bij het organiseren van zorg die vanuit diverse ministeries wordt gefinancierd.

Het onderzoek 'De rotonde van Ahmed' bevestigt dat professionals die de ruimte nemen om zaken op eigen wijze te regelen die ruimte vaak ook krijgen. Durf bij hulpverleners moet worden beloond. De hulpverleners die het niet zomaar durven, moeten het vertrouwen krijgen dat het, indien passend binnen visie en missie, eigen initiatief wordt beloond. Dit moet ook terugkomen in de managementopleidingen omdat hier goed management voor nodig is.

De menselijke factor is in de samenwerking tussen professionals van onschatbare waarde.

#### **Stelling 4: De wet-en regelgeving van UWV sluit niet aan bij de doelgroep.**

Een IRO-traject duurt 1 jaar. Intensieve trajecten als het IPS looper langer en kennen onderbrekingen. De reguliere aansluiting ontbreekt; er zijn nieuwe arrangementen nodig om IPS goed onder te brengen in de werkprocessen van UWV.

Jobcoaching is lastig in geïntegreerde teams onder te brengen. Het wordt vaak langdurend ingezet. Gedurende het traject varieert de intensiteit van de coaching. In dit soort situaties kunnen allianties met jobcoachorganisaties worden aangegaan. De vraag is continue of er iets nieuws moet worden georganiseerd of dat het bestaande regime kan worden heringericht.

De ervaring is dat er wel voldoende jobcoaches zijn, maar dat er soms een tekort is aan gespecialiseerde jobcoaches voor specifieke doelgroepen.

UWV hanteert kwaliteitscriteria voor jobcoachorganisaties. Deze zeggen echter niets over de kwaliteiten van de individuele jobcoaches. Er wordt opgemerkt dat het een beroepsgroep in ontwikkeling is waarin nog veel kan worden verbeterd.

#### **Eerste evaluatie**

UWV: het GGz-zorgveld is nog een relatief blinde vlek voor UWV. UWV is voornemens om via gesprekken met de zorgkoepels en GGZ Nederland het veld in kaart te brengen en convenanten af te sluiten.

Ook met de VO Raad, waarbij 684 scholen zijn aangesloten, worden convenanten en CAO-artikelen afgesloten om mee verder te gaan. In deze convenanten is ook aandacht voor de GGz-jeugd. Vanuit de meeting wordt meegegeven dat vooral niet moet worden vergeten dat werk bij cliënten moet passen en dat andersom geen optie is. Als voorbeeld convenanten wordt het covenant Autisme en dak-en thuislozenopvang genoemd.

SER: geeft aan vanmiddag veel nieuws en nieuwe inzichten op te hebben gedaan en deze in te zullen brengen bij de commissie die het Advies schrijft.

SZW: de uitkomsten sluiten aan bij het Attitudeprogramma PCW. Toch ook nog een aantal nieuwe inzichten opgedaan.

Letty Raaphorst stelt voor om goed na te denken over hoe we het rapport met de uitkomsten uit het verkennende onderzoek en de expertmeetings gaan presenteren. Het kan verstandig zijn de krachten te bundelen en een groot publiciteitsmoment te creëren. Dan wel heel slim 4 samenhangende momenten organiseren (PCW, SER, Gezondheidsraad rond jongeren met autisme). Dit is een taak voor communicatiedeskundigen. CrossOver zal hiertoe het initiatief nemen.

Hartelijk dank voor de goede en actieve bijdrage van alle deelnemers.

## **Bijlage V Overzicht samenwerkingspartners afdeling ABC Altrecht**

In het primaire proces werkt ABC het meeste samen met UMCU-jeugd, UMCU-volwassenen, de SBWU, en binnen Altrecht met afdeling Jongvolwassenen (Lunetten), divisie Jeugd, SPB-Utrecht, SPB-Zeist en SPB-Nieuwegein. Daarnaast is er, minder frequente, samenwerking met Kwintes, Psychiatrie & Verslaving, afdeling acute psychiatrie, Centrum Maliebaan, Talent, de wijkagent en huisartsen.

In het kader van innovatie wordt actief deelgenomen aan de Schizofreniestichting, het Kenniscentrum Rehabilitatie, het lectoraat rehabilitatie van de Hanzehogeschool Groningen, St. Rehabilitatie '92, het ROC Utrecht (de bge-opleiding), de HEE, de Nederlandse Vereniging van Relatie- en Gezinstherapie en enkele landelijke intervisieverbanden (voor cognitief therapeuten, voor psychologen in de chronische psychiatrie, voor systeemtherapeuten, voor beleidspsychologen, voor klinisch psychologen en voor rehabilitatiedocenten). Daarnaast is er intensieve samenwerking inzake het ABC-buddyproject met Ypsilon en de Universiteit Utrecht (klinische psychologie) en wat betreft het EDIE-project over vroege herkenning van psychoses met de Universiteit van Amsterdam.

Met GGz-Eindhoven wordt samengewerkt bij het organiseren van het landelijk platform Jongeren en Rehabilitatie. Ten slotte is er op incidentele basis samenwerking met Anoiksis, het Trimbosinstituut, de gemeente Utrecht en de vakgroep methoden van de Universiteit van Utrecht.